

# **SKJERMING - EI TVITYDIG OMSORG**

**Kva kan vere best muleg skjerming  
for personar i psykotisk krise?**

Nina Camilla Wergeland  
Hovedfagsoppgåve  
Mai 2007



Avdeling for sykepleie og helsefag  
Institutt for klinisk medisin  
Det medisinske fakultet  
Universitet i Tromsø

*”Mesterskapet i å se har å gjøre med at en trener seg opp i å kunne bli oppmerksom innenfor den virksomhet en står i – i sykepleiesammenheng i forhold til pasienter, arbeidskamerater og det rom en befinner seg i. En lærer å lytte til andre og til seg selv, til å se og se etter, og til å være nærværende i situasjonen. Oppmerksomhet er å være der en befinner seg, å være til stede når en er til stede. En lærer å bli oppmerksom på det som er viktig i arbeidet, en vil noe med det en gjør. Arbeidet sikter mot det som er best for mennesket. Spørsmålene som stadig må stilles, er: Hvilke er betingelsene for at arbeidet kan være til beste for pasientene, og hvordan kan den enkelte utføre arbeidet best mulig? Forholdet til kunnskap er normativt - refleksivt. Sagt på en litt annen måte: Mesterskapet i å se er en aldri avsluttet oppgave...”*

Frå Kari Martinsen si bok ”Øyet og kallet” (2000:28-29)

## TAKK

Det er mange eg vil takke for at eg har komme i mål med dette studiet. Det vart eit langt studie. Eg starta som deltidsstudent ved sidan av jobben min på Akuttposten ved Psykiatrisk senter for Tromsø og Karlsøy. Undervegs har vi fått to søte små, som eg har hatt utvida svangerskapspermisjon i lag med. Dette siste året har vore eit intenst, artig og utviklande studieår, med mange lange kveldar og søndagar på "universisese" som mine små har kalla mamma sin tilhaldsstad den siste tida.

Eg vil takke ASH for ei flott studietid, for oppmuntrane ord ved tilfeldige treff i gangane på MH, og for studiepengar til å dra på nasjonal konferanse om akuttpsykiatri. Mest av alle vil eg takke min supre rettleiar Hans Ketil Normann. Eg kjenner meg heldig som har fått nyte godt av din rike kunnskap. Tusen, tusen takk for at du så tolmogig har rettleia og hjelpt meg gjennom heile prosessen.

Tusen takk til mine fire informantar. Takk for at de tok dykk tid til å dele dykkar erfaringar med skjermingsarbeid med meg.

Takk til arbeidsplassen min, Akuttposten på Psykiatrisk senter for Tromsø og Karlsøy, UNN, for velvilje i form av studiepermisjonar og stipend. Takk til kollegaer, og spesielt takk til Karina Sebergesen og Anne Martha Kalhovde for oppmuntring og gode samtalar.

Tusen takk til kollokviegruppa, andre medstudentar og spesielt til jentene på lesesalen i 11. etg på MH. Eg har fått vere med i fleire "gjengar" der som "langtidsstudent", noko eg har set stor pris på. Takk til alle saman for mange gode og lærerike samtalar, oppmuntring og felleskap. Ein ekstra takk til Audhild, Forouz og Marianne for arbeidsame og morosame skriveturar på hytter utanfor byen, og til Astrid for gjennomlesing og kommentarar før innlevering.

Tusen takk til mi kjære mamma som har brukt mange timar på språkvask. Takk til Line for engelsk språkvask, og takk til resten av familien og gode vener for oppmuntring undervegs. Aller mest tusen tusen takk til min kjære Nils Thomas for gode samtalar, god hjelp, masse oppmuntring og ekstra innsats heime. Til sist, men ikkje minst, vil eg seie tusen takk til Jørgen og Andrea for masse latter, kos og leik, det har gitt meg ekstra energi og pågangsmot.

Nina Camilla Wergeland

## SAMANDRAG

Dette hovudfagarbeidet handlar om skjerming, eit miljøterapeutisk tiltak innan psykiatrisk behandling, som er svært inngripande i pasientane sitt tilvære og som oftast vert gjennomført ved bruk av tvang. Skjerming er eit svært utfordrande tiltak å gjennomføre for pleiarane, og set krav til kunnskap og erfaring på dette området. Eg har ut frå problemstillinga: "Kva kan vere best muleg skjerming for personar i psykotisk krise?" gjort opne intervju med fire erfarne pleiarar om deira erfaringar med skjermingsarbeid. Forskingsmetoden er fenomenologisk hermeneutisk.

På bakgrunn av det informantane mine fortalte meg, har eg valt delar av Kari Martinsen sin omsorgsfilosofi som hovudteori, for å tolke og få ei djupare forståing av det dei fortalte. Martinsen sin vare og nære måte å beskrive omsorgsrelasjonar og omsorgsmoral på, gav meg eit godt grunnlag for å kunne reflektere over det som vart fortalt. Eg har også brukt delar av Hans Skjervheim og andre forfattarar sine arbeid, i tillegg til aktuell forskning, for å forstå, løfte fram og drøfte empirien. Målet med oppgåva var å finne og løfte fram kunnskap om skjermingsarbeid. Ønske mitt er å formidle vidare noko av denne kunnskapen og å bidra til auka refleksjon i praksis.

Eg bad informantane mine om å fortelje om skjermingssituasjonar som hadde gjort inntrykk på dei. Dermed fekk eg presentert tankar, opplevingar og erfaringar knytt til både gode og dårlegare skjermingssituasjonar. Når informantane også løfta fram dei dårlege skjermingssituasjonane, fortalte dei indirekte om korleis skjerming burde vere. Situasjonsforståing og bevisstheit omkring det tvitydige i skjermingsarbeid og det problematiske med omsorg gitt under tvang, har vakse fram som sentrale tema i oppgåva og er vesentleg for å få til best muleg skjerming.

Nøkkelord: Psykiatrisk sykepleie, skjerming, tvang, situasjonsforståelse, tvetydighet, makt, avmakt og omsorg.

## ABSTRACT

This thesis is about segregation nursing. The term “segregation nursing” is used to describe a management technique frequently used in Norwegian psychiatric units. The technique differs from seclusion in that the patient is not isolated in a locked room, but placed in a separate room or unit together with staff, usually one nurse per patient. Segregation nursing is very invading in the patients’ life and it is usually carried out with the use of coercion. The use of segregation nursing is very challenging for the nurses, demanding both knowledge and experience within the field. The aim of this study was to try to find out what is the best segregation nursing for persons in a psychotic crisis. I have done open interviews with four nurses experienced in segregation nursing. The method of research is phenomenological-hermeneutical.

Based on the stories from my informants, I have chosen parts of Kari Martinsens “philosophy of care” as the main theory to interpret and get a more profound understanding of their stories. Martinsens tender and intimate way to describe the relations and morals of care, gave me a good foundation for reflections on what was told. I have also used parts of Hans Skjervheim and other authors work. And I have used relevant research to try to understand and discuss the empirical data. My aim was to find and highlight knowledge of segregation nursing. I wish to impart some of this knowledge, and thereby contribute to increase reflection in clinical practice.

I asked my informants to tell me about experiences with segregation nursing that made an impact on them. By doing so I was presented with perceptions and thoughts linked to both good and bad experiences. When the informants told me about their bad experiences, in an indirect way they said how good segregation nursing should be carried out. Through my work I found that in good segregation nursing it is essential to be able to understand the situations, to be aware of the ambiguity of segregation nursing and the paradox of providing care by coercion.

Keywords: Psychiatric nursing, seclusion, segregation nursing, coercion, ambiguity, force, care

## **INNHALDSLISTE:**

<b>1.0</b>	<b>INNLEIING</b>	<b>1</b>
1.1	Val av tema	1
1.2	Avgrensing av problemstillinga	3
1.3	Mål med studien	4
1.4	Kort om oppgåva si oppbygging	4
<b>2.0</b>	<b>PRESENTASJON AV RELEVANT TEORI OG FORSKING</b>	<b>5</b>
2.1	Psykosar	5
2.1.1	Psykoseoppleving	9
2.1.2	Kriser og psykotiske kriser	11
2.2	Skjerming – eit historisk tilbakeblikk	13
2.3	Lovverk om skjerming	15
2.4	Ei beskriving av skjermingspraksis i dag	17
2.5	Skjerming og grensesetting som ein del av miljøterapi	18
2.6	Forsking om skjerming	21
2.6.1	Internasjonal forsking	21
2.6.2	Nasjonale forsking	24
<b>3.0</b>	<b>TEORETISKE PERSPEKTIV</b>	<b>26</b>
3.1	Grunnleggande kjenneteikn ved omsorga sine kvalitetar	26
3.2	Omsorgsperspektiv	27
3.3	Omsorg og moral	31
3.4	Deltakar og tilskodar	35
<b>4.0</b>	<b>METODE</b>	<b>37</b>
4.1	Korleis forstå meir?	37
4.2	Fenomenlogi	38
4.3	Hermeneutikk	40
4.4	Å forske i eige felt	41
4.5	Framgangsmåte	43
4.5.1	Førebuing til intervju	43
4.5.2	Rekruttering av informantar og utval	44

4.6	Intervjua	46
4.7	Påliteleg- og gyldigheitsvurdering	48
4.8	Analyse og tolking	49
4.9	Konfidensialitet	51
4.10	Litteratur	52
4.11	Metodekritikk	53
4.12	Etiske vurderingar	54
<b>5.0</b>	<b>”Å BESKYTTE PASIENTEN MOT SEG SELV”</b>	<b>55</b>
5.1	”Å hjelpe menneske som ikke er i stand til å sette grenser for seg selv”	55
5.2	Paternalisme og svak paternalisme	58
5.3	Å beskytte og å tvinge	67
5.4	”De har makt og de brukte makta” – makt og avmakt	70
5.5	”Å få passet påskrevet”	76
5.6	Reglar og skjønn	79
5.6.1	Sansing og forståing – ein føresetnad for skjønnet	82
5.6.2	Nærleik og distanse – ein føresetnad for skjønnet	84
<b>6.0</b>	<b>Å VERE ”PÅ BØLGELENGDE” MED PASIENTEN</b>	<b>92</b>
6.1	Å vere ”på bølgelengde” med pasienten	92
6.2	”Å forstå det på same måte”	94
6.2.1	” ... man kan jo prøve så godt man kan. ”	102
6.3	Å ikkje forstå det på same måte	107
6.4	”Det er liksom nummer en, egentlig - trygghet”	111
6.4.1	Tillit som grunnlag for tryggleik	114
6.4.2	Eit positivt sjølbilde som grunnlag for tryggleik	116
<b>7.0</b>	<b>AVSLUTTING</b>	<b>120</b>

## Litteraturliste

## Vedlegg

## 1.0 INNLEIING

Som sjukepleiarstudent og som nyutdanna sjukepleiar i ein psykiatrisk akuttpost, gjorde ”livet” i posten eit sterkt inntrykk på meg. Ikkje minst gjorde skjerming og anna bruk av tvang overfor pasientane eit usletteleg inntrykk. Ein god kollega sa at han syntest eg minte om ”ei redd lita mus”. Usikkerheit omkring bruk av så inngripande tiltak, i eit anna menneske sitt liv, som til dømes skjerming, sette i gang mange tankar og følelsar hos meg. No har eg jobba i ulike psykiatriske akuttpostar i snart sju år som psykiatrisk sjukepleiar. Skjerming oppfattar eg framleis som ein av dei mest utfordrande og krevjande arbeidsoppgåvene, ei oppgåve som kan kjennast i overkant utfordrande. Utfordringa ligg spesielt i det å oppnå pasienten sin tillit, og det å kunne, på ein fleksibel og samtidig trygg og fast måte, hjelpe pasienten gjennom ein svært vanskeleg og vond periode i livet. Det er spesielt å følge eit menneske som på grunn av si psykotiske lidning, kjem i ein så vanskeleg situasjon. Eg opplever at personar som vert skjerma, ofte har ein sterkare følelse av å bli tatt i frå noko, enn at dei får noko. Skjerming er eit alvorleg inngripande tiltak i nokon sitt liv, og det har fleire vanskelege sider. Både menneskelege, moralske og etiske vanskar ligg i skjermingstiltaket sin natur.

### 1.1 Val av tema

Eg har både gode og dårlege erfaringar med skjermingssituasjonar, og dette er grunnen til at eg har valt å fokusere på slike situasjonar i hovudfagsoppgåva mi. Med gode erfaringar meiner eg skjerming der eg har opplevd å komme ”på lag” med pasienten, og at vi har vore saman om å jobbe for at han eller ho skal få det betre. Kontakten ein som pleiar kan få med nokon som er veldig plaga av psykotiske opplevingar, vil variere. Når eg opplever at eg har fått pasienten sin grunnleggande tillit, er det lettare å skjønne kva pasienten opplever i ”si verd”, og å vere i lag med han gjennom skjermingstida, sjøl når tilstanden og tilliten varierer. Det er dermed ikkje sagt at pasienten sjøl synest skjermingsperioden var god, men om pasienten og eg oppnår god kontakt, vert som regel skjermingssituasjonen opplevd så god som det er muleg å få den, av begge partar, innafor dei rammene vi har. Mine dårlege skjermingserfaringar er karakterisert av at pasienten ikkje har god nok tillit til meg. I slike situasjonar opplever eg ofte at pasienten er redd og aggressiv mykje av tida vi er i lag, og at eg brukar mykje tid og krefter på å finne ut korleis pasienten kan få det betre, og at vi slik kan få det betre saman. Det er vondt å sjå at pasienten har det vondt, og det er vondt å oppleve at ein sjøl ikkje strekker godt nok til i skjermingssituasjonen.



Eg har lenge grunna på kva det er som skil dei gode og dei dårlege skjermingssituasjonane frå kvarandre. For meg er det ”å gi ly” eit godt bilde på målet med skjermingsarbeid. Tema for mi oppgåve er å forsøke å finne ut kva pleiarar, som har erfaring med skjermingssituasjonar, meiner er vesentleg for å gjere eit best muleg skjermingsarbeid. Skjerming er eit behandlings- og miljøterapeutisk tiltak, som blir mykje brukt i psykiatrisk behandling.

Mitt forskingsprosjekt fekk arbeidstittelen ”Kva kan vere god skjerming for personar i psykotisk krise?” Etter kvart vart problemstillinga endra til:

### **Kva kan vere best muleg skjerming for personar i psykotisk krise?**

Eg endra tittelen fordi eg lurar på om det er muleg å snakke om god skjerming. Eg ønskte med prosjektet å finne meir ut av kva som kan ligge i eit godt skjermingsarbeid. Kva handlar dette om? For å få svare på problemstillinga, har eg intervjuet pleiarar som har rik erfaring med skjermingsarbeid.

Skjerming er meint å vere ei form for omsorg ved spesielle tilstandar der pasienten ikkje har kontroll over seg sjølv, manglar oversikt på eigen situasjon og slik kan vere til fare for seg sjølv eller andre, eller vere ute av stand til å ta vare på seg sjølv. Oftast er det pasientar i ei psykotisk krise. Mi erfaring er at skjermingstiltaket ofte ikkje vert opplevd som omsorgsfullt av dei som vert utsette for tiltaket, men heller som ei krenking. Tiltaket er motsetningsfullt, og det er vanskeleg og utfordrande på fleire vis, noko eg vil omtale seinare i oppgåva.

Skjerming er eit tiltak som pasienten som regel ikkje vil ha, i alle fall ikkje ”der og då”. Likevel har hjelpeapparatet tru på tiltaket, og det vert mykje brukt. Kanskje er skjerming eit tiltak, som pasienten ikkje kan oppleve som godt så lenge det blir i verksatt med tvang?

Det er skriva lite om skjermingstiltaket i forhold til kor inngrepande det er, og kor mykje det vert brukt. Det er og lite fokus på kven som får lov til å drive med skjerming. Lovverket på dette området gjer noko for å sikre arbeidet. Men innafor lova er det rom for ulik praksis, og det er ikkje sagt noko om kven som faktisk får lov til å utøve skjerming, berre kven som er ansvarleg. Det er etter mi erfaring mykje som kunne vore betre i skjermingspraksis. Det er viktig at alle som jobbar med skjerming gjer eit godt arbeid, fordi det betyr så mykje for pasientane som blir utsette for dette tiltaket. Pasienten som blir skjerna er i ein utruleg sårbar

situasjon, og er heilt avhengig av å få god hjelp av dei som jobbar der. I dei minuttane, timane og dagane pasienten er inne på eit skjermingsrom med ulike pleiarar, er han nesten totalt avhengig av desse pleiarane. Det vil kunne opplevast som uttrygt og skremmande om desse pleiarane viser seg å ikkje vere til å stole på, og om dei ikkje er kunnskapsrike og flinke. Av eiga erfaring veit eg kor vanskeleg det kan vere å gjere rett, skjønne godt nok, vere tålmodig nok og å vite nok til å ta ansvar for eit anna menneske i ei djup krise, og som er så avhengig av deg. Arnhild Lauveng<sup>1</sup> skriv:

*”Innenfor psykisk helsevern er det ofte en uklar sammenheng mellom det vi gjør og det vi sier. Da jeg var syk opplevde jeg å bli hentet hjemme med makt av politiet, bli transportert et sted jeg absolutt ikke ønsket å være og bli låst inne, ransaket og få beslaglagt en del av tingene mine. Jeg ble fortalt at alt det jeg trodde og mente ikke var sant, og at jeg ikke ville slippe ut før jeg selv innså dette. Jeg måtte akseptere en masse regler og restriksjoner som blant annet gjaldt telefoner, besøk, radio/TV og generell kontakt med andre mennesker. De gjorde det for å hjelpe meg, og det er av og til nødvendig med kraftige tiltak for å beskytte mennesker mot seg selv. Likevel, det er vanskelig å se at dette er tiltak som er egnet til å skape tillit, trygghet og åpenhet. ”Vi har tatt deg med makt, vi har sperret deg inne, vi bestemmer helt og fullt over deg – nå kan du bare slappe av og stole på oss – du er uendelig verdifull og vi bryr oss om deg og vil deg bare vel.” Det skurrer og ville ikke bli akseptert i noen annen sammenheng. Ingen forlanger at ofre skal stole på og ha tillit til sine kidnappere. (...) Så hvordan kan vi så forvente at forvirrede, sårbare, redde mistenksomme mennesker, som vi vet har vansker med å organisere tankene sine og forstå de sosiale sammenhengene, skal skjønne at vi vil dem vel når det gjør så vondt? Vi kan ikke det. Men vi gjør det likevel. Fordi vi så lett glemmer å se verden fra den andre kanten. Vi vet jo så godt hva vi ønsker og vil, vi vet at vi har et oppriktig ønske om å hjelpe og ikke om å skade” (2006:20-21).*

Det Lauveng tek opp her, er noko av det eg sjøl har reflektert over i lang tid, og som har vore med på å gjere at eg har reist den problemstillinga eg har i oppgåva.

## **1.2 Avgrensing av problemstillinga**

Eg skulle gjerne ha snakka med pasientar som har skjermingserfaring, men innanfor ramma for eit hovudfagprosjekt vert det eit for stort arbeid. Praksis i høve til omsorg i andre fasar av behandlinga, som til dømes situasjonar i fellesmiljøet i posten, eller forhold elles i liva deira, er ikkje omtalt. Eg gjekk svært ope ut i samtalanene med informantane, med berre eitt opningsspørsmål og sida oppfølgingsspørsmål i høve til det dei fortalte, slik at informantane har styrt det meste av innhaldet. Sidan eg ikkje spurte om andre område enn det som kom fram spontant frå informantane, er det viktige område i forhold til skjerming som ikkje er omtalt. Spesielt vil eg nemne rom og fysiske rammer.

---

<sup>1</sup> Arnhild Lauveng er psykolog, foreleser og forfatter. Ho har erfaring som tidlegare pasient med schizofren diagnose.

### **1.3 Mål med studien**

Målet med denne studien var å få fram pleiarane sin kunnskap om, og erfaring frå skjermingsarbeid. Eg ville gjere eit forsøk på å få tak i ein kunnskap som i stor grad er uartikulert og lite dokumentert, men som mange erfarne pleiarar er berarar av. Målet er å formidle vidare noko av denne kunnskapen, og slik bidra både med å auke kunnskapen på området og til å auke refleksjon i praksis.

### **1.4 Kort om oppgåva si oppbygging**

Etter dette innleiingskapittelet følgjer to teorikapittel. Det første teorikapittelet omhandlar definisjonar og omtalar av skjerming, psykose og psykoseopplevingar, samt kort om kriseteori og refleksjonar i høve til psykotisk krise. I det andre teorikapittelet omtalar eg delar av den psykiatriske sjukepleiaren og filosofen Kari Martinsen sin omsorgsfilosofi, og noko om samhandling og språk frå eit av filosofen Hans Skjervheim sine arbeid. Det eg har lagt vekt på frå nemnte filosofar, er teori som kan skape eit "bakteppe" for det eg seinare i oppgåva vil løfte fram og reflektere over. I det fjerde kapittelet er val og grunngiving av metode, samt beskrivingar av korleis eg har gjennomført studiet, omtalt. I kapittel 5.0 og 6.0 blir empirien løfta fram og drøfta. Til slutt har eg eit kort avslutningskapittel, der eg oppsummerer det mest sentrale som har komme fram i oppgåva.

Sentrale omgrep i oppgåva blir klargjort undervegs i sjølve teksten

## 2.0 PRESENTASJON AV RELEVANT TEORI OG FORSKING

I dette kapittelet vil eg presentere relevant teori som kan kaste lys over den problemstillinga som eg reise i oppgåva mi. Først vil eg presentere relevant teori knytt til det å ha psykotiske opplevingar. Etterpå vil eg kort omtale kriser og kriseteori, og vidare reflektere litt rundt uttrykket psykotisk krise. Etter det vil eg omtale skjerming som omgrep og praksis i eit historisk perspektiv, samt lovverket, forskning og litteratur på området.

### 2.1 Psykoser

Dei fleste pasientar som blir skjerma i akutt psykiatrisk post har ei psykoseliding. I følgje Svein Haugsgjerd<sup>2</sup> (1990) vart omgrepet psykose første gong brukt i første halvdel av 1800-talet. Psykose var synonymt med "sjelelig lidelse" eller som det tidlegare vart kalla, "sinnssykdommer". Psykose er i følgje Johan Cullberg<sup>3</sup> eit fenomenologisk-psykologisk omgrep. Med det meiner han at psykose ikkje kan stadfestast med ein biologisk definert term som dekkar omgrepet, eller med ein spesifikk markør (Cullberg 2001). I følgje Kringlen (2001) er den medisinske oppfatninga at årsaka til psykose er biokjemiske endringar i hjernen. Vidare skriv han at i følgje psykodynamisk tenkning er psykosen grunna i alvorleg tilpassingssvikt i høve til utviklingspsykologiske og aktuelle konflikter, samt at kroppslege faktorar kan spele inn. Når det gjeld definisjonar av psykose, kan dette omtalast noko forskjellig, men eg har valt å støtte meg til Einar Kringlen fordi han er ein av dei norske psykiatrane som har markert seg tydeleg innan norsk psykiatri. Kringlen (2001)<sup>4</sup> definerar psykose slik:

*"En psykose er vanligvis et sammenbrudd i individets rasjonelle og emosjonelle mestrings av sin situasjon. Pasienten har mistet taket på virkeligheten og oppfører seg uvanlig. Den psykotiske har ikke sykdomsinnsikt, men er overbevist om at symptomene er reelle og forårsaket av påvirkning utenfra"* (2001:120).

Vidare seier Kringlen at psykosar er karakterisert av symptom som tankeforstyrningar, paranoide idear, hallusinasjonar og "uklarhet". Dette omtalast som realitetsbrest, eller forstyrra verkelegheitssans og vurderingsevne. Hallusinasjonar er i følgje Kringlen den mest vanlege persepsjonsforstyrninga, utanom illusjonar. Illusjonar er feiltolking av sanseintrykk, og kan forklarast ut frå forventningar og innstilling til omverda. Illusjonar kan korrigerast, i

---

<sup>2</sup> Svein Haugsgjerd er spesialist i psykiatri og psykoanalytiker. Han har skrive ei rekke fagbøker, og har medverka til både engelske og amerikanske fagbøker på området.

<sup>3</sup> Johan Cullberg er svensk professor i psykiatri, psykoanalytiker og lærebokforfatter.

<sup>4</sup> Einar Kringlen er professor i psykiatri og lærebokforfatter.

motsetning til psykotiske opplevingar. Hallusinasjonar er forstyrringar i ein eller fleire av våre fem sansar hørsel, syn, smak, lukt eller berøring. Kringlen brukar ICD-10 (International Classification of Diseases)<sup>5</sup> sin definisjon på kva hallusinasjonar er:

*”Hallusinasjoner er forestillinger eller opplevelser uten adekvate ytre sanseintrykk. Pasienten hører stemmer uten at noen snakker, han ser ting uten ytre sanseintrykk. Pasienten kan ikke korrigere sine hørsels- og synsopplevelser. Betegnelsen pseudohallusinoser anvendes når pasienten har innsikt i at hallusinasjonene stammer fra hans eget sinn og er uttrykk for sykdom. Pasienten er altså klar over at det ikke foreligger noen objektiv sansepåvirkning” (2001:81).*

Til dømes kan hørselshallusinasjonar arte seg som bråk, støy og musikk, men oftast som meir direkte stemmer. Hørselshallusinasjonane førekjem oftast hos pasientar med schizofrene eller reaktive psykoser. Det kan vere svært vanskeleg å forstå kva pasienten kommuniserer gjennom sine psykotiske symptom, men Kringlen skriv at:

*”Innholdet i hallusinosen, og tidspunktet og sammenhengen hallusinoser opptre i, brukes til å forstå pasienten bedre. Ofte vil man se at hallusinosen kommer i krisesituasjoner” (2001:82).*

Når det gjeld tankeforstyrringar, er det i følgje Kringlen (2001) ikkje noko klar semje om kva dette er. Det kan gi seg utslag som uklar kommunikasjon, vage framstillingar eller ulen tale. I kommunikasjon med andre kan dette resultere i ein ”god-dag-mann-økseskaft-samtale”. Dette kan til dømes skuldast at pasienten har ein ordbruk utanom det vanlege. Nokre pasientar konstruerer nye ord, såkalla neologisme. Ved alvorlege tankeforstyrringar kan talen verte fullstendig usamanhengande, såkalla inkoherens. Det er usemje om korleis ein forstår tankeforstyrringar hos pasientar med til dømes schizofren diagnose. Nokre ser på tankeforstyrringar som organisk patologi. Andre ser dei som meiningsfull kommunikasjon ut frå pasienten sin situasjon. Vidare påpeikar Kringlen at tankeforstyrringar kan komme til uttrykk som paranoide førestillingar eller andre vrangførestillingar. Kringlen definerer vrangførestilling som:

*”... en ukorrekt eller utrolig påstand, en urokkelig tro som ikke kan forklares ut fra pasientens sosiale og kulturelle bakgrunn. Omgivelsene føler at pasienten har mistet all objektivitet og tolker alt ut fra visse forvrengte grunnsynspunkter” (2001:83).*

Ut frå egne erfaringar som psykiatrisk sjukepleiar, sluttar eg meg til det Kringlen seier om at vrangførestillingar er ukorrekte eller kan kome til uttrykk i utrulege påstandar. Det eg derimot stiller meg spørjande til, er om ikkje nokre vrangførestillingar kan forklarast ut frå pasienten

---

<sup>5</sup> Verdens Helseorganisasjon har utvikla eit internasjonalt klassifikasjonssystem som omfattar alle typar sjukdom: ”International Classification of Diseases” eller ICD-10. Dette brukar vi i Noreg. Eg finn det ikkje viktig, eller nyttig, for fokus i denne oppgåva å gå inn på detaljar om ulike diagnosar og typar psykosar i dette systemet.

sin sosiale og kulturelle bakgrunn. Eg har til dømes opplevd at ein mannleg pasient hadde vrangførestillingar om at han var ein verdskjend konstruktør av fly og båtar. Eg kjende til at han i store delar av sitt liv hadde vore spesielt opptatt av mekanikk og hadde eit mekanisk arbeid. Kanskje er det ofte slik at vi som behandlarar og pleiarar ikkje har god nok kjennskap til pasientane sin sosiale og kulturelle bakgrunn til at vi klarar å sjå samanhengane.

Cullberg (2001) delar psykosen opp i ulike fasar. Desse fasane er: "Prodromalfase", "prepsykose", "psykose – tidleg fase", "psykose – sein fase" og "postpsykotisk fase – nyorientering". Eg vil i det følgjande kort omtale alle desse fasane, men seie mest om den tidlege og den seine psykosefasen, fordi det er då skjerming er mest aktuelt. Pasientane som informantane mine omtalar, er i desse to fasane. I psykiatrisk praksis omtalast desse to fasane vanlegvis som den akutte fase. Inndelinga av ulike fasar i psykosen meiner Cullberg (2001) er viktig i høve til å orientere seg som behandlar i møte med ein person, i ein så avvikande og urovekkande tilstand. Dessutan er fasane nyttige for lettare å kunne hjelpe pasienten til å lære og sjå tidlege teikn på at han eller ho held på å verte sjuk igjen. Den akutte psykosen er oftast ein reaksjon på ein altfor stor mental belastning. "Selvet"<sup>6</sup> og omgivnadane blir meir eller mindre blanda saman for vedkommande.

Når det gjeld prodromalfasen, som er den første fasen, kan den gå føre seg i veker, månader og av og til år, men den kan berre identifiserast sikkert dersom den vert følgd av eit psykosegjennombrot. Tolkingsproblema oppstår og situasjonen vert gjerne akutt på grunn av mangel på søvn, isolering eller dårleg fysisk form (Cullberg 2001). I denne fasen av sjukdomen er pasienten som regel utanfor institusjonen, og vert derfor ikkje utdjupa nærare her.

Prepsykotisk fase kan vare i fleire veker, men vanlegvis går denne fasen raskt over i tidleg psykosefase. Det som kjenneteiknar prepsykotisk fase, er at personen har kjent seg framand for og hatt problem med å forstå føresetnadane for livet. Omgivnadane opplevast meir og meir forandra og truande. Cullberg (2001) skriv at prepsykotisk fase kan vere den mest skremmande for personen. Vedkommande merkar at det skjer merkelege ting med han. Han held på å miste grepet om tilværet og får ei aning om ei indre katastrofe. Dette medfører ein stigande angst. Det kan vere at pasientar i denne fasen vert innlagt i akuttpost, men då har

---

<sup>6</sup> "Selvet, er den bevisste og ubevisste opplevelsen av egen person" (Cullberg 2001:52) eller selvet kan forklarast med identitet (Brudal 1999).

fasen som regel vart i nokre veker. Det er først når psykosen får ”gjennomslag” at skjerming er mest aktuelt, så derfor vil heller ikkje denne fasen omtalast nærare her.

Den tidlige psykosefasen omtalar Cullberg (2001) som ein fase der personen plutselig vender verda ”opp ned”. Personen som har hatt ein følelse av å forsvinne og av å verte utsletta, kjenner seg brått som ”verdast midtpunkt”. Psykosen har overtatt kontrollen. Personen får ei meir eintydig verd igjen. I dette ligg det at skjulte samanhengar står fram som klarare, men er samtidig totalt subjektive. Psykosen utfoldar seg med alle sine vrangførestillingar og hallusinasjonar. Pasienten er ofte svært redd for å ta i mot noko frå omgivnadane sine og mistrua er stor. Cullberg (2001) skriv at når innslaget av forvirring aukar i denne fasen, kan den sjuke i sin skrekk gjere plutselige voldshandlingar. Frå den sjuke sin synsvinkel er dette handlingar gjort i sjølforsvar. Når dette skjer, er det som regel at pårørande tar kontakt med hjelpeapparatet, om dette ikkje har vore gjort tidlegare. Ikkje sjeldan vert personen ført til legeundersøking med polititransport, og ofte tvangsinnlagt i akuttpost. Om pasienten ikkje vert roleg her, kan skjermingstiltak verte aktuelt. Skjerming kan for enkelte pasientar og verte aktuelt undervegs i behandlingssopplegget i posten. Eg vil støtte meg til Cullberg (2001) som skriv at bak den psykotiske opplevingsverda er det ei frisk side hos pasienten. Som pleiarar og behandlarar er det viktig at ein er merksam på pasienten si friske side. Dette gjeld sjølsagt og når pasienten vert skjerma. Austrem (1999:33) siterar ein pasient si uttaling om dette:

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

Når ein les det informantane mine har fortalt meg om erfaringane sine med skjerming, er det viktig at ein har i bakhovudet korleis pasientar kan oppleve situasjonen i denne fasen av sjukdommen.

Sein psykosefase er ofte prega av at nevroleptikabehandling er i gang. Cullberg (2001) skriv at betringa i høve til psykosen kan vere gøymd bak ei åtferd prega av å vere sløva og å ha problem i forhold til kontakt med egne følelsar og kontakt med andre, på grunn av biverkingar av medisin. Ein overgang mellom psykosen og normal tenkemåte skjer ofte i eit ”pendelforløp”. ”Øyane av friskeleik” vert større og større, og vrangførestillingane og hallusinasjonane spelar mindre og mindre rolle. I denne fasen vert behovet for skjerming som regel mindre og mindre, fordi dei friske fasane vert lenger og lenger.



Post-psykotisk fase handlar i stor grad om at ein treng ein gjennomgang av erfaringane sine. Pasientane kan trenge hjelp til å sjå seg sjøl som heil igjen, for å komme seg tilbake til sitt vanlege liv i samfunnet. For ein del skjer det ikkje ei total tilfrisking av psykosen, og det kan vere igjen "skyggar" av psykosen som ein er redd for skal komme tilbake. Uansett om det skjer ei tilfriskning eller ikkje, så skriv Cullberg (2001:76-77) at: "*Selvopplevelsen pleier å være rystet i sine grunnvoller*". Dersom pasienten har innsikt og kan analysere erfaringane sine utan å fornekte dei, er sjansen større for å unngå nye psykoseopplevingar.

Det er i følge Kringlen (2001) vanleg å dele psykosar inn i organiske og funksjonelle psykosar. Organiske psykosar omfattar senil demens, intoksikasjonspsykosar og andre psykosar med årsak i organisk skade i sentralnervesystemet. Funksjonelle psykosar omfattar schizofren psykose, manisk-depressiv psykose, paranoid psykose og reaktiv psykose.

### **2.1.1 Psykoseoppleving**

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

Dette diktet er skriva av dikteren og bildekunstnaren, Stein Mehren, sitert av Liv Strand<sup>7</sup> i boka "Fra kaos mot samling, mestring og helhet" (1992:26). Kanskje hadde Mehren noko heilt anna i tankane når han skreiv diktet, men eg opplever at dette diktet med få ord klarer å få fram eit tydeleg, og samtidig rikt bilde av kva psykoseopplevingar kan vere. Mi oppleving er at det skildrar ein utflytande og alt-om-gripande tilstand, prega av ei smerte så stor at ein ikkje skjønar korleis ein skal halde den ut. Diktet skildrar ein forkvakla tidsdimensjon og språket som tapte si meining. Frå min ståstad, i møte med menneske med psykotiske opplevingar, stemmer dette mangfaldige bilde med korleis eg trur det kan opplevast å vere psykotisk. Strand omtalar og Immanuel Kant sin definisjon på psykose, som er "*Drøm i våken tilstand*" (1992:30). Denne definisjonen kan gi oss alle eigne bilde på korleis psykose kan opplevast, og korleis psykose kan arte seg, fordi alle har erfaringar med å drøyme. Logikk og kva som er muleg i draumar, ser ut til å vere uavgrensa. Det som skjer i draumen kan kjennast heilt naturleg og sannsynleg når ein drøymer. Draumar kan opplevast som fine og som vonde. Når Kant brukar draumar som bilde på psykosar, fortel dette noko om kor ulike og mangfaldige psykoser kan vere.

---

<sup>7</sup> Liv Strand er psykiatrisk sjukepleiar og høgskulelærer



Eit tydeleg bilde på ei forvrengt verkelegheitsoppfatning gir og Lauveng i boka si "I morgon var jeg alltid en løve" (2006). Ho omtalar egne erfaringar med psykoseopplevingar og kva det gjorde med livet hennar. Som psykolog reflekterer ho over sine erfaringar og psykoseopplevingane då ho var pasient, og over behandlinga ho fekk. Lesarane får vite korleis ho opplevde seg sjøl som tenåring, og korleis ho opplevde å verte sjuk og få diagnosen schizofreni. Lauveng hadde hatt det vanskeleg i fleire år som tenåring, og hadde mange forvirrande opplevingar. Ho skriv til dømes at det var vanskeleg å bedømme avstandar til bilar når ho skulle over gata. Fortauskantar kunne opplevast som botnlause stup og husa kunne vekse og verte kjempesvære. Ho skriv at det kunne samanliknast med å gå rundt i surrealistiske maleri av Picasso eller Salvador Dali. Opplevingane gjorde henne redd og fortvila. Det hendte at ho kunne stå i ein halv time utan å våge seg over gata. Når ho endeleg bestemte seg, tenkte ho at vart ho overkøyrte eller datt ned for stupet og døydde, så var det i alle fall over. Dette og mykje anna i livet hennar på den tida, var svært kaotisk og vanskeleg. Det var på den tida "kapteinen" dukka opp, ei stemme berre ho kunne høyre og som tok styring over henne. Lauveng skriv at ho ikkje opplevde overgangen til å bli styrt av "kapteinen" som så stor, fordi sansane hadde vore forvrengde og forvirrande ganske lenge. Det gjorde at vegen mellom tankar og stemmer ikkje vart eit så stort sprang for henne. Men etter kvart vart det uuthaldelege opplevingar. Den stemma ho kallar "kapteinen" hadde umenneskeleg store krav til kva ho skulle klare og måtte halde ut.

For andre kan stemmer vere noko meir vennlige. Å høyre stemmer eller lydar er ikkje einsarta opplevingar. I følgje Anne Martha Kalhovde (2005)<sup>8</sup> er det mange som lever godt med å høyre stemmer, og som ikkje kjenner seg, eller vert sett på, som sjuke av den grunn. Kalhovde har intervjuet fire personar som høyrer stemmer og lydar ingen andre høyrer. Det kjem fram eit mangfald av erfaringar. For fleire er det ein einsam kamp å leve med stemmene, og ikkje minst med haldningane dei møter når dei fortel om dei. Erfaring viser at gjennom anerkjenning av og eit fokus på kva meiningar som kan ligge i stemmeopplevingane, kan det vere lettare å leve med desse opplevingane. Det som ofte skjer er at stemmene berre vert konstaterte av behandlarar og prøvd teke vekk ved hjelp av medisinar, slik eg forstår Kalhovde (2005). Ho skriv vidare at hørselshallusinasjonar har vore karakterisert som symptom på langvarig psykoseliding. Men ho kan vise til forskning som seier at berre 70% av dei som har schizofren diagnose høyrer stemmer. Dei fleste av dei som høyre stemmer kan

---

<sup>8</sup> Anne Martha Kalhovde er psykiatrisk sjukepleiar og har skrive hovudfagsoppgåva: "Å høyre meir enn dei fleste".

ikkje diagnostiserast som psykisk lidande. Vidare viser ho til forskning som er gjort i høve til enker og enkemenn som får fram at enkene og enkemennene høyrer sine avdøde ektemakar i mange år etter at dei gjekk bort, og ser på det som noko positivt (Kalhovde 2005).

Haugsgjerd (1990) skriv om psykoseoppleving, og kor viktig det er at behandlarar ikkje mister evna til å leve seg inn i korleis det må opplevast å ha psykotiske opplevingar og verte tvangsinnlagt i psykiatrisk institusjon<sup>9</sup>. Når dei som jobbar i akuttpsykiatrien tar kvar einskild pasient si oppleving på alvor, gjer det noko med måten dei møter pasienten på. Hummelvold<sup>10</sup> (2004) framhevar betydninga av å forstå pasientar si "livsverd" gjennom ei fenomenologisk og eksistensiell tilnærming<sup>11</sup>. Ei slik tilnærming føreset at hjelparar stadig søker å lære meir om pasientar sine eigne opplevingar, samt at denne kunnskapen vert brukt til utforminga av individuelle og miljømessige opplegg.

Mange med psykoseopplevingar av ulike slag, har mykje av sin vanlege personlegdom, tankar og vurderingsevne intakt, men har endringar på enkelte område. Menneske kan tilpasse seg. Til dømes kan det å høyre stemmer verte ein del av livet. Nokon vil ha hjelp til å endre på situasjonen, og andre kanskje ikkje. Det er mange ulike opplevingar av psykosar og "utanom fellesverkelege" opplevingar. Nokre av desse opplevingane kan ein omtale som psykotiske kriser. Psykotisk krise er eit uttrykk Cullberg (2001) brukar, og som eg meiner i stor grad kan kjenneteikne opplevingane til pasientar som vert skjerma. Eg vil i det følgjande klargjere kva som ligg i det å vere i ei psykotisk krise. Dette fordi pasientane som informantane mine omtalar, har slike opplevingar når dei vert skjerma.

### **2.1.2 Kriser og psykotiske kriser**

Krise kjem av det greske ordet "krisis" og betyr avgjerande vending, eller plutsleg eller øydeleggjande endring. Krise vert brukt på ulike område, blant anna ved eit psykisk reaksjonsmønster ved plutslege indre og ytre vanskar og problem (Cullberg 1987). Cullberg definerer krise slik:

---

<sup>9</sup> Eg vil påpeike at dette ikkje berre kan gjelde behandlarar, men må gjelde for alle som har å gjere med personar som har psykotiske opplevingar.

<sup>10</sup> Jan Kåre Hummelvold, er psykiatrisk sjukepleiar og doktor i folkehelsevitskap og har skrive fleire lærebøker om psykiatrisk sjukepleie.

<sup>11</sup> Når det gjeld fenomenologi og kva eg legg i ei eksistensiell tilnærming, vil eg omtale dette nærare i kapittel 4.2.

*”Vi kan si at vi er i en krisetilstand når vi har kommet inn i en livssituasjon hvor våre tidligere erfaringer og innlærte reaksjoner ikke er tilstrekkelige til å forstå og beherske den aktuelle situasjon” (1987:12).*

Kringlen (2001) skriv at det er vanleg å bruke omgrepet krise om normale reaksjonar på ytre påkjenningar. Om desse påkjenningane skulle utløyse reaksjonar som angst, depresjon eller psykose, kallar ein det utløysande faktorar. Personleg sårbarheit har like mykje å seie for slike type reaksjonar som dei ytre påkjenningane. Vanlegvis klarer folk seg gjennom kriser med hjelp av eigne ressursar, familie og vener. Men i dei ekstreme krisene kan det vere behov for profesjonell hjelp som støtter og stimulerer personen sine eigne ressursar. Kringlen (2001) skriv at ein kan sjå på krisetilstanden som ein slags mellomposisjon mellom sunnkap og sjukdom. På ein måte handle dette om å konstruere ei verd med ein logikk der opplevinga av situasjonen gir mening, og dermed vert meir forståeleg.

Cullberg (1987) omtalar ulike fasar i ei krise. Akuttfasen kan delast i to; sjokkfasen og reaksjonsfasen. Dei neste fasane er gjennomarbeidingsfasen og nyorienteringsfasen. Sjokkfasen kan vare frå ei lita stund til nokre døgn, og der realitetane blir helde på avstand med all makt. Cullberg (1987) omtalar dette som fornektning. I reaksjonsfasen prøver vedkommande å finne mening. Akuttfasen kan til saman vare mellom fire til seks veker. I gjennomarbeidingsfasen begynner pasienten å verte meir framtidsretta, og denne fasen kan vare frå eit halvt til eit heilt år. Nyorienteringsfasen har ingen avslutning. Krisa har vorte ein del av livet, sviktande sjølfølese vert gjenoppretta og gjennomarbeidinga har skjedd, men vonde følelsar kan framleis komme. Det er viktig å vere klar over at personar i krise kan bevege seg fram og tilbake mellom dei ulike fasane.

Dei tre psykiatriprofessorane Malt, Retterstøl og Dahl skriv i ”Lærebok i psykiatri” om krise i forhold til psykiatriske lidingar: *”Enhver akutt psykiatrisk tilstand bør i vanlig praksis betraktes som uttrykk for en psykologisk krise”* (2003:893). Kringlen omtalar og bruken av kriseomgrepet innan psykiatrien. Han skriv:

*”At krisebegrepet anvendes mer og mer innenfor psykiatrien, har sikkert flere forklaringer. De hurtige sosiale endringene som finner sted har skjerpet medisinenes sans for livsforandringenes sykdomsskapende betydning. Fra å ha vært en hospitalspsykiatri har psykiatrien beveget seg over mot folks alminnelige livsproblemer og deres dagligdagse sorger og bekymringer. Krisebegrepets popularitet har sikkert også sammenheng med en teoretisk nyorientering. Mens man tidligere hadde en tendens til å se på psykiatriske lidelser som noe kvalitativt forskjellig fra det normale, er man mer og mer blitt klar over de flytende overganger fra normalitet til psykopatologi. Man har derved fått behov for et nytt begrep som dekker spekteret mellom normalitet og psykiske lidelser”* (Kringlen 2001:108).

Kringlen skriv her noko om kvifor omgrepet krise vert meir og meir vanleg innan psykiatrien. Han skriv om ei utvikling der psykiatrien på ein måte ikkje vert fullt så fjern frå kvar einiskild av oss. Den blir meir som ein del av kvardagen, der psykiske lidningar er noko som kan ramme oss alle. Psykotiske opplevingar kan skje oss ut frå påkjenningar vi vert utsette for, utviklingshistorie, aktuell livssituasjon og kor god støtte vi har i miljøet vårt. Cullberg (2001:17) illustrerer at det kanskje ikkje treng å vere så langt frå "heilskap til kaos", når han skriv: "*Fornuften er en tynn hinne over kaos*". Strand (1992) skriv at psykosar kan vere så altomfattande og voldsamt som Niagarafossen, og dei kan vere som små bekkar i eit stort landskap. Å ha psykoseopplevingar vil seie å ikkje ha kontroll på kva som faktisk skjer, eller kva som er ein fellesmenneskeleg verkelegheit. Om dette skjer på spesifikke mindre områder av livet, kan ein kanskje venne seg til det og klare å leve bra med dette i kvardagen. Når psykoseopplevingane er meir altomgripande og uforståelege, kan slike kriser i livet verte så store at vi ikkje har erfaringsgrunnlag nok til å meistre dei. Det er slike situasjonar eg i oppgåva vil omtale som psykotisk krise.

## **2.2 Skjerming – eit historisk tilbakeblikk**

På 1700- talet tok det offentlege over delar av ansvaret, frå dei private, for omsorga til sjuke og fattige i den vestlege verda. Vi fekk på denne tida spesialinstitusjonar for "gale" menneske som vart kalla "dollhus". I "dollhusa" vart "de gale" behandla som dyr, i skitne omgivingar og lenka fast. "Dollhusa" skulle vere slik at "de gale" ikkje kunne rømme. Den gamle innesperringstanken vart gjeldane endå ei tid. Høyer og Dalgard beskriv korleis omsorga for dei sinnslidande i Noreg utvikla seg:

*"Således kan man ikke se på denne utskillelse og institusjonalisering av sinnslidende som fant sted i dollhusene som forløpere for den behandlingssideologien som senere slo gjennom i Norge, først representert ved åpningen av Gaustad sykehus i 1855. Dollhusene må snarere ses på som den siste raffinering av innesperringsideologien fra 1600-tallet. De umenneskelige forholdene i dollhusene ble i tråd med dette de viktigste argumenter for å innføre en helt ny type omsorg og behandling for de sinnslidende. I Norge er det særlig legene Fredrik Holst og Herman Wedel Major som er blitt stående som de viktigste pådrivere for å reformere omsorgen for de sinnslidende" (2002:86).*

Først på 1800-talet skjedde det ei utvikling mot ei meir menneskeleg behandling av sinnslidande i Noreg, med inspirasjon frå andre europeiske land, der Holst og Major var på studiereiser. Det var ikkje lenger innesperringstanken som galdt. Den nye behandlingssideologien medførte at dei sinnslidande vart sette fri frå lenkene, og skulle få kontroll over eigne liv og få tilbake verdigheit og respekt. Dei sinnslidande skulle no få behandling og lækjedom. Major hevda at all sinnsjukdom kunne kurerast. I asylet skulle det i

utgangspunktet ikkje vere bruk av tvang. Asylet skulle vere ein fristad. Det vaks i 1820-30-åra fram ein bevegelse kalla ”Moral treatment- bevegelsen” eller ”Non- restraint-bevegelsen”, i Frankrike, England, Tyskland, Italia og USA, der dei meinte at bruk av tvang skulle avskaffast. Den franske legen Philippe Pinel var den mest betydingsfulle. Han var den første til å beordre vekk alle lenker, gitter og tvangsmiddel, og bestemte at sinnslidande skulle behandlast på venleg og respektfull måte. Pasientane skulle serverast mat som andre menneske, og ikkje fôrast som dyr. Pinel vart av si samtid sett på som gal og farleg, og møtte ein del motstand. Han var reformator, men også vitskapsmann og avviste alle kvasiteoriar som skeiv vêskebalanse og liknande som sjukdomsforklaringsar (Haugsgjerd 1990). ”Moral-treatment- rørsle” hadde ei oppfating av at sinnsjukdom hadde psykologiske årsaker, medan det elles var tru på at sinnsjukdom var biologisk grunna. På enkelte asyl klarte dei å avskaffe bruk av mekaniske tvangsmiddel som belteseng og reimar, men isolasjon var i bruk også i denne perioden (Høyser og Dalgard 2000). Vatne<sup>12</sup> viser til Tardiff (1984) når ho påpeikar at:

*”I 1844 ble den økte bruk av skjerming beskrevet som å ha kraftfull effekt, og å være et verdifullt virkemiddel for å berolige og tvinge pasienter som periodevis hadde agitert eller voldelig adferd”* (Vatne 2003:12).

Den første moderne psykiatrilova i Noreg vart vedtatt i 1848 og heite: *”Lov om sinnssykes behandling og forpleining av 17.august 1848”* (Høyser og Dalgard 2000:88). Dei store asyla vart etablerte, med tru på det gode i menneske som grunnlag for behandlinga. *”Villfarne barn”* skulle sameinast med Gud. I dei psykiatriske institusjonane vart det bygd spesialrom for skjerming<sup>13</sup> og bruk av fysiske tvangsmiddel. Ved ordrenekt eller brot på reglar frå borgarskapet sin etikk, vart skjerming og tvangsmiddel brukt (Vatne 2003). På Gaustad sjukehus tok dei i bruk miljøterapeutiske verkemiddel som å avlede dei sjuke. Dei ignorerte eller korrigerde vrangførestillingar, og dei prøvde å appellere til sjølkontroll. I følgje Vatne (2003) var det ein rådande tanke på denne tida å rekne pasientane sin tale for uforståeleg. Difor vart dei i hovudsak ikkje lytta til. Terapien gjekk ut på å overtale pasientane med *”innsigelsar”*, retorikk, formaningar og truslar. Vatne (2003) skriv at det å lytte til pasientane vart først fokusert på etter at Freud sine arbeid om psykoanalysen vart kjend. Ein fekk etterkvart meir raffinert bruk av makt då medisinen, med sin klassifisering og skilje mellom sjuk og frisk og med ein betre viten om menneske, vart akseptert. I 1954 fekk ein kjemoterapeutiske legemiddel som dempa psykotiske symptom og minska avvikande framferd. Dette gjorde det muleg å ta i bruk meir sosialpsykiatriske behandlingsmetodar.

---

<sup>12</sup> Solfrid Vatne er sjukepleiar og post. doc. ved NTNU i Trondheim

<sup>13</sup> Det same har ein på dei fleste psykiatriske sjukehus i dag

Etablering av miljøterapeutiske samfunn gjorde at det vart ei mellombels nedgang i bruk av skjermingsrom, men belte og isolering vart brukt når medisinen ikkje var effektiv nok. Vaktarar, det vil seie menn utan fagutdanning, hadde ansvar for pasientane i bygningar bygd for å ha oversikt og kontroll, og med legar som overordna. Seinare ville legane humanisere behandlinga og minske bruken av tvang ved å tilsette sjukepleiarar i psykiatrien. Sjukepleiarlova som kom i 1948, gav sjukepleiarskulen ansvar for utdanninga av alle sjukepleiarar, også innan psykiatri. Psykiatriske sjukepleiarar, og dermed kvinnene, gjorde likevel ikkje sitt store inntog i psykiatrien før i 1970-åra. Dette medførte to typar behandlings- og kunnskapsutvikling; sjukepleiefagleg omsorgskunnskap og erfaringsbasert vaktarkunnskap. Miljøterapi på 1970-tallet vart berre eit supplement til individualterapi, som då vart den primære behandlinga (Vatne 2003).

### 2.3 Lovverk om skjerming

Skjerming vert regulert i "Lov av 2.juli 1999 nr 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern" (Hesle- og sosialdepartementet 1999). Skjerming var tidlegare regulert i forskrifter knytt til den gamle psykisk helsevernlova av 1961. I den nye "Psykisk helsevernlova" kjem skjerming inn under kapittel 4.0, som heiter: "Gjennomføring av psykisk helsevern". I 2006 vart det vedtatt ein del endringar av "Psykisk helsevernlova" av 1999, samt gitt nye forskrifter om bruk av skjerming. Desse endringane tok til å gjelde frå 01.01.2007<sup>14</sup>. I forhold til skjerming er det gjort nokre vesentlege endringar for å skjerpe pasientane sine rettar. I lova heiter det at:

*"§4-3. Skjerming. Dersom en pasients psykiske tilstand eller utagerende adferd under oppholdet gjør skjerming nødvendig, kan den faglig ansvarlige bestemme at pasienten av behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter skal holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten"* (Helse- og omsorgsdepartementet 2006).

Det heiter vidare i same paragraf:

*"Det treffes vedtak dersom skjerming opprettholdes utover 24 timer. Dersom pasienten overføres til skjermet enhet eller liknede som innebærer en betydelig endring av vedkommendes omgivelser eller bevegelsesfrihet, skal det treffes vedtak dersom skjerming opprettholdes ut over 12 timer. Vedtak om skjerming skal nedtegnenes uten ugrunnet opphold. Vedtak kan bare treffes for inntil to uker om gangen"* (Helse- og omsorgsdepartementet 2006).

---

<sup>14</sup> Lova heiter: Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevernloven (1999) og forskriftene heiter. Forskrifter om bruk av skjerming i institusjoner i det psykiske helsevernet (2006).

Før lovendringane kunne pasienten skjermast i 48 timar utan vedtak. Etter 01.01.01 då det nye lovverket vart tatt i bruk, kjem skriftleg grunngiving av avgjerslene tidlegare, og eventuelt oppheving av tiltaket om det ikkje er godt nok grunnlag for å oppretthalde det. I kapittel 4.0 "Gjennomføring av psykiatrisk helsevernlova" regulerast og andre former for skjerming, og den vernar rettar pasientar har, som rett til individuell plan ved tvungen behandling. Paragraf 4-5 regulerer kva tiltak som kan gjerast i høve til pasienten sin kontakt med omverda under tvunge opphald. Faglig ansvarlig<sup>15</sup> kan fatte vedtak om innskrenking i høve til å ta i mot besøk, bruk av telefon og å sende eller ta i mot post. Vedtak om restriksjonar kan gjerast for inntil 14 dagar om sterke behandlingmessige omsyn, sterke velferdsmessige omsyn eller sterke omsyn til nære pårørande gjer det nødvendig. Vedtak må og gjerast av fagleg ansvarleg for å visitere pasientar når det er vurdert som nødvendig, og pasienten ikkje frivillig går med på dette.

Det kan og fattas skjermingsvedtak som ein del av behandlinga for pasientar som er frivillig innlagde. Det kan gjelde pasientar som har lengre erfaring med sjukdomen sin, og kva behandling som er mest nyttig for dei.

Det er viktig å avslutte skjerming gradvis, det vil seie å trappe ned etter korleis pasienten sin tilstand endrar seg (Holte<sup>16</sup> 2001). Skjermingsopplegget vert då endra, slik at pasienten får meir tid blant andre folk, gjerne i posten på rolege tidspunkt, eller til dømes dra på tur heim i lag med pleiarar. Pasienten får prøve seg fram på ulike måtar saman med pleiarar til avgrensa tidspunkt, og får meir og meir fridom etter korleis det går. Lovverket seier ikkje noko om korleis avslutting av skjerming skal gå føre seg, så her er det ulik praksis. Den gradvis overgangen frå skjerming til ikkje skjerming, gjer at det ikkje er så lett å registrere tal på skjermingsdøgn. Men etter det nye lovverket kan ein telle skjermingsvedtak. Ei slik telling vil ikkje fange opp all bruk av skjerming. Skjerming som varar i kortare tid enn at det vert krav om vedtak (til 2007 var det inn til 48 timar) vil ikkje komme med. Tal frå SINTEF<sup>17</sup> på bruk av skjerming i 2001 og 2003 viser at tal på vedtak auka med 65% på desse to åra og tal på pasientar som fekk skjermingsvedtak auka med 72%. I 2003 vart det fatta 1245 vedtak brukt i

---

<sup>15</sup> Psykisk helsevernlova § 1-4: "Den faglig ansvarlige for å treffe vedtak samt beslutte nærmere angitte tiltak etter loven her, skal være lege med relevant spesialistgodkjenning eller klinisk psykolog med relevant praksis og videreutdanning som fastsatt i forskrift.

<sup>16</sup> Jan Steinsland Holte, psykiatrisk sjukepleiar og høgskule lektor.

<sup>17</sup> SINTEF er forkorting for "Stiftelsen for industriell og teknisk forskning"



forhold til 757 pasientar, og i forhold til like mange kvinner som menn (Pedersen, Hatling og Bjørngaard 2004).

Skjerming er eit juridisk omgrep. Men er skjermingstiltaket eit tiltak som kan omtalast som tvangsbehandling eller er det eit tvangsmiddel? Skjerming er på ein måte grunna både som tvangsbehandling gjennom "behandlingsmessige grunner" og som tvangsmiddel gjennom "av hensyn til andre". Reidun Norvoll<sup>18</sup> skriv i samband med doktorgradsavhandlinga si "Det lukkede rom – Skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske akuttposter" at skjerming er ein sentral behandlingsmetode som brukast stadig meir og at det er ein aukande helsepolitisk debatt om ein skal forstå skjerming som ein god behandlingsmetode eller som tvang på linje med isolatet (SINTEF helse 2007).

Pasientane har lovfesta rett til å klage på innlegging etter tvangsparagraf og tvangsvedtak, som til dømes vedtak om skjerming, til kontrollkommisjonen, med heimel i "Psykisk helsevernlova" §6 "Kontroll og etterprøving" (Helse- og omsorgsdepartementet 1999). Kontrollkommisjonen er ein uavhengig kommisjon leia av ein jurist og tre andre medlemmer, der ein skal vere lege og dei to andre lekfolk. Ein av lekfolka skal sjøl ha vore under psykiatrisk helsevern eller vere nær pårørande. Pleiarar har eit klart ansvar i høve til å informere pasientane om klagerett på ein forståeleg måte, assistere dei med å klage og til å skaffe dei advokat. Klage på medisin skal gå til fylkeslegen.

#### **2.4 Ei beskriving av skjermingspraksis i dag**

Skjerming eller skjermingsregime, slik bruken og tenkinga rundt det er i dag, begynte ein med i norsk psykiatri omkring 1980. Vi har, som omtalt, brukt liknande tiltak tidlegare, spesielt overfor menneske med maniske symptom. Frå omkring 1980 vart bruken av tiltaket meir systematisk og omfattande (Høyser og Dalgard 2002).

Ein definisjon på skjerming av Lorentzen *et al.* (1984:205) er som følgjande:

*"... en personalmedlem oppholder seg sammen med pasienten i et oversiktlig og begrenset miljø (som regel pasientens rom), og den har også elementer av grensesetting og struktur. Samtidig skal den være stimulusbegrensende uten å være depriverende".*

Skjerming kan gå føre seg på pasienten sitt rom, på rom som er tilrettelagt for formålet eller i ei skjermingseining. Det er vesentleg at rommet er lydisolert, har eige bad direkte tilknytt og

---

<sup>18</sup> Reidun Norvoll er sjukepleiar og sosiolog.



at det ligg ved ei utgangsdør i posten, slik at ein ikkje må gå gjennom heile posten for å komme ut (Holte 2001). Skjermingsrom er enkelt møblerte, med seng, kleskap, bord og det nødvendige tal stolar. Møblane skal vere enkle å flytte ut når det er nødvendig, til dømes om pasienten mister kontrollen og vil kaste møblar rundt seg. Vindauga er solide og kan ikkje opnast meir enn i lufte-stilling utan eigen nøkkel, og ingen dører kan låsast frå innsida. Det er difor umuleg for pasienten å låse seg sjøl inne. Bilde bør ha konkrete eller milde uttrykk, plastglas i innramminga og vere skrudd fast i veggen. Det skal ikkje vere lause pyntegenstandar som kan vere farlege om dei vert kasta eller knuste, og det skal ikkje vere lause leidningar. Behagelege varme fargar på veggjar og interiør og regulierbar belysning er å føretrekke. Ein prøver å halde rommet i god stand. Dette fordi det skal vere verdige og ordentlege omgivnader til pasientane. Trasige omgivnader kan verke som negativ spegling for pasienten. Dette er det ekstra viktig i ein skjermingssituasjon å vere klar over, slik at pasienten ikkje kjenner seg nedvurdert. I ein skjermingssituasjon er pasienten spesielt sårbar (Holte 2001, Olofsson<sup>19</sup> 2000). Holte (2003) har erfaring med at det er viktig å henge opp kalender og klokke på skjermingsrom for at pasienten skal få betre oversikt. Skjerming skal vere mest muleg føreseiande og minst muleg forvirrande.

## 2.5 Skjerming og grensesetting som ein del av miljøterapi

Jan Kåre Hummelvold omtalar i boka "Helt - ikke stykkevis og delt" (2004) skjerming både som ein behandlingsmetode og som eit tiltak. Holte (2003) kallar skjerming for ein spesialisert terapeutisk intervensjon, og seier at det er ein naturleg forlenging av generell miljøterapi. Hummelvold visar til Delaney (1997) som definerer miljøterapi som:

*"... den strategiske bruk av det fysiske og sosiale miljø i den hensikt å fremme terapeutiske interaksjoner og positive virkninger for pasienten"* (Hummelvold 2004:451).

Holte viser til Bratheland *et al.* (1998) i ein anna omtale av kva miljøterapi er:

*"Miljøet skapes av personalets holdninger, handlinger, ytringer, tanker og følelser, slik disse viser seg i samspillet med pasientene og oppleves av disse. De skapes av bidrag fra både pasienter og personale innenfor en fysisk bygningsmessig og rommessig ramme, hvor også bygningens beliggenhet og fysiske omgivelser er en virksom faktor. For pasientene – mennesker med psykisk sykdom – er miljøterapi å være og handle i (og utenfor) avdelingsmiljøet over tid"* (Holte 2001:29).

Skjermingsbehov vurderast ut frå grad av desorientering, kor god impuls kontroll vedkommande har, forsvar mot angst, korleis realitetsbresten artar seg, høve til påverknad og

---

<sup>19</sup> Britta Olofsson er svensk sjukepleiar som har skreve doktorgradsavhandling om tvang.

teikn på overstimulering (Vaglum *et al.* 1984). Strand viser til Lorentzen *et al.* (1984) om kva målet med skjerming er. Det peikast på følgjande:

*”- å hjelpe pasienten til indre samling  
- å beskytte/ skåne andre pasienter  
- å gi personalet oversikt slik at de kan fungere mer terapeutisk”* (Strand 1992:99).

I ein gammal prosedyreperm i posten eg er tilsett, står det skrive at ein måte å tenke skjerming på er *”å gi ly”*. Ein del personar i psykotisk krise treng hjelp i form av skjerming når dei ikkje klarer å halde seg til mange personar og mykje stimuli, men reagerer med sterk uro, angst og forvirring. Skjerming kan verne pasienten og gi han rom til indre samling og perspektiv på situasjonen (Strand 1992, Hummelvold 2004). Slik kan han få gjenopprette sin autonomi. I følgje Strand er skjerming ei vidtgåande form for grensesetting. Ho definerer grensesetting slik:

*”Grensesetting er aktivt, med terapeutisk hensikt og på terapeutisk måte, å markere at her er et ytterpunkt som man ikke bør eller må overskride”* (1992:88).

Ved skjerming vert grensene i høve til mulege fysiske og sosiale omgivnader svært tydelege. Andre grenser vert også lettare å sette reint praktisk, fordi lokaliteten gir pasienten mindre spelerom, og det er ikkje andre folk eller ting å engasjere seg i enn det pasienten og pleiaraen til ei kvar tid er einige om. Mellommenneskeleg sett er det ikkje nødvendigvis så mykje lettare å sette grenser sjøl om ein har ein avgrensa arena. Det vanskelege er å finne ein best muleg måte å avgrense ein del av ønska til ein annan vaksen autonom person. Dette gjeld ønsker som ein som pleiar meiner kan forverre pasienten sin tilstand på det aktuelle tidspunktet. Å trenge hjelp og behandling betyr at pasienten må overlata noko styring til helsepersonellet han møter, og dermed mellombels gi slepp på noko av sin autonomi. Som psykiatrisk pasient kan ein i tillegg måtte finne seg i behandling mot sin eigen vilje, og det er ikkje vanleg for andre pasientgrupper. Skjerming medfører som regel å måtte oppleve bruk av tvang og uønska avgrensing for pasienten, noko ein som pleiarar skal ha stor respekt for. Det å overstyre andre menneske er ei vanskeleg oppgåve. Skjermingspersonalet må heile tida prøve å gjere tilveret under skjerming best muleg. Strand skriv at målet med grensesetting er å hjelpe den enkelte til å *”bli i stand til å leve et tilfredsstillende liv i et sosialt felleskap”* (Strand 1992:89). Ho grunnar dette med at pasienten sitt ego ikkje har nødvendige grenser for tida, og kan dermed lett komme ut av styring både når det gjeld opplevingar og framferd (Strand 1992). Vatne (2003) skriv at grensesetting kan gjerast i førekant av ein situasjon, som ein førebyggjande strategi, eller slik det oftast vert brukt, som ein reaksjon der ytterpunkt er

overskridne (Vatne 2003). Vatne fann i si doktorgradsstudie to ulike perspektiv på grensesetting. Ho skriv:

*”To ulike, men samspillende perspektiv for grensesetting, ble synlig i analysen: anerkjennende og korrigerende perspektiv” (Vatne 2003:104).*

Det ”anerkjennende perspektivet” byggjer på ei oppfatning av at pasienten er sårbar og har eit skjørt sjølbilde, og at han difor treng bekrefting og ei omsorg prega av ”anerkjening”. Det ”korrigerende perspektivet” byggjer på eit syn om at sjukdom fører til avvikande framferd og manglande innsikt, noko som gjer at vedkommande får sviktande eigenomsorg. Ved korrigering søker ein å gjenopprette eigenomsorga, men der vert problemet gjerne at pasientane ikkje let seg korrigere (Vatne 2003). Frå Vatne sin posisjon som forskar, altså ein utan-i-frå-posisjon, skriv ho:

*”Dette kan antyde at sykepleierne står i en konflikt mellom et korrigerende perspektiv med diagnostiserende fokus som medfører korrigerende av pasienten, (...) og et anerkjennende perspektiv som er hermeneutisk-fenomenologisk fundert og innebærer en relasjonell forståelse. (...) Denne konflikten løser sykepleierne ved det de kaller balansekunst mellom ulike roller” (Vatne 2003:156).*

Vidare skriv ho at ut frå hennar undersøking tyder det på at det er eit skille mellom ein omsorgsrasjonalitet der praktikaren har høve til å kunne velje det ideelle, og ein ansvarsrasjonalitet der praktikaren prøver å løyse problem og krav ved å gjere kompromiss. Vatne (2003) karakteriserer sjukepleiarane sitt rasjonale for grensesetting som eit meistringsrasjonale. Dette meistringsrasjonale er kome ut frå ei syntese av dimensjonane; handlingar, verdiar og følelsar ved grensesetting. Sjukepleiarane i Vatne si undersøking brukte ordet balansekunst om arbeidet sitt i dei dilemma dei sto i. Dei skal balansere mellom ulike roller og tilnæringsmåtar i risikofylte samhandlingssituasjonar med pasientar. Dei skal klare å grensesette utan at det oppstår uverdige konfliktrar både for pasienten, kollegaene sine og seg sjøle. Ansvaret for tryggleiken til pasientar og personale, opp mot eit absolutt krav om å ikkje krenke pasienten, kan synest å vere eit uløseleg dilemma. Balansekunstnaren skal handtere mange aspekt, til dømes i høve til sikkerheit. Vatne skriv:

*”Fordi sikkerheten er overordnet, ble sykepleierne avhengige av pleiekollektivet, noe som innebar tilslutning til verdiene likhet, lojalitet og solidaritet” (Vatne 2003:213).*

Dette kunne medføre at sjukepleiarane måtte gå på akkord med faglege prinsipp. Sjukepleiarane må kompromisse mellom å i vareta verdigheita hos pasienten, andre tilsette og seg sjø. I dette kan det differensierast og oppstå dilemma mellom meistringsrasjonalitet og ansvarsrasjonalitet (Vatne 2003). Situasjonane er komplekse og krev at ansvarleg pleiar har

hovudfokus på pasienten i sentrum for situasjonen, samtidig som ho og må ha fokus på situasjonen til andre pasientar og andre personale. Det er spesielt å vere i denne samansetjinga av folk og ansvar, slik det kan vere i ein akuttpost. Nokre av pasientane er der utan å ville vere der, og nokre er redde og fortvila. Fleire har ulike oppfatningar av verkelegheita, og verbal og fysisk utagering førekjem. Det vert mange omsyn å ta, og det er fort gjort å ikkje klare å imøtekomme alle behov. Vidare skriv Vatne:

*”Beskrivelsene av grensesetting i historisk sammenheng uttrykker en tvetydig praksis, både orientert mot menneskeverdig behandling samt press og tvang til lydighet gjennom ytre styring. Tvetydigheten synes nedfelt både i strukturelle rammer, og kunnskap om behandling av mennesker med psykiske lidelser og i praktiske handlinger som grensesetting” (2003:17).*

Sjukepleiefagleg kunnskap og erfaringsbasert ”voktarkunnskap” har eksistert og eksistere side om side, og har vore med på å grunnlegge miljøarbeidet i psykiatrien, og dermed grensesettings- og skjermingsarbeidet (Vatne 2003).

## **2.6 Forsking om skjerming**

Ut frå internasjonale artiklar og med støtte i funn frå norske studie om skjerming, finn eg at tiltaket skjerming, slik det vert praktisert i Noreg og slik det er definert og omtalt i vårt lovverk, i hovudsak er eit norsk fenomen. Skjerming i Noreg er juridisk fundert, og i praksis noko anna enn isolasjon. I Noreg skjermar vi pasienten frå for mykje inntrykk og for å unngå at han skadar seg sjøl eller andre, og vi gjer det med eit skjermingsopplegg der nokon er saman med pasienten under skjerming. Ein må skilje mellom det å skjerme eller verne pasientar, som til dømes å skjerme eller verne dei mot mobbing frå medpasientar, og tiltaket skjerming som innebere at pasienten vert tatt ut frå dagleglivet i posten og skjerma frå omgivnadane (jf. definisjon av skjerming side 17). Omgrepet skjerming innan psykiatri, har ikkje ei direkte oversetting til engelsk. Det næraste ordet som kan beskrive ein liknande praksis er ”seclusion”, som best kan øvesettast med isolasjon. Isolasjon er i norsk psykiatri regulert i ”Psykisk helsevernlova” (1999) i lag med andre tvangsmiddel i §4-8. Isolasjon i Noreg vil seie at pasienten kan: ”... kortvarig anbringes bak avlåst dør uten personale til stede”. Pasienten skal ha tilsyn og det må gjerast vedtak for å ta i bruk isolasjon. Isolasjon vert brukt ved mange psykiatriske sjukehus i Noreg, ved sida av skjerming.

### **2.6.1 Internasjonal forskning**

I ein internasjonal oversiktsartikkel ser eg at i land som til dømes Finland, England, USA, Canada, Australia, New Zealand og Laos vert pasientar skjerma eller beskytta på andre vis, til

dømmes med fastvakt eller ved isolasjon (Bower *et al.* 2003). Etter å ha lese ein del artiklar om "seclusion", så verkar "seclusion" eller isolering å kunne variere ganske mykje i både indikasjon og innhald (El-Badri og Mellisop 2002, Exworthy *et al.* 2001, Martinez *et al.* 1999, Alty 1997 og Morrison og Lehane 1996). I ein del høve kan det beskrivast som å ha store fellestrekk med skjerming i Noreg, men i dei fleste artiklar dreier det seg om isolasjon, slik ein forstår dette i Noreg. "Seclusion" er definert slik i ein artikkel av Kaltial-Heino *et al.* (2003:139) frå Finland:

*"The term seclusion refers to locking a patient into a special unfurnished room from which she/he cannot get out before the staff allows"*

Kaltiala-Heino *et al.* skriv at ved isolering vert pasienten låst inne åleine i eit tomt rom, berre med madrass på golvet. Muir-Cochrane og Holmes (2001) frå Australia skriv at det er vanskelig å definere "seclusion" fordi det finnast så mange variasjonar av korleis det vert praktisert. Dei gjer eit skilje mellom "involuntary seclusion" som tar frå pasienten bevegelsefridom og sjølbestemming, og "voluntary seclusion" der pasienten vert skjerma eller isolert etter eige ønske. Elles nemner dei mange ulike variantar av "seclusion" som til dømes "time out", "quiet room", "quiet time", "open seclusion", "exclusion", "isolation", "confinement", "lockdown" og "restriction to a low stimulus environment". Dei skriv og at det er ein del forvirring omkring nytten av eller god grunngiving av kvifor "seclusion" vert mykje brukt. I ein artikkel frå Nederland skriv forfattarane at "seclusion" er følgjande:

*"... locking a patient alone in a room for protection of the patient and his environment and in order to control problem behaviour and to enable nursing and treatment"* (Hoekstra *et al.* 2004:277).

Griffiths (2001) skriv følgjande om indikasjonen for "seclusion" i ein artikkel frå Wales:

*" Seclusion is the supervised confinement of a patient in a room, which may be locked, to protect others from significant harm. It's sole aim is to contain severely disturbed behaviour which is likely to cause harm to others." (...)" The Code of Conduct also states that seclusion should be used as a last resort and for the shortest possible time. It should not be used as a punishment or threat, as part of treatment programme because of a shortage of staff or where there is any risk of suicide or self-harm"* (Griffiths 2001:656).

"Seclusion" er ikkje grunna som behandling i definisjonen frå Wales. Samtidig så er indikasjonen for bruk av "seclusion" på same måte som i Noreg, sett på som eit tvangsmiddel, altså eit tiltak som berre vert brukt når ingenting anna nyttar, og for kortast muleg tid.

Lehane og Rees (1996) gir ei beskriving av "seclusion" på bakgrunn av to forskingsartiklar frå Cardiff i Wales av Craig *et al.* (1989) og Kinsella *et al.* (1993). I begge studiane vart det

sett på alternative måtar til "seclusion" for å ta hand om pasientar på. I Craig *et al.* (1989) si undersøking vart isolasjonsrom enkelt møblert og gjort hyggeleg, og personalet vart opplært i å vere i lag med pasienten i isolasjonsrommet. Lehane og Rees (1996:974) skriv dette slik:

*"A number of changes were introduced, including a new seclusion and restraint policy based on a philosophy of intensive observation and care rather than isolation. A suite of rooms just off the ward area was opened to allow staff to stay with the patient. Trained staff numbers were increased and a staff education package was developed. These changes were assessed after a year, and it was found that total patient hours in restraint and seclusion had dropped by 950 hours per month"*

I forskingsarbeidet til Kinsella *et al.* (1993) prøvde dei ut eit "intensiv care area", som liknar på skjermingseiningane vi har i Noreg. Denne type gjennomføring av "seclusion" som Lehane og Rees (1996) har omtala, vil etter mi vurdering vere forholdsvis lik slik skjerming gjennomførast i Noreg, men at det kan ligge forskjellar i opplegg og regulering av tiltaket.

I fleire internasjonale artiklar vert det stilt spørsmål til om "seclusion" har ei rolle å spele i framtidig moderne psykiatri, og om vi veit nok om verknader og konsekvensar av desse svært inngrepande behandlingmetodane eller tiltaka som vert mykje brukt. Det vert lagt vekt på at det er viktig med meir kunnskap, tenking, tettare kontroll og overvaking på korleis og når "seclusion" vert brukt (Griffiths 2001, Muir-Cochrane 1996, Brown & Tooke 1992). I ein "Cochrane-artikkel" av Muralidharan og Fenton (2006) gjorde forfatarane eit litteraturstudie om ikkje medisinske behandlingmetodar innan psykiatri med samlebetegnelsen "containments strategies", utan å finne gode randomiserte studie om tema. "Containments strategies" omfattar blant anna "seclusion", tvangsmiddel, ulike typar spesialisert observasjon og ein-til-ein oppfølging av pasientar. Forfatarane konkluderer med at ein ut i frå litteraturen ikkje kan finne grunnlag for å kunne anbefale framleis bruk av slike typar inngrepande behandlingmetodar. Dei meiner at det må gjerast randomiserte undersøkingar på denne type praksis. Nokre studier har sett på alternativ til "seclusion". Lehane og Rees skriv i tillegg til studia nemnt over om "a policy of close observation", som eit anna alternativ til "seclusion". Dei refererer til eit arbeid av Kingdon og Bakewell (1988) der "seclusion" vart erstatta av ulike nivå av observasjon. Desse nivåa var:

- "1) Special observation, where a nominated nurse from each shift was allocated to a specific patient, and only that patient.*
- 2) Close observation, where a nominated nurse knew the specific whereabouts of a patient at all times*
- 3) General observation, when the general whereabouts of a patient were known" (Lehane og Rees 1996:974).*

Forfattarane meiner etter å ha sett på resultatane av undersøkinga at det er muleg å drive ein akuttpost i psykiatri utan å bruke isolasjon (Lehan og Rees 1996).

I ein artikkel frå Australia beskriv forfattarane (O`Brian og Cole 2003) ein praksis dei kallar ”Close-observation” eller bruk av ”psychiatric intensive care unit”, som er det same som skjermingseiningane<sup>20</sup> ein har i Noreg.

### **2.6.2 Nasjonal forskning**

SINTEF har på oppdrag frå Statens helsetilsyn undersøkt bruken av tvang i psykisk helsevern i Noreg (Helsetilsynet 2006:4) Den 20.november 2003 var det 4200 pasienter innlagt i døgninstitusjon, og 25% av desse var tvangsinnlagt. Av dei 4200 pasientane vart det i dei tre siste månadane før nemnte dato, brukt tvangsmiddel overfor sju prosent av desse pasientane. Fire prosent fekk kortidsverkande medisin, tre prosent vart det brukt mekaniske tvangsmidlar overfor og tre prosent vart det brukt isolasjon overfor. Rapporten viser at det er store geografiske forskjellar i bruk av tvang.

Norvoll (2007) har i ein periode frå 2001 til 2003 gjort feltarbeid i to akuttpostar ved to ulike sjukehus. Ho har som metode brukt deltakande observasjon og har hatt uformelle samtalar med pasientar, både inne på skjermingsromma og i posten. Ho observerte 36 pasientar, djupneintervjua 14, samt intervjua personalet, både fagutdanna pleiarar, ekstravakter og leiinga. Ho fann i studien sin om skjerming store variasjonar innan skjermingspraksis. Til dømes har ho funne at det ved skjerming på enkelte stader var vanleg å låse pasientar inne på tomme rom utan å ha noko å aktivisere seg med. Nokre interessante funn i forskingsarbeidet til Norvoll (2007) var:

- personalet fekk ikkje brukt seg aktivt og fagleg slik skjerminga var organisert
- pasientane ønskte ei meir human og nyttig behandling i høve til problema sine. Over halvparten av pasientane opplevde skjerming som fengsel. Dei såg på skjerming som straff og kjente seg avmektige, og dette vart meir negativt etter lenger tid innesperringa varte
- nokre kjente seg dårlegare av skjerming, fekk angst og klaustrofobi og var redde for å verte innelåste
- desse sterke reaksjonane kunne medføre sjølførsterkande sirklar der skjerming produserte meir tvangsbruk
- nokre opplevde det trygt at personalet var i nærleiken

---

<sup>20</sup> Skjermingseining er ein lukket del av ein post, og inneheld ofte to til tre soverom, felles stove og vaktrom. Det vil seie ein liten post i posten.



I følge Helmers (2006) har Norvoll uttalt at det finnast lite empirisk forskning som grunnlag for skjermingsmetoden, og at det manglar mykje informasjon om korleis skjerming går føre seg rundt om i landet. Vidare skriv artikkelforfattaren at Norvoll seier at skjerming på mange måtar er ”det innerste lukkede rom” i psykiatrien, der pasientar og pleiarar er overlata til å løyse vanskelege og samansette problemstillingar på eiga hand. Norvoll meiner at det er viktig å opne postane og finne alternative metodar og gode diskusjonar om innhaldet i skjerming

I ein ny norsk studie ved Østmarka psykiatriske universitetssykehus bruker Vaaler *et al* (2006) uttrykket ”segregation nursing”, som betyr skjermende sjukepleie, når han beskriv skjerming, og han beskriv dette som eit alternativ til ”seclusion”. Eg ser at dette uttrykket kan vere meir dekkande for kva som vert gjort i Noreg, men eg har ikkje funne at andre har brukt dette uttrykket. I den same artikkelen, som er ein del av doktorgradsavhandlinga til Vaaler (2006), beskriv forfattarane bruk av skjermingseining, eller PICU<sup>21</sup>. Dei omtalar ”segregation nursing” som brukt både i ein open og ein lukka del av skjermingseininga. Dei kan vise til at denne forma for skjerming var effektfull for mange av pasientane og det førte til ferre tilfeller av vold og truslar.

Skjerming er også omtalt i doktorgradsavhandlinga til Vatne, som i hovudsak handlar om grensesetting. Hennar doktorgradsavhandling har tittelen: ”Korrigere og anerkjenne. Sykepleieres rasjonale for grensesetting i en akuttpsykiatrisk behandlingspost” (2003).

---

<sup>21</sup> Psychiatric Intensive Care Unit



### 3.0 TEORETISKE PERSPEKTIV

Av teoretiske perspektiv å sjå materialet mitt gjennom, har eg funne det teneleg å knyte empirien min til Kari Martinsen<sup>22</sup> si tenking omkring omsorg. I dette kapitlet vil eg presentere delar av Martinsen sin omsorgsfilosofi som først og fremst er henta frå bøkene "Omsorg, sykepleie og medisin" (2003), "Øyet og kallet" (2000), "Fra Marx til Løgstrup" (1993), "Samtalen, skjønnet og evidensen" (2005), "Fenomenologi og omsorg. Tre dialoger" (2003) og "Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring" (1992). Eg har og brukt noko av det Hans Skjervheim, norsk filosof og vitskapsteoretikar, har skrivne i boka "Deltakar og tilskodar og andre essays"(2001).

#### 3.1 Grunnleggande kjenneteikn ved omsorga sine kvalitetar

Martinsen påpeikar at reint språkleg er omsorgsomgrepet samansett av "om" og "sorg". Ho skriv at omsorg slekta på det tyske ordet "sorgen", som kan oversettast med "oppmerksomhet" og "å bekymre seg for" eller "å sørge for". Sentralt i hennar tenking er at omsorg krev to partar, og der den eine har merksemd og bekymring for den andre. Ho skriv dette slik: "*Når den ene lider, vil den andre "sørge" (i betydningen lide sammen med) og sørge for å lindre smerten*" (2003:69). Omsorg er det mest naturlege og det mest grunnleggjande ved menneske sin eksistens, skriv Martinsen vidare. I dette legg ho at min eksistens treng den andre, det vil seie vår "tilværelse" er ein "medtilværelse" med andre. Det å ta omsyn til andre skriv Martinsen har å gjere med vår felles medmenneskelege eksistens. Eit sentralt spørsmål vert korleis ein kan vere "*med*" eller "*sørge*" for andre (Martinsen 2003). Dette spørsmålet opptok meg då eg reiste mi problemstilling i oppgåva, men då avgrensa mot skjerming av psykiatriske pasientar. Tema i min empiri fekk meg til å sjå Martinsen si omsorgstenking som spesielt relevant for å forstå og løfte fram empirien.

Eit anna sentralt poeng i Martinsen si omsorgstenking, er at som menneske er vi avhengige av kvarandre. Ho skriv det slik:

---

<sup>22</sup> Kari Martinsen er psykiatrisk sjukepleier og professor. Ho har doktorgrad i filosofi. Ho har i mange år arbeid med omsorgsomgrepet, og hennar tenking på dette området har hatt stor verknad på norsk sjukepleietenking. Spesielt gjeld dette i forhold til den teoretiske utviklinga av sjukepleie. Eg er og kjent med at hennar tenking har eit stort nedslagsfelt i Danmark. Ho arbeidde i ein fem års periode som professor ved Århus Universitet i Danmark. I dei seinare åra har ho jobba som professor i Noreg, der i blant ved universiteta i Tromsø og Bergen, og er nyleg tilsett som professor ved Høgskolen i Harstad.

*”Mennesket er ikke selvstendig uten samtidig å være bundet av kollektive sammenhenger, av livsmønstre og tradisjoner som vi er blitt utviklet gjennom og som vi tar del i” (2003:47).*

Ho skriv at å vere avhengig av kvarandre ikkje står i motsetning til det å vere sjølhjelpen. Det å vere avhengig er ein grunnstruktur ved det å vere menneske. Martinsen har eit positivt syn på det å vere avhengig. Normalt har omgrepet ”avhengighet” ein negativ klang. Hennar syn på å vere avhengig spring ut av eit kollektivistisk basert menneskesyn der det grunnleggande er at vi er avhengige av kvarandre. Ho skriv at ut i frå eit slikt menneskesyn står ikkje det å vere avhengig i motsetning til å vere sjølhjelpen, nettopp fordi det å vere avhengig inngår i alle ulike menneskelege forhold. Eit slikt menneskesyn står i motsetning til eit individualistisk menneskesyn der det å vere avhengig vert forstått som motsetning til sjølstende. Med dette meiner ho at det er gjennom det at vi er avhengig, at vi utviklar vårt sjølstende. Det er eit individualistisk menneskesyn som i stor grad pregar den vestlege verda. Det er nettopp gjennom sjukdom og liding at det at vi er avhengige kjem spesielt til uttrykk (Martinsen 2003). Pasientane som informantane mine snakkar om, er alle i den situasjonen at dei er sjuke og lir, og dei er derfor spesielt avhengige av andre.

### **3.2 Omsorgsperspektiv**

Martinsen legg vekt på tre dimensjonar ved omsorg; ”den moralske”-, ”den relasjonelle”- og ”den praktiske” dimensjonen. Moralen viser seg i korleis vi utfører sjukepleie (Martinsen 1992). Martinsen treff meg og gir meg ei god følelse gjennom sin vare, respektfulle og varme måte å sjå ”den andre” på, det vil seie måten ho ser personen i pasienten på. Dette vert så viktig i den såre og vanskelege situasjonen ein møter pasientar i når dei vert skjerma.

Martinsen (2000) sitt uttrykk ”Å se med hjertets øye” handlar om korleis vi kan vere til stades hos den andre, korleis vi kan sjå den andre og korleis vi vert i stand til å forstå eit anna menneske.

Martinsen viser til Diakonissen Rikke Nilsen si bok: ”Lærebog i Sygepleie for Diakonisser” (1877) der det står om sjukepleiarar sitt forhold til sinnslidande:

*”Ved et venligt Væsen og hjertelig Deltagelse stræber hun efter at vinde den Sindsyges Tillid...”*  
(Martinsen 2000:9)

Martinsen skriv at det handlar om å vere den andre sin tillit verdig og at tilliten er grunnleggande i alle menneske sine liv. Tillit kan ikkje skapast. Det vi kan gjere, er å gjere

oss tilliten fortent. Det har med engasjement og innleving å gjere. Det handlar om å ta vare på kvarandre gjennom å sjå fellestrekk oss i mellom, anerkjenne kvarandre og å ha respekt for eit liv. Slik er vi tilliten verdig. Ho legg vekt på eit venleg vesen og ei hjerteleg deltaking. Med ein slik måte å vere på, opnar vi for det andre menneske og kan få tilgang til å følgje med i den andre sitt liv (Martinsen 2000).

Martinsen skriv at i relasjonen viser eit menneske seg alltid som noko meir enn det vi ser om vi berre ser på "livet" til den andre. Ho forklarar dette med at eit menneske ikkje er identisk med sitt liv, men er noko meir ut frå at vi har våre erfaringar med oss, og vi har vår eiga forståing av eige liv. Å anerkjenne den andre og å vere den andre sin tillit verdig, er å vise interesse for og verdsetje den andre sine erfaringar og sjølførståing (Martinsen 1992, 2000). Ho skriv:

*"Å anerkjenne og forstå mennesket er å forstå et vesen som selv er i stand til å forstå og forstå seg selv"* (Martinsen 2000:9).

Sjukepleiaren bør ha eit hjerteleg deltakandes auge så ho ikkje tek frå den andre si eiga sjølførståing og ikkje reduserer den andre til ein gjenstand eller ferdig faktum. Om å sjå med "hjertes øye" skriv ho:

*"Å se med hjertets øye, med det deltakende oppmerksomme øye, får den andre til å tre frem som betydningsfull. Den etiske fordring kommer inn på livet av samaritanen, som nødes til å svare på den ved å handle praktisk. Samaritanen så med hjertets øye, med hele kroppen, som var smertelig åpen og mottakende, vendt mot den andre, oppmerksomt for også med tanke og vilje å forsøke og forstå hva som er på spill"* (Martinsen 2000:21).

Ho brukar historia om "Den barmhjertige samaritan", som er ei historie frå Bibelen, til å forklare korleis ein kan sjå med "hjertets øye". Presten og levitten let lovene og kanskje frykt for det framande vege meir enn synet av eit skada menneske. Dei lukka igjen for følelsane og gjekk forbi personen som var skada. Kanskje gjorde levitten som sin læremeister, det vil seie presten, og følgde han sitt eksempel, fordi han tenkte at det var det som var forventa av han, det normale eller det riktige å gjere. Samaritanen vart sterkt påverka av følelsar ut frå det han såg. Kanskje ein kan seie at det "skar han i hjertet" eller "slo han i magen", slik at han kjente smertene på eigen kropp. Han såg med "hjertets øye", slik Martinsen (2000) skriv det. Den andre vedkom han, og han kom slik i eit etisk forhold til den skadde og kjende seg forplikta til å handle på den andre sine vegne. Martinsen skriv:

*"Det er en stemme i alt som hvisker til oss: Vær barmhjertig, vær varsom. Mit liv er utlevert deg. Ikke bruk makten (styrkeforholdet i relasjonen) du har ved at mitt liv er utlevert deg, til å slå hånden av meg."*

*Kan du se den appell om livsmot som ligger gjemt i min lidelse og smerte? Allerede det å sanse den andre er å stå i et etisk forhold til ham” (Martinsen 2000:23).*

Det Martinsen her skriv, finn eg spesielt relevant i forhold til blant anna å skjerme pasientar, fordi ein som pleiar har stor makt over ein pasient som vert skjerma. Martinsen (2000) skriv vidare at sansing og forståing er avhengig av kvarandre, og begge er like nødvendige. Det å forstå, må ha sansinga som fundament, elles vert det registrering. Utan forståing vert vi handlingsramma og makteslause i vår sansing. Ho utdjupar dette slik:

*”Øyet som lever i vekselvirkning mellom sansing og forståelse, er ”det doble øye”, og det er det deltakende oppmerksomme øye, eller hjertets øye. Det er øyet som er både oppfattende og utforskende på en gang. Det oppfattende øye er åpent og uforbeholdent. Det utforskende øye er et faglig skolert øye, det er et vurderende øye, et stussende øye, et ettertenksomt øye som ettertenke det sansende stemte inntrykk” (Martinsen 2000:26).*

Det handlar om å vere i situasjonen med heile seg. Sansande og mentalt til stades, ikkje tenkande på andre ting, men fokusert på det arbeidet dreier seg om; nemleg å ”ta inn over seg” og møte det mennesket ein har framføre seg på ein god måte, og forstå kva ein kan gjere for at den andre kan få det betre. Det er nettopp dette informantane mine er opptatt av i skjermingsarbeidet, slik eg forstår det dei fortalte.

Martinsen (2000) skriv at det er lett å skli frå eit sansande blick til eit registrerande blick, det vil seie det same som å gå frå ein deltakande, open og interessert posisjon til ein utan-i-frå, vurderande og klassifiserande posisjon. Det er stor skilnad mellom dei to posisjonane på korleis det vil vere for pasienten å våge seg inn i ein relasjon.

Martinsen skriv og om personorientert profesjonalitet. Ho meiner at å vere personleg, vise følelsar og vere involvert, ikkje står i motsetning til å vere profesjonell, men ho skil mellom personleg og privat (Martinsen 2000). Ho skriv dette slik:

*”For å våge å se, høre, forstå, oppleve pasientens versjon av livet kan den profesjonelle i sitt forhold til pasienten og hans situasjon ikke unngå å presentere seg i sin menneskelighet. Menneskeligheten og fagligheten spiller sammen i denne presentasjon” (Martinsen 2000:33).*

Ein må i arbeidet som sjukepleiarar gå inn i relasjonar, og ein må prøve å finne balanse mellom involvering og private grenser. I psykiatrien er dette ein viktig del av arbeidet. Martinsen sitere den danske psykiateren Margrethe Lomholt Kemp (1998) som skriv:

*”... det gik op for mig, hvad projektet, meningen med mit arbejde i psykiatrien er: Det er vel en kamp for at se og høre vores patienter – ikke som patienter, men som mennesker. At turde se, høre, forstå, opleve deres version af livet. (...) Jeg kan allerede høre anklagerne for ikke at være professionel, for*

*ikke at have tilstrækkelig afstand til patientene, for at være overinvolveret (...) Men hvorfor taler jeg som om det var noget særligt at forholde sig til patientene som medmennesker? Fordi det er det. Hvorfor? Jeg tror det har med lægeuddannelsen at gjøre. Vi lærer (...) at gjøre patienten til et objekt. Vi lærer at spørge til ganske bestemte forhold, og andet end svar på netop dette er i sammenhængen uden relevans” (Martinsen 2000:10-11).*

Kemp skriv her noko om å tore og vere nødvendig nær og leve seg inn i pasientar sin situasjon, i motsetjing til å reservere seg og verte usikker på korleis kontakten kan vere mellom psykiater og pasient når ein skal vere profesjonell. Slik eg ser det, må dette og gjelde for samspillet mellom pleiar og pasient. Martinsen viser vidare til Kemp som skriv at å vere profesjonell ikkje står i motsetning til å vere personleg involvert og vise følelsar.

Følelsar for den andre gir høve til å sanse han. Men det er ikkje profesjonelt å vere privat og drive med ”følerier”. Då er ein for opptatt av seg sjøl og eigne følelsar til å kunne sjå den andre. Det som er viktig er å vere sansande og la seg røre. Då vil den andre vedkomme ein, og ein vert merksam og interessert i den andre som person og ikkje som ein diagnose eller eit tilfelle. Om ein vert i registreringa, vert den andre framand og vil ikkje vedkomme ein på same måte (Martinsen 2000). Martinsen skriv vidare at:

*”Å være profesjonell er å våge å være menneske, dvs. også å være åpen for følelser som setter en i en tilbakeholdenhet og lar den andre få tre frem. Det er følelser som sansingen åpner for. Det er følelser som skam og aktelse. De springer ut av den sansende grunnstemning at livet er verdt å ta vare på og verne om. De er etiske grunnfølelser. Aktelse og skam uttrykker at noe er unndratt vår makt, og at livet kan krenkes hvis vi forulemper det som ikke er vårt. Å være profesjonell er å spørre etter fagkunnskaper som gir muligheter for å se pasienten som et lidende menneske, og som verner hans integritet. Det utfordrer den profesjonelles faglighet og menneskelighet i en vennlig vekselvirkning, forbundet i en felles grunnerfaring om å beskytte og ta vare på livet. Den oppfatning av profesjonalitet vil jeg kalle personorientert profesjonalitet” (Martinsen 2000:12).*

Ein føresetnad i omsorgsarbeid, i følgje Martinsen, er å ha respekt for seg sjøl og elske seg sjøl. Elles vert det vanskeleg å sjå menneskelege likskapar og ulikheit, og å halde seg til ulike felles menneskelege følelsar og behov (Martinsen 2000). Vi må vere nær oss sjøl for å kunne forstå, og for å kjenne på og tore å vere nær andre. Vi må la det vere ein menneskeleg vekselverknad, det vil seie å våge oss fram slik vi er og vere merksame på korleis vi gjer det, for så å tre litt tilbake. Slik kan vi vere med å skape rom for, eller ein arena, der den andre kan vise seg fram eller våge å nærme seg i ein relasjon. Martinsen er bekymra for at vi er meir kritisk til sansing, følelsar og nærleik i vår profesjonalitet, enn til å ha distanse og eit kjølig forhold. Ho meiner vidare at vi set få spørsmål til om kunnskapen aktar livet og om strukturar er krenkande. Ho stiller spørsmål til kva kunnskap vi prioriterar. Det er viktig å gjere nokre val i høve til desse spørsmåla og å slå an ein tone som gjer at det er godt å vere i rommet. Ein

personorientert profesjonalitet handlar ikkje berre om lønnsarbeid, men og om engasjement i det ein held på med. Det handlar om å vere villig til å investere noko av seg sjøl i den andre og forplikte seg til å gjere sitt beste for å hjelpe, passe på eller pleie (Martinsen 2000).

### 3.3 Omsorg og moral

Martinsen sitt menneskesyn gir ikkje omsorga berre ein relasjonell dimensjon, men og ein moralsk dimensjon. Martinsen ser den moralske dimensjonen ved omsorg som overordna (Martinsen 1992). Ho viser til den danske moralfilosofen og vitskapsteoretikaren Uffe Juul Jensen (1984) som skriv:

*”Det moralske ansvar udspringer af, at vi som mennesker altid er afhængige af andre mennesker. Denne afhængighed betyder, at nogle mennesker (som enkeltindivider eller grupper) får magt over andre mennesker. Det moralske ansvaret kommer til udtryk, når vi søger at værne den svage part i et afhængighedsforhold mod en magtudøvelse, der tilsidesætter den svage parts interesser”* (Martinsen 2003:47).

Tilhøvet mellom menneske er prega av makt og det å vere avhengig, og moralen gjer noko med korleis vi handterer dette. Det ligg makt i alle relasjonar. Omsorgsmoral handlar om korleis vi brukar makta. I samfunnet har vi ulike grupper, der nokre er svakare enn andre i høve til posisjonar, ytringsrett og innverknad. Ikkje alle er like gode til å definere behov og problem. Martinsen skriv at svake grupper har rett til moralsk støtte (Martinsen 2003). Pasientar i psykotisk krise, som blir skjerma, ser eg på som spesielt sårbar eller svake.

Vidare skriv Martinsen at moralen ut frå dette har to andlet. Moralén kan brukast til å rettferdiggjere maktutøving og undertrykking, eller den kan brukast til å verne svake, og slik uttrykke ei ansvarleg maktutøving. Ho formulerer eit prinsipp for moralén som ikkje kan bevisast matematisk eller som treng å vere ei absolutt sanning, men som kan brukast til å ta moralske avgjersler (Martinsen 2003). Dette prinsippet omtalar ho som: *”Det moraske prinsipp om ansvaret for de svake”* (2003:48). Dette prinsippet kan brukast til å avgjere om ei maktutøving er moralsk ansvarleg eller moralsk uansvarleg. Grunnlaget for å treffe avgjersla ligg i historiske og situasjonsprega vilkår i det daglege. For å forklare dette viser Martinsen til Aristoteles<sup>23</sup> sine omgrep ”praxis og poises”. Aristoteles kallar dagleglivet sine handlingar for ”praxis-handlingar”. ”Poiesis” er tekniske handlingar. Når ein skal utføre tekniske handlingar, gjer ein berekningar og prøver å føreseie kva som vil skje. Dei tekniske handlingane er målrasjonelle og resultatorienterte. Men dei er og skapande handlingar, der ein går ut i frå

---

<sup>23</sup> Martinsen viser til Skjervheim sitt arbeid ”Etikken og dagleglivet sin moral” i Vitskapen om mennesket og den filosofiske refleksjon. (1964) når ho omtalar Aristoteles.

kontroll over materialet (Martinsen 2003). "Praxis-handlingar" har ikkje eit formål utover seg sjøl, og har ikkje mål om å lage noko eller gjere noko ferdig. Mål, verdiar og normer ligg i sjølve handlingane og vurderast ut frå kvaliteten i sjølve relasjonen eller samhandlinga. Handlinga er riktig om den er gjort i samsvar med riktig målestokk, det vil seie "det moralske prinsipp om ansvaret for dei svake", som sitert over. Det handlar og om å handle i samsvar med "fornuften", i følgje Aristoteles. Dette handlar om livsførsel, om eige liv og om å ordne livet sitt i forhold til andre (Martinsen 2003). Med fornuft meinast her:

*"... det felles menneskelige som binder oss sammen og som kommer til uttrykk, eller realiserer seg, gjennom dialog og samhandling" (Martinsen 2003:49).*

Martinsen skriv at "Livsførselen og holdningen bak handlingene er viktigere enn å velge visse teknikker" (2003:49), og på ein annan måte uttrykker ho det slik:

*"Den menneskelige praksis ut fra riktig målestokker konstituerer det sosiale fundament. Dette er også det grunnlaget som gjør poiesis overhodet mulig, dvs. som gjør det mulig å skape og produsere. Livsførselen leder de tekniske handlingene. Den riktige målestokk blir en sosial-etisk kategori. Det er ingen tilpassning til en ferdig regel. Det har å gjøre med grunnholdning. Grunnholdningen om å handle ut i fra en riktige målestokk (=dyd) i ulike situasjoner og er bare mulig i et gjensidig dialogisk forhold til andre mennesker. Det er i slike relasjoner vi vises veien og tilegner oss vår moralske grunnholdning" (2003:49).*

Det er gjennom erfaring og diskurs vi kan lære moralsk praksis ut frå den riktige målestokken, i følgje Martinsen. Når vi har lite erfaring, må vi handle regelstyrt og vi vert opptatt av detaljar. Etter kvart som vi får meir erfaring, vert reglane berre hjelpemiddel. Det viktigaste i dei moralske handlingane vert innleving, og vi kan gjere vurderingar og bruke skjønn ut frå erfaring. Vi kan sjå og engasjere oss i heile situasjonar og vurdere ulike handlingsalternativ (Martinsen 2003). Martinsen skriv at vi då har "... tilegnet oss en etisk kompetanse som vi kan kalle praktisk visdom" (2003:49). Vidare viser ho til Polanyi (1966) som har skrive at "... vi vet mer enn vi kan fortelle. Hva vi vet kan ikke reduseres til det vi kan si" (Martinsen 2003:49). Den etiske kompetansen kan vere taus. Likevel er den moralske diskursen viktig. Vi kan gjennom dialog prøve å sette ord på og utveksle erfaring, og slik utvikle vår moralske livsføring. Moralen vår er grunnleggjande for vår måte å vere på. Erfaringar og verdiar er grunnleggjande for dialogen. Verdiane er vi med på å forme sjøle, dei er ikkje private, men felles menneskelege og tilknytte handlingar. Verdiar og menneskesyn er i våre handlingsmåtar. Dagleglivet sin moral er både rasjonell og emosjonell. Den handlar om den rette måten å leve på. Ein fornuftig måte å leve på som er god for menneska. Den kan ikkje reduserast til subjektive emosjonar eller tekniske handlingar, for då vert den irrelevant (Martinsen 2003). Praktiske handlingar frå dagleglivet gir grunnlag for å diskutere



verdispørsmål. Det er ikkje alltid enkelt å avgjere kva som er riktig eller gale å gjere. Vi må ta stilling til ”prinsippet om ansvaret for dei svake” gjennom levemåte og dialog (Martinsen 2003). Martinsen skriv at:

*”Konkret dreier det seg om å foreta moralske skjønn og overveielser ut fra en situasjonsforståelse. En situasjonsforståelse krever innsikt i menneskers livssituasjon, i gruppers vilkår og i hva som er menneskelige muligheter og begrensninger i situasjonen” (2003:51).*

Skjønn er ikkje subjektivt, i følge Martinsen (2003). Det må gjerast i truskap til ei handling som kan vere til førebilde. Vi kan likevel komme til ulike vurderingar ut frå ulike førebilde. Verdier kan diskuteras, men avgjerast i høve til eit førebilde om støtte til svake. Gjer vi ei skjønnsvurdering av situasjonen ut frå det omtalte ”prinsippet”, vil vi handle moralsk ansvarleg (Martinsen 2003). Prinsippet om støtte til svake bygger på:

*”... våre felles forutsetninger om å oppleve livet som godt eller vondt, og hvor vi ikke kan være garantert å ikke kunne komme i den situasjon at vi kan være blant de svake” (Martinsen 2003:51).*

Overfører ein det Martinsen her skriv til mi problemstilling, betyr det at ein ikkje kan vere garantert at ein ikkje sjøl blir psykisk sjuk, og eventuelt blir skjerma.

Vår moral kjem til uttrykk i mellommenneskelege tilhøve. Ein overstyrande holdning er ikkje omsorg (Martinsen 2003, 1992). Martinsen skriv at:

*”Å passivisere og fastholde individer i underlegne posisjoner og hindre dem i å leve det beste liv de er i stand til, er moralsk uakseptabel maktutøvelse. Omsorg er derimot å frigjøre hverandres ressurser. Det er å forstå den andre ut fra en situasjonsforståelse, og det å møte den andre ut fra tillit i samhandlingssituasjoner hvor begge parter er deltakere” (2003:51-52).*

Eit sentralt element i omsorg er tillit mellom pasient og pleiar. For å få tillit må ein gjere seg tilliten verdig gjennom handling. Martinsen viser til K.E. Løgstrup<sup>24</sup> (1956) som skriv om tilliten:

*”Tillit er å utlevere seg, å våge seg frem for å bli imøtekommet (...) Dette er nerven i all kommunikasjon. Etikk henger for Løgstrup sammen med at forhold mellom mennesker er maktforhold. Gjennom det avhengighetsforhold vi lever i og den utleverthet som ligger i det, utøver alle mennesker makt over andre.” (Martinsen 2003:86).*

og vidare:

*”... at den ene er udleveret den anden, betyder at vore innbyrdes forhold altid er et magtforhold. Den ene har mere eller mindre af den andens liv i sin magt.” (Martinsen 2003:86).*

---

<sup>24</sup> Knud Eiler Løgstrup (1905-81) var dansk filosof og teolog, som Martinsen er svært opptatt av og som pregar fleire av hennar arbeid.



og dessutan:

*”Å misbruke den annens tillit er ikke uenighet, men at den annen ikke er tatt imot, men oversett og overhørt. For en kan rett og slett ikke misbruke den annens tillit hvis en har tatt imot!” (Martinsen 2003:86).*

Vidare skriv Martinsen om at verkeleg fornuftige handlingar lærast på eit høgare kompetansenivå der vi handlar og tar avgjersle intuitivt. Intuisjonen er knytt til situasjonen. Den er ikkje irrasjonell, og den handlar om å kunne leve seg inn i den andre sin situasjon med ei innsikt bygd på erfaring og fagkunnskap. Ho seier at intuisjonen sameiner levemåte og dialog. Følelsane er med i moralen og rasjonaliteten i følelsane. Dette er karakteristisk i dagleglivet sin moral, og dei gode handlingane, som kan vere døme for andre og lærast gjennom samhandling og samtale (Martinsen 2003).

Martinsen (2003:88) viser til Hagemann (1936) som skreiv følgjande om omsorg:

*”I dette lille ordet ”omsorg” ligger i grunnen innesluttet alt som kan sies om en søsters forhold til sine pasienter” (2003:88).*

For Hagemann var omsorg og etikk tett samanvevd, og ho meinte at omsorga ga grunnlag for og kom til syne i det praktiske arbeidet. I følgje Martinsen skreiv Hagemann:

*”Om vårt arbeide utvortes sett er stort eller lite har intet å bety. Verdien av det ligger i det sinnelag hvormed vi utfører det.” (Martinsen 2003:88-89).*

og

*”Hvis hjertelaget for de syge skulde mangle, vil selv den beste tekniske utdannelse ikke kunne gjøre en søster skikket til på rett måte å fylle sin plass. (...) de søstre som har et utelukkende teknisk arbeide som røntgen, operasjonsstue o.s.v. vil ikke mangle anledning til å bruke sin omsorg, hvis de først har den i sitt hjerte.” (Martinsen 2003:88-89).*

og

*”Det er ikke nok å lære de tekniske ting som hører sykepleien til. Man må samtidig arbeide på sin egen personlighet, arbeide for å bli ’god’. Det vil med andre ord si at eleven – om hun ikke har gjort det før – nu må begynne et pløiningsarbeide inne i sin egen karakter” (Martinsen 2003:88-89).*

Hagemann meinte at omsorg er ei ansvarsfull oppgåve. Ho var opptatt av sjukepleiarane sitt vesen og deira framferd i arbeidet. Ho snakka om kor godt det er å treffe nokon som alltid ser ut til å ha god tid, som kan kunsten å vere heilt til stades der ein er. Det handlar om å legge heile si interesse i det ein held på med og ikkje vere opptatt av andre ting. Gjennom å verte

tatt slik på alvor kan pasienten kjenne seg trygg i situasjonen, og når andre tek over, for då har pleiaren gitt nøyaktige beskjedar om korleis alle ting skal vere (Martinsen 2003).

### 3.4 Deltakar og tilskodar

Hans Skjervheim tar i essayet "Deltakar og tilskodar" føre seg mellommenneskeleg samhandling. Han skriv:

*"Våre konstateringar av fakta festar vi i språklege formuleringar, like eins våre vurderingar, rettleingar og påbod. Det er språket som gjer at vi har ei sams verd; forstår vi ikkje språket til kvarandre, lever vi i kvar vår verd, utan anna enn overflatisk kontakt" (2001:71).*

Dette seier han er eit grunnlag for si analyse av måtar å møte andre på gjennom språket. Han seier at det er vesentleg om vi tar i mot eit utsegn frå andre som ein påstand eller som eit konstatert faktum. I høve til ein påstand, kan eg engasjere meg i påstanden og verte ein deltakar i ein diskusjon om sakstilhøve i påstanden. Då får vi ein treledda relasjon, det vil seie mellom den andre, meg og sakstilhøvet. Vi deler sakstilhøvet, fordi eg engasjerer meg i hans problem eller sak (jf. Skjervheim 2001). Om eg ikkje engasjerer meg i den andre sitt utsegn, men berre konstaterer at han kom med eit faktum, får vi ein toledda relasjon. Det vert eg i høve til mitt faktum eller sakstilhøve, og den andre i høve til sitt sakstilhøve (jf. Skjervheim 2001). Eit tredje alternativ Skjervheim ser, er at eg kan konstatere at den andre lager lydar, men ikkje høyre etter kva han seier. Då reduserer eg den andre til eit fysisk objekt. Skjervheim skriv at vi ikkje snakkar om nokon av desse alternativa åleine i det daglege livet, men at vi då snakkar om alle på ein gong. Mellommenneskelege situasjonar er ikkje eintydige, men tvitydige. Faren for å oppfatte den andre, og det han seier, som eit faktum er størst om han seier noko som er vanskeleg å ta på alvor, fordi vi ikkje kan sjå det som ein del av verkelegheita. Skjervheim tar eit døme der ein person snakkar om at handlingane er styrte av mystiske strålar. Då er det lett å innordne dette faktumet, vi konstaterer og gjer den andre til eit psykiatrisk kasus (2001:73). Dette kan klart vere ein fare når pasientar som er psykotiske snakkar slik at ein som pleiar har problem med å forstå kva dei seie.

Å ta den andre alvorleg vil seie å la seg engasjere og ta det han seier til ettertanke og eventuelt diskutere det. Skjervheim brukar psykologar sine blick og vurderingar som døme på kva som ubevisst kan skje i eit møte mellom to menneske, der den eine kjenner seg vurdert av den andre. Når ein kjenner seg vurdert, er det fordi ein opplever ei objektiverande haldning frå den andre. Ei objektiverande haldning kjennast som ei åtakshaldning, det vil seie eit åtak på den

andre sin fridom. Når ein kjenner seg utsett for eit åtak, vert det naturleg å innta ei forsvarshaldning. Skjervheim brukar ein samtale mellom ein psykolog og ein filosof som døme. I dette tilfellet skaffar psykologen seg herredøme over filosofen gjennom ein objektivierende haldning. Filosofen må innta ein forsvarsposisjon, fordi det er naturleg å ville ha kontroll sjøl. Dermed vert det strid om herredømet. Det kan arte seg som ein duell i å redusere den andre for å hevde seg sjøl. Skjervheim skriv at han her snakkar om objektivisme:

*”... når den objektivierende holdningen vert absolutert, det vil seia når ein berre vil sjå alt under synsvinkelen fakta og faktisitet. Eit namn på det same er positivisme” (2001:78).*

Om ein vel å objektivere omverda si, det vil seie dei andre ein møter, stiller ein seg sjøl utanfor. For ein som ikkje engasjerer seg og deltek, eller ikkje er i stand til å delta, vert samfunnet framandt. Skjervheim skriv at engasjement ikkje er ein eigenskap vi har, eller ikkje har, og det er ikkje ei kjensle. For å forklare dette nærare, viser han til Heidegger<sup>25</sup> som har skrive om ”kastethet”. Med det meiner Heidegger at vi er kasta inn i livet, og kan ikkje velje til dømes om vi vil engasjere oss eller ikkje. Det vi kan velje er kva vi vil engasjere oss i, fordi engasjement er ein grunnstruktur i mennesket (Skjervheim 2001). I møte med pasientar som er psykotiske, er kanskje faren for objektivere større enn i møter med andre pasientar, fordi dei kan vere vanskeleg å forstå og det er lett å forstå dei utelukkande ut frå diagnosa.

---

<sup>25</sup> Skjervheim 2001:81 viser til Heidegger, men utan kjelde.

## 4.0 METODE

I dette kapittelet vil eg først beskrive og forklare kva eg har gjort for å få svar på problemstillinga mi. Vidare har eg skrive kort om fenomenologi og hermeneutik for å grunngi og klargjere metodeval. Deretter kjem eg inn på refleksjoner omkring det å forske i eige felt. Etter det gir eg ein gjennomgang av framgangsmåte, førebuing til intervju, rekruttering av informantar og utval. Så følgjer ei beskrivinga av gjennomføringa av intervju. Eg klargjer ”pålitelegheit” og ”gyldigheit” ved prosessen, korleis analyse- og tolkingsarbeidet har blitt gjennomført og ein omtale av konfidensialitet. Til slutt omtaler eg litteratursøk, metodekritikk og etiske vurderingar.

### 4.1 Korleis forstå meir?

Målet med prosjektet mitt var å prøve og beskrive og forstå meir om kva pleiarar tenke kan vere eit godt eller best muleg skjermingsarbeid i forhold til pasientar innlagte i psykiatrisk akuttpost. Ut frå mi erfaring med skjermingsarbeid, opplever eg at kunnskap om skjerming i stor grad er ”uuttalt”. Eg ville gjennom prosjektet prøve å få fatt på noko av denne kunnskapen. For å kunne gjere det, forsøkte eg gjennom opne intervju å få tak i beskrivingar av erfaringar med dette arbeidet frå erfarne pleiarar. Eg ville prøve å få tak i deira erfaringar, følelsar og tankar, med andre ord pleiarar sine eigne opplevingar frå skjermingssituasjonar, og kva dei meinte om kvaliteten i dette arbeidet. Eg fann det nødvendig med ei kvalitativ undersøking, der eg kunne få gode erfaringsbeskrivingar og historier frå praksis. Malterud (1996) skriv at ved å bruke kvalitative metodar, kan ein få auka forståing for menneskelege erfaringar og hendingar. Ein kan få tak i levande kunnskap gjennom meininger, tolkingar og nyanser ved menneskelege eigenskapar og samanhengar vi inngår i. Ei fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming ser eg som ein god måte å prøve og forstå sentrale sider ved skjermingsarbeid. Thornquist<sup>26</sup> skriv at ei fenomenologisk innstilling for helsearbeidaren er å:

*”Prøv å sette dere inn i pasienters situasjon og erfaringsverden, prøv å forstå hva det innebærer å være syk. Å være syk er nettopp noe kvalitativt annet enn å ha en sykdom (jf. skillet mellom en ”naturlig” og en ”naturalistisk” innstilling)” (2003:132).*

Ei fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming vil eg omtale som ei tilnærming gjort med interesse og respekt. Det vil seie ei inderleg og ærleg interesse for det ein held på med, og ein stor respekt for det ein møter. I denne samanhengen vert det ei inngåande merksemd på, og ei

---

<sup>26</sup> Eline Thornquist er fysioterapeut og dr. philos og tilsett som proffesor ved Universitetet i Tromsø

stor interesse for, å prøve og å forstå eit anna menneske sin situasjon og behov. Pleiarane prøver å ta del i pasienten si livsverd, og eg ville som forskar prøve å setje meg inn i dei delane av pleiarane si livsverd i forhold til skjermingsarbeid som dei var villege til å dele med meg gjennom intervju.

## 4.2 Fenomenlogi

I følge Thornquist (2003) er det Edmund G.A. Husserl (1859-1938) som reknast som far til den moderne fenomenologien. Han var i utgangspunktet opptatt av å forstå kunnskap og å studere bevisstheita. Han stilte spørsmål ved det Descartes<sup>27</sup> og Galilei<sup>28</sup> stod for. Galilei hadde laga ei ramme for den nye tida sin filosofi og vitskap. Han la grunnlaget for den matematiske naturvitskapen, og meinte at berre dei objekta som kunne matematisk beskrivast, eksisterte objektivt. Descartes hadde dette vitskaplege verdsbilde då han gjorde sine arbeid. Han klarte å halde bevisstheita utanfor, men vart slik tvungen til å sjå på kroppen som eit materielt objekt. Dette førte til at kropp og sjel vart delte, og vi fekk den kartesianske dualismen, det som Husserl kalla objektivismen. Fenomenologien vart eit radikalt oppgjær med den rådande reduksjonismen. Husserl ville skape ei motvekt mot den og tok avstand frå den kartesianske epistemologiske dualismen. Storli<sup>29</sup> (2006) skriv at Husserl (1970) meinte at nyare vitenskap var prega av objektivisme og at det medfører ein avstand mellom vitenskap og det levde liv. Han innførte livsverdomgrepet, som han omtalte som ei verd med betydning og mening for subjektet, det vil seie den verda all erfaring har utgangspunkt i og som går føre og er ein føresetnad for all vitskap. Bengtsson<sup>30</sup> (1993, 2006) skriv at "Livsverdenen" er alt vi er i, her og no. Det vil seie det vi opplever heilt individuelt og som legg grunnlaget for å forstå omverda. Han skriv:

*"Livsvärlden är således inte bara för-reflexiv, utan även för-vetenskaplig; den föregår och förutsätts av både filosofi och vetenskap"* (Bengtsson 1993:45).

Bengtsson (2006) skriv vidare at Husserl meiner at vi tar livsverda for gitt, og dermed er det lett å gløyme at den er ein fundamental føresetnad. Det vi kjem fram til er avhengig av praktiske aktivitetar og at menneska utfører dei. Geometriske storleikar, farge og lukt eksisterer sjøl om menneske ikkje lenger skulle eksistere, men då er det heller ingen som kan

---

<sup>27</sup> Renè Descartes (1596-1650) er vist til i Thornquist (2003:19og 228), der ho oppgir fleire kjelder om Descartes.

<sup>28</sup> Galileo Galilei (1564-1642) er vist til Thornquist (2003:19), der ho oppgir fleire kjelder om Galilei.

<sup>29</sup> Sissel Lisa Storli er intensivsykepleiar og amanuensis ved Universitet i Tromsø

<sup>30</sup> Jan Bengtsson er proffesor i pedagogikk ved Gøteborgs universitet

oppfatte dette. Arbeidet til Husserl vart vidareført av Martin Heidegger (1889-1976) som var opptatt av fundamentale strukturar i den menneskelege livsverda. Han meinte at det viktigaste for å forstå menneske, ikkje er psykologisk innsikt, men nokre strukturar han kallar eksistensialer, og som tek utgangspunkt i at menneske lever i ein kulturell, historisk og sosial samanheng. For å forstå vår livsverd er det grunnleggande å forstå mennesket sin relasjon til omverda, tidsdimensjonen og at vi er kroppssubjekt. Livsverda vert det primære grunnlaget for våre erfaringar, kunnskapsutvikling, refleksjon og vitskap (Fjelland og Gjengedal 1995, Tornquist 2003). Vi finn mening og forståing gjennom våre erfaringar med ting, kvarandre og oss sjøle, slik eg forstår dette. Bengtsson skriv:

*”I fenomenologin gæller det att varken ta vetenskapliga teorier, sunda förnuftet eller vilka som helst åsikter för givna; det gæller i stället att göra full rättvisa åt de objekt som är föremål för undersökning – må det vara matematiska eller logiska objekt, känslor, fysiska ting, kulturobjekt, sociala institutioner m.m. Detta är sakerna själva och vår tillgång till dem är erfarenheten. Det är i den som de visar sig och det är således utifrån erfarenheten som sakerna måste klargöras” (1993:25-26).*

Fenomenologien kan kallast ein erfaringsfilosofi. Det er gjennom våre erfaringar med ulike fenomen i verda at vi finn ut av og forstår meir av kva dei ulike fenomen inneheld eller handlar om. Vi må ikkje ta noko for gitt, men vere nysgjerrige og stille spørsmål, og stadig vere på jakt etter nye spørsmål når vi får nye svar. Det viktige er at erfaring ikkje er uavhengig av den som erfarer. Subjektiviteten har ein viktig plass, noko som skil fenomenologien frå positivismen og empirismen. I følgje Bengtsson skriv Husserl også i sine ”Logische undersøchungen” (1900 og 1901) at:

*”... medvetande alltid är riktat mot något annat än sig självt, att det är ett medvetande om något, att det alltid är riktat mot något föremål” (Bengtsson 1993:27)*

og han skriv at:

*”... intentionalitetsteorien även att de saker som medvetandet är riktat mot och erfar inte är givna som rent positiva fakta oberoende av det erfarande medvetandet. Sakerna erfars alltid som något, de har en mening; en mening utan vilken de inte skulle vara vad de faktiskt är och utan vilken det inte skulle finnas en värld som vi kunde leva i ”(Bengtsson 1993:28).*

Ein fenomenologisk innstilling eller tankegang, går dermed ut på å studere fenomen i verda slik dei viser seg for oss menneske, slik vi menneske kan forstå dei. Den franske filosofen Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) har skrive boka ”Kroppens fenomenologi” (1994). Han tar utgangspunkt i kroppen, og seier at vi er kropp og er i verda som kropp. Levd erfaring og levd liv er kroppsleg forankra. Vi får tilgang til verda gjennom vår sanslege kropp, seier han. Han kallar ofte livsverda for ”vara-til-værden” for å gjere det tydelegare at intensjonaliteten

spring ut i frå kroppen (Merleau-Ponty 1994). Eg har i min studie vore opptatt av å få fatt på informantane sine subjektive erfaringar med skjermingsarbeid, det vil seie det dei opplever heilt individuelt og som legg grunnlaget for deira forståing av dette arbeidet.

### 4.3 Hermeneutikk

I følge Gulddal og Møller (1999) la Aristoteles grunnlaget for hermeneutikken. "Hermeneutik" stammer frå det greske omgrepet "hermeneutike" med bakgrunn i "hermeneia" og som betyr "språklig artikulasjon eller uttrykk". Seinare, når gresk litteratur vart oversett til latin, vart ordet oversett til "interpretatio", det vil seie "fortolking". Hermeneutikk vart til "fortolkingskunst" og den vitenskap som vert brukt til å tolke tekstar. Opprinneleg var hermeneutikken brukt til å tolke teologiske tekstar. Seinare vart den også brukt til lovtekstar og tekstar frå ulike andre fag, og til tolking av teater og dans. Friedrich Schleiermacher (1768-1834)<sup>31</sup> var den første som systematisk formulerte dei hermeneutiske prinsippa. Han sa at hermeneutikken si oppgåve var å unngå misforståingar. Den skulle finne meining og skape forståing. Schleiermacher var opptatt av at det må vere ei sirkelrørsle i all forståing. Vi grip delar av ein tekst gjennom heilskapen og heilskapen gjennom delane den inneheld. Det vert kalla den hermeneutiske sirkelen. *"Det er med andre ord ikke nok bare at læse bogstaverne - den, som konsulterer loven, skal forsøge at forstå dens ånd"* skriv Gulddal og Møller (1999:9). For å forstå teksten si ånd, må den tolkast. Ein utdannar til dømes juristar til å tolke lovtekstar, fordi det trengs spesiell kompetanse for å forstå lovene på rett måte. Der ønsker ein ikkje eit allsidig rom for tolking, som ein gjerne gjer på andre område. Hermeneutisk arbeid er alltid dialogisk, det vil seie ei veksling mellom to eller fleire partar, som til dømes mellom tekst og lesar. Tekstar lever på ein måte sitt eige liv når ein forfattar har skrive ferdig ei forteljing eller eit arbeid. Forfattaren har late arbeidet materialisere seg, og er vanlegvis ikkje sjøl til stades for å forklare teksten. Det vert opp til lesar å forstå den på sin måte. På ei anna side kan lesar setje seg inn i forfattaren sin bakgrunn og liv og andre tekstar han har skrive, for å prøve og komme nærare det forfattaren legg i teksten og dermed få ny forståing av den (Gulddal og Møller 1999). I ei slik undersøking som eg har gjort, er det informantane sin tale som er transkribert ordrett til skriven tekst, og der det er teksten som dannar grunnlag for min analyse og tolking. Mi utfordring vert å framstille intervjumaterialet på ein slik måte at andre kan forstå det, men på sin måte. Eg har altså halde meg til teksten som tekst, og veit ikkje så mykje om informantane. Det vert ei sirkelrørsle mellom teksten og

---

<sup>31</sup> Schleiermacher er vist til i Gulddal og Møller (1999:293)



meg som lesar, som forfattaren eller, i dette tilfelle, informantane ikkje lenger kan ha styring med. Sameleis vert det og med hovudfagsoppgåva mi. Den skal og "leve sitt eige liv", der eg ikkje kan drive å forklare den til eventuelle lesarar (jf. Gulldal og Møller 1999).

Eg har ein del erfaring med skjermingsarbeid, og dermed mi forståing av kva skjerming er ut frå både praksis og litteratur. Fog skriv om førforståinga at den er dobbel på den måten at den består både av taus kunnskap og daglegdagse erfaringar frå det å vere menneske, i tillegg til det teoretiske og begrepslege fundament ein har som fagperson (Fog 1998). Ei hermeneutisk tilnærming krev at ein er villeg til å gi slepp på si eiga forståing for å gi rom for ny forståing. For å forstå ein tekst, må vi sjå delane i teksten i lys av heilskapen, og heilskapen i lys av delane, og den nye innsikta ein tileignar seg ved å lese den om igjen. Dette kallast som nemnt den hermeneutiske sirkel, og gir eit bilde på at kunnskapen er i konstant fornying (Nåden og Braute 1992). Gadamer (1976) som er rekna for å vere far til den nyare hermeneutikken, har i følgje Nåden og Braute (1992) sagt at hermeneutikken ikkje berre hjelper oss til å forstå tekstar, men til at horisontar mellom oss menneske kan smelte saman til nye horisontar, noko som gjer samtalar og utveksling utviklande. Gadamer er ikkje opptatt av hermeneutikk som teknikk eller framgangsmåte, men for å gjere greie for "betingelsene" for forståing. Det som er viktig for han er førforståing, og korleis den gjer tolkingsteknikkar muleg og som set grenser for dei. Førforståinga mi i forhold til skjerming er knytt til den litteratur og den forskning eg har lest, samt dei erfaringane eg har med dette arbeidet. Til saman vil dette vere eit bakteppe og eit grunnlag for fornya forståing og kunnskap om temaet gjennom det informantane kunne fortelje, og korleis eg i etterkant har sett dette i lys av relevant teori.

#### **4.4 Å forske i eige felt**

Akuttpsykiatrien har vore mitt arbeidsfelt som sjukepleiar frå første dag. Eg starta allereie som sjukepleiarstudent i ei lita stilling som assistent i ein psykiatrisk akuttpost. Som ferdig utdanna sjukepleiar, jobba eg først eit år i ein korttidspost og sidan har eg i nesten 8 år jobba i akuttpostar, det vil seie tre forskjellige postar på to ulike sjukehus. Dette arbeidet har gitt meg mange opplevingar både med pasientar og kollegaer. Det har vore både gode og dårlege erfaringar. Opplevingane har eg jobba meir og mindre med via tankar, følelser og diskusjonar med andre undervegs i arbeidet og i etterkant. Det er erfaringar eg er glad eg har med meg vidare i livet. Erfaringane har ført til at eg har gjort meg opp nokre tankar og meiningar om korleis skjermingsarbeid kan utførast. Dette er sjølsagt med meg inn i dette forskingsarbeidet.

Det har påverka mine spørsmål til informantane under intervjuet og det har påverka analysen av dei, og kjem og fram i diskusjonane og refleksjonane seinare i oppgåva. Før eg starta med intervjuet, skreiv eg ned ein del om eigne tankar og oppfatningar knytte til skjerming, for å vere mest muleg bevisst på kva eg står for. Eg har prøvd å tenke på korleis eg påverkar informantane og materialet mitt. Eg er heit sikker ”blind” for mykje, men det har vore til hjelp å jobbe med mi eiga førforståing og halde denne ”langt framme i hovudet” når eg har jobba med materialet mitt (jf. Malterud 1996). Det er ikkje lett å klargjere og å vite akkurat korleis, eller kva som vert prega av meg og som eventuelt ville vore annleis om det var ein anna psykiatrisk sjukepleiar som gjorde forskinga eg har utført.

Gry Paulgaard diskuterer i artikkelen sin ”Feltarbeid i egen kultur” (1997) balansegangen mellom å vere kjent i feltet sitt og å klare og få ein analytisk distanse til materialet. Ho stille spørsmålet om det er muleg å ta ein ”utan-i-frå-posisjon” når ein er ein ”innan-i-frå-person”? Ho seier at det er viktig å vere ein ”innan-i-frå-person” for å kunne forstå. Andre forfattarar ho viser til hevdar at det er umuleg å få den analytiske distansen som vert kravt i eit vitenskapleg arbeid når ein studerer i eige felt. Idealet i forskning har vore å nærme seg naturvitenskapen mest muleg, med den forståinga at forskaren skal forlate si eiga verd og innta ein ”ikkje-viten-posisjon”. Forskaren sin subjektive førforståing vert sett på som å representere ei feilkjelde, slik at ein må overvinne sin eigen subjektivitet for å kunne oppnå eigentleg innsikt i naturfagleg vitenskap. Dette låg og til grunn for den tradisjonelle hermeneutiske metoden på slutten av 1800-tallet. Den var prega av at konteksten ikkje var lagt vekt på, anna enn for objektet, det vil seie det som vart studert. Interesse låg i meininga bak eit uttrykk eller ei handling. Det var dette som gav eigentleg innsikt. Innan dagens hermeneutikk ser ein på ein ”ikkje-viten”-posisjon som umuleg. Etter dagens syn på hermeneutikk, vert konteksten til både informantar og forskar ein del som ikkje kan rivast laus frå resten av arbeidet. Det kan sjåast på som eit hinder for forståing om forskaren er fjern frå sine informantar i høve til erfaring og kunnskapsgrunnlag. Paulgaard (1997) snakkar om posisjonert innsikt. Med dette meine ho at forskaren sine erfaringar og kunnskarar gir grunnlag for ny innsikt på nokre område, og skugge på andre område. Ein kan på eit vis vere blind i eige felt, det vil seie blind for det sjølsagte og vanlege. Det kan og hende at ein ikkje er så kjent i eige felt som ein trur. Eg intervjuet til dømes ikkje pleiarar på eigen post eller kollegaer eg kjenner. Tankegang og arbeidsmåtar i forhold til skjerming var difor meir forskjellig enn kva eg opphavleg trudde. Samtidig så veit eg mykje om kva skjerming kan vere, og eg har derfor eit godt grunnlag til å forstå kva informantane mine snakkar om (jf.

Paulgaard 1997). Thornquist påpeikar at ein som forskar i eige felt skal utnytte det at ein er kjent, men samtidig aktivt jobbe for å skaffe seg ein distanse til det ein forskar på. For å etablere ein distanse, kan ein lese litteratur om andre måtar å forstå faget på, i tillegg til litteratur frå andre fag. Dette for å skaffe seg analytiske reiskapar og referanserammer ut over eige felt (2003). Dette har eg forsøkt å gjere i høve til mitt forskingsarbeid. Eg har forsøkt å vere bevisst mi eiga førforståing slik at ho i minst muleg grad skulle påverke det informantane fortalte meg. Samtidig har førfortåinga vore viktig for meg i forhold til både analysen av intervjutekstane og refleksjonane mine omkring desse.

## **4.5 Framgangsmåte**

For å få tak i empirien eg trong, valte eg opne djupneintervju. Eg la vekt på å gjennomføre, som Kvale skriv:

*”et intervju som har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomenene” (Kvale 2001:21).*

Eg har prøvd å få tak i beskrivingar frå dei delane av pleiarane si livsverd som var knytte til skjermingsarbeid. Før eg gjekk i gang med å intervju, hadde eg lese ein del litteratur om dette for å vere best muleg førebudd. Eg merka meg blant anna at Kvale (2001) skriv at forskaren kontrollerer og definerer situasjonen. Det er forskaren som har bestemt tema og som kritisk følgjer opp svara med nye spørsmål. Det vil vere ei forsiktig tilnærming der ein vekslar på å lytte og spørje for å få tak i grundig utprøvd kunnskap. Det var slik eg prøvde å legge opp mine intervju. Vidare merka eg meg det Fog (2001) skriv at både samtalen og forskaren som inngår i samtalen, er forskingsreiskapar. Dette fordi ein brukar seg sjøl i samtalen. Samtalen er stadig i rørsle. Ein tenker, justerer og gjer val undervegs. Det føregår ein metakommunikasjon eller kommentering av det som skjer inni ein sjøl. Eg stilte spørsmål inni meg som: Er det relevant det informanten snakkar om no, og skal eg spørje meir om det og det, eller skal eg avvente? Kanskje eg ved å spørje avbryt og mister noko anna? Eg merka meg og at mi merksemd heile tida var retta mot fleire område, som blant anna korleis verbale og kroppslege uttrykk hang saman hos informantane og korleis eg opplevde at informanten syntes å ha det i situasjonen (jf. Fog 2001).

### **4.5.1 Førebuing til intervju**

Eg formulerte berre eit startspørsmål, men laga ei temaliste i tillegg der eg hadde ein del stikkord for kva eg skulle komme inn på undervegs i intervjuet. Eg ville gå opent ut og heller

la nokre av oppfølgingsspørsmåla vere meir spesifikke eller leiande (jf. Kvale 2001). Eg ville be informantene fortelle om opplevingar, erfaringar og eigne refleksjonar i forhold til skjerming og spørje vidare ut i frå det dei fortalte. Dersom samtalen skulle stoppe opp, ville eg bruke temalista for lettare å kunne formulere spørsmål til å føre samtalen vidare. Kvale seier at det er bra å stille deskriptive spørsmål, som til dømes ”kva hende” eller ”kva følte du” – spørsmål” for å få fram spontane beskrivingar, og det var nettopp beskrivingar eg var ute etter. ”Kvifor-spørsmål” kan gjere intervjuet meir intellektualisert, og ein kan få meir spekulative årsaksforklaringar, og det vil likne meir på eksamensutspørjing (Kvale 2001). Kvale skriv at forskingsintervjuet føregår omtrent som ein vanleg samtale, men med eit bestemt formål og ein bestemt struktur. Mine innspel skulle følgje opp informanten sine utsegn, noko som krevde at eg som forskar måtte klare å oppfatte kva den andre sa, og bygge vidare på det på ein open måte (jf. Kvale 2001). Eg var svært nervøs med tanke på å få til gode nok forskingssamtalar med ukjende fagfolk. Eg gjennomførte difor først eit prøveintervju av ein kollega som er psykiatrisk sjukepleiar. Rettleiaren min var saman med oss for å observere og gi meg tilbakemelding etterpå. Slik fekk eg prøvd ut spørsmåla mine og bandopptakaren og eg fekk tilbakemelding frå to eg stoler på. Sjukepleiaren fortalte greitt ut i frå mitt hovudspørsmål og mine spørsmål undervegs, og eg følte at eg gjennomførte intervjuet på ein god måte. Rettleiaren min sa i frå om kven av spørsmåla mine som var leiande, og elles synest han at eg klarte det bra. Det gjorde meg veldig godt. Etter det gjekk eg til forskaroppgåva med større tru på at eg skulle klare å gjennomføre intervjuet på ei god måte. I ettertid meiner eg at eg fekk til gode intervju av informantane mine, med tanke på å prøve å svare på problemstillinga mi.

#### **4.5.2 Rekruttering av informantar og utval**

Eg har intervjuet pleiarar som jobbar i psykiatriske akuttpostar, og som har minst fem års erfaring med skjermingsarbeid. Eg bestemte meg for at dei kunne ha ulike kvalifikasjonar ut i frå at det er det reelle på dei fleste akuttpostane i psykiatrien.

Eg såg det som viktig at informantane hadde rik erfaring frå skjermingsarbeid, fordi dei då kunne fortelje frå mange ulike situasjonar. Valet av erfarne pleiarar grunnir eg delvis ut frå eiga erfaring. I frå den første tida mi i akuttpsykiatrien er det dei voldsame og dramatiske erfaringane eg huskar best og det er situasjonar eg har tenkt mykje på og lært mykje av. Eg ville gjerne ha med slike typar situasjonar, men også meir vanlege og gode situasjonar.

Erfarne pleiarar er gjerne tryggare enn dei uerfarne, og då vil ikkje dramatikken i skjerminingssituasjonane overskygge dei andre erfaringane i same grad som når ein er ny, tenkte eg. Eg ville at informantane både skulle ha relevant utdanning og ha ein del erfaring med tanke på auka mogelegheit for høg kvalitet på arbeidet, og eit meir reflektert forhold til det.

For å få tak informantar, kontakta eg oversjukepleiar ved eit psykiatrisk sjukehus på telefon. Ho var positiv til å la meg få snakke med nokre av fagfolka sine. Eg sende ein førespurnad pr brev til avdelingsleiinga der eg bad om å få snakke med 4-5 av pleiarane i arbeidstida deira. Eg bad om å få høve til å bruke ca. ein og ein halv time til sjølve intervjuet, og i tillegg litt tid til informasjon i førekant og kanskje en kort samtale i etterkant. Dette vart godkjent av leiinga for sjukehusavdelinga, og oversjukepleiar informerte avdelingssjukepleiarane på to aktuelle akuttpostar om prosjektet. Dei var positive og gav meg ei liste med e-postadresse som inneheld til saman ni namn på pleiarar av begge kjønn. Kvalifikasjonskriteria mine var innfridde hos alle pleiarane, samt at avdelingssjukepleiarane meinte desse pleiarane var dyktige til skjermingsarbeid.

Utvalet vart to psykiatriske sjukepleiarar, og ein sjukepleiar og ein hjelpepleiar utan vidare-utdanning. Det vart tre kvinner og ein mann. Eg brukar "ho" om alle fire informantane i oppgåva for å få til ei betre anonymisering. Eg sende først brev til fire pleiarar der eg bad om å få intervju dei. Eg diskuterte litt med rettleiar om eg kunne trenge ein femte informant. Vi kom fram til at eg truleg hadde nok med dei fire, og at eg kunne avvente og sjå kva materiale eg fekk i frå dei første informantane, og deretter gjere ei ny vurdering. Etter å ha skrive ut dei fire intervju, fant eg ut at eg hadde tilstrekkeleg datamateriale. Eg kan sjølsagt ikkje seie at eg med fire informantar nådde ei metting i forhold til omtale av skjermingsarbeid. Men eg synest eg har eit materiale som kastar lys over fleire viktige sider ved dette arbeidet. Innafor ramma av eit hovudfagsarbeid er det avgrensa kor stort materiale ein kan ha.

I breva eg sendte til dei aktuelle informantane, var det informasjon om prosjektet og korleis denne type forskingsintervju ville gå føre seg (vedlegg nr. 4) og samtykkeerklæring (vedlegg nr. 5). Nokre dagar etter at dei hadde motteke informasjonsbrev, tok eg kontakt med dei i arbeidstida pr telefon. Eg spurte om å få treffe dei for å svare på eventuelle spørsmål dei hadde om prosjektet og intervju, og for å be dei om å delta i undersøkinga. Ingen av dei synest det var nødvendig å treffast på førehand, så vi snakka berre i lag på telefonen. Dei fekk

stille spørsmål og eg fekk utdjupa informasjonen om samtykkeerklæringa. Vi avtalte når og kor intervjuet skulle forgå. Tre gongar vart avtalar avlyste av informantane og vi måtte endre samtaletidspunkt. Dette fordi det var for travelt på posten til at dei kunne gå frå arbeidet der.

#### **4.6 Intervjua**

Til gjennomføring av samtalan, fekk eg låne eit kontor i administrasjonsdelen av sjukehuset der informantane arbeidde. Det var eit godt utgangspunkt for samtalen at vi fekk ein rolig plass utanfor postane, der vi kunne snakke uforstyrra saman. Eg la vekt på å ha god tid og prøve å få til ei god stemning og ein roleg atmosfære under intervjuet. Dette for at informantane skulle oppleve ro, og kjenne seg fri til å ta gode tenkepausar, om dei hadde behov for det.

Under intervjua brukte eg bandopptakar. Eit par av informantane kommenterte at dei syntest det var litt rart at det dei sa skulle takast opp på band, men at det var heilt greitt. Det verka på meg som om dei ganske raskt hadde gløymt bandopptakaren når samtalen var i gang. Eg hadde også blokk og blyant for å kunne notere stikkord for tema informanten var innom, og som eg gjerne ville tilbake til. Dette var nyttig, og eg klarte slik å følgje opp det eg var spesielt interessert i av det det informantane fortalte. Sidan det var første gong vi møttest, informanten og eg, brukte vi nokre minuttar til å helse på kvarandre og småprate litt før vi starta intervjuet. Informanten vart bydd drikke, og når vi begge følte oss klare, slo eg på bandopptakaren. Kvar gong starta eg med mitt eine store spørsmål: ”Kan du fortelje meg om ein eller fleire skjermingssituasjonar du har vore i, og som har gjort inntrykk på deg?” Eg spurte også alle mot slutten av intervjuet om det var noko av det dei hadde snakka om som dei synest var spesielt viktig, eller som dei la spesielt vekt på i sitt arbeid med nokon som treng skjerming? Elles prøvde eg å stille opne oppfølgingsspørsmål for å få informanten til å utdjupe og fortelje meir. ”Korleis” og ”kva tenkte du?” - spørsmål vart stilt for å få meir utbroderte beskrivingar, eller spørsmål som ”Kan du seie litt meir om det?” I følgje Kvale (2001) er denne måten å spørje på, kombinert med aktiv lytting og tolking undervegs, eit fenomenologisk og hermeneutisk ideal.

Stort sett fungerte måten å intervjuje på bra, men nokre gongar var det vanskeleg for informantane å finne ord. Det var tydeleg vanskeleg å beskrive eit så individuelt retta arbeid som skjermingsarbeid er, med det meiner eg at skjerming er individuelt tilpassa kvar pasient

og er personleg prega av den enkelte pleiaren. Nokre gongar skjønnte dei nesten ikkje sjøle kvifor dei visste kva dei måtte gjere, og endå mindre hadde dei ord for det. Dette vil eg komme tilbake til i drøftingsdelen.

Eit av intervjuet varte i litt over 1 time, dei tre andre varte i ein og ein halv time. Etter første intervjuet transkriberte eg det ordrett, før eg utførte det neste intervjuet. Slik gjorde eg det mellom kvart intervju. Eg ville transkribere dei sjøl, til tross for at det tok lang tid. Eg gjorde dette fordi eg synest det var lærerikt, og fordi eg sjøl fekk jobba vidare med materiale med ein gong. Kvale (2001) seier at det er viktig at det er same person som gjer både innsamling og arbeider vidare med datamaterialet, fordi det er to sider av same sak. Eg var liksom inni samtalanane igjen når eg hørte på banda. Først hørte eg gjennom alt utan å skrive noko. Det var eit omstendeleg arbeid å skrive ut intervjuet. Eg skreiv ned absolutt alt eg høyrde av ord og lydar og markerte tenkepausar. Eg har ikkje kommentert teksten direkte, slik Kvale (2001) kallar å ta med emosjonelle aspekt, som til dømes ansiktsuttrykk, kroppsspråk, tonefall og engasjement. Men kanskje er noko av det med på eit vis, gjennom meg som eit instrument i denne prosessen. Dette fordi eg framleis godt kan huske ansikta, og måten deira å snakke på, og rett etter kvart intervju skreiv eg ned litt om korleis eg opplevde intervjuet (jf. Kvale 2001). Det var ei rar oppleving å lese ferdig tekst, fordi stemning og flyt vart borte. Det var noko kvalitativt anna enn å høyre intervjuet på bandopptakaren, men eg kjente igjen det dei hadde sagt, og fekk på ein måte "opp bilde med lyd" i mitt minne, det vil seie informantens sitt ansikt og stemme når eg las kva dei hadde sagt. Den største forskjellen mellom det å høyre kva dei sa i intervjusituasjonen og når eg las teksten, var kanskje at språket verka så oppstykket og usamanhengande. Dette fordi alle små "tenkeord" som til dømes "eh", gjentakningar av same ord som "det..., det..., det..." og alle mine "m.m.m." er med i transkripsjonane mine. Eg såg og at når ein snakkar, så startar ein gjerne på det ein vil seie fleire gongar med små variantar av det same før ein går vidare i det ein vil seie. Det er slik det ofte vert når ein skal forklare noko, og ein må tenke seg om for å formulere seg. "Tenkeorda" vart veldig tydelege når munnleg språk på denne måten vart skriftleg, og som Kvale (2001) kallar "en kunstig konstruksjon av kommunikasjon frå munnlig til skriftlig". Kvale (2001) seier vidare at ein ikkje kan seie om ein transkripsjon er korrekt, og at det er betre å snakke om ein nyttig transkripsjon.



#### 4.7 Pålitelegheit- og gyldigheitsvurdering

”Pålitelegheit- og gyldigheitsvurdering” er vanskeleg. Eg har høyrte gjennom opptaka av intervju mange gongar og vore så nøyaktig eg klarer i utskrivninga av dei. Likevel har eg opplevd å høyre feil og å måtte endre ord etter neste gjennomhøyring. For det meste har kvaliteten på lyden vore god nok til at eg stort sett ikkje har vore tvil om kva som vert sagt. Det er nokre gongar at eg har snakka samtidig med informantene, og det har medført at det som vart sagt vart uklart. I eit av intervju var stemmenivået til informantene i periodar slik at det var svært vanskeleg å få tak i ein del ord. Til tross for å ha prøvd mange gongar å høyre gjennom enkelte setningar i det intervjuet, var det dessverre nokre få ord eg ikkje fekk tak i av det som vart sagt. Eg har gjort dette arbeidet så detaljert og nøyaktig som eg kunne klare, og valte som nemnt å skrive ned alle ord og lydar. I ein del av sitata i teksten har eg tatt meg den fridom å fjerne ein del av ”tenkeorda” der eg oppleve at dei verka forstyrrende i forhold til å få fram meininga i det informantane fortalte. Nokre gongar har eg sett eit ord i parentes i sitatet for å tydelegare få fram informantene si meining. Eg meiner at eg med min transkripsjon hadde eit godt utgangspunkt for den type analyse eg har gjort, og trur at meiningsinnhaldet kjem korrekt og tydeleg fram (Kvale 2001).

Mellom intervju tenkte eg å prøve å trekke lærdom ut av erfaringane med intervju, korleis spørsmåla mine fungerte og kva svar eg fekk. Det viste seg å vere vanskeleg. Det var ganske overveldane å lese intervju. Eg klarte ikkje å sjå nokon konkrete endringar eg burde gjere. Det var først langt ute i prosessen at eg har sett ting eg kunne ha gjort annleis. Eg skulle til dømes spurt vidare på enkelte utsegn, for utdjupeing og for å få heilt klart kva som var meint. Nokre gongar skulle eg formulert meg annleis. Då eg intervju ein av informantane, sa ho til dømes: *”Det kan dem godt variere mellom å vere inne hos pasienten eller vere utenfor, det blir en sånn kontinuerlig vurderingssak.”* Her skulle eg ha spurt vidare om korleis ho vurderte det, kva ho såg etter og korleis ho tenkte. Det hadde heilt klart betra materiale mitt om eg hadde fått vite meir om korleis ho vurderte og tenkte i ein slik situasjon. Det finst fleire eksempel på korleis eg mista gode vurderingar, synsmåtar og kunnskap fordi eg ikkje forstod å spørje vidare på viktige utsegn, men stort sett opplevde eg at oppfølgingsspørsmåla fungerte bra.

Etter samtalan snakka eg med informantane om at eg i dagane etter intervjuet ville vere tilgjengeleg for dei på telefon, om det var noko meir dei ville snakke med meg om. Sjø

opplever eg ofte å komme på meir eg skulle ha sagt rett etter at ein samtale eller diskusjon er avslutta. Slike ettertankar hos informantane ville eg gjerne fange opp. Men ingen av informantane kontakta meg i etterkant. Eg bad og om å få lov til å ringe dei i ettertid om det var noko eg trengte å få utdjupa i intervjuet. Dette gjorde eg ikkje fordi dei spørsmåla eg ville stille dei, vart eg klar over etter så lang tid at eg ikkje fann det naturleg å kontakte dei på nytt.

Korleis dei ulike prosessane i forskingsarbeidet vert gjennomførte, er sjølsagt vesentleg for kvaliteten på forskingsarbeidet. Empirien kan ikkje verte betre enn det intervjuet tilseier. Eg meiner at eg i hovudsak har klart å gjennomføre intervjuet på ein god måte. Det vil seie at eg fekk rimeleg djuptgåande samtaler, der eg ikkje påverka informanten for mykje på uheldige måtar (jf. Fog 1998).

#### **4.8 Analyse og tolking**

Etter den mellommenneskelege og levande prosessen som Fog kallar intervjuet, kom arbeidet med den skrivne teksten og tolkinga av den (jf. Fog 1998). Då var prosessen min åleine. Eg prøvde å vere i dialog med teksten, og tolkinga var i sentrum. Korleis eg har brukt teori, språk og vore bevisst mi førforståing, har vore vesentleg for å gjere eit riktig tolkingarbeid. Det at ein går systematisk fram og driv ein kritisk refleksjon over eigne tolkingar, er nødvendig for at tolkingane skal ha noko verd (Alvesson og Skoldberg 1994). Mi erfaring er at analyse og tolking av tekst er eit vanskeleg arbeid. Først las eg gjennom intervjuet og noterte i margin kva eg synest var viktigast, som utmerka seg eller gjekk igjen. Men det vart mykje, for eg meinte at nesten alt var viktig. Når eg var ferdig med det arbeidet stod det meste av innhaldet i margin også. Neste runde med forsøk på dele opp og sortere materialet, var med fargekoding. Men det gjekk ikkje så mykje betre. Eg hadde ikkje nok fargar og det vart for mange inndelingar. I tillegg passa mange av orda inn i for mange samanhengar eller kategoriar. Eg fekk ikkje god oversikt på den måten.

Eg hadde eit lenger opphald i arbeidet mitt på grunn av svangerskapspermisjon. Då eg begynte å arbeide med materialet mitt igjen, lytta eg gjennom intervjuet på nytt. Eg jobba vidare med å sjå på korleis eg kunne sortere og skaffe meg oversikt over innhaldet i materialet. Når eg las alle intervjuet, syntes eg det stod mykje bra der, men eg fekk ikkje til å sortere det slik at eg kunne bruke det. Det er meininga i denne typen analyse at det skal vere ein prosess der ein røre seg fram og tilbake mellom tema eller delane i teksten og heilheita i

teksten (Graneheim og Lundman 2004). Problemet mitt var at eg fekk berre noko ut av heilheita, delane vart ikkje handterlege for meg. På denne tida fekk eg heller ikkje jobba samanhengande med dette, noko som gjorde at eg stadig måtte komme ”inn i det igjen” for å sjå om eg kunne komme vidare.

Da eg så starta som fulltidsstudent hausten 2006 synest eg at alt vart mykje betre. Eg jobba fire til fem dagar i veka og fekk ein heilt anna kontinuitet i arbeidet. Eg lytta gjennom intervju på nytt for å komme ”inn i det igjen”, og på ein måte vere tilbake i intervju-situasjonane og ”skjermingsverda”. Ein artikkel om kvalitativ analyse av Graneheim og Lundman (2004) hjelpte meg med å få perspektiv på kva oppdelingar eg skulle gjere. Dessutan innsåg eg det rettleiaren min hadde sagt heile tida, at alt kan ikkje vere med. Noko er viktigare enn noko anna. Eg las gjennom utskriftene av intervju mine på nytt, og denne gongen skreiv eller klippte eg ut heile meiningseiningar og laga fire nye dokument på pc-en, med ”essensen” i kvar av intervju. Graneheim og Lundman har laga ein figur i artikkelen sin der dei illustrerer korleis ein kan setje opp meiningseiningar og kode dei med stikkord. ”Meaning unit, condensed meaning unit og code” (2004:107). Ein liknande framgangsmåte har også Lindseth og Nordberg (2004) presentert. Eg gjorde til dømes slik: *Ei meiningseining vart: ”Jeg fikk etter hvert en god relasjon til han”, den vart kondensert til: ”Tid er viktig for ein god relasjon”, og koden eller temaoverskrift som eg har brukt vart ”relasjon”*. Dette var ei kort meiningseining, men den fanga opp det som var sentralt i det informanten formidla. DeSantis og Ugarriza (2000:362) gir følgjande definisjon av eit tema:

*”A theme is an abstract entity that brings meaning and identity to a recurrent experience and its variant manifestations. As such, a theme captures and unifies the nature or basis of the experience into a meaningful whole”.*

Uansett kor lange meiningseiningane vart, så skreiv eg dei ut i sin heilskap med informanten sine ord. Eg nummererte kvar meiningseining og fann eit stikkord for kvar av meiningseiningane som skulle indikere tema den omhandla. Nokre av desse temaoverskriftene har vist seg å vere sentrale abstraherte omgrep som har vorte overskrifter i sjølve oppgåva. Eg opplevde at det vaks fram nye tema. Desse temastikkorda brukte eg som overskrifter på store plakatar. Eg laga ein plakat for kvart intervju. Til dømes vaks desse tema fram frå eit av intervju: relasjon, kunnskap, situasjonsforståing, nærleik/distanse, tryggleik, samarbeid, skjermingstiltaket, kommunikasjon, tilrettelegge og i varetaking. Under desse overskriftene sette eg inn alle meiningseiningane som passa til kvar overskrift, indikert med nummer, og eg

skreiv kort med mine ord kva dei omhandla, altså den kondenserte versjonen av meningseiningane. Slik fekk eg eit tydeleg bilde på kva kategoriar som var størst og minst, og kva som var felles og særleine mellom dei ulike informantane. Nokre kategoriar slo eg i hop. Eg fekk "eit bilde" av kva eg oppfatta som dei viktigaste tema for informantane. Når eg gjorde det slik, vart det ikkje for oppstykkka. Det vart lett å finne tilbake til heile meningar med informantane sine ord. Samtidig kunne eg jobbe med dei kondenserte einingane med mine ord når eg skulle sjå på store trekk og samanlikne kva dei ulike informantane var opptatt av, og om desse einingane passa inn under fleire temaoverskrifter. Temaoverskriftene eller stikkordkodane gav meg ein flott oversikt på kor store dei ulike tema vart. Det vart lett å få oversikt på kva som var felles tema for informantane og kva berre ein eller nokre av dei var opptatt av. To tema som alle informantane snakka om var tryggleik og forholdet mellom nærleik/distanse. Ei stund trudde eg at desse temaoverskriftene gjorde at eg kunne arbeide meg fram til korleis eg skulle omtale dei ulike tema i høve til kvarandre, og kva rekkjefølgje eg skulle ha dei i når eg skulle diskutere dei. Men det viste seg etterkvart å verte svært vanskeleg. Når eg jobba vidare med desse tema, reflekterte omkring dei og såg på dei i høve til litteratur, har nokre av dei fått vekse saman igjen. Dessutan var det framleis slik at nokre meningseiningar inneheld fleire tema. Fleire tema har "trådar" til fleire andre tema, slik at eg har brukt mykje tid på å disponere dette. Det er fleire tema som det er naturleg å etterfølgje av fleire andre tema for å omtale eller diskutere dei i samanheng, slik eg ser det. Dei tema som eg meiner heng saman, er presentert i kvart sitt hovudkapittel, det vil seie kapittel 5.0 og 6.0. Namn på desse kapitella har eg henta frå intervjutekstane.

Mitt analysearbeid har heile tida veksla mellom delar av teksten og teksten som eit heile, det vil seie ein hermeneutisk analyse og tolking. Eg opplever at eg gjennom dette arbeidet har fått ei ny forståing av kva teksten som eit heile handlar om. Eg håper difor at lesarane av oppgåva mi og skal kunne få ei ny og betre forståing av kva skjermingsarbeid innebere, både for pleiarar og pasientar.

#### **4.9 Konfidensialitet**

Det er berre eg og min rettleiar som har hatt tilgang til intervjutekstane, og det er berre eg som har høyrd lydbanda. Eg har heile tida oppbevart lydbanda innelåst heime i huset mitt.

Tekstane ligg på den private pc-en og i papirform heime hos meg. Ingen uvedkommande har

tilgang til papira eller pc-en. Intervjua kan ikkje på nokon måte koplust til namn på informantane. Banda vert sletta og tekstmateriale brent når oppgåva er ferdig vurdert.

Eg har enda opp med å ikkje bruke fiktive namn eller bokstavar for å skilje informantane frå kvarandre. Dette fordi det ikkje vart viktig å la kvar einskild kome fram som meinings- og kunnskapsberar, men heller det dei til saman kunne gi vidare av forteljingar og beskrivingar frå sin kunnskap. Slik vart det også enklare å anonymisere dei. Ingen av informantane vil på denne måten skilje seg ut frå dei andre med sterke eller kontroversielle meiningar. Enkelte beskrivingar av situasjonar eller pasientar som går igjen hos enkelte informantar vert mindre muleg å kjenne igjen. Det vert heller ikkje tydeleg om dei ulike informantane vart brukte og siterte like mykje, alle informantane sine stemmer er med i oppgåva.

Namna til informantane har eg på ei utskrift av e-post lista eg fekk frå oversjukepleiar ved det aktuelle sjukehuset. Der står dei med telefon og adresse, blant dei andre potensielle informantane. E-posten er sletta. I tillegg har eg underskrifta deira på samtykkeerklæringa. Dette er oppbevart innelåst heime hos meg og vert makulert når oppgåva er vurdert. Intervjuutskriftene er berre merka med nummer og fiktive namn, slik at berre eg veit kven som har sagt kva.

#### **4.10 Litteratur**

I fagbasane Cinahl, Medline, Psychiatric information og Cochrane har eg brukt desse orda til å søke litteratur: "seclusion", "one-to-one nursing support", "restraint", "coercive measure", "alternative to seclusion", "acute psychiatric care", "social isolation in psychiatric care", "close observation" i kombinasjoner med "aggression", "psycotic", "psychiatric patient", "psychiatric disorder", "etics" og kombinasjonane av dei ulike hovudsøkeorda. I litteraturbasen Bibsys har eg brukt skjerming, fastevakt ved psykose, medvirkning og medbestemmelse. Eg har fått ein viss oversikt over forskning og litteratur som har vore relevant for mi problemstilling gjennom søk i nemnte fagbasar og litteraturliste. I tillegg har eg brukt litteraturlista til Jan Steinsland Holte (2001), som gjorde ein grundig litteraturgjennomgang i forhold til skjerming i 2001.

Når det gjeld å finne litteratur, har eg blant anna heilt kort snakka med Reidun Norvoll som har disputert på si doktorgradsavhandling om skjerming nyleg. Eg forstod på henne at ho heller ikkje har funne eit betre omgrep enn "seclusion" til å "oversette" skjerming med. Det

vil egentleg seie det omgrepet som beskriv den praksis som ligg nærast skjerming.

”Seclusion” betyr isolasjon, men ikkje berre isolasjon slik det er definert i vårt lovverk. Noko av litteraturen om ”seclusion” beskriv ein praksis som er nokså tilsvarende skjermingstiltaket i Noreg, som omtalt i underkapittel 2.6.1. Den internasjonale litteraturen om ”seclusion” har Holte systemisert slik: *”a) utbredelse og ulike faglige begrunnelser for tiltaket, b) effektvurdering av skjerming, c) sykepleiernes holdninger, d) pasientopplevelser og e) etiske refleksjoner og kvalitetsforbedringstiltak”* (Holte 2001:45). Eg har og fått kjennskap til litteratur gjennom medstudentar og rettleiar, og frå referanselister i bøker og artikkelar.

#### **4.11 Metodekritikk**

Eg gjekk svært opent ut i mine intervju. Som allereie nemnt var innleiingss spørsmålet mitt til alle informantane mine: ”Kan du fortelje meg om ein eller fleire skjermingssituasjonar som du har vore i og som har gjort inntrykk på deg?”. Tanken bak var at eg ville ha tak i erfaringar med ulike situasjonar som dei hadde reflektert over og brukt tid på. Eg spurte ikkje om korleis informantane meiner skjermingsarbeid skal gjerast. Det kunne resultere i meir abstrakte og teoretisk uttalar. Slik eg gjorde det, ved å be om forteljingar om deira erfaringar med fenomenet skjermingsarbeid, håpa eg å få eit meir personleg og usortert materiale. Eg fekk eit usortert materiale, noko eg vart meir og meir bevisst gjennom mitt tolkings- og analysearbeid. Tolkings- og analysearbeidet vart krevjande. Eg trur det vart vanskelegare å sortere materialet med ei så open spørsmålsformulering, enn om eg hadde spurt på ein anna måte. Eg hadde ikkje fleire gjennomgåande spørsmål enn opningsspørsmålet og avsluttingsspørsmålet. Hadde alle informantane fått dei same spørsmåla gjennom heile intervjuet, ville det truleg vore lettare å sortere utsegna i ettertid, men eg hadde fått eit anna materiale. Under intervjuet vart ”vegen til mens vi gjekk”. Informantane sine utsegn styrte. Eg førte innimellom samtalen vidare med mine oppfølgingsspørsmål, men nesten alltid ut frå førre utsegn frå informanten. Eg var også opptatt av å ikkje påverke mine informantar til å sortere ut sine situasjonar i gode og ikkje gode situasjonar, men berre la dei få komme med sine skjermingserfaringar etter kva dei først tenkte på. Dei visste tittelen på prosjektet mitt som var: ”Kva kan vere best muleg skjerming for personar i psykotisk krise?”. Det kan ha påverka dei noko på førehand, når dei tenkte på eller førebudde seg til intervjuet. For å sjå på kva som kan vere best muleg skjerming, kan det vere nyttig å ha døme på det motsette. Ein kan lære av å sjå på korleis noko ikkje skal vere og. To av informantane snakka mykje om korleis dei ikkje ønskte at skjerming skal vere.

#### 4.12 Etiske vurderingar

Prosjektet er vurdert av Regional komité for medisinsk forskningsetikk i Nord-Noreg og Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS (NSD). Eg sende søknad til begge stadar. Etisk komité svara at prosjektet mitt falt utanfor deira mandat, fordi det vert vurdert som anna forskning enn biomedisin (vedlegg nr.1). Hos NSD fekk eg godkjenning. Samtidig anbefalte NSD at eg gjorde første kontakt med informantane skriftleg og at eg deretter kunne ringe dei (vedlegg nr.2). I prosjektbeskrivinga mi hadde eg skrive at eg skulle ringe først og sidan sende informasjon skriftleg. Dette gjorde eg om og etterkom NSD si anbefaling. Seinare har eg motteke eit brev frå NSD der dei ønskte grunngiving for kvifor prosjektet ikkje var avslutta då det skulle etter den første forskingsplanen. Det har eg svara på og grunngitt med at eg har hatt to utvida svangerskapspermisjonar medan eg har jobba med studiet (vedlegg nr.3).

I samtalane eg hadde med informantane mine i forkant av intervjuet fekk eg presisert at det var heilt frivillig å delta, og om dei ikkje ville delta, ville dette ikkje på nokon måte få konsekvensar for arbeidstilhøve deira. Dei fekk informasjon om retten til å trekke seg utan omsyn til tidspunkt, og om det vart tilfelle, ville all informasjon frå dei bli sletta. Eg snakka og om anonymisering og teieplikta eg som forskar er pålagt, om etisk komité, NSD og om lydbandopptak.

Eg kjenne meg takksam for at eg fekk lov til å bruke av informantane si arbeidstid. Eg brukte av ei tid desse pleiarane kunne vore i lag med pasientar, men eg håpar at dei opplevde at tida vart brukt på ein god måte. Desse pleiarane fekk tid til refleksjon over eigen praksis og opplevde interesse for arbeidet sitt, og eg håpar at det kanskje er nyttig for fleire pleiarar at denne oppgåva vart skriven. Eg har respekt for at informantane var villig til å bidra med tankar, følelsar og erfaringar knytt til tidlegare krevjande og av og til vonde skjermingssituasjonar. Eg var merksam på om spørsmåla mine kunne bli nærgående eller gjere det vanskeleg for informantane. Mitt inntrykk er at det gjekk greitt for alle fire.

Eg har og tenkt over at eg ikkje hadde noko erfaring som forskar og at sjansen for at eg ikkje fekk til dette arbeidet, var til stades. Det er ein av grunnane til at eg ikkje valte å intervju pasientar.



## 5.0 ”Å BESKYTTE PASIENTEN MOT SEG SELV”

I dette kapittelet vil eg reflektere over og diskutere ein del av utsegna til informantane som omhandlar å skjerme pasientane i forhold til eigen tilstand og mot omgjevnadane, og omsorga som er meint å ligge i tiltaket og handlingane. Refleksjonane vil eg i hovudsak knyte til Martinsen si omsorgstenkning fordi eg meiner at dette kan gi eit godt grunnlag til å forstå ein del av informantane sine utsegn om skjerming som ei form for grensesetting. Når eg reflekterer og drøftar, vil eg og trekke inn kunnskap om psykose og lovgiving knytt til skjerming.

### 5.1 ”Å hjelpe menneske som ikke er i stand til å sette grenser for seg selv”

Overskrifta har eg henta frå eit utsegn frå ein av informantane mine. Informanten sa:

*”Skjerming er å beskytte pasienten fra seg selv i forhold til omgivelsene. Støtte pasienten, sant, mens han er i krise. Altså, det å skape en forståelse av seg selv og de omgivelsene pasienten er i. Det er det som er viktigst med skjerming, tenker jeg. Og så unngå for mange impulser og å hjelpe mennesker som ikke er i stand til å sette grenser for seg selv, til å sette grenser”.*

Ruyter og Vetlesen (2001) har skrive ei bok med tittelen ”Omsorgens tvetydighet”. Uttrykket ”omsorgens tvetydighet” er eit uttrykk som eg meiner peikar på noko vesentleg i forhold til omsorg under skjerming. Psykiatrien utmerkar seg blant dei fleste andre fagfelt i helsevesenet, fordi ein der kan behandle folk mot sin eigen vilje. Det er dette informanten kjem inn på i sitatet over, når ho seier at skjerming er å beskytte pasienten mot seg sjøl i høve til omgjevnadane. Samtidig brukar ho omgrepet å ”støtte” pasienten, der målet er at pasienten skal få ei forståing av både seg sjøl og dei omgjevnadane han er i. Vidare seier ho at skjerminga skal hjelpe pasienten med å unngå for mange impulsar når dei sjøle ikkje er i stand til å sette slike grenser. Ut frå det informanten seier, er det tydeleg at ho bryr seg om og uroar seg for pasienten som for tida ikkje er i stand til å ta vare på seg sjøl. I følgje Martinsen (2003:67) er å ”bekymre seg for”, ”vise omtanke for”, ”ta hensyn til”, ”ta hånd om” og ”hjelpe” alle omgrep som uttrykke ulike sider ved omsorg. Med andre ord kan ein kanskje seie at skjermingstiltaket kan brukast i samsvar med innhaldet i omsorgsomgrepet til Martinsen. Oftast har pasientar psykotiske opplevingar når dei vert skjerma. I underkapittel 2.1.1 har eg gitt ei nærare beskriving av kva som kjenneteiknar pasientar som har psykotiske opplevingar. Det er sentralt i denne samanheng å trekke fram det Kringlen (2001) skriv om at pasientar med psykotiske lidingar vanlegvis har eit samanbrot i rasjonell og emosjonell

meistring av situasjonen sin. Dei har mista grepet om verkelegheita, og dei har ikkje sjukdomsinnsikt. Nettopp fordi desse pasientane er i ein tilstand der dei ikkje (eller delar av tida ikkje) lenger tenker rasjonelt, og manglar evne til emosjonell meistring, har vi eit lovverk som seier oss når og korleis vi skal skjerme pasientar. I dei nye forskriftene om skjerming<sup>32</sup> er det gjort klart at pasientar har rett til å ta del i, og å vere med å bestemme korleis oppfølginga deira skal vere under skjerming. Det står blant anna om skjerming at:

*”Skjerming innebærer at pasienten ikke får ta del i aktivitetene i fellesmiljøet på vanlig måte, og at han eller hun får begrenset bevegelsefrihet og selvbestemmelsesrett. Tiltaket kan også innebære restriksjoner med hensyn til for eksempel tilgang til bestemte ting eller utgangsmulighet”*

og

*”Skjerming skal ikke gjøres mer omfattende eller inngripende enn det som er strengt nødvendig for å ivareta de hensyn som ligger til grunn for at tiltaket iverksettes, jf. psykisk helsevernloven §4-2”*

og

*”Ved bruk av skjerming skal det legges til rette for at pasienten gis så stor innflytelse på tiltaket som mulig, jf. psykisk helsevernloven §4-2. Herunder skal det tas hensyn til hvor og hvordan pasienten ønsker at tiltaket skal gjennomføres”(Helse- og omsorgsdepartementet 2006).*

Som ein ser av desse sitata frå forskriftene, så skal det settast avgrensing for kva slags aktivitetar desse pasientane får delta i, og dei får ein avgrensa rett til å bestemme sjøle. Dette betyr at pasienten får ein avgrensa autonomi. ”Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern”<sup>33</sup> (1999) tilseier at det er rett å gripe inn og ta over når eit menneske er sterkt uroleg eller har utagerande åtferd, og det er så forvirra og ute av eigen kontroll at det kan vere til skade eller til stor plage for seg sjøl og andre, eller fordi tilstanden blir verre utan å iverksette tiltaket. Når ein set grenser for pasientane sitt tilvære på denne måten, vert omsorga paternalistisk ut frå Martinsen (1992) si tenking<sup>34</sup>. Pasienten si sjølbestemming vert sett til side når pasienten vert skjerma ved bruk av tvang. Erfaringa mi er at tvang og kan vere nødvendig i einskilde situasjonar undervegs i sjølv skjermingsperioden. Det kan til dømes verte nødvendig å nekte pasienten å ha kontakt med omverda ved å bruke telefon. Grunngevinga for å fatte vedtak om slike avgrensingar av pasienten sin fridom, er at pasienten kan verte dårlegare, og han kan skade relasjonane sine til familie og vener. Eg finn det difor

---

<sup>32</sup> ”Forskrift om bruk av skjerming i institusjoner i det psykiske helsevernet”. Desse forskriftene tok til å gjelde frå 01.01.07 (Helse og omsorgsdepartementet 2006).

<sup>33</sup> Lov om etablering og gjennomføring psykisk helsevern av 1999 er sitert side 15

<sup>34</sup> Dette kjem eg tilbake til i underkapittel 5.2

interessant at når informantane mine klargjer kva dei synest er viktig i skjermingssituasjonar, så brukar dei omgrep som samsvarar heilt med nokre av dei omgrepa Martinsen (2003) brukar når ho beskriv kva som kjenneteiknar omsorg. Spørsmålet vert om ein kan bruke Martinsen sine tankar om omsorg når ein skal forstå dei grunngevingane som informantane gav når dei omtalte kva som bør kjenneteikne best mulege skjermingssituasjonar. Det er dette eg no vil prøve å utdjupe nærare.

Informantane gav meg mange døme på ulike situasjonar der dei ville skjerme pasientar når dei var i ein tilstand som tilsa at dei kunne trenge å bli beskytta. Ein av informantane fortalte om ein pasient ho ville beskytte mot å ”dumme seg ut”. Informanten meinte at det var riktig å beskytte pasienten mot å opptre på måtar ho ikkje ville gjort som frisk. Ho hadde latt pasienten få prøve å vere i fellesmiljøet ved eit måltid, etter å ha hatt måltida sine på skjermingsrommet ein periode. Måltidet i fellesmiljøet gjekk ikkje bra. Erfaringane frå dette måltidet gjorde at informanten meinte at pasienten trengte å fortsette og ha måltida sine på rommet ein periode til. Informanten fortalte at:

*”Hun var veldig sånn pen dame, og hun klarte ikke ... hun var så syk ... hun dummet seg ut. Hun klarte ikke å spise. Hun tok maten og griset med den. Hvis man lar pasienten dumme seg ut når de er syke, så kan det bli vanskelig ... når de er bedre, å takle det. Ofte husker de alt som har skjedd.”*

Det er vanskeleg å hjelpe pasienten ut av situasjonar som ikkje går bra blant andre, som denne måltidsituasjonen, utan at det går ut over pasienten si verdigheit. Ho sa det slik:

*”Hvordan vi møter pasienten og måten vi begrenser dem ... at vi er bevisst hvordan vi gjør det. At det ikke er sånn at vi ydmyker pasienter, at vi prøver å gjøre det på en sånn måte at det er greit.”*

Dette vart støtta av det ein av dei andre informantane fortalte, frå ein liknande situasjon. Pasienten denne informanten fortalte om, hadde problem med kva som var vanlege normer når det galdt påkledning. Informanten la vekt på at grenser skal vere til for å hjelpe pasienten til å halde på verdigheita si. Ho prøvde å hjelpe pasienten til å ikkje gjere noko han seinare ville angre på. Det vil seie å kle seg naken når han var saman med medpasientar, eller at han gjekk omkring skitten i kleda. Ein annan informant fortalte og om korleis ho set grenser for pasienten, og at ho grunngir kvifor ho set grensene for han. Ho fortalte at ho sa til pasienten:

*”Vi setter grenser for deg, når vi ser at du går for langt, fordi vi mener at du vil bli glad for det i ettertid, at vi satte den grensa for deg.”*

Dette utsagnet viser at ein pleiar ser på grenser som noko viktig, og som det beste for pasienten. Eg kan ikkje ut i frå dette seie om pasienten opplever det som omsorgsfullt, eller om han i etterkant av skjerminga vil tenke at han trengte å verte skjerma, og er glad for at dette vart gjort. Gjennom sitatet og større delar av samtalen med denne informant, er inntrykket mitt at informanten var til stades i skjermingssituasjonane på ein interessert og engasjert måte med ønske om å hjelpe pasienten.

Ein av informantane seier dette: *”(Det er) viktig å skjerme personer som er psykotisk og har kaos i hodet, fordi de trenger ro og tryggleik.”* Ho sa vidare i intervjuet at ho meiner det kan vere ein ekstra belastning for pasientar i psykotisk krise å vere i lag med mange andre. I ein slik tilstand er det best om ein kan få ta mest omsyn til seg sjølv, og det ein til ei kvar tid kjenner at ein ønske og klarar. Vidare meinte ho at det ofte er bra for pasienten å halde seg til ein person om gongen. I fleire studiar som har sett på korleis pasientar opplever ”seclusion” eller isolasjon, kjem det fram at mange pasientar treng nokon å snakke med. Dei opplever det ikkje godt å vere åleine. Mange vert redde, får panikk og kjenner seg terroriserte og straffa (jf. til dømes Holmes *et al.* 2004, Horsfall og Cleary 2003). Det er og mi erfaring at forvirra og kaotiske personar vert meir forvirra og kaotiske når dei har for mykje å halde seg til. Dette skriv og Strand (1992) er tilfelle. Dette gjeld både det å forholde seg til andre personar, ting, aviser, tv, og alt ein kan engasjere seg i på same tid. På den andre sida treng og forvirra menneske å ha saker og halde på med og nokon å snakke med, men få ting om gongen kan vere ei god hjelp. Hummelvold (2004) skriv at skjerming kan fungere som ein ”time out” for pasienten, ved å redusere stimuli, og slik gi pasienten høve til ro og større oversikt i situasjonen. Når ein er så dårlig som mange pasientar kan vere i ein akuttpost, kan ein nettopp treng nokon som hjelper ein med å få ro og til å vurdere kva som er passande aktivitetar eller belastning. Når ein skal avgrense pasienten sine aktivitetar, kjem ein som pleiar ofte i ein situasjon som ein med Martinsen sitt omgrep vil omtale som enten paternalistisk eller svakt paternalistisk (1992).

## **5.2 Paternalisme og svak paternalisme**

Fleire av utsegna eg har presentert vil eg omtale som paternalistisk omsorg for pasienten under skjerming. Ein anna informant gav og eit døme på dette. Ho sa: *”... det er noen ganger ... jeg ikke diskuterer det, men bare informerer at det er sånn jeg gjør det, på grunn av at jeg ser det ...”*. Informanten forklarte meg at dette er frå ein situasjon med ein pasient ho kjenner

godt. Ho visste av erfaring at denne pasienten vart meir uroleg og redd om ho diskuterte skjermingsopplegget og reglane for mykje med han, når han var som sjukast. Når denne pasienten var i sin mest forvirra og engstelege fase, trengte han at ho bestemte for han. Dette hadde ho og pasienten snakka om når pasienten var i ein friskare fase av sjukdommen, ved ei tidlegare innlegging i posten. Det hendte at ho refererte til kva pasienten tidlegare hadde sagt om behandlinga han ønska når dei stod i nye og vanskelege situasjonar. Ho sa: ”... *man kan referere til hva han har sagt om hvordan han ønsker at vi skal behandle han*”. I dette tilfellet hadde informantent både erfaring med liknande situasjonar med same pasient, og pasienten sin uttale om at det i ein viss periode var best for han ”å verte tatt over for”. Informantent sa at skjerminga vart lettare når ho kjente pasienten godt. Då visste ho med større sikkerheit at det var riktig å ta over for pasienten til å begynne med, når han var som sjukast. Ho sa:

*”Det er veldig betryggende ... det er jo lettere å kunne stå i en situasjon og lettere å kunne stå i en aggresjonssituasjon der han er veldig frustrert og veldig sint, for eksempel på meg, når jeg vet at han ønsker at jeg skal kunne stå i den. Ja, da er det mye lettere for meg å være klar når han ... når jeg vet at han setter veldig stor pris på det. ... Han kan bli veldig irritert på at vi følger med på at alt som skal inn på rommet, også skal ut. Jeg vet at han i ettertid sier at det er bra at vi tar alt ut. Han prøver da å lure unna ting ... men han ser det i ettertid at det er bra at han ikke gjør det ... å lure unna ting .... Ja, det har han sagt selv”.*

Ho sa at når pasienten var veldig sjuk og vart innlagt i posten ”er det vi personalet som setter opp reglane, ... *det er jo retningslinjer da i forhold til hvordan vi kjenner han fra før av. Men ettersom han blir friskere, så gjør vi det her sammen med han*”. Etter kvart fekk altså pasienten ta større del i diskusjonar omkring avgjersler som galdt han sjøl. Ho fortalte vidare:

*”Hvis jeg begynner å diskutere veldig mye med han, så kan det føre til usikkerhet, ... nesten så han føler at han kanskje har en mulighet til å diskutere seg ut av situasjonen. Når han blir bedre, så er jo muligheten større for å diskutere om ting. Ja, man åpner mer etter hvert, at man i begynnelsen er veldig klar på grensene og hva man mener om hvordan man skal ha det.”*

Desse siste sitata frå den eine informantent, meiner eg viser grader av paternalisme, det vil seie frå ei paternalistisk til ei svakt paternalistisk omsorg. Martinsen (1992) skriv om den svake paternalismen at det er sjukepleiaren sitt faglege skjønn<sup>35</sup> som avgjer om opplysningane er til beste for pasienten, og korleis ho skal handle for at pasienten skal få det best muleg. Når pasienten vert betre, snakkar informantent med pasienten om korleis skjerminga har vore. Dette

---

<sup>35</sup> Skjønn vil verte omtalt litt seinare i dette hovudkapitlet.

blir meir aktuelt når pasienten begynner å tenke rasjonelt igjen, og får tilbake eit betre grep om tilværet<sup>36</sup>.

Martinsen (1992) omtalar paternalisme som ein form for ”ekspertisemystikk” og ”bedrevitenhet” frå yrkesutøvaren si side. Vidare skriv ho at den som treng omsorg, vert tatt frå moglegheita til å kunne påverke sin eigen livssituasjon når det vert brukt paternalistisk omsorg. Dei tidlegare omtalte ”Forskriftene” (2006) legg vekt på at pasienten skal ha så mykje som muleg å seie i høve til gjennomføring av skjermingstiltaket. I dette oppfattar eg at det ligg ein svak paternalisme. I følgje Martinsen (1992) føreset den svake paternalismen at pasienten skal takast med i avgjersler om eiga pleie, dersom det gagnar han. Ho seier at det i situasjonar der pleiar og pasient deltar, skal det vere ein autoritetsstruktur. Sjukepleiaren har ein nødvendig kunnskap som pasienten ikkje har. Derfor skal svak paternalisme overordnast pasienten sin autonomi. Dette er berre muleg i relasjonar der sjukepleiaren går inn i relasjonen for å gjere for den andre det som gagnar han best. Pleiaren viser med å vere interessert og å tilpasse omsorga individuelt at ho har respekt for at ho manglar den private og personlege kunnskapen som berre pasienten har om seg sjølv.

Vetlesen (2001) diskuterer omsorg i forhold til autonomi. Autonomi kan definerast som sjølvbestemming, sjølvkontroll og sjølvlovgjevande. Det er eit moralsk omgrep, og det uttrykker ein rett som har ein verdi i seg sjølv. Å kunne halde på sin autonomi i rolla som pasient, gjer at pasienten vert meir likeverdig eller likestilt behandlarar og pleiarar. Autonomi står for individualisering, det vil seie det å klare seg sjølv og å vere uavhengig. Autonomi kan oppfattast som eit rivaliserande omgrep i forhold til omsorg. Men slik eg forstår Vetlesen, meiner han at omsorg kan sjåast som svar på grunnvilkår i livet vi ikkje kan velje vekk, noko som gjer at omsorga tar sin naturlege plass i alle liv. Omsorg er svar på grunnvilkåra for oss menneske, som går ut på at vi er avhengige, sårbare og dødelege, og kva desse vilkåra gjer med oss. Vetlesen seier at omsorg er responsen på det faktumet at vi ikkje er sjøltilstrekkelege vesen. Vi treng alle anerkjening og bekrefting. Omsorg er noko vi menneske kan gi andre, og som dei ikkje kan gi seg sjølv. Det er noko kvalitativt anna enn eigenomsorg. I omsorga ein mottar ligg både det gode og bekreftande som ligg i omtanken, og det å få dette frå nokon (Vetlesen 2001). Slik kan dei to omgrepa omsorg og autonomi vere ved sida av kvarandre, utan å måtte vere rivaliserande. Martinsen (2003) meiner, slik eg har omtalt tidlegare i

---

<sup>36</sup> Det er viktig å bidra til gjennomarbeiding og oppklaring av opplevingar undervegs i lidinga og behandlinga. Dette er meir omtalt i underkapittel 6.2 side 102.

oppgåva, at det er gjennom det at vi er avhengige av kvarandre som menneske at vi er sjølstendige. Dette fordi omsorg er noko av det mest fundamentale med å vere menneske, og at vi verken kan forstå oss sjøle eller realisere oss sjøle, utan andre menneske. Martinsen kallar vårt tilvære for ”medtilværelse”. Ho seier at: *”Menneskets vesenstrekk er at det er til for andres skyld – for sin egen skyld”* (2003:69).

I skjermingssituasjonar må ein vurdere om ein skal vere paternalistisk, som ”Psykisk helsevernloven” (1999) og ”Forskriftene” (2006) gir løyve til, eller om ein kan bruke svak paternalisme. Det er tilstanden til pasienten som avgjer om det er paternalisme eller svak paternalisme som kjem til uttrykk i pleiarane sin måte å møte pasienten på. Eg meiner at ein alltid først må nærme seg pasienten på ein måte som kan omtalast som svakt paternalistisk. Dersom dette ikkje fører fram, kan det verte nødvendig å iverksette tiltak som må omtalast som paternalistiske. Paternalistiske tiltak kan verte nødvendige om pasienten manglar evne til å tenke rasjonelt på grunn av si psykotiske lidning. Det er i denne type situasjonar at omsorga si tvtydigheit ofte kjem til uttrykk.

Det kan likevel diskuterast om ein er paternalistisk når ein iverkset skjermingstiltak mot pasienten sitt ønske. Martinsen seier blant anna:

*”Det vil si at sykepleierenes oppgave og ønske er å gå inn i relasjoner for å gagne den enkelte pasient best mulig, herunder hindre at han skader seg. (...) Vi kan også kalle dette en svak paternalisme”* (1992:74).

Det som er tydeleg i det alle informantane mine seier om pasientar som må skjermast, er at dei uttrykker ei uro og eit engasjement for at pasienten skal få det best muleg. I følgje det eg her har sitert av Martinsen, kan ein spørje om det ikkje gir uttrykk for ei omsorg som er svakt paternalistisk, sjøl når det vert brukt tvang. Når eg skriv at informantane i skjermingssituasjonar ofte må veksle mellom å vere paternalistisk og svakt paternalistisk, har dette å gjere med at ein som pleiar er svakt paternalistisk når pasienten vert tatt med i avgjerslene om eiga pleie, slik eg forstår Martinsen (1992). Pasientar som er psykotiske, har ei anna oppfatning av verkelegheita enn det behandlarar og pleiarar har. Ein pasient som ikkje er i stand til å tenke rasjonelt, kan på grunn av manglande innsikt vanskeleg delta i avgjersler om eigen pleie. Difor vert ei paternalistisk tilnærming til pasienten i einskilde høve nødvendig. Mi erfaring er at pasienten alltid er til stades når skjermingstiltaket vert diskutert og avgjerslene tatt. Ein ønsker sjølsagt å vite kva pasienten tenker om tiltaket. Svært ofte motset



pasienten seg dette, men det vert likevel gjennomført, når pleiarar, behandlarar og fagleg ansvarleg meiner det er det beste for pasienten.

I høve til å vurdere ei omsorgshandling eller ein omsorgstradisjon er Skjervheim (2001) sitt skilje mellom deltakar og tilskodar sentralt, i følgje Wyller (2001). Han skriv at for å vere deltakarar i ein omsorgsrelasjon, må ein gå inn i relasjonen og opne for dialog. Gjennom dialog kan begge partar verte deltakarar, og eit grunnlag for god omsorg kan verte lagt. Å gjere pasienten til ein tilskodar, vil vere motsettinga til dette. Pasienten vert tilskodar om pleiarar gir omsorg utan å lytte og prøve å finne ut kva pasienten ønsker og treng. I følgje Skjervheim (2001) vert pasienten då objektivert, og det vert vanskeleg å ta pasienten og det han seier på alvor. Om vi brukar Skjervheim (2001) sine omgrep ”deltakar” og ”tilskodar” til å avgjere kva omsorgshandlingar pasienten i sitata side 59 vart utsett for, finn eg at pasienten i meir og mindre grad fekk vere deltakar. I starten vart han informert om avgjerslene som pleiarane tok, noko som det er liten grad av deltaking i, men det å få informasjon er likevel meir enn berre å vere tilskodar. Erfaring frå skjerming av pasienten ved tidlegare innleggingar i posten, samt pasienten sine eigne uttalar om korleis behandlinga skal vere, var dessutan tatt med når avgjerslene for denne skjerminga vart tatt. Etterkvart fekk pasienten vere meir og meir deltakande, etter som han var i stand til det. Spørsmålet vert altså om det kan omtalast som omsorg når det ein gjer inneheld tvang?<sup>37</sup> Slik eg ser det, er det nødvendig å ta i bruk tvang når eit menneske er i ein slik tilstand, vi snakkar om her. Pasienten treng å verte tatt hand om nettopp fordi han i den aktuelle situasjonen ikkje er i stand til å ta vare på seg sjøl. Pleiarane, med sin kunnskap, iverksette tiltak som kan hjelpe pasienten ut frå kjennskap til pasienten sin spesielle situasjon. På denne måten vert tvang brukt for å hjelpe pasienten, og slik vert omsorga paternalistisk<sup>38</sup>. Men ut frå det informanten fortel, ønska pasienten at avgjersler skulle verte tatt for han når han var sjuk og sjøl ikkje var i stand til å kunne vurdere kva som var til det beste for han. Sidan denne pleiaren veit dette, og merkar på pasienten undervegs i forløpet når ho gradvis kan gi ansvar tilbake til pasienten, tenker eg at den paternalistiske omsorga gradvis går over til det som kallast svak paternalisme, slik Martinsen (1992) omtalar det. Svak paternalisme er å la den andre ”vedkomme” ein som pleiar, i følgje Martinsen. Martinsen omtalar ikkje i det ho skriv, pasientar som ikkje kan tenke rasjonelt og ikkje har oversikt over eige tilvære, som til dømes vaksne menneske i psykotisk krise. For desse pasientane nyttar det ikkje alltid med svak paternalistisk omsorg. Ofte motset dei seg

---

<sup>37</sup> Jf. det Martinsen (1992) skriv om at det å hindre at pasienten skadar seg inngår i den svake paternalismen.

<sup>38</sup> I situasjonen då tvang vart brukt, reknar eg med at pasienten opplevde tiltaket som paternalistisk

skjermingstiltaka, slik at ein ikkje får tatt hand om dei utan å bruke tvang. Derfor tenker eg at paternalistisk omsorg, altså å ta i bruk tvang, nettopp er å la pasienten vedkomme ein som pleiar, og sette i verk nødvendige tiltak for å i vareta pasienten. Å ikkje ta i bruk tvang i ein slik situasjon, kan heller vere å gjere ei ”unnlåtelsessynd”, som Martinsen kallar det, når pleiarar ikkje lar pasienten ”vedkomme” seg.

Informantane meinte at pasientar skal vere lite åleine. Dei presiserer at dei først og fremst vil vere i lag med pasientane. Dette fordi det kan vere godt for pasienten å ha nokon å snakke med, orientere seg mot og få stadfesta eller tilbakevist tankar, situasjonsbeskrivingar og spørsmål. Det vert større mogelegheit for dialog og for at pasienten får god nok informasjon når pleiarane er mykje i lag med han. Samtidig seier alle informantane at pasientane som vert skjerma etter eige ønske, kan vere litt åleine om tilstanden deira tillet det, men med pleiarar tilgjengelege i nærleiken, og då gjerne ved å sitte rett på utsida av rommet. Hummelvold (2004) skriv at pasienten kan trenge tid til å venje seg til å ha andre menneske så nær. Pasienten kan vere mistenksam og språket kan vere vanskeleg å forstå, slik at det kan vere utfordrande å få kontakt. Pasienten vil kanskje både bevisst og ubevisst prøve ut om pleiarane er til å stole på. Det er viktig at pleiarane er vare for og har respekt for pasienten sitt personlege rom og behov for avstand. Ein av informantane fortel om ein pasient som i starten avviste pleiarane fullstendig. Pasienten var svært kaotisk, kledde av seg, var uroleg og ville gjere mange ting på ein gong. Han ville ikkje ta i mot medisin. Han ville berre heim. Når pasienten etter kvart vart skjerma, ville han berre vere åleine. Men dette vart ikkje riktig for informanten, fordi pasienten var så kaotisk og dårleg. For delvis å kunne møte pasienten sitt ønske om å vere åleine, gjekk informanten ofte inn til pasienten og tilbydde kontakt, men sat ikkje saman med han, noko pasienten godtok. På denne måten viste pleiaren at ho til ei kvar tid var tilgjengeleg for pasienten om han ønskte kontakt. Den tredje dagen var pasienten mykje meir imøtekommande, og han sa at han ville ta medisin. Informanten tenkte at det som hadde skjedd, var at pasienten hadde klart å slappe av og funne meir ro under skjerminga. Pasienten hadde fått ein viss tillit til dei som jobba der sidan han no ville ta i mot medisinsk behandling, og han begynte å snakke med pleiarane om livet sitt. Informanten var overbevist om at denne pasienten trengte skjerming dei første dagane. Truleg var det viktig og godt for pasienten at dei, trass i avvisinga hans, viste han interesse. Det at pleiarane respekterte ønske hans om å vere åleine, såg ut til å gjere pasienten meir tillitsfull i forhold til pleiarane. Det denne informanten fortalte om, er i samsvar med kva Hummelvold (2004) skriv om at pleiarar

må vise i praksis at dei er til å stole på, blant anna ved å vere til stades på ein lyttande og anerkjennande måte.

Holte (2001) fortel om ein pasient som var svært dårleg, og som han møtte når pasienten vart skjjerma. Pasienten gav Holte ein metafor på det som for henne var eit godt møte med ein pleiar. Pasienten sa at:

*”... hun følte det som hun var ”på et opprørt hav” – som om hun på en måte bare seilte rundt på en planke. Vi ble enig om at min oppgave der inne var å være en bøye slik at hun på en måte fikk en slags ”landkjenning”. Hun fremhevet selv viktigheten av ”å finne en bøye” der ute, en som kunne bli med i noen av bølgene, men som hadde et tilstrekkelig solid bunnfeste og kunne peke mot land” (Holte 2003:130).*

Dette beskriv ein måte å vere til stades på som pasienten opplevde som god. Ein bøye er noko som flyt på havet, men som har sitt feste på havbotn. Ein bøye kan til dømes verte brukt for å feste ein båt eller eit fiskegarn. Bøyen vil følgje havet sine bevegelsar, men vil likevel ikkje verte ført av garde. I så måte er ein bøye ein god metafor på ein person som sjøl er trygt forankra og som kan følgje ein når ein oppleve at alt vert kaotisk. I tillegg ønskte pasienten at pleiaren skal kunne peike mot land, det vil seie vere ein slags ”landkjenning”. Dette forstår eg slik at pleiaren skulle kunne hjelpe pasienten med å vise vei ut av det som var vanskeleg og kaotisk. Pasienten fekk ein pleiar som ho vart trygg på. Pleiaren tok ikkje frå pasienten styring eller ansvar, men var til stades som eit trygt haldepunkt. Pasient og pleiar fekk ein god måte å vere i lag på. Det kan sjå ut som at pasienten fekk ”styre” situasjonen, men gav samtidig uttrykk for at pleiaren var svært viktig for henne, og at ho hadde stor tillit til pleiaren. Det bilde pasienten gav Holte, om pleiaren som ei bøye, kan og tolkast slik at pleiaren var pasienten sin ”livbøye”. Ein livbøye er noko ein kan halde fast ved for å unngå å bli trekt ned i djupet av bølgene. Samtidig kan metaforen fortelje noko om ein skjør relasjon, slik eg ser det. Det er ikkje berre å klare å halde fast i ei livbøye i store bølger. Ein kan stå i fare for å miste taket. Eg tenker at pleiarar heile tida står i fare for å ”trakke feil” i høve til pasienten. Det ligg eit krav om konstant fokus på pasienten sitt beste, noko som ikkje er like sjølsagt at ein alltid veit kva er i alle dei situasjonane som kan oppstå undervegs i skjermingsopphaldet. Det skal stor innleving og konsentrasjon til for å prøve å forstå pasienten i ulike situasjonar og i ulike fasar av sjukdommen. I gode relasjonar får ein gjerne ”meir å gå på” hos kvarandre i høve til å gjere feil. Men faren for at pasienten vender ein ryggen er der, både fordi ein som pleiar kan vurdere situasjonar feil, eller fordi pasienten sin tilstand endrar seg til det verre. Lege Jan Ivar Røssberg (2005) viser til fleire ulike studiar der pasientar har uttrykt at det dei

ser som viktigast i behandlinga si, er relasjonane til personalet. I relasjonane la pasientane vekt på om personalet viste medfølelse, interesse og forståing. Vidare la pasientane vekt på at personalet respekterte dei, brukte tid saman med dei og skapte eit trygt terapeutisk miljø. Pasientane uttrykte både ein lengsel mot ein tett relasjon med personalet, samtidig som dei var engsteleg for å ha ein tett relasjon med dei. Røssberg (2005) viser og til ei undersøkjing av Tattan og Terrier (2000) som fann at manglande positiv relasjon mellom pasienten og personalet var relatert til eit signifikant dårleg utfall av behandlinga. Ein god relasjon vil vere avhengig av ei god situasjonsforståing<sup>39</sup>. Martinsen skriv om kva som kan krevast av innsikt for å få ei god situasjonsforståing, og kvifor dette er nødvendig. Ho skriv:

*” Situasjonsforståelse krev innsikt i menneskers livssituasjon, i hva som er menneskelige muligheter og begrensninger i situasjonen. En god situasjonsforståelse er nødvendig for å klare balansegangen mellom formynderi hvor omsorgsyter overtar for mye av ansvaret for den hjelpetrengende, respekten for menneskets selvbestemmelse som kan føre til unnlatesesynder. Situasjonsforståelsen og det personlige engasjement gjør at bånd knyttes til andre” (2000:).*

Det Martinsen skriv her, synest eg fangar opp situasjonsforståinga til informanten eg fortalte om som vart avvist av pasienten. Informanten min og hennar kollegaer balanserte så godt dei kunne i høve til å ta vare på pasienten som avviste dei, og det å respektere pasienten sine ønske om å vere åleine i størst muleg grad. Dei valde å etterkomme pasienten sitt ønske om å få vere aleine, men såg det samtidig som viktig å vere tilgjengeleg for han, ved å by han ofte kontakt. Om dei hadde latt pasienten få lov til å vere åleine, det vil seie å la pasienten sin autonomi vere rådande i situasjonen, kunne dette ført til det Martinsen (1992) omtaler som ei ”unnlatesesynd”. Om ein lar pasienten sin autonomi råde i alle situasjonar, sjøl om ein veit at pasienten til dømes er psykotisk, kunne dette ha medført ei haldning hos pleiarane som kan omtalast som ”at pasienten vedkjem meg ikkje”. Ein kunne argumentere for ei slik haldning med at pasienten er vaksen, og er dermed i stand til å ta autonome val. I og med at pleiarane visste at pasienten hadde ei psykisk lidning som påverkar evnene til å tenke klart, og at pasienten dermed kanskje ikkje heilt forstod konsekvensane av vala sine, møtte dei han ”på halvvegen”. Pasienten fekk vere mykje åleine, men ved at pleiarane stadig følgde han opp med besøk på rommet hans, fekk dei heile tida oversikt over pasienten sin tilstand. Dei vart tilgjengelege for pasienten, og viste med si framferd at dei brydde seg om han. Dette kan ein kanskje sjå på som ein svak paternalistisk tilnærming til pasienten (jf. Martinsen 1992).

---

<sup>39</sup> Dette vil eg komme tilbake til i kapittel 6.0

Det som er spesielt innan psykiatrisk behandling og sjukepleie, er at ein her kan tillate seg å bruke tvang ut frå ”Psykiisk helsevernloven” (1999), om situasjonen tilseier dette. Ein kan med ”loven i hand” tillate seg å oversjå pasienten sin autonomi, og dermed verte paternalistisk (jf. Martinsen 1992). Dette fordi pasienten sin psykiske tilstand kan legitimere at dette vert gjort. Pasienten var ikkje i stand til å bestemme alle sider ved situasjonen sin, og pleiarane forstod at det var viktig at dei tok på seg noko ansvar. Pleiarane tillet at pasienten si sjølbestemming fekk så mykje plass som dei meinte var forsvarleg i situasjonen, og som truleg viste seg å vere nok til å ikkje krenke pasienten. Det verka som pasienten kom ut av situasjonen med tillit til pleiarane, noko som kan tyde på at han ikkje kjente seg krenka av dei.

For å legge til rette for ein god relasjon, sa ein av informantane at ho prøvde å trygge pasienten gjennom å bruke god tid, og ikkje legge press på han på noko måte. Ho sa:

*”Jeg føler når man har med psykotiske, oppløste mennesker å gjøre, så er en måte å gi trygghet på ... å ikke presse for mye, men det å ta seg god tid.”*

Informanten let tempoet i skjerminssituasjonen vere tilpassa pasienten. Ho prøve å tilpasse omsorga den einskilde, og ikkje stille for mange krav, ved til dømes å la pasienten prate når det passar han, ete når han er svolt, sove når han får til å sove og ikkje vere for opptatt av at rutiner og døgnrytmen i posten skal følgjast i starten av opphaldet. Dette oppfattar eg som ei svakt paternalistisk omsorg. Mi erfaring er at som pleiar må ein vere roleg, og gi rom for pasienten og det han treng. Når pasienten vert betre og meir i stand til å forholde seg til andre, kan det derimot vere viktig med ein døgnrytme og rutinar for å skape forutsigbarheit og tryggleik (Hummerlvold 2004). Dette er i samsvar med det Thorsen skriv om tryggleik. Han meiner at tryggleik ikkje er noko ein kan skape, men at det er noko ein kan gi rom for<sup>40</sup>. Som pleiarar kan vi vere med å gjere pasientane si verd så romleg som muleg. Han seier og at tryggleik alltid er relasjonell, det vil seie at den alltid står i forhold til noko (Thorsen 2005). Normann *et al.* (1998) skriv at personar som har demens og som vanlegvis er forvirra, kan få stunder med psykisk klårleik når dei er i ein roleg og ikkje krevjande atmosfære, og der dei har ein nær relasjon til pleiaren. Pasientar på skjerming kan vere svært forvirra, og av den grunn ser eg det som her vert påpeika som relevant for pasient/pleiar-relasjonar i skjermingssituasjonar. Gode relasjonar mellom pleiar og pasient er ei føresetnad for at tryggleik og tillit skal få rom. Dette ser eg på som spesielt viktig for å gi vekstvilkår for ei svakt paternalistisk omsorg.

---

<sup>40</sup> Det å gi rom for tryggleik vil eg komme tilbake til i kapittel 6.0

### 5.3 Å beskytte og å tvinge

Samtlege informantar la vekt på å gi pasienten aktuell og tilpassa informasjon om kvifor grensene vert sette. Ved informasjon og grunngeving prøvde informantane å gi pasienten ei oppleving av ”forutsigbarheit” og oversikt over situasjonen. Ein av informantane sa dette slik:

*”Jeg føler at det er viktig at pasienten vet hva som foregår, at det blir forutsigbart. Selv om noen pasienter kan være så syke at de kanskje ... (vi) vet ikke hvor mye de får med seg av det vi sier, men allikevel synes jeg det er viktig å si det.”*

Denne informanten la til at ho nokre gongar ”veg sine ord” og gjorde grunngevingane korte om ho oppfatta at pasienten vart forvirra av for mykje informasjon. Slik eg forstå det informantane her fortel, så vert det sett grenser for pasientane fordi ein vil dei noko godt, for å vere til hjelp og for å gi nødvendig behandling. Men til kva pris, eller kva kan det innebere? Følelse av tvang og av krenking er ikkje sjeldan med ”på kjøpet” hos pasientar som vert skjerma. Difor vert det så viktig å forklare og grunngi grensene som vert sette, slik at pasienten i størst muleg grad skal kunne forstå kva som skjer. Ein av informantane som var opptatt av å grunngi grensene, sa det slik:

*” ... det er klart man skal sette grenser for folk, men det skal være en årsak til de grensene og de skal vite hvorfor du har satt disse grensene og ... de skal også få mulighet til å kunne si: Nei, det er jeg ikke enig i. Og de grensene skal ikke stå der for evig og alltid. De skal kunne endres på timen hvis at forholdene endrer deg ... En må være fleksibel altså. Man skal sette grenser, men man skal endre på dem så snart det lar seg. Det skal ikke være grenser for grensenes skyld.”*

Slik eg ser det, har informanten fleire viktige poeng i dette sitatet. Ho seier i tillegg til at grensene skal grunngiast, så skal dei endrast i takt med at tilstanden til pasienten endrar seg. Det verkar opplagt at grensene skal ha ein grunn, og at grensene ikkje skal vere til for grensene si skuld. Dette kjem og fram i neste sitat, i tillegg til eit anna viktig aspekt ved skjerming, nemleg sikkerheita både for pasient og pleiar. Informanten seier dette:

*”Før var det sånn at på skjerminga så skulle det ikke være noe som helst som kunne være farlig der. Der skulle de ikke kunne ha radio, der skulle de ikke kunne ha gitar, der skulle de ikke kunne ha det ene og det andre. Det som er vel mer blitt lagt vekt på, er at folk skal få lov til å ... er de glad i (å) spille gitar, så skal de få lov til å spille gitar på skjermingsgangen, ikke sant. Ja, er de glad i å høre på musikk, så skal de få lov til å høre på musikk på skjermingsgangen og ... hvis det ikke er noe behandlingsmessig i veien for det. Altså en regel skal ikke bare være en regel.”*

Og ho seier vidare at:

*”Hvis det er noen som er truendes til å slå gitaren i hodet på en som er til stede, så skal man selvfølgelig ... noen sånne sikkerhetsmessige ... Ja, alle er ikke farlig om de får en kniv i handa, men noen er faktisk det. Må være individuelt.”*

I pressa situasjonar der pasienten kan stå i fare for å miste kontroll, slik det ofte er under skjerming, er sikkerheit viktig. Informanten var oppteken av korleis dette skal vurderast. Ho meinte at slike grenser er viktige, men at dei av og til ikkje vert vurderte godt nok i høve til individuelle forskjellar hos pasientar, og i høve til tilstandsendringar hos den einskilde pasient. Dette kjem fram vidare i samtalen. Ho meinte dessutan at sikkerheitsvurderingar og grenser i forhold til desse vurderingane skal vere integrert i kvar behandlingsplan, og som til ei kvar tid skal vere oppdatert, slik at ingen grenser vert ståande fast over tid.

Det kan som vaksen vere svært vanskeleg å verte sett grenser for, og ikkje få bestemme sjøl på livsområde der vaksne normalt tek egne avgjersler. Ekstra vanskeleg vert det kanskje om ein ikkje skjønar kvifor ein ikkje får bestemme sjøl. Av erfaring med å skjerme pasientar med psykotiske opplevingar, veit eg at dei ofte har vanskar med å forstå forklaringar på kvifor dei treng dei grensene som vert sette. Når behandlarar og pleiarar set grenser for pasientar, går dette ut over pasientane sin autonomi. Tvitydigheita i omsorga vert og ei tvitydigheit i grensesetting, slik eg forstår Vatne (2003). Vesentleg for opplevinga av grensesetting er måten denne vert utført på. Uansett gode framgangsmåtar, kan opplevinga verte krenkande for pasienten, spesielt når det vert brukt tvang. Dette er det vanskeleg for omsorgsutøveren å halde seg til. Vatne skriv at:

*”Tvetydigheten i omsorgsrollen forsvinner imidlertid ikke med nye grep. Som omsorgsutøver synes en å befinne seg mellom å beskytte pasienten, oppdra og tvinge” (Vatne 2003:252).*

Eg forstår Vatne slik at ein ikkje kjem utanom at grensesettinga for omsorgsutøveren må opplevast som tvitydig. Grensesettinga inneheld motstridande element som ”beskytte” og ”tvinge”, noko som gjer at den kan opplevast som vond for pleiaren og. Eg meiner dette må ha samband med at når omsorgsutøveren skal hjelpe ein pasient ved bruk av tvang, så kan dette stri mot idealet for omsorg som ligg i den svake paternalismen (jf. Martinsen 1992). Det å tvinge eit menneske til noko det sjøl ikkje ønsker, veit ein opplevast som krenkande og smertefullt av den som vert utsett for tvangen. Samtidig vert tvangen utført for at pasienten skal kunne få det betre. Å ikkje ta hand om pasienten og gi han omsorg, ville ha vore endå verre. Pasientane vi snakkar om her, har kome i ein tilstand og ein situasjon ingen ønsker å komme i. Det er ein tilstand det er vanskeleg å samanlikne med noko anna i livet. For å kome ut av denne tilstanden, må desse pasientane ofte gjennom krevjande og vonde periodar med



tvang, som til dømes skjerming. Det kan ha sin pris i høve til sjølfølelse<sup>41</sup> og menneskeverd, men kan likevel verte vurdert som heilt nødvendig.

Det som er udiskutabelt, er at pasientar som vert skjerma mot sin vilje, opplever ei eller anna form for krenking. Det ein kan diskutere, er om skjermingstiltaket kan sjåast på som eit omsorgstiltak i seg sjøl. Er det muleg å snakke om å gi omsorg i form av skjerming? Eller er omsorg noko ein gir ved sida av å bruke tiltaket, altså at tiltaket er noko anna enn omsorg? Intensjonen med skjermingstiltaket er slik eg oppfattar det, ein måte å lage ei ramme eller ein arena der det nettopp vert muleg å hjelpe og ta hand om eit menneske som for tida ikkje er i stand til å ta hand om seg sjøl. Dette vert gjort fordi nokon uroar seg for vedkommande og vil hjelpe. Ut frå dette ser eg på skjermingstiltaket som ein måte å legge til rette for omsorg. Tiltaket gir pleiarane mogelegheit til å hindre pasienten i å skade seg sjøl og andre på grunn av si forvirring og angst. Det vert gjennom tiltaket muleg å ”rydde rom” slik at det for vedkommande pasient kan verte lettare å samle seg og finne ro. Slik kan pleiarar og andre behandlarar lettare få kontakt med han. Men skjermingstiltaket opplevast forskjellig av pasientane, og ofte ikkje som omsorgsfylt. Norvoll (2007) trekker fram desse negative opplevingane som pasientar har fortalt om frå erfaring med skjerming; som å vere i ei glattcelle i fengsel, å få straff og å kjenner seg avmektige. Skjermingstiltak opplevast med andre ord ofte krenkande. Knudzen (2005) skriv at krenking kan knytast til system, og handlar blant anna om rammefaktorar som organisering av arbeidet, reglar og lokaler, og om bruk av tvangsmiddel. Krenking kan også knytast til relasjonar og situasjonar, og forhold som korleis samhandling skjer, og korleis pasienten opplever seg møtt av helsepersonell. Pasientar som vert skjerma kan verte utsette for krenking på begge desse måtane. Relasjonell og situasjonsavhengig krenking er det stadig ein fare for, gjennom pasientane sine møte med ulike pleiarar og behandlarar. Etter mi erfaring er ofte skjermingslokale nedslitne og lite hyggelege. Gjennom slike lokale kan systemet eller samfunnet signalisere at alvorleg sjuke folk ikkje er særleg verdsette, noko som kan opplevast som ytterlegare krenkande. Av erfaring veit eg at når systemet brukar uerfarne og ufaglærte folk som pleiarar til å gjennomføre eit så sårbart og alvorleg inngripande tiltak som skjerming er, så kan dette sjåast på som nok ei krenking frå systemet.

---

<sup>41</sup> Sjølfølelse vil eg komme tilbake til i kapittel 6.0.

#### 5.4 ”De har makt og de brukte makta” – makt og avmakt

Ein av informantane fortalte om ein situasjon som eg finn det interessant å reflektere nærare over i høve til bruk av skjermingsreglane, eller grensene som vart sette for pasienten. Det informanten fortalte om, seier og noko om bruk av makt. Eg vil og sjå nærare på korleis lovverket kan kaste lys over situasjonen ho fortalte om. Informanten fortalte ei historie om ein pasient som ho meiner vart utsett for maktmisbruk og ”usynleg tvang” over lang tid. Pasienten hadde vore sjuk i periodar i mange år, og vore innlagt i psykiatrisk akuttpost fleire gongar tidlegare. Ved den aktuelle innlegginga hadde pasienten massive psykotiske opplevingar. Han vart skjerma i tre månader med ein til to pleiarar i lag med seg. Han hadde trua pleiarane mange gongar både verbalt og fysisk. Han hadde nesten øydelagt rommet sitt. Blant anna hadde han delvis rive opp golvbelegget. Han fekk sjeldan snakke med andre pasientar, og han fekk ikkje besøk fordi han ikkje hadde nokon frå slekta si i nærleiken. Informanten fortalte at det var ei bestemt gruppe av pleiarane som vanlegvis veksla på å vere i lag med pasienten under skjerming. Dei aktuelle pleiarane var svært lei av å vere i lag med han, og pasienten vart ikkje betre. Fleire av pleiarane var også redd han, og informanten oppfatta det slik at det var spesielt vanskeleg for pasienten og nokre av dei mannlege pleiarane å vere i lag. Informanten fortalte at pasienten og desse mannlege pleiarane ikkje ”tålte” kvarandre lenger. Situasjonen var vanskeleg, og den vart ikkje handtert på ein god måte, i følgje informanten. Ho sa:

*”Altså, de har makt og de brukte makta. Altså, de sa: Du får ikke lov. Du får ikke komme ut i den ytre stua. Du skal sitte bak den døra, og når du kommer ut, så jager vi deg inn igjen. ... Så ble det sånn en periode at de sa: Du skal være alene ti minutter der inne, og hvis du ikke klarer å være (det), så må du (likevel) være aleine i ti minutter der inne ... Altså, det ble ikke sett fra dag til dag hva han faktisk var i stand til å kunne klare. De såg ikke han, de såg bare reglene.”*

Eg undrar meg over kva som kan ligge til grunn for at ein situasjon kan verte så negativ og fastlåst. Tillit og sårbarheit, makt og avmakt heng i saman. Under skjerming er det viktig å sjå på kva makttilhøve det er mellom pleiar og pasient, fordi dei inngår i asymmetriske relasjonar i høve til makt (jf. Nortvedt og Grimen 2004). Martinsen siterer Løgstrup (1956) som skriv: ”Vi er hinandens verden og skjebne” (2003:84) og derfor er vi i følgje Martinsen: ”... gjensidig avhengige i maktforhold med skyld og ansvar. Vår utleverthet er gjensidig” (2003:84). Det er altså i relasjonane makta ligg, det vil seie makt til å ta i mot den andre og hans tillit. Difor har alle makt i forhold til kvarandre. Vi gir den andre potensiell makt gjennom vår tillit til han. Makt kan og gi grunnlag for tillit, gjennom autoritet og til dømes fagleg kompetense, i følgje Krogstad (1998) og Nortvedt og Grimen (2004). Makt kan vere

krenkande og kontrollerande, og slik avgrense den andre og den andre sitt rom til å utfolde seg. Ein maktdemonstrasjon kan koste andre deira livsmogelegheit. Brukt på ein annan måte kan makt vere noko positivt. Den kan vere med å gi andre fridom (Martinsen 2003). Når makta ligg i relasjonane og relasjonane er asymmetriske, slik situasjonen for pasienten og pleiarane i sitatet over var, er pasienten nesten totalt avhengig av pleiarane sine. Pasienten, som i ein viss grad er prisgitt pleiarane sine, kjem difor i ein svært sår og usikker posisjon om han ikkje har eit tillitsfullt og godt forhold til dei. Pasienten som informanten omtalte, var komen i ein situasjon der han var avhengig av pleiarar han ikkje hadde tillit til og ikkje likte. Ein slik situasjon kan ein tenke seg må vere svært skremmande å vere i. Informanten fortalte vidare frå den same situasjonen at:

*” Det var en maktkamp ... sånn at de (pleierne) tålte mindre og mindre. Det var bare at han reiste seg og var oppe og gikk, omtrent, så var han urolig. Hvordan skal jeg beskrive det? Alt ved han ble tolka som veldig negativt”.*

I samband med endringar av ”Psykisk helsevernlova” i 1999, vart det krevd skriftlege vedtak på fleire nye område som har å gjere med ulike inngrep i pasientane sitt tilvære. Eg ser på desse endringane i lova som viktige og gode endringar. Det meiner eg både fordi det er ei nødvendig regulering av ein inngripande praksis i høve til sjuke menneske, men og fordi det kan vere med på å gi ei auka bevisstheit om kva ein som pleiar i psykisk helsevern kan tillate seg å bestemme. Det skal ligge gode observasjonar, nøgne vurderingar og gjennomtenkt argumentasjon til grunn for å bestemme kva ein pasient ikkje kan få lov til. Slik eg ser det, bør ein som pleiar vere opptatt av at pasientar som er under skjerming, ikkje vert sett grenser for meir enn nødvendig. Men eg trur og at det er ein reell fare for at ein som pleiar nokre gongar kan verte litt sløva eller rutineprega i forhold til pasientar ein stadig har til behandling over lang tid. Eller at ein nokre gongar kan konkludere for raskt ut frå eit for dårleg grunnlag. Å måtte tilkalle overlegen og vere fleire om å grunnege tiltak som medfører alvorlege ”inngrep” i ein pasient sin situasjon, slik endringane i ”Psykisk helsevernloven” (1999) no krev, meiner eg er viktig og riktig. Eg trur desse endringane av lova er med på å gjere skjermingspraksis mindre tilfeldig, og dermed prega av meir grundige individuelle vurderingar. Dette sikrar kvaliteten på arbeidet og gir pasientane ei større sikkerheit i forhold til at behandlinga går rett føre seg. I alt skjermingsarbeid må det føreligge ein moralsk sensitivitet, slik eg ser det. Nortvedt skriv at moralsk sensitivitet ikkje berre må forståast som ein følelsemessig empatievne, men legg og vekt på at den auka bevisstheita gir pasientar auka rettsikkerheit. Han seier at etisk kunnskap og refleksjon verkar inn på moralsk sensitivitet på to måtar:

*”1. Det setter klinikerer bedre i stand til å være særlig oppmerksom på situasjoner der rettigheter ofte krenkes, eller der spesielle behov hos pasienten kommer til uttrykk.*

*2. Det hjelper klinikerer også til bedre å skjelne mellom situasjoner med hensyn til å se hva det er viktig å legge vekt på i de ulike tilfeller” (Nortvedt 2006:66).*

Nortvedt (2006) peikar på at bevisstheit i høve til etisk kunnskap og etisk refleksjon, kan gjere at pleiarar på eit tidleg tidspunkt kan verte i stand til å kjenne igjen situasjonar der pasienten sine rettar vert krenka, slik som i situasjonen informantene fortalte om. Eg er av den meining at om ein skal auke etisk ”bevisstheit” i forhold til skjermingssituasjonar hos pleiarane, og spesielt hos dei pleiarane som er ufaglærte, må fagutvikling i større grad verte prioritert, slik eg kjenne praksis. I eit studie frå Finland (Lind *et al.* 2004) vart 126 sjukepleiarar som arbeidde i akutt psykiatriske postar, spurt om oppfatningane sine i forhold til bruk av tvang. Dei fann at dei fleste av sjukepleiarane som hadde mindre enn fem års praksis, ikkje såg etiske vanskar med bruk av tvang. Vidare fann dei at fleire kvinner enn menn såg etiske problemar med bruk av tvang, samt at dei som jobba i lukka avdeling synest det var meir etisk problematisk enn dei som jobba i open avdeling. Lind *et al.* (2004) meiner at resultatet av studien kan brukast til å introdusere diskusjoner, og kan bli brukt i opplæring og tenkning omkring bruk av tvang i psykiatriske postar. Dei meiner at det er viktig med meir forskning om tvang og at det er viktig at alle som jobbar i psykiatriske akuttposter diskuterer tvang og gjer det til ei rutine å stille seg spørsmål omkring etiske forhold i arbeidet sitt (Lind *et al.* 2004). Norvoll (2002) er opptatt av ei utvikling og ei endring i praksis som krev fokus på å utvikle kompetansen til pleiarane. Ho seier at det har stor betydning for kvalitetsutviklinga i psykiatriskepostar at det skjer ei endring i forhold til den uformelle avdelingskulturen og kvardagslivet der. Hennar poeng er at der det utøvast makt overfor mange pasientar, er det lett å bruke makt på ein tankelaus og krenkande måte. Samtidig meiner ho at god praksis skapast gjennom god tilgang til ressursar og utvikling av profesjonelle normer og verdiar, og at ein difor ikkje må overvurdere lovverket si betydning i høve til å sikre ein god praksis. I ei undersøking i Australia der dei har sett på juridiske og etiske aspekt ved bruk av ”seclusion” har dei komme fram til at det er svært viktig å stadig ha eit kritisk gjennomgang på korleis ”seclusion” blir brukt, og å utvikle mekanismer som kan hjelpe til å unngå at ”seclusion” blir brukt rutinemessig. Dei seier og at det er viktig å sørge for god opplæring og å forberede pleiarane på å takle krisesituasjonar (Muir-Cochrane og Holmes 2001).

Informanten fortel vidare frå den same historia at:

*”Folk kunne nok ha følt seg trua, men jeg tenker at det kunne man faktisk ha unngått med å trekke seg ut av situasjonen. Man går ikke på situasjonen. Og altså, det var nesten sånn at det ble så tett at de her konfrontasjonene ikke lot seg ...(stanse?)... Man stod på en måte og venta på at konfrontasjonene skulle komme, for de måtte komme.”*

Det informantene fortalte vidare her, viser igjen at det er i relasjonane makta ligg, slik eg fortår det. Eg tenker, som Norvoll (2002) skriv, at trass i eit betra lovverk er psykiatriske pasientar, og kanskje spesielt pasientar med psykotiske lidningar, stadig ei utsett gruppe i forhold til overgrep, og derav krenking. Lovverket betyr mykje, men klarar ikkje å sikre pasientane heilt. Dette kjem blant anna fram i doktorgradsavhandlinga til Olofsson (2000). Ho har skriva ei avhandling om bruk av tvang ut frå forteljingar frå pasientar, sjukepleiarar og legar. I avhandlinga si legg ho særleg vekt på problematikken rundt den usynlege og ikkje registrerte tvangen som pasientar under psykiatrisk behandling kan verte utsette for. Ho har til dømes møtt pasientar som opplevde at dei har vorte utsette for tvang når dei har nekta å gjere det pleiarar har forventet av dei. Ho skriv dette om den meir skjulte bruken av tvang:

*”A part from a ordinary coercive measures the patients enlarged the notion of coercion to include ”not being listened to” and being ”treated with sanctions” for not acting in a specific way” (Olofsson 2000:7).*

Denne skjulte tvangen og sanksjonar i høve til handlingar som Olofsson omtalar, var ein av informantane mine opptatt av. Ho fortalte:

*”Det som skjedde var at ho ble ... (tvunget?) ... Vær så god, tørk opp! Det er du som har tissa. Men det kan man ikke gjøre med et sykt menneske. Man må heller ... prøve å trekke ho ut av situasjonen, og så får man heller rydde opp etter ho. Ho skal ikke på en måte straffes i forhold til ting ho gjør. Men det ble gjort sånn, ganske konsekvent, altså. Og kasta ho og rota, så måtte ho rydde opp selv. Når vi slutta med det, så gav ho seg med det. Det skulle liksom ikke så mye til, så var maktkampen borte. For det ble en sånn maktkamp, for å straffe personalet ho ikke likte. Det sa ho at det var ... en sånn maktkamp som er uforståelig.”*

Slik eg tolkar det som informantene fortalte, gjekk både pleiarane og pasienten inn i ein slags primitiv ”gjere-gjengjeld-krangel”. Samtidig kjem det fram i forteljinga at informantene hadde venta at pleiarane viste større innsikt i situasjonen, enn det pasienten gjorde, fordi pasienten var sjuk. Det kan sjå ut som at pleiarane gløymde at pasienten var sjuk, og at dei var der for å hjelpe ho. Informantene fortalte at pleiarane brukte makta si til å straffe pasienten for uønska handlingar. Dette ser eg sjølsagt på som heilt uakseptabelt. Ut frå det som informantene fortalte, kan det verke som dei tok på seg ei oppdragar-rolle overfor pasienten, noko som ikkje er ein del av det arbeidet ein som pleiar skal ha for vaksne, sjuke folk. Dette er igjen eit døme på utarting av omsorg, slik eg ser det, og som eg har omtalt tidlegare i oppgåva. Krogstad siterer Henriksen (1989) om makta som ligg i å hjelpe:

*”Ved at hjelpe (...) risikerer vi alltid at begrænse det andet menneskes personlige selvstændighed. Vi risikerer at holde det andet menneske fast i, at han ingen suveræn menneskeret har. Han må nøjes med os og vor hjælp på våre betingelser” (1998:124).*

Ei bevisstheit i høve til makta ein har som pleiar, kan hjelpe ein til å unngå å vere unødig styrande. Det kan, slik eg ser det, vere med på å gjere at pasientar sine møte med pleiarar i gitte situasjonar kan verte betre. Nortvedt og Grimen (2004) skriv om korleis vi forstår og tolkar oss sjøle i lys av andre menneske, hendingar og relasjonar, med å vise til undersøkingar av Taylor (1985). Dei skriv at andre menneske ikkje er nøytrale objekt for oss, men medsubjekt som er viktige for korleis vi forstår og ser oss sjøle. Ein av informantane sa om pasientane: *”Uansett hvor opprivende det er og hvor oppløst de er, altså, så registreres måten de blir møtt på av personalet.”* Som pleiar kan ein altså vere med å påverke pasienten sitt bilde av seg sjøl, og kva det inneberer for den einskilde å verte skjerma.

Eg vil fortsette å sjå på historia som ein av informantane fortalte om mannen som vart skjerma i over tre månader. Dette fordi eg oppfatta at det låg mykje avmakt i situasjonen, både hos pasienten og hos pleiarane. Det var utan tvil ei vanskeleg oppgåve denne pleiegruppa hadde. Slike situasjonar set eit spørsmålsteikn ved om skjerming faktisk er eit forsvarleg tiltak. Eit vesentleg problem er at det ikkje finst gode alternativ. Både pasient og pleiarar er i det informanten fortel, på ein måte fanga i ein umuleg situasjon prega av avmakt. Norvoll siterer Mathisen (1982) som seier at avmakt er:

*”... som det å være i en situasjon hvor man ikke ser noen utvei, midler eller muligheter til å endre sin situasjon eller motsette seg andres viljesutøvelse overfor seg selv” (Norvoll 2002:126).*

Eg meiner at det først og fremst er pasienten som er i ein avmaktssituasjon, på grunn av at pleiarane i kraft av ”Psykisk helsevernloven” (1999) har rett til å bruke tvang. Likevel meiner eg at det informantane fortel, viser at pleiarar og kan få ein sterk følelse av avmakt i skjermingssituasjonar. Det kan ha med ulike faktorar å gjere. Ein faktor kan vere at det er vanskeleg å sjå eit anna menneske ha det så vondt som pasienten informanten fortalte om, og å vere i den situasjon at ein ikkje klarar å hjelpe pasienten til å få det betre. Ein annan faktor kan vere at ein ikkje skjønar kva ein kan gjere annleis. Det kan kjennast audmjukande overfor kollegaer å seie at ein ikkje får arbeidet heilt til, eller at ein ikkje klarer å gjennomføre skjerminga på ein slik måte at pasienten får det betre. Eg tenker at det må vere ei nesten umuleg oppgåve å vere med i skjermingssituasjonar som opplevast som vanskelege, om ein ikkje kjenner seg støtta og trygg på at det ein gjer er riktig, og til beste for pasienten. Slik eg

ser det, er det viktig at det er rom for og naturleg å diskutere slike situasjonar i posten, og at dei faglege ansvarlege og leiinga tar del i diskusjonen om korleis skjermingsarbeidet best kan gjerast. Det kan vere forvirrande for pleiarane å oppleve at situasjonen ikkje kjennast god, og samtidig oppleve at det ikkje er nokon som grip inn. Vert ikkje situasjonar der ein mislukkast med skjerming over så lang tid følgt opp, så kan det oppfattast som ei godkjenning av ein dårleg skjermingspraksis. Eg meiner at ein vanskeleg kan forsvare at ein skjermingssituasjon strekker seg over tre månader, med tanke på kor alvorleg ein grip inn i pasienten sitt liv. Henriksen og Vetlesen (2003) skriv at menneske er ”feilbarlige”, skjøre, avhengige og sårbare. Ein er sårbar fordi ein er avhengig av omsorga som ligg i å verte sett og møtt. Innsikt i eiga sårbarheit er nødvendig for å kunne sjå andre si sårbarheit. Dette gjeld sjølsagt både for pasientar og pleiarar.

Juritzen og Heggen (2006) skriv at i følge Foucault (1980) er det ikkje maktsentra ein bør søke for å sjå på omsorgsmakt. Ordet omsorgsmakt brukar dei fordi dei meiner at det uttrykker ein disharmoni som fenger oss, og som dei håpar skal skape ei konstruktiv uro i omsorgsfeltet. Dei skriv om omsorgsfeltet eldreomsorg, men eg finn det dei skriv også relevant innan psykiatri. Juritzen og Heggen viser til at Foucault skriv at ein blant anna skal sjå etter makt der makta når sitt ”kapillærnivå”, det vil seie lokalt, eller der makta treffer målet sitt og vert synleg i bruk. Makt bør og sjåast etter som noko flytande eller sirkulerande som ikkje er lokalisert. Juritzen og Heggen vil synleggjere både pleiaren og pasienten si makt gjennom eit døme frå eit morgonstell på ein sjukeheim. Sjukepleiaren vil gjere noko pasienten ikkje vil, det vil seie at ho vil stelle han, og han likar ikkje stellesituasjonen. Ho er vennleg, nær, tar initiativ, brukar humor, lokalkunnskap og andre ”rasjonelle verktøy” til å lose mannen inn og ut av ein situasjon han ikkje vil vere i. Ho brukar hans forteljarglede til å gjere stellet og eit bleieskifte han ikkje kan utstå, til å delvis ”forsvinne”, slik at han gløymer det. Men situasjonen er skjør. Den kan fort vippe over til at han vert ”herre i situasjonen” med sitt bestemte nei og sin truande positur. Dette veit sjukepleiaren. Pasienten sin motstand eller motmakt kan skape frustrasjon og avmakt hos pleiaren. Den vanlege asymmetrien, der pleiaren har det meste av makta, kan på ein måte verte snudd. Slik er det og med latterleggjering. Både pleiar og pasient kan bruke latterleggjering til å krenke den andre i følge Juritzen og Heggen (2006). Slik kan vanskelege dilemma oppstå. Eg tenker at dette dømet gir eit bilde på korleis ein følelse av avmakt kan oppstå både hos pasient og hos pleiar. Pleiaren kjenner at pasienten si makt i situasjonen kan vere truande for ho. Pasienten kan motsette seg det pleiaren vil, slik at ho ikkje får gjort det som er venta av ho i jobben hennar.



Når pasienten er ”vanskeleg” og ikkje gjer det som pleiaren vil, kan dette verte krevjande for pleiaren. Om noko vert vanskeleg for pleiaren i sin relasjon til pasienten, er det inga unnskyldning for pleiaren å gripe til maktovergrep, men faren vert større for at det kan skje når det vert mange vanskelege situasjonar. Norvoll (2003) viser til Foucault (1999 (1977) a og 1999 (1977) b) som seier at makt er meir enn eit strukturelt fenomen. Makta er ”allestedsværende” og utøvast i konkrete situasjonar mellom menneske. Makta er ikkje noko ein ”besitter”, men noko ein utøver i sosiale relasjonar. Som pleiar i ein lukka psykiatrisk post og som pleiar i skjermingssituasjonar, har ein stor makt. Makta kan brukast på ulike vis. Som Martinsen (2005) skriv, kan makta brukast til å halde fast individ i underlegne posisjonar. Dette er ei umoralsk og uansvarleg maktutøving som ikkje gir rom for tillit. Makt kan vere meir og mindre synleg i ein psykiatrisk post. Synleg makt kjem til uttrykk i form av tvangsinnlegging, skjerming og bruk av anna tvangsbehandling og tvangsmiddel. Den skjulte makta er vanskelegare å identifisere.

### **5.5 ”Å få passet påskrevet”**

Ein av informantane sa at som pleiar får ein gjerne ”passet påskrevet” i møte med nye pasientar. Ho sa det slik:

*”Når du får en ny pasient ... skal du på en måte bli avvist litt og kanskje få passet påskrevet, littegrann også, og da er det noe med å tørre å stå i det, og klare å stå i det, og komme tilbake å vise at du ikke lar deg knekke. Det er på en måte å utstråle en slags trygghet. Og det kan være en utfordring”*

I dette ligg det, slik eg forstår henne, at ein som pleiar under skjerming må vere førebudd på å ta i mot kjefting og sinne, og å kunne akseptere at pasienten som har psykotiske opplevingar, ikkje alltid er høfleg og ”samla” i sitt møte med pleiarane. Ein kan bli vurdert og omtalt i både positive og negative ordelag i høve til korleis ein gjer jobben sin, korleis ein ser ut, korleis ein vert likt, og ein kan bli devaluert i høve til andre kollegaer. Det er ikkje alltid så lett å ta imot direkte karakteristikkar av seg sjøl, spesielt ikkje om dei opplevast som brutale og negative. Kanskje ligg det ein slags testing i dette frå pasienten si side. Han treng kanskje å prøve ut kva han kan tillate seg saman med pleiarane. Kanskje kan det pleiarane opplever som eventuell mangel på folkeskikk frå pasienten si side, vere pasienten sitt behov for ”utblåsing” av frustrasjonar over å verte skjerma, eller symptom på angst og/eller mangel på tillit til pleiaren. Når informanten seier at ein då som pleiar må tore ”å stå i det” og utstråle ein slags tryggleik, forstår eg det slik at ein må vise pasienten at ein har den tryggleiken som han manglar. Mi

erfaring er at dette kan gjere pasienten tryggare. Ein informant kom inn på noko av det same då ho sa at ho:

*”... ikke trenger å være et supermenneske. Det synes jeg. Det er viktig å være seg selv, og at man prøver å være trygg på den man er. Det kan smitte veldig ofte over på pasientene ... som en del av det å være trygg på seg selv, ikkje sant? Så er det viktig at du er trygg på å vise sårbarhet og at du kan være sårbar”.*

Ein annan av informantane presiserer og at ein som pleiar må kunne klare å ta i mot ein del negative utsegn frå pasientane, og ikkje ta desse personleg eller svare pasienten på negative måtar. Det må sjølsagt og vere visse grenser for kva ein skal akseptere, men det er viktig med ein utvida toleranse i slike situasjonar, i følgje fleire av informantane mine. Vatne (2003) kjem inn på dette med ”å stå i situasjonar” som er vanskelege i doktorgradsavhandlinga si. Ho skriv at hennar informantar held fram som ein sentral strategi ”å stå i” slike situasjonar. Strand (1992) skriv det same. Dette kritiserer Vatne (2003), spesielt om gjennomarbeidingsdelen av situasjonane manglar, fordi ho meiner det vert umenneskeleg å stå i alle vanskelege grensesettingssituasjonar. Ho meiner at dette er ein fagleg tvilsam tilnærming. Det vert ein type ”containerfunksjon” å skulle ta i mot og bere på alt konfliktstoffet pasienten ”ausar” ut over pleiaren. Strand seier at for å kunne ta i mot det pasientane formidlar, er det viktig å ha ein plass å gjere av det. Ho brukar ”leirbålet” som metafor på ein plass der ein kan trekke seg tilbake og få snakka om situasjonen, det vil seie å gi plass for skjønnet<sup>42</sup>. Dette med tanke på korleis ein kan forstå det pasienten seier, og korleis ein kan gi noko av dette tilbake i ei form som pasienten kan ta i mot, og dermed oppnå ny læring (1990). Eg opplever at dette er noko av poenget i det som ein av dei andre informantane fortalte. Ho sa:

*”... det blir veldig intenst når du skal skjerme en pasient, og du må kunne ta i mot en del, og kunne formidle det videre. Du må ikke la deg provosere av ting som blir sagt ... kanskje ikke la det gå helt hus forbi. Men av og til må du faktisk tåle å svelge det i deg, uten å gjøre så mye ut av det. Så kan man heller gjøre noe med det senere”.*

Pleiarane må, i følgje informanten, vere i stand til å kunne ta i mot og formidle vidare til kollegaer det ubehagelege ein kan oppleve saman med ein pasient på skjerming. Difor er det viktig å vere bevisst på kva slags krav ein skal stille til pleiarar som skal gå inn i skjermingssituasjonar. Informanten legg vekt på at ein ikkje må la seg provosere av pasienten, utan at dette betyr at ein skal godta alt, slik eg fortår ho. Nokre gonger må ein vere villig til å kunne tåle ganske mykje frå pasienten si side, der og då, for så å kunne gjere noko med det

---

<sup>42</sup> Skjønnet blir omtalt i neste underkapittel

seinare. Å ”gjøre noe med det senere” kan tolkast slik at ein bør snakke med andre, til dømes andre pleiarar, om det ein opplevde som vanskeleg i relasjonen sin til pasienten. Dette for å kunne ta i mot råd og rettleiing, eller det Vatne (2003) omtalar som gjennomarbeiding av situasjonen, og som Strand (1990) omtalar som ”leirbålet”. Ein kan og tolke ”å gjøre noe med det senere” som at ein kan ”ta vare på” noko av det pasienten seier, og å bruke desse ytringane på konstruktive måtar i samtale med pasienten når han er i stand til det. Det er mi erfaring at ein mange gongar ikkje kan gi spontane tilbakemeldingar eller reaksjonar til pasienten. Ein må forsøke å forstå både pasienten og situasjonen, framfor å gi spontane og lite gjennomtenkte tilbakemeldingar til pasienten. Eg meiner at som pleiarar har ein eit ansvar for å beskytte den sjuke i forhold til korleis han opptrer. Det kan vere at pasienten sine psykotiske opplevingar gjer at han opptrer på ein måte som normalt sett ville blitt vurdert som uakseptabelt, som til dømes om han opptrer eller uttalar seg ufint og/eller truande. Når noko slikt skjer, veit eg av erfaring at eg av og til kan kjenne meg provosert, såra og sint, men eg må som regel likevel ta i mot pasienten sine negative uttrykk. Gir eg tilbakemelding, prøver eg å gjere dette på ein mest muleg gjennomtenkt måte. Pasienten har krav på tilbakemelding, slik eg ser det, men ein må ikkje la si negative sinnsstemning gå ut over pasienten. Ein må då tenke på at grunnen til at pasienten opptrer som han gjer, er at han er sjuk, eller at det kan vere noko i situasjonen som gjer han sint og såra. Det vert difor ei utfordring å forsøke å forstå så mykje som muleg av kva pasienten forstår. Ein må gjere det ein trur er best i situasjonen, og som regel vert det å ta i mot pasienten sine frustrasjonar, redsel og sinne. Sjøl om ein kan oppleve at det er ein sjøl, som person, pasienten vil ramme, er det oftast slik at det er tilfeldig kven som er til stades, og kven som vert ramma. Det er derfor viktig at det er rom for å snakke saman i personalgruppa om slike opplevingar, samt følelser og tankar rundt dette. Dette bør gjerast for å kunne utvide si eiga forståing av situasjonen. Ved at ubehagelege situasjonar blir klargjort, vil ein redusere at pleiarar ”tek igjen med same mynt” overfor pasienten. Det er dette Hummelvoll (2004) omtalar som motoverføringar, og som kan skade pasienten. Om ein ikkje er bevisst nok på eiga rolle og kva ansvar som ligg i rolla, kan det i verste fall utvikle seg slik ein av informantane omtalte ein skjermingssituasjon ho hadde vore til stades i: ”*Det var mer muskler enn det var hjerne i sving i en periode...*” og at det utvikla seg til ein ”*veldig vond maktspiral*”.

Ein av dei andre informantane fortalte at ho ser det som sjølsagt at dei som pleiarar vert såra nokre gongar, at det er ein del av det ein må rekne med i skjermingsarbeidet. Ho sa: ”*Du blir jo litt såra. Av og til når de finner... ja, sånne ting som de ser kan såre deg*”. Det ligg ein

påstand i dette sitatet om at pasientane ønske å såre ein med ufine talemåtar. Kanskje er det sånn at nokre pasientar av og til vil det? Kanskje er det sånn at pasientar i ein tvangssituasjon, som skjerming er, vil vise si makt. Måten dei gjer dette på, kan vere å ”gjengjelde vondt med vondt”, eller at dei forsøker å verte ”herre i situasjonen”.

## 5.6 Reglar og skjønn

Informantane omtalte bruk av reglar i ein del av situasjonane dei beskreib for meg, samt at deira bruk av fagleg skjønn kom tydeleg til uttrykk i noko av dei fortalte. Ein av informantane gav meg eit døme der ho meinte at reglar kunne vore brukte annleis. Informanten fortalte at:

*”Det ble ikke sett fra dag til dag hva han faktisk var i stand til å kunne klare. De såg ikke han, de såg bare reglene...”*

Ho gav også eit døme på denne type reglar:

*”Du skal holde senga fra tolv til seks, du får ikke røyke mer enn en røyk i timen på natta, ikke sant. Så i stedet for å være sånn fleksibel, så ble det veldig sånn regelstyrt.”*

I den første delen av sitatet seier informantene at pleiarane ikkje tilpassar reglane ut frå endringar i pasienten sin tilstand. Eg forstår det slik at det viktigaste vart å følgje reglane for skjerming, og i dette ligg det ein kritikk om at pleiarane kunne vore meir fleksible, og ikkje så regelstyrte i forhold til pasienten. Ein kunne tenke seg at reglane kunne formulerast slik at det var rom for at pasienten fekk meir og mindre fridom ut frå tilstanden sin. Eg veit ikkje om regelen om ein røyk i timen, slik informantene fortel om den andre delen av sitatet, var laga spesielt for denne pasienten eller om det galdt alle pasientar som vart skjerma i denne posten. Regelen er truleg meint å vere eit tiltak for å hjelpe pasienten til å redusere røykinga, eller kanskje for å signalisere at om natta skal du sove og ikkje røyke så ofte. Kanskje var dette greitt for pasienten nokre av nettene, men netter er forskjellige for dei fleste av oss i høve til kor godt vi får sove. På grunn av sine plager og angst, sov han kanskje lite, oppstykk og uroleg. Kanskje hadde det noko å seie for han, kven av pleiarane som var på nattevakt. Det er ulike grunnar som kan spele inn. Ein kan tenke seg at reglane var for generelle og dermed ikkje passa heilt i den konkrete situasjonen. Pleiarane informantene snakkar om, kan argumentere for at det ville vere umoralsk å ikkje følgje reglane. Eit etisk dilemma oppstår når to eller fleire reglar, prinsipp eller plikter kjem i konflikt. Dilemma oppstår ofte i tvitydige, usikre situasjonar der det er vanskeleg å føreseie konsekvensane (Hummelvold 2004). Skjerming har noko tvitydig over seg, slik tidlegare omtalt. Pleiarane i situasjonen som

informanten fortalte om, kunne vere redd for at dei vart utydelege i høve til grenser og rammer dei var sette til å skape for pasienten, slik at det kunne gi auka forvirring og utarting av slike situasjonar. Slik eg forstår det informanten seier, så argumenterte ho for at pasienten er i ein så vanskeleg situasjon at ein ikkje nødvendigvis må følgje reglar til ”punkt og prikke”. Vert dette gjort, står ein i fare for at pasienten sin unike situasjon vert borte. Ein av dei andre informantane sa at når pasientar er som dårlegast, er det det å beskytte som er det viktigaste. Eg veit ut frå eiga erfaring at dette inneberer at ein set lite krav til pasienten, og at ein følgjer pasienten sine behov framfor andre typar strukturar, som til dømes døgnrytme (jf. Hummelvold 2004). Dette er og i samsvar med Gunderson (1978) sine miljøterapeutiske prinsipp, som eg vil omtale i underkapittel 6.4 side 111.

Når ein som pleiar står i situasjonar saman med pasientar og ein er i tvil om korleis ein skal handle, som til dømes i skjermingssituasjonar, kan reglane som gjeld for slike situasjonar vere gode å ha, men dei treng ikkje alltid å vere det. Martinsen (1992) viser til Løgstrup (2000) når det gjeld moralen sitt forhold til reglane. Martinsen seier med Løgstrup at ein kan tenke seg at tanken stig opp for å grunngi moralen. Det vil føre til at ein får ein logisk argumentasjon om normer og reglar. Dette er feil, fordi det vert ei ytterlegare generalisering og universalisering av normene. På den måten vil ein søke reglar og prinsipp for å grunngi handlingane, og slik kan ein miste ”fotfeste” og komme utanfor moralen. Det viktige vil vere at tanken stig ned. Då kjem ein inn i moralen gjennom praktisk handling. I praktisk handling er vi allereie i moralen, gjennom livsytringane<sup>43</sup> (Martinsen 1992). I følgje Martinsen er det slik at ”*moralen lever vi*” (1993:73), det vil seie at moralen kjem til uttrykk i dei praktiske situasjonane. Denne situasjonelle fornuften ”bøyer” reglane ned til situasjonen. Slik kan reglane inngå i skjønnet, og ut frå dette brukast som prinsipp til å vurdere situasjonen. I følgje Martinsen (1993) er det faglege skjønnet knytt til det konkrete. Reglane vert ei påminning om verdiane som skal i varetakast. Reglar i høve til konkrete situasjonar er problematiske, seier Martinsen (1992). Dette meiner eg kjem til uttrykk i situasjonen som informanten over fortalte om. Lover og reglar er til for å hjelpe oss til å handtere kvardagen og situasjonar som oppstår. Dei er generelle, noko som gjer at dei ikkje alltid passar i konkrete situasjonar. Skjønnet er noko langt meir enn reglane. Gjennom skjønnet må vi gjere rasjonelle vurderingar av situasjonen ut

---

<sup>43</sup> Martinsen (1990) viser til Løgstrup (1991) når ho skriv at livsytringane er ein føresetnad for at liva til menneska ikkje skal gå til grunne. Vi er avhengige av livsytringane tillit, ”barmhjertighet”, medfølelse og ”talens åpenhet”, og at desse er grunnleggande for at menneskeleg samvær skal bestå og utfolde seg. Livsytringane er spontane og ”umiddelbare”, og dei skal ikkje grunngiast. Dei er noko vi har fått i gave, eller dei er gitt oss, i og med at vi er skapte.

frå livsytringane, og slik vert fornuften konkret. Martinsen kallar situasjonsbunden fornuft for dagleglivet sin fornuft, det vil seie ein fornuft knytt til praktiske handlingar samtidig som den har med seg våre felles livsytringar (Martinsen 1992). Martinsen seier at:

*”Det er gjennom skjønnnet at sensitiviteten i relasjonen bevares. Omsorgens emosjonelle involvering og skjønnnet forutsetter hverandre. Skjønnnet er alltid rettet mot den konkrete situasjonen med en fordring om situasjonsanalyse. Den skjønnsmessige vurderingen er å kunne overveie handlingsalternativer slik at det gagnar den enkelte mest mulig. Det er å handle ut fra svak paternalisme som forutsetter at vi ut fra en faglig vurdering av situasjonen finner ut hva som er det beste for den andre, men det forutsetter en sensitivitet i relasjonen slik at begge parter blir deltakere” (Martinsen 2005:162).*

Eg har tidlegare i oppgåva stilt spørsmål ved om svakt paternalistisk omsorg kan innehalde tvang. Martinsen (1992) skriv at det å hindre pasienten i å skade seg sjøl er eit uttrykk for svak paternalisme. I dette sitatet frå Martinsen kjem det fram at svak paternalistisk omsorg bygge på ein sensitivitet i situasjonen og at begge partar (pasient og pleiar) skal vere deltakande. Spørsmålet vert om ein som pleiar skjermingssituasjonen klarar å vere sensitiv nok i måten å vere til stades på og om pasienten opplever seg som deltakande når det vert brukt tvang? Alvsvåg siterer Martinsen (1993) om kva skjønnnet inneber. Ho skriv om skjønnnet:

*”På sitt beste formidler det (skjønnnet) både faglighet og omsorgens barmhjertighet. (...) I en sykepleiefaglig sammenheng vil det si å være åpen og medlidende for den andres lidelse og smerte, samtidig som en vurderer tilstanden faglig. Medfølelsen, barmhjertigheten, tilliten og ærligheten arbeider sammen med fagkunnskapene når vi handler riktig og godt mot andre” (2000:27).*

Ei forteljing frå ein av dei andre informantane gav eit døme på situasjonar der pleiarar kan sjå kva som kan vere godt for pasienten, men som pasienten ikkje sjøl er i stand til å sjå. Pleiaren veit at pasienten sitt indre kaos gjer det spesielt viktig at det er orden, og ikkje ytre kaos omkring pasienten (jf. Strand 1992). Fortellinga til informanten viser korleis pleiaren sitt faglege skjønn gjennom kunnskap om og innsikt i situasjonen til pasienten, får tillating av pasienten til å handle slik ho meiner pasienten vil vere best tent med:

*” Altså det ble en viktig del av det å være i lag med ho, det å ordne ting, altså at det var ryddig rundt ho. Jo mer rot, jo mer kaos var det, på en måte. Og at man var åpen om de her tingene, altså hvis man sa i fra hvorfor man gjorde tingene. Hvis man bare begynte å rydde utan at ho hadde noe å si, så ble det veldig vanskelig. Men hvis du sa at nå tror jeg vi må rydde her, liksom, på den måten ... for at jeg tror at det skape litt uro for deg at det er så rotete. Og når du hadde gjort det klart, så var det ofte greit å rydde. Kom du inn og bare rydda, så ble hun sint.”*

Pleiaren respekterer at det er pasienten sitt rom, hennar saker og hennar rot, men skjønar at om pasienten skal få det betre, kan ho ikkje leve i eit slikt rot. Ho ser det derfor som nødvendig å rydde, men vil ikkje gjere dette utan å snakke med pasienten om det. Ho viser

med dette pasienten respekt. Dette er sjølsagt, men kanskje lettare å ”gløyme” i rolla som pleiar til eit menneske i kaos. Olofsson (2000) skriv at det ikkje er uvanlege erfaringar for pasientar med psykiske lidningar å ikkje verte respekterte. Ut frå erfaring med tvang, seier fleire pasientar at dei skulle ønske at dei vart respekterte som fullverdige menneske. Dei skulle og ønske at dei fekk vere meir deltakande i eiga behandling ved å få meir informasjon og å verte lytta til. Tvang har gjort at dei har kjend seg krenka og degradert. Framtoninga og veremåten til pleiarane, kan altså gjere ein vesentleg forskjell på opplevinga av tvang. I følgje Holte (2001), som refererer til Andersson (2000), vil gjenkjenning av og respekten for pasienten sine grenser, beskytte personleg sfære og integritet. Positive opplevingar i samband med tvang er knytt til menneskeleg varme og respekt (Olofsson 2000). Ein av informantane vektlegg å bruke si erfaring for å prøve seg fram, og finne ut i lag med pasienten korleis oppfølgjinga under skjerming skulle vere. Men ho hadde og erfaring med skjermingssituasjonar som tilsa at det kunne vere viktig å følgje reglar og grenser til ”punkt og prikke”. Dette fordi nokre pasienter vert utrygge om ingen ”tar over” og bestemmer, fortalte informanten. Det vert vesentleg å vere trygg i rolla si som pleiar på ein slik måte at ein kan sjå pasienten sine behov, møte dei og bruke nødvendige tiltak på ein respektfull måte.

### **5.6.1 Sansing og forståing – ein føresetnad for skjønnet**

I vanskelege situasjonar der forståing og engasjement ikkje lenger er til stades i god nok grad hos pleiarane, kan kanskje maktutøving og ei paternalistisk framferd verkeleg ta overhand. Dette gjer det vanskeleg å kunne gi ei hjelp som pasienten opplever som ei god hjelp. Andre gongar klarar ein ikkje å hjelpe, fordi ein ikkje skjønner pasienten sine psykotiske opplevingar, som tidlegare omtalt. Våre erfaringar og vår fagkunnskap kan vere til god hjelp i slike vanskelege situasjonar. Skal ein kunne oppleve å vere til hjelp for pasienten i ein skjermingssituasjon, må ein som pleiar vere merksam og sansande. Martinsen skriv om dette:

*”Sansingen ga øynenes oppmerksomhet stemthet, åpenhet og nærværenhet; forståelsen ga oppmerksomheten avstand og et åpent rom å bevege seg i” (2000:24).*

Sansing og forståing er to deler av det å vere merksam, som vi er avhengige av å ha med oss i møte med våre pasientar, slik eg forstår Martinsen (2000). Sansinga og innlevinga i den andre sin situasjon, gir oss nærleik til personen og eit grunnlag til å ta inn over oss pasienten sin situasjon og opplevingar. Forståinga er grunna i vår faglege kunnskap og erfaring, og den gir oss avstand til å vurdere og ikkje verte for involverte, eller nesten å gå i eitt med pasienten. Fagkunnskapen vert ikkje god utan sansinga som fundament. Utan sansinga sin nærleik, kan



vi verte registrerande og på for lang avstand. Medan sansing åleine kan verte overveldande og handlingslammande. Vi treng ei veksling mellom sansing og forståing for å vere merksam til stades, skriv Martinsen (2000). Mi erfaring er at ein under skjerming må vere merksam og i beredskap. Om ein er litt sløv og ”lenar seg tilbake”, kan vi komme ”bakpå” i høve til å merke endringar i pasienten sin tilstand. Det kan gjere at vi ikkje klare å følgje med på kva pasienten formidlar og treng frå oss. Samtidig som ein ikkje må ”være så i beredskap” at ein urofølelse kan ”smitte” til pasienten, som ein av informantane sa. Nokre av informantane mine kjem inn på at ein som pleiar ser og takle utfordringane under skjerming forskjellig. Ein av dei sa at pleiarane nokre gongar:

*”... takler ting forskjellig fra dag til dag. Det kan jo hende at de noen ganger sier det, også. Det er mulig man er trøtt en dag, eller... det er noe med å være åpen og ærlig, også. Det er utrolig viktig å vise at man tross alt er menneske, altså”.*

Sitatet her kan verke noko oppstykkka, men eg tolkar det informanten her fortel som at pleiarane kan oppleve dagsforma noko ulik frå dag til dag. Informanten ser det som viktig at ein er open og ærleg på slike forhold å vise mindre positive fellesmenneskelege sider.

Samtidig sa ho at: *”du skal jo forskåne for å være sint og sur og de følelsene. Det går jo inn i profesjonaliteten ...”.* Eg forstår henne slik at det er greit at pasienten veit at du har ein dårleg dag, men at sinne eller det at ein er sur må ikkje gå ut over pasienten. Ut frå det ho fortalte vidare og som ikkje kjem fram i sitatet, var at dagsforma hennar er med på å avgjere korleis ho klarar ”å ta i mot” det pasientane seier. Er ho til dømes trøtt, er det vanskelegare å kunne tilpasse seg, og vere nok merksam på pasienten.

Informanten snakka og om at når pasientane er i ein sårbar situasjon og ”ligg nede”, er det viktig å vise at det å vere sårbar er noko felles menneskeleg. Både pasient og pleiar kan verte såra. Det er ikkje eit svakheitsteikn. Mi erfaring er at om ein som pleiar også gir uttrykk for eigne følelsar, kan dette kanskje gi eit større rom for pasienten til å uttrykke sine følelsar. Kanskje kan det då verte litt lettare å akseptere eigne følelsar i situasjonen, for pasienten. Om ein som pleiar gir uttrykk for å vere såra, er det viktig at ein samtidig kan opptre på ein nær og tilgjengeleg måte for pasienten, slik eg ser det. Under skjerming, der pasientane er så sårbare og samtidig krevjande, stiller det spesielle krav til korleis pleiarar klarar å vere til stades i situasjonen. Martinsen (2000) skriv om det ”doble øye”. Dette er eit ”øye som lever i vekselvirkning” mellom sansing og forståing. Det å prøve å sjå seg sjøl i pasienten sin stad, kan vere med på å hjelpe oss til å sjå mennesket, og ikkje til dømes ”manien”, slik ein av

informantene formulerte det. Med innleving og fagkompetanse kan forståinga og måten å vere til stades på, verte annleis. Martinsen omtalar det ”deltakande og oppmerksomme øye” og som ”hjertets øye”. Ho karakteriserar det slik:

*”Det er øyet som er oppfattende og utforskende på en gang. Det oppfattende øye er åpent og uforbeholdent. Det utforskende øye er et faglig skolert øye, det er et vurderende øye, et stussende øye, et ettertenksomt øye som ettertenker det sansende stemte inntrykk” (Martinsen 2000:26).*

Slik eg forstår det Martinsen skriv her, er at ein skal ta inntrykka til seg og vurdere dei, tenke og så respondere. Det handlar i følgje Martinsen om å sjå likskapar i det forskjellige, at den andre er eit menneske som ein sjøl, men at vi likevel er forskjellige (2000). Martinsen skriv:

*”Alt levende liv skal få lov til å være til, men det skal også få lov til å være til som seg selv, i sin eiendommelighet og med sitt særpreg. Likhet og forskjellighet er ikke hverandres motsetninger, men et grunnvilkår. Det som forener mennesket og gjør oss like, er også det som gjør oss uendelig forskjellig fra hverandre” (2000:26).*

Dette handlar om, slik eg ser det, at haldninga og innstillinga vår til møtet med pasienten er uendeleg viktig. I eit godt møte ligg det til grunn ei oppriktig interesse for det andre mennesket, og ein respekt for at vi menneske er forskjellige, og at vi vil leve våre liv på vår måte. Med det meiner eg at ein kan ikkje berre gå ut frå oss sjøle, og tru at ein ut frå det forstår pasienten, eller ta det for gitt at ein skjønar kva pasienten kan trenge med ein gong. Ein må nærme seg med ei fenomenologisk hermeneutisk innstilling, som eg har omtalt i kapittel 4.2 og 4.3. Som menneske har både pasient og pleiar mykje felles gjennom kva ein treng og kva føresetnadar ein har. Samtidig så må ein ha som innstilling at vi alle er forskjellige, og dermed nærmar oss kvarandre med ei naturleg interesse for kven ho eller han er som person, og korleis han eller ho ser og forstår seg sjøl (jf. Martinsen 2000).

### **5.6.2 Nærleik og distanse – ein føresetnad for skjønnnet**

Ein informant fortalte at når pasientar vert personleg nærgåande, held ho igjen ved å prøve å markere ei grense, samtidig som ho prøver å i vareta pasienten. Denne informanten sa at pleiarar aldri må begynne å legge ut om seg sjøl. Ho kallar det å verte ”navlebeskuande” og at ein då mister fokus på pasienten. Pasientane er eigentleg ikkje interessert i å vite så mykje om pleiarane, meinte informanten, og ho grunna det med at det er pasienten som treng hjelp, og det er difor dei er i lag. Informanten sa vidare at det er store krav til pleiarar i skjermingssituasjonar, og ho la vekt på å vise ei ”profesjonell holdning”. Dette tolkar eg som at ein som pleiar ikkje må vere for privat og personleg, fordi informanten sa og at ho har klare grenser for kor personleg ho er, men at ho gjerne deler kvardagslege og felles menneskelege

tankar og synspunkt. Slik eg ser det, set dette krav til ei sortering og ei bevisstheit om korleis ein er til stades med seg sjøl i relasjonar til pasientar. Men kva er forskjellen på privat og personleg, og kva vil det seie å vere profesjonell? Martinsen skriv at:

*”... det å være profesjonell ikke står i motsetning til det å være personlig, involvert og å vise følelser. Jeg vil skille mellom personlig og privat, mellom følelser for den andre og føleriet. Den profesjonelle presenterer seg selv som en person med følelser. I føleriet kretser hun rundt seg selv og begrenser den andre til å bli dratt inn i hennes egen horisont. Mens følelser for den andre er en seende følelse”* (2000:11).

Som pleiar i psykiatrien må ein bruke seg sjøl som ”redskap”, med sin fagkompetanse, sin personlegdom og erfaring. I litteraturen omtalast det som *”a therapeutic instrument”* og som inneberer *”The expectation that nurses should have both a professional and a human function”* (Hem og Heggen 2003:101). Hem og Heggen har gjort ein studie på korleis sjukepleiarar erfarer og tolkar det å skulle vere både fagperson og medmenneske i arbeidet med pasientar. Dei har funne at sjukepleiarane si ”sårbarhet” kan vere eit konstruktivt element for pasientar, fordi det hjelper sjukepleiarar til å sjå pasienten si ”sårbarhet” og det kan hjelpe pasienten til å vise fleire sider av seg sjøl. Sjukepleiarane sin opne måte å vere på kan vere avgjerande for relasjonen som oppstår, fordi pasientar ser personlege kvalitetar som vesentleg. Men dei har og funne at dette er vanskeleg for sjukepleiarane, fordi dei ikkje kjenner seg profesjonelle nok når dei er så personlege som dei ønsker å vere. Hem og Heggen skriv og at dei ikkje vil romantisere sjukepleiarar sin bruk av eiga ”sårbarhet” i arbeide, fordi pleiarar må og vise at dei er i stand til å ha kontroll i situasjonen. Det vert med andre ord ein viktig balansegang å ”gå” for sjukepleiarane.

For å få dette til, må det kanskje vere ein kollektiv aksept eller ei kollektiv einigheit om at det er profesjonelt å vere personleg. Samtidig må ein vere klar over at dei personlege grensene er individuelle og relasjonsavhengige, slik eg ser det. Martinsen siterer Kemp (1998) som eg har sitert side 29-30, der ho omtaler kor viktig det er å tørre å vere personleg i si profesjonelle rolle. Eg siterar nokre av orda hennar på nytt: *”At turde se, høre, forstå, oppleve deres version af livet. ... Jeg kan allerede høre anklagerne for ikke at være professionel, for ikke at have tilstrækkelig afstand til patientene, for at være overinvolveret ...”* (2000:10-11). Frå eiga erfaring veit eg at eg av og til kan lure på om eg har vore for lite profesjonell i mi rolle som psykiatrisk sjukepleiar, når eg til dømes trer fram som meir personleg enn fagleg. Det er nettopp det å finne den gode balansen, mellom det å vere tilstrekkeleg nær og det å vere tilstrekkeleg distansert, som er den store utfordringa. I følge ergoterapeuten Grete Alve si

doktorgradsavhandling, dreier dette seg og om samhandlingskompetanse. Ho skriv blant anna om: ”ansikt-til-ansikt-situasjonar mellom ergoterapeut og pasient. Det vil si at samspillet mellom terapeut og pasient tolkes som en gjensidig skapende prosess” (Alve 2007:16).

Avhandlinga hennar tek opp relasjonar mellom ergoterapeutar og pasientar, men eg tenker at det ho skriv om dette, er muleg å overføre til relasjonen mellom pleiar og pasient. Ho ser på denne relasjonen som ein vesentleg del av behandlinga. Studien til Alve viser at personlege samhandlingsmåtar har betydning for terapeuten sin samhandlingskompetanse og rolleutføring. Ho seier at terapeutar har ein tosidig måte å opptre på, det vil seie ein balansegang mellom yrkesfaglege og personlege samhandlingsmåtar. For at den personlege samhandlingsmåten skal vere ei utviding av terapeutrolla, set det krav til ei bevisstheit og ei merksemd på eigen ”meininghorison”, og korleis ein tolkar den andre sin bodskap. Det vil seie at ein kan skape ein eigen identitet i yrkesfagrolla si om ein klarar å skilje mellom framferd relatert til eigen identitet og framferd relatert til yrkesfaglege føringar. Alve har i sin studie komme fram til at for å finne balanse mellom yrkesfaglege og personlege samhandlingsmåtar, treng ein blant anna å integrere refleksjon over eigne personlege måtar å opptre på i møte med pasienten (Alve 2006).

Når eg gir mi fulle merksemd til ein pasient og prøver å leve meg inn i korleis han kan ha det, kan det pasienten fortel, eller berre det å vere i lag med vedkommande, gjere eit sterkt inntrykk. Med Martinsen sine ord kan det seiast slik:

*”I inntrykket er det en latent forståelse som vil uttrykkes. Det er en appell i inntrykket og en utleverthet. Vi våger oss fram med en forventning om å bli imøtekommet (...). Vi appellerer til den andre om oppmerksomhet, om å bli sett som betydningsfull og vedkommende, selv om vi er fremmend for hverandre. Vi ønsker på den måten å uttrykke oss og presentere oss. Det er likt for pasienten og for den profesjonelle sykepleier” (2000:24).*

Ein kan sjå på det Martinsen skriv her som to vågestykke; både det å utlevere seg slik pasient og pleiarar gjer i møte dei i mellom, og det å ta på seg det ansvaret det er å ta i mot pasienten sin ”utleverthet”, slik pleiarar må. Når ein utleverer seg, er ein i ein sårbar situasjon.

Martinsen (1992) viser til Løgstrup når ho skriv at vi i liva våre er avhengige av kvarandre som menneske. Vi er forvikla med kvarandre, og i det ligg fordringa om å ta vare på kvarandre. Når eg jobbar som sjukepleiar på skjerming, opplever eg at det er ein stor forskjell mellom pasientar og pleiarar når det gjeld forventingar om kor mykje ein skal utlevere seg. Pasientane vert utfordra på eit svært personleg plan, men og på private område. Pasientar som vert skjerma er ofte i ein tilstand der dei ikkje har kontroll over kva dei utleverer. Pleiarar har

eit ansvar for å hjelpe pasientar til å ikkje utlevere seg for mykje på privat område, og å begrense tal på pleiarar dei utleverer seg til. Dette fordi at dei kan angre på noko av det personlege dei har fortalt når dei vert friskare. Pleiarar utleverar vanlegvis ikkje mykje av sitt private liv, og vert difor mindre sårbare enn pasientane på dette området.

Fleire av informantane mine kjem inn på kor viktig det er at når ein som pleiar er saman med pasienten på skjerming, så skal ein heile tida ha fokuset sitt på pasienten. Ein av informantane sa dette slik:

*”Hvis noen sette seg ned sammen med meg, og setter seg bak ei avis, så ville jeg følt en total avvissning. Og den avvissning skal dem slippe å føle der inne (på skjerming). Dem skal ha full oppmerksomhet ...”.*

Det å gi pasienten si fulle merksemd, inneberer ikkje at ein heile tida skal ha blikket sitt retta på pasienten. Det å oppleve seg overvaka av andre i eit strekk, kan opplevast som ubehageleg. Nokre gongar fell det naturelg å ha blick-kontakt. Spesielt gjeld dette om ein snakkar saman, eller ein er opptatt av noko ein er felles om. Samtidig har eg oppfatta frå pasientar med psykotiske opplevingar at blikkkontakt kan opplevast som vanskeleg, for nært eller nesten invaderande. Slik eg forstår det pleiaren seier i sitatet over, skal ikkje pasienten oppleve at ein som pleiar er meir opptatt av eigne interesser, som til dømes avislesing, enn i korleis pasienten har det. Pleiaren må heile tida vere bevisst på balansegangen mellom nærleik og distanse til pasienten som er under skjerming. Høve mellom nærleik og distanse kan kome til uttrykk i måten ein til dømes plasserer seg i rommet på. Om ein opplever at pasienten treng ro og ikkje er aktivt kontaktsøkane, bør ein som pleiar sørge for å ikkje sitte for nær pasienten. Om det motsette er tilfelle, det vil seie at ein opplever at pasienten har behov for nær kontakt, må ein sørge for å kome nærare pasienten. Ein kan og oppleve i skjermingssituasjonar at pasienten ikkje har grense for si kontaktsøking, og då må ein kanskje likevel skape distanse. Det viktige vil då vere at ein gir pasienten ei forklaring på kvifor ein vel å halde ein viss avstand. Det å skape distanse til pasienten under skjerming, innberer ikkje at ein ikkje skal vere tilgjengeleg for han. Pasienten skal heile tida kjenne seg viss på at ein er der om han skulle trenge det. Ein anna informant uttrykte dette slik:

*”Noen ganger er det viktig å sitte der inne selv om hun ikke gir noe kontakt i det hele tatt. At vi, siden vi kjenner henne så godt fra før av, ... merker at hun synes det er greit at vi sitter der, uten at vi behøver å si noe. Det er kanskje den tryggheten at det er noen som er der”.*

Informanten la vekt på at det ikkje er så viktig at ein som pleiar har så mykje å seie. Det viktigaste er mange gongar at ein er god til å lytte, slik tidlegare omtalt. Det er og viktig, slik

eg ser det, å forstå at pasienten sin tilstand er slitsom og kaotisk. I tillegg kan det vere slitsomt å nesten ikkje få lov til å vere åleine, men faktisk måtte halde seg til andre heile tida. Å vere mentalt til stades hos pasienten vil med andre ord seie at ein klarar å leve seg så godt inn i situasjonen at ein skjønar at ein ofte tek ein påtvungen plass, og derfor må ein jobbe med å finne ein god måte å ta denne plassen på. Andre gongar ønsker pasienten at vi skal vere til stades, og då gjer det ofte skjermingssituasjonen lettare for både pleiar og pasient. Til tider kan ein nesten "usynleg måte" å vere til stades på vere det beste, om ein opplever at det pasienten treng mest av alt er ro og kvile. Samtidig er det viktig at pasienten opplever at ein er der for pasienten sin del. Med det meine eg at ein som pleiar alltid må vere merksam på pasienten, korleis pasienten har det og kva han treng. Norvoll beskriv og denne unormalt tette måten å vere i lag på. Ho kallar det ein "dobbelthet" og siterar ein pasient om dette: *"Altså det er jo trygt å ha de der, men det er slitsomt og"* (2007:265). Martinsen (1993) skriv at for eit menneske er det viktig å få behova sine dekkja, men det viktigaste av alt er at behova vert dekkja på ein slik måte at menneskeverdet vert tatt vare på. Det eg forstår med dette, har å gjere med korleis ein opptrer i relasjonar til andre. Det viktigaste i høve til pasientar under skjerming, er å skape relasjonar der pasientane ikkje opplever ei ytterlegare krenking<sup>44</sup>. Som pasient under skjerming, er ein i ein svært sårbar situasjon, og dette er det viktig at ein som pleiar er seg konstant bevisst.

Ein anna informant peika og på kor viktig det er under skjerming at pleiaren er bevisst det å finne ein god og balansert måte å vere til stades på. Ho brukte og ei avis i sitt døme. Ho sa:

*"Når jeg sitter her, så kan jeg ikke bare sitte her, ... mens noen bare sitter der. Altså,... det er jo noen som tar avisa opp og så sitter de der og er utilgjengelig. Du må skape en slags ... det må være en sånn balanse mellom det å være tilgjengelig og det å være litt distansert ... at du kan ikke skape en sånn utilgjengelighet med å sette deg ned bak ei avis."*

Informanten tek opp at ein ikkje må gjere seg utilgjengeleg for pasienten ved å sitte bak ei avis. Ho meiner at pasienten kan oppleve ei total avvising ved dette. Ein av dei andre informantane har erfaring med at det kan fungere fint å bruke ei avis for å skape litt distanse. Eg har og erfaring med at det kan fungere fint. Når pasienten til dømes ønsker å lese sjøl, høyre på radio eller å drive med eigne aktivitetar, utan å verte forstyrra av andre, må ein sjølsagt ta omsyn til dette. Det at ein då sjøl les litt i ei avis, kan gjere det lettare og meir naturleg for pleiaren å vere til stades i rommet til pasienten, og pasienten kan oppleve

---

<sup>44</sup> Når eg skriv ytterlegare krenking, har dette å gjere med at skjerminga i seg sjøl ofte opplevast krenkande når dette skjer under tvang.

nærleiken av pleiaren som mindre påtrengande. Det kan vere at pleiaren må vere til stades fordi pasienten vert for utrygg åleine. Det kan og vere at pleiaren må vere til stades for å passe på fordi ein er redd for sjølskading, eller at pasienten sin tilstand kan variere mykje. Om pleiaren les i ei avis, skal likevel merksemda i hovudsak vere retta mot å ha omsorg for pasienten. Som pleiarar under skjerming verken må eller bør ein gjere noko i lag med pasienten heile tida. Pasienten er der for å få ro og samle seg. Samtidig kan det å sitte å sjå på kvarandre utan å snakke saman, vere vanskeleg og kunne opplevast som påtrengande. Det vert derfor viktig å sjå seg sjøl inn i ein samanheng med alle dei andre pleiarane som er hos pasienten under heile skjermingsperioden. Som pleiarar kan ein tre fram på ulike vis under skjerming. Nokre kan oppnå god kontakt med pasienten, medan andre ikkje får same kontakten. Ein informant omtalar dette slik:

*”Hvis det er veldig tungt over en periode, så bytter vi ofte. Da sirkulerer vi kanskje tre stykker. Ja, så står vi kanskje en halv time hver,... så det kan jo være at noen når igjennom, mens andre ikke gjør det”.*

Å finne ein naturleg og god måte å vere i lag på som ikkje er påtrengande, kan vere ei stor utfordring. Det viktige må vere, slik eg ser det, at ein som pleiar er var på kva slags kontakt pasienten ønsker med deg. Ein må erkjenne at ein ikkje får like god kontakt med alle pasientane. Det kan vere at pasienten har ein nær og god kontakt med andre pleiarar under skjerming. Dette får pleiarane kjennskap til når dei snakkar saman om korleis ein opplever å vere i lag med pasienten. Veit ein at pasienten har spesielt god kontakt med ein annan pleiar, kan ein slå seg til ro med dette, for alle treng ikkje å ha like god kontakt med pasienten. Samtidig er det viktig at ein ikkje blir opplevd som lite interessert av pasienten. Johansson og Lundman (2002) har peika på at pasientar med psykiske lidingar kan oppleve pleiarar som diffuse, negative og med ei fråverande framferd om dei opplever at kommunikasjonen med pleiarane ikkje er god. Nok ein gong vil det vere snakk om å finne balansen mellom det å vise nærleik og det å halde distanse i situasjonen (jf. Nortvedt og Grimen (2004)). Det må vere eit mål at både pasient og pleiar opplever at dei har det godt saman. Informantane er opptekne av balansegangen mellom å vere i lag med, og å gi pasienten pausar i høve til samvær. Ein av dei sa: *”... avvisning skal dem slippe å føle ... Dem skal ha full oppmerksomhet, men samtidig sånn at ... jeg ikke trenger å sitte sammen med deg hele tida ... (jeg skal) være tilgjengelig.”* Ein annan informant tek og opp at pasienten ikkje skal kjenne seg tilsidesett eller avvist under skjerming. Dette kan skje om pleiarane til dømes sit mest på utsida av døra til skjermingsrommet. Ho seier at det er viktig å grunngi og å gjere avtale med pasienten om korleis ein skal vere saman på skjerming. I det kan det ligge ein avtale om at pleiaren i kortare



periodar sit utanfor skjermingsrommet. Slike avtalar kan vere viktige for både pleiar og pasient. For pleiaren kan det kjennast godt å få ein pause frå ein kanskje krevjande skjermingssituasjon, og for pasienten kan det og opplevast som godt å få vere litt åleine. Samtidig må ein heile tida vere var på kva som skjer med pasienten på rommet, og ein må ofte kikke inn til han. Dette vert sjølsagt pasienten og gjort merksam på.

I høve til å vere i lag med pasienten på rommet eller å sitte utanfor døra, seier ein av informantane at det er ei kontinuerleg vurderingssak. Ein anna fortel korleis ho heile tida vurderer kva som vil vere den beste måten å skjerme pasienten på, og ho seier dette:

*”Det kan man se på hvordan pasienten reagerer. Om han klarer å være roligere og sitte ned sammen med deg når du sitter inne, så kan det være bra at vi sitter der. Men hvis vi merker at pasienten blir veldig urolig og kanskje girer seg opp, og begynner å prate veldig mye, eller ikke klarer å sitte stille på stolen sin ... så kan det kanskje være greit å trekke seg ut i perioder. Noen ganger så er det kanskje greit at ikke noen er der inne i det hele tatt, at han trenger å være helt alene. Og da ... veksle med å sitte inne sammen med pasienten og ute i perioder”.*

Lovverket har ikkje vore så tydeleg på korleis personalet skal følgje opp pasienten under skjerming. Det står om skjerming i § 4-3 i ”Psykisk helsevernlova” blant anna at:

*”... pasienter skal holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten” (Helse- og omsorgsdepartementet 1999).*

Når det er snakk om bruk av tvangsmiddel i den same lova, står det at pasienten i slike høve skal ha kontinuerleg tilsyn av pleiepersonalet. Ved bruk av til dømes belteseng skal personalet vere i same rom som pasienten, om pasienten har noko i mot det. Om pasienten ikkje ønsker pleiaren inne på rommet, er det mi erfaring frå praksis at ein likevel skal ha pasienten under kontinuerleg tilsyn ved å sitte utanfor pasienten sitt rom med døra på gløtt. Skjermingspraksis har med andre ord ikkje vore like detaljert omtalt og klargjort frå lovverket si side. Norvoll (2007) har i sin studie funne at det eksisterer ein del uvisse omkring skjerming. Ho fann til dømes at skjerming einskilde stadar betyr å låse pasientar inne på nakne rom<sup>45</sup>. I følgje dei nye forskriftene om skjerming som vart tatt i bruk 01.01.07, kjem det tydeleg fram at ein praksis med å låse døra til pasienten sitt rom under skjerming, er ulovleg. Det står følgjande i ”Merknader” til § 3 ”Skjermingens innhald”, 2. ledd, i ”Forskrift om bruk av skjerming i institusjoner i det psykiske helevernet” (Helse- og omsorgsdepartementet 2006):

*”Det er ikkje adgang til å låse døren til rommet der pasienten befinner seg, eller på annen måte holde døren fysisk stengt, for eksempel ved fysisk makt eller ved hjelp av en kloss eller lignende. Det er imidlertid anledning for helsepersonell som er inne i rommet med pasienten å hindre pasienten i å ta*

<sup>45</sup> Som tidlegare nemnt i underkapittel 2.2.6

*seg ut av døren – for eksempel ved at helsepersonellet stiller seg slik at de blokkerer/stenger for utgangen”.*

Den skjermingspraksisen informantane mine omtalte, og som eg kjenner til, tilseier at ein aldri skal låse døra.

Ein av informantane fortel om fleire ulike måtar å skjerme på, eller måtar å vere i lag på under skjerming som ho har god erfaring med. Blant anna har ho god erfaring med å gå turar i rolege omgivnader. Ho meiner at *”pasientar kan gå av seg noe av uroen”* og at det hjelper å få *”avveksling”* i omgivnadane. Å gå tur ute i rolege omgivingar kan gjere godt fordi ein får meir rom, frisk luft og det å gå i ein jemn rytme kan verke både samlande og roande (jf. Strand 1992). Mi erfaring med turgåing er den same, men i tillegg gir turgåing gode høve for samtale. Det er ikkje så konfronterande og tett å vere i lag på *”rusletur”* som å vere saman på pasienten sitt rom. Kanskje vert det på slike turar mest *”småprat”* om daglegdagse ting, men vanskelege tema kan og komme opp. Slik kan turgåing vere fint i høve til å verte betre kjend. Den sist refererte informanten, har og god erfaring med at pasientar kan finne ro ved fysisk kontakt. Det hender at ho held pasientar i handa, stryk dei over håret, gir fotbad eller smør krem på føtene. Dette er i samsvar med det Hummelvold (2004) skriv om fysisk berøring. Han skriv at fysisk berøring har lange tradisjonar i sjukepleie. Fysisik berøring kan vere god omsorg og gi tryggleik, ro og trøst om det er gjort på ein var og god måte. Informanten sa vidare at ein ved å sitte roleg og snakke til ein pasient som er uroleg og vandrar omkring, kan hjelpe han til å samle seg og finne ro. Lorentzen *et.al* (1984) skriv at skjerming skal kjenneteiknast av få stimuli, men ikkje vere depriverande. I følge Holte (2001) er det viktig å finne meiningsfulle aktivitetar. Det kan vere samlande å gjere ein aktivitet ein meistrar eller likar godt. Mi erfaring er at det å ha noko å konsentrere seg om, og gjerne samarbeide med pleiaren om, kan vere bra i skjermingssituasjonar, men pausar og rolege stunder er like viktige. I høve til dette, er det viktig å finne ein god balansegang mellom aktivitet og kvile saman med pasienten.

## 6.0 Å VERE ”PÅ BØLGELENGDE” MED PASIENTEN

Å vere ”på bølgelengde” med pasienten er eit uttrykk ein av informantane mine brukar når ho beskriv kva ho ser på som viktig i sin relasjon til pasienten. Det ”å vere på bølgelengde” ser eg på som eit uttrykk for ei god situasjonsforståing. Alle informantane mine kjem på ein eller anna måte inn på det som har med situasjonsforståing å gjere. Informantane har gjennom ulike situasjonsbeskrivingar vist at det å oppnå god forståing i konkrete situasjonar, handlar om evne til innleving og kunnskap om menneske og lidning. Det handlar blant anna om kunnskap om korleis psykotiske kriser kan opplevast, og kva som kan vere til hjelp. I tillegg handlar det om kva vekt innsikt i relasjonar kan ha, og korleis ein sjøl som pleiar tar plass i dei konkrete relasjonane og situasjonane. Eit godt kunnskapsgrunnlag som inneheld både teoretisk- og erfaringsbasert kunnskap ligg altså til grunn. Dette kapittelet vil derfor dreie seg om kva informantane mine vektlegg som viktig for at skjermingspraksis skal bygge på gode situasjonsforståingar.

### 6.1 Å vere ”på bølgelengde” med pasienten

Ein av informantane snakka om at nokre gongar kjem ho på bølgelengde med pasienten ganske raskt, og andre gongar må ho bruke tid. Ho sa at ho må:

*”... bruke tid til å justere seg litt inn på ... samme bølgelengde som pasienten ... Ja, jeg prøver å justere meg inn”.*

Informanten er opptatt av ”å justere seg inn” på pasienten si bølgelengde. Med å justere seg inn, forstår eg det som at informanten blant anna prøver å finne ein ”tone” eller ”rytme” med pasienten, i måten å kommunisere og vere i lag på som passar både pasienten og pleiarane. Eg tolkar det slik at ho ønske å få kjennskap til pasienten som person, med si historie, si sjølførståing, sine behov og meiningar, på eit djupare plan. Informanten vil prøve å tilpasse seg slik at dei kan oppnå noko å vere felles om, og å finne noko å snakke om som pasienten er interessert i. På eit slikt grunnlag kan dei bygge eit tillitsforhold og ein god relasjon etter kvart. I ein akutt skjermingssituasjon har den relasjonen ein kan bygge med pasienten, sitt grunnlag i det fellesmenneskelege. Som menneske har vi blant anna det til felles at vi er avhengige av kvarandre (jf. Martinsen 2003). Gjennom å vise pasienten respekt for den han er, kan grunnvilkåra for tillit vere i varetatt. Dermed vert eit grunnlag for tryggleik og betring lagt. Om pasienten si oppleving av verkelegheita i stor grad avvik frå pleiarane si oppleving

av den same verkelegheita, her og no, vert det spesielt vanskeleg å få til ein god relasjon med pasienten. Det informantene fortel om "å justere seg inn" oppfattar eg som at ho forsøke å få til eit tillitsforhold. Dette vitnar om ei haldning til pasienten som ikkje går ut på at ho som pleiar skal setje alle premissar for relasjonen og situasjonen, men at dei er to om det. Ho har respekt for at pasienten og viser han oppriktig interesse. Relasjonskompetansen hos begge vil vere vesentleg. Mange med psykiske plager har opplevd mange vanskelege relasjonar til andre menneske frå tidlegare, og har derfor vanskeleg for å etablere nye relasjonar (Vaglum 2005). Det at pasienten og pleiaren skal "vere på bølgelengde" i skjermingssituasjonen, kan ein sjå på som idealet. Mi erfaring frå ein og same skjermingssituasjon, er at ein til tider kan oppleve å "vere på bølgelende" med pasienten, medan andre gonger "skurrar" kontakten meir.

Kanskje kan det å vere på "samme bølgelende" vere noko av det same som ein av dei andre informantane omtalte som det å ha god kjemi med pasienten. Ho sa det slik:

*"Personalet som hadde god kjemi med han, som gjekk inn der ... det ble gjort mer fleksibelt i forhold til hvem det er som faktisk kan gå inn der å være i lag med han. Så han fikk velge littegrann, og det gjorde dagen mye bedre for han".*

Denne informantene meinte at det er godt for pasienten å vere i lag med pleiarar som han hadde "god kjemi" med. Slik eg forstår "god kjemi", er dette eit daglegdags uttrykk for å ha ein god relasjon, eller det "å vere på bølgelengde", slik den andre informantene uttrykte. Kor god og nær relasjon pasient og pleiar har gjer, ut frå mi erfaring, ein stor forskjell i forhold til korleis ein klarar å roe pasienten og løyse vanskelege og spente situasjonar som kan oppstå under skjerming. Om ein som pleiar ikkje vert likt av pasienten og/eller om pleiaren finn det ubehageleg å vere saman med pasienten, kan det vere vanskeleg å få til ein god relasjon, og dermed ei god skjerming.

Når pleiar og pasient "er på samme bølgelengde", tenker eg det skape tryggleik i skjermingssituasjonen for begge partar. Mi erfaring er at det er viktig i krevjande situasjonar, som skjermingssituasjonar oftast er, å få til ein relasjon god nok til at pasienten kan kjenne større tryggleik. Det handlar om å kunne kommunisere slik at ein i størst muleg grad forstår kvarandre, sjøl om dette kan vere vanskeleg blant anna på grunn av pasienten si lidning.

Ein er som pleiar ikkje avhengig av å forstå pasienten fullt ut for å kunne hjelpe. Med det meiner eg at ein kan vere til hjelp når vi til dømes får inn ein ny ukjent pasient på posten som

må skjermast med ein gong etter innlegging. På bakgrunn av blant anna fagkunnskap om psykotisk krise, så skjønner ein at pasienten treng akutt hjelp og ein iverkset skjermingstiltak i håp om å kunne hjelpe. Ved å skjerme pasienten, vil ein kanskje kunne skape ein meir oversiktleg situasjon for både pasient og pleiar. Begge partar vert slik skjerma frå forstyrrende faktorar i omgivnadane, og som pleiar kan ein dermed få betre moglegheit til å etablere kontakt.

## 6.2 ”Å forstå det på same måte”

Informantane fortel om fleire skjermingssituasjonar og korleis dei forstår desse, men det siste er det ofte vanskeleg å finne ord for. Ein av dei fortel dette om korleis fleire kan ha same ”magefølelse” i situasjonen og korleis dei brukar ”magefølelsen” til å prøve å få innsikt i ein situasjon. Ho seier:

*”Mange kan ha samme magefølelse... at flere samtidig har det. Har en følelse av at her er det noe vi må se nærmere på eller gjøre noe med ... eller spørre for eksempel,... få klarhet i. Ja, forske litt i og oppklare litt ... bruke litt av den personlige kompetansen og den helhetlige kompetansen som du har med deg i møtet med pasientene, som du bruker så godt du kan, der og da. Og det lykkes du forskjellig med, egentlig, ... at magefølelsen sier at vi er på bølgelengde, for eksempel, så kan det stemme, men noen ganger tar man jo feil, altså. Ja, er du i lag med pasienten, så kan du jo teste ut i hvilken grad man er på bølgelende eller tenker på det same ... eller forstår det på samme måte. Å det kan (man) jo også være åpen på ... hvis det viser seg at man ikke ... at man har forskjellig oppfatning av en situasjonen ...”*

Ut frå det informanten i dette sitatet seier, får ein kjennskap til korleis ho jobbar med å setje seg ”inn i” og forstå pasienten sin situasjon. Informanten og fleire andre pleiarar ”kjenner på” situasjonen og tolkar den på sin måte. Ho fortel vidare at ho brukar ”den helhetlige kompetansen” ho har i møte med pasienten. Med det meiner ho den faglege kunnskapen og erfaringer ho har med seg frå før som sjukepleiar. Dette omtalar ho og som ein personleg kompetanse. Slik eg oppfattar henne, snakkar informanten og andre pleiarar saman og samanliknar oppfatningane sine, i og med at mange kan ha same ”magefølelsen”. I boka ”Pleiekulturen – en utfordring til den teknologiske tenkemåten” (1992) tar Torunn Hamran<sup>46</sup> opp korleis pleiarar snakkar saman og støttar kvarandre i det daglege arbeidet. Dette kjem spesielt til uttrykk i situasjonar som pleiarane opplever som vanskelege. I sitatet over prøver informanten å finne ut om eiga oppfatning stemmer med pasienten si oppfatning. Informanten er open for at ho og pasienten kan ha ulike oppfatningar av situasjonen. Sjukepleiarane som Holte (2001) intervjuar i samband med sin studie om skjerming, understreka at det er viktig å ta ”magefølelsen” på alvor. Dei som omtala ”magefølelsen” i intervjuar, knytte denne til ”å

<sup>46</sup> Torunn Hamran er sjukepleiar, helsesøster og sosiolog. Ho jobbar til dagleg som professor ved Avdeling for sykepleie og helsefag, Universitetet i Tromsø.

kjenne seg fram”, registrere kroppsspråk hos pasientane og ta inn stemninga i rommet. Dei prøvde slik å finne fram til ei god plassering i rommet og eit riktig tempo i samspelet. Dei synest det var vanskeleg å uttrykke kunnskapen dei brukte i slike situasjonar. Ei av dei sa: ”Jeg vet det først når jeg er der” (Holte 2001:60). Slik eg tolkar det som informanten til Holte (2001) her seier, betyr ikkje det som blir sagt at informanten nødvendigvis veit kva som må gjerast. Det kan bety at pleiaren veit at ikkje alt er som det skal vere. Det er kanskje nettopp dette ein av informantane mine gav uttrykk for når ho seier at:

*”... det (er) ikke alltid at ting er helt sånn tydelig ... Da er vi tilbake til magefølelsen igjen, at her er det noe som ikke er helt løst enda eller noe ... det trenger ikke være det at vi vet at det kommer noe heller, men at du føler at det er noe som ikke er helt bra. Noe som bygger seg opp ...”*

Informanten set ord på at ho kjenner på eigen kropp at det er noko som ikkje stemmer. Det er noko ho må finne ut av. Det kan til dømes vere stemninga i rommet ho og pasienten oppheldt seg i, eller det kan i følgje informanten vere at pasienten seier: ”Jeg har det bra, men så viser han egentlig noe anna...”. Informanten seier vidare at: ”Magefølelsen er ikke alltid så enkel å sette ord på egentlig, men jeg tror at den godt kan være retningsgivende for hvordan man oppfatter pasienten og så få en klarhet...”. Nokon ville kanskje brukt ordet intuisjon om denne ”magefølelsen” som nokre av informantane mine snakkar om, og som bestemmer korleis dei opptrer i situasjonen. I følgje Martinsen er intuisjon kunnskap på høgt nivå. Intuisjonen er taus eller uartikulert, og den er knytt til erfaringar og evne til å sjå likheiter i situasjonar ut i frå ein ”bevegelig forståelseshorisont”. Martinsen (2003) viser til Polanyi (1983) som seier at intuisjon og taus kunnskap er kunst, og at denne kunnskapen formidlast best gjennom dømme, ”frå mester til elev”. Patricia Benner<sup>47</sup> er i sjukepleiekretsar kjend for kompetansestigene sin. Ho skriv om dette i boka ”From Novice to Expert” (1984). I boka tek ho og opp omgrepet intuisjon, og skriv at intuisjonen høyre i hovudsak heime på kompetansenivået hos den kyndige og eksperten. Benner bygger tenkinga si opp omkring Dreyfus og Dreyfus (1980) sin kompetanse- og læringsstige. Stigen har fem ulike nivå; frå novise, til avansert nybegynnar, til kompetent utøvar, til kyndig utøvar og til slutt ekspert. Dei ulike stadia har ei utvikling i høve til perspektiv på situasjonen, om avgjersla er analytisk eller intuitiv, om engasjementet er distansert eller ikkje, og frå å gå inn i situasjonen kontekstfri, til å la verkelegheita vere styrt av situasjonen. Novisa er avhengig av reglar og prosedyrer. Ho er distansert i høve til oppgåva, og framferda er rigid og avgrensa. Den avanserte nybegynnaren ser berre deler av situasjonen, medan den kompetente som begynner å få erfaring, kan velje

---

<sup>47</sup> Patricia Benner er sjukepleiar og professor ved University of California, San Francisco, USA.

perspektiv og kan vurdere handlingane sine. Den kyndige har mykje erfaring, og perspektivet gir seg sjøl ut frå erfaring. Ho har ei intuitiv forståing av situasjonen. Eksperten ser og handlar på intuisjon, fordi det kjennast riktig. Ho vurderer og analyserar ikkje, men berre gjer det som skal gjerast. Ho er engasjert i heile situasjonen, og ikkje berre i resultatet. Benner (1984) viser med dette at det er grader av rasjonalitet for omsorga.

Ordet intuisjon tar Ingela Josefson (1992) avstand frå fordi det vert noko mystisk ved å bruke dette ordet. Ho seier at dette handlar om ”fortrolighetskunnskap” og at det er ein kunnskap ho ser som resultat av kvalifisert arbeid. Det er teori, fylt med erfaring, og det er gjennomarbeida erfaringar. Det er ein kunnskap som pleiaren ikkje alltid kan artikulere, altså ein taus kunnskap. Ein av informantane fortel frå ein slik type situasjon, der eg vil seie at ”fortrolighetskunnskap” kom til uttrykk. Informanten fortel om ein situasjon der pasienten hadde handla på ein slik måte i postmiljøet at han måtte få hjelp til å finne ro, for slik å sjøl få tilbake kontrollen over eiga framferd. Undervegs i situasjonen prøvde informanten å snakke med pasienten, men oppnådde ikkje god kontakt. Det gjorde at informanten valte å sette ord på korleis ho sjøl opplevde situasjonen til pasienten. Dette var med på å løyse situasjonen, utan at ho veit heilt kvifor. Då informanten reflekterte over denne hendinga under intervjuet, tenkte ho at det kunne handle om at pasienten hadde liknande følelsar i situasjonen som ho sjøl hadde. Kanskje pasienten syntest det var godt at nokon såg korleis han hadde det. Informanten hadde sagt at ho var redd og at ho syntes det var vanskeleg å vere i situasjonen. På denne måten fekk pasienten ikkje direkte kritikk. Ho bad han ikkje om å endre sin veremåte eller sa noko om kva han måtte gjere, men fortalte pasienten om korleis ho opplevde situasjonen. Måten å handtere situasjonen på gav rom for at pasienten kunne komme med sin versjon av hendinga. Ein slik måte å handtere dette på kan gi, ein verdig og dermed positiv utgang på ein vanskeleg situasjon. Informanten sa under intervjuet at ho tenkte at pasienten kunne oppfatte hennar klargjering av eigne følelsar i situasjonen som ein måte å seie i frå på at hennar grense for kva ho kunne vere med på, var nådd. Dette forklarte ho med at indirekte var hennar beskjed til pasienten at så langt kunne ho som pleiar strekke seg, det vil seie ”hit, men ikkje lenger”, i tilfelle pasienten trengte å vite kor mykje pleiarane tålte i situasjonen. Dette ser eg på som ei situasjonsforståing og handling som har grunnlag i fagkunnskap (teori) fylt med erfaringskunnskap, og brukt på ein klok måte. Ein kan kanskje då seie at pleiaren og pasienten ”var på bølgelengde” på eit følesemessig plan.



Det at pleiaren set fokus på eigne følelsar i situasjonen, inneber ein viss fare. Ein risikerer å gå for langt, og ikkje klare å balansere eigen posisjon i situasjonen. Med det meiner eg at det kan vere ein fare for å verte for opptatt av eigne følelsar i situasjonen, og dermed miste fokus på pasienten. Med Martinsen (1992) sine ord vil dette vere ei ”utarting” av omsorga og medføre at ein kjem i ”føleriet” eller drive med ”sentimental omsorg”. Det er ikkje god omsorg. Då er ein mest opptatt av seg sjøl og eigne følelsar, og mister perspektiv og forståing av situasjonen og pasienten sitt beste.

Informanten, i situasjonen over, satte ord på eigne følelsar og var ikkje konfronterande i sin måte å snakke med pasienten på. Ho brukte ein indirekte måte å snakke på. Martinsen skriv at:

*”Det er nettopp for ikke å være overgripende, pådyttende og anmassende, noe en meget lett kan bli når livsspørsmål skal meddeles, at meddelelsen må være indirekte. Den indirekte meddelse pådytter ikke den andre noe. Det legges vekt på at den enkeltes mening må få komme fram, og at samtalen løftes inn i de felles livsspørsmål en engasjerer seg i” (2005:30-31).*

Mi erfaring er at ved å halde seg til eiga oppleving eller på ein undrande og open måte til ein situasjon eller samtaletema, er sjansen mykje større for å kunne samtale i lag på ein god og inkluderande måte, i motsetting til ein konfronterande måte å snakke på (jf. Andersen 1996).

I følgje ein amerikansk studie (Johnson og Hauser 2001), basert på fenomenologiske intervju med 20 psykiatriske sjukepleiarar med lang erfaring, fann ein at desse sjukepleiarane gjennom erfaring har utvikla gode framgangsmåtar i høve til å handtere vanskelege situasjonar. Slik eg oppfattar dette, er det i samsvar med kyndig- eller ekspertnivået som Benner (1984) omtalar. Dei psykiatriske sjukepleiarane la vekt på å ikkje dekontekstualisere ein urosituasjon. Dei brukte ikkje enkeltstående intervensjonar som ein kan finne i standardprosedyrar for skjerming av pasientar, som til dømes ei ferdig utforma liste over kva ein skal tenke på og gjere i ein urosituasjon. Det sjukepleiarane gjorde, var å prøve å intervenere med grunnlag i pasienten sin individualitet og med involvering i den konkrete situasjonen. Deira integrerte kunnskap og erfaring gjorde dei i stand til raskt å få kontakt med pasienten og å engasjere han i prosessen for å roe ned situasjonen. Dette til forskjell frå å ordne opp ved å handle eller respondere utelukkande på pasienten sine utsegn eller handlingar. Det kan fort verte negativt og opplevast som krenkande for pasienten om ein til dømes er for raske til å gi pasienten medisin eller ”ta kontroll over pasienten”. Sjukepleiarane i studien la vekt på å sjå på og snakke direkte til pasienten. Dei las situasjonen og forsøkte, i den grad det var muleg, å forstå

korleis pasientan hadde det. Ut frå ei slik tilnærming til pasienten, danna dei seg eit bilde av meininga i oppførselen og kva pasienten trong. Desse sjukepleiarane la vekt på å vise pasienten stor respekt. Til dømes spurte dei pasienten om å få lov til å sette seg ned og snakke med han. Heile tida let dei pasienten vite kva dei gjorde og kvifor. Dei viste pasienten tillit og let eventuell tvil i situasjonen komme pasienten til gode. Dei gav han val og god tid til å svare. Vidare sette dei ord på si bekymring for pasienten, og dei var støttande og viste medfølelse i høve til pasienten sine følelsar. Desse dyktige sjukepleiarane klarte på denne måten å unngå og komme i maktkampar eller verte fanga av detaljar i situasjonen. Dei klarte å halde fokus på kven sine behov som var viktig i dette møtet. Denne praksisen medførte mindre bruk av tvang.

Ein av informantane påpeikar at ho synest det hjelper med erfaring for å meistre stadig forskjellige situasjonar. Med erfaring kan ein lettare skape meining, og forstå nye og uklare situasjonar gjennom det repertoaret av eksempel, bilde, tolkingar og handlingar ein har opparbeidd seg (jf. Schön 2001). Schön<sup>48</sup> skriv at:

*”Når en praktiserende skal finde fornuft i en situation, som han opfatter som unik, så ser han den som noget, der allerede eksisterer i hans repertoire. At se denne grund som noget handler ikke om at indordne den i en kendt kategori eller under en kendt regel. Det handler snarere om at se den ukendte, unike situation som både lig med og forskellig fra den kendte, uden at man i første omgang er i stand til at sige, på hvilken måde den er lig med eller forskellig fra” (Schön 2001:124).*

Schön (2000) skriv at erfaringane kan brukast til å forstå nye situasjonar, men at det er viktig å ikkje sette likheitsteikn mellom dei nye og dei erfarte situasjonane. Ein skal ikkje prøve å få dei nye situasjonane til å passe inn i ein situasjon som har vore. Dei nye situasjonane må få vere unike og særleine, men gjennom erfaring kan ein oppdage at dei kan ha element av, og likskapar med dei tidlegare erfarte situasjonane. Desse elementa kan vere nyttige å ha med seg når ein skal skaffe seg innsikt i nye situasjonar, og finne måtar å handtere dei på. Erfaring får ein i følgje Martinsen (1992, 2003) blant anna gjennom ”handverkslæring” frå ein erfaren dyktig sjukepleiar. Som eg viste til tidlegare i dette kapittelet, var det ein av informantane som fortalte at ho og andre pleiarar snakka saman og samanlikna sine oppfatningar.

Handverkslæring kan ein oppfatte som å ”gjere noko saman”, eller at ein lærer av å vere saman med ein som kan handverket. I psykiatrisk sjukepleie går mykje av handverket ut på å kunne snakke med pasientane på ein så god måte at pasienten opplever seg sett og forstått. Dette er sjølsagt ei stor utfordring for pleiarane, blant anna fordi pleiaren og pasienten kan

---

<sup>48</sup> Donald Schön er professor i byplanlegging, underviser i pedagogikk og er leiande utdanningsforskar i sosialvitenskap i Massachusetts Institute of Technology, USA.

oppleve verkelegheita totalt forskjellig når pasienten har psykotiske opplevingar. Mi erfaring frå psykiatrisk sjukepleiepraksis er at dei fleste pasientane som vert skjerma, er plaga med psykotiske opplevingar. Det er derfor av stor betydning at ein som pleiar kan få snakka med andre pleiarar for å kunne dele erfaringar med skjermingssituasjonar med kvarande.

Ein av informantane var opptatt av kven som får lov å utføre skjermingsarbeid. Ho sa at det burde berre vere: ”... utdanna folk, som er trygg på seg selv og trygg på at de kan takle han (pasienten)...”. Vidare trakk ho fram kvifor det er så viktig med erfaring og fagutdanning, og at skjerming dermed ikkje er ein jobb for alle. Ho sa:

*”Avdelinga har blitt mye flinkere til å gå inn å se hvem som er i stand til å være med i skjermingsarbeid ... hva det er slags personale. Vi bruker ikke lenger ufaglærte personer på skjerming, med mindre de har erfaring fra før av ... og er i stand til å være der inne. For det blir veldig intenst når du skal skjerme en pasient der, og du må kunne ta i mot en del ...”*

Det er mi erfaring at det i psykiatrisk sjukepleiepraksis kan vere eit stort innslag av ufaglærte pleiarar. Eg er einig med informanten i at om desse pleiarane skal brukast til skjermingsarbeid,<sup>49</sup> må dei vere i stand til det. Det vil seie at det er viktig at dei kan få lære korleis dette arbeidet best kan utførast, før dei vert sett til å gjere det på eiga hand. Det kan lærast over tid ved å vere saman med til dømes ein erfaren sjukepleiar under skjerming, og saman med henne reflektere omkring situasjonar ein opplever. Ein treng å vere i lag med den erfarne i mange situasjonar og slik lære typiske trekk ved ulike situasjonar og opparbeide seg egne erfaringar. For ein sjukepleiar, utan erfaring med skjermingsarbeid, vil det og vere viktig å få lære handverket saman med ein som har erfaring. Slik kan fagkunnskap frå lærebøker og forskning ”gå saman” med praktiske ferdigheiter til ei eining.

Ufaglærte og uerfarne folk har sjølsagt ikkje same forutsetning for å kunne stå i ein skjermingssituasjon som pleiarar med høgare kompetanse, sjøl om dette også er personavhengig. Det å ha ei god situasjonsforståing i forhold til skjerming, tenker eg er knytt til fleire forhold ved pasienten sin situasjon. Etter mi oppfatning kan ei forståing av den konkrete situasjonen pasienten er i under skjerming, ikkje berre knytast til situasjonen ”her-og-no”, men må sjåast i eit vidare perspektiv. Med det meiner eg at ein som pleiar og må prøve å forstå kva pasienten har opplevd i tida før innlegginga og kva som låg til grunn for skjermingssituasjonen. I denne tida har pasienten oftast vore gjennom skremmande erfaringar

---

<sup>49</sup> Reint prinsipielt meiner eg at ufaglærte ikkje bør settast til skjermingsarbeid fordi dei manglar den teoretiske kunnskapen om psykiske lidingar, som til dømes å lide av psykose. Mi erfaring frå praksis er likevel at ufaglærte vert brukte i skjermingsarbeidet, fordi ein ofte mangler faglærte pleiarar.

i høve til å ha psykotiske opplevingar. Pasienten har fått ulike reaksjonar frå sine nære og i omgivingane sine på det som har prega han. Vidare har han vore gjennom legeundersøking, kanskje polititransport og sjølve innlegginga i ein lukka akuttpost, som ofte innebere bruk av tvang. Dette vil seie at pasienten har vore i ein vanskeleg situasjon over kortare eller lenger tid. Haugsgjerd skriv om korleis dette kan opplevast:

*”Allerede det å miste herredømme over sine egne følelser, tanker og adferd er i seg selv krenkende. Innleggelse i en psykiatrisk institusjon mot ens vilje er ytterligere krenkende, og medikamentell behandling under press eller tvang står som ekstreme opplevelser av overgrep i pasientens opplevelse. Det er viktig at vi som i rollen som behandlere iblant må gjennomføre tvangsinnleggelse og tvangsbehandling, ikke mister evnen til å leve oss inn i hvordan dette må oppleves” (1990:386).*

Den mest sentrale budskapet til Haugsgjerd i forhold til det eg omtalar her, er påpeikinga av at ein som behandlar (og pleiar, vil eg tilføye), ikkje mister evna til å leve seg inn i korleis opplevinga til pasientar med psykiske lidingar kan vere. I forhold til mi problemstilling, blir det spesielt viktig å ha denne kunnskapen med seg inn i skjermingssituasjonen og i alle situasjonar som oppstår undervegs i behandlinga. Det kan vere situasjonar som oppstår når pasienten slit med psykotiske plager og angst, og det kan vere samhandlingssituasjonar av ulike slag. Eit par av informantane mine viser med det dei fortel at det er viktig å ha fagkunnskap, medan andre igjen legg vekt på pasienten si tidlegare historie. Når det gjeld betydninga av fagkunnskapen fortel ein av informantane:

*”Maniske pasienter ... det er jo det å få minst mulig inntrykk. Når de ... har så mye i hodet sitt ... minst mulig av det ytre eller det utvendige å forholde seg til. Og psykotiske, de er jo veldig ofte redde, så det kan vere vanskelig. Så trygghet, er jo en ting”.*

Det som informantene seier her, viser at ho har med seg kunnskapar om manisk lidning og om psykoseopplevingar inn i skjermingssituasjonen. Kunnskapen om pasienten si lidning er med og bestemmer korleis ein bør forhalde seg til pasienten. Til dømes kan kontrolltap hos pasienten føre til vanskelege og komplekse situasjonar, som set krav til pleiarane i høve til kunnskap, forståing og handlingsrepertoar. Situasjonen pasienten er i som tvangsinnlagt, stemninga i posten, pasienten sine psykoseopplevingar, samhandling med andre, og ikkje minst kva pleiarane forstår og korleis dei opptrer, kan ha noko å seie for kontrolltapedet.

Samtidig viser intervjuet mine at fagkunnskapen ikkje er tilstrekkeleg om ein ønsker ei best muleg forståing av korleis pasienten har det. Kunnskap om pasienten sitt tidlegare liv er særskilt viktig. Ein av informantane snakka om kor viktig det er å bruke tid på sette seg inn i pasienten

si historie i samband med bruk av skjerming. Ho snakka om ein konkret pasient, og ho sa det slik:

*”Hva kan vi gjere med denne mannen? ... (En burde) tatt for seg det som hadde skjedd tidligere, og brukt historia hans ... så kunne man kanskje ha gjort det på en veldig anna måte”.*

Informanten fortel om tiltak som vart iverksette for ein pasient på skjerming, og der tiltaka etter hennar meining, vart iverksette på eit for svakt grunnlag. Dette fordi pasienten si tidlegare livshistorie ikkje vart tatt med i vurderinga. Slik eg ser det, er det vesentleg for all omsorg, pleie og behandling at ein skaffar seg mest muleg bakgrunnskunnskap om pasienten sitt liv. Då tenker eg blant anna på korleis kvardagen hans brukar å vere. Særs viktig vil det vere å få kjennskap til pasienten sitt forhold til familie og venner, jobb eller studiar, fritidsintersser og religion. Alt dette er vesentleg for å forstå pasienten best muleg og for å legge til rette for at ein god relasjon kan verte etablert.

Så langt i dette kapittelet har eg fokusert på ei situasjonsforståing som i stor grad vektlegg ”her-og-no” situasjonen, men og pasienten si fortid. I skjermingsarbeid med pasientar er det også viktig at ein rettar blikket framover, det vil seie at ein har kunnskapar og tankar omkring pasienten si framtid. I det ein av informantane mine fortel, synes eg spesielt det moralske ansvaret for pasienten sin situasjon i framtida kjem til uttrykk. Ho seier at:

*”Det å ta vare på pasienten best mulig, ja, det å beskytte pasienten mot seg selv, på en måte. ... At han ikke skal gjøre ting som han synes er ubehagelig i ettertid, eller at vi setter de grenser for pasienten som pasienten ikke klarer å sette for seg selv”.*

Informanten viser her ei god situasjonsforståing, slik eg vurderer det ho seier. Ho har med seg inn i situasjonen ein praktisk kunnskap som kan knytast til at om det ikkje vert sett grenser for pasienten si framferd, vil han kunne gjere ting som han i ettertid vil oppleve som ubehageleg. Informanten sitt blikk og si forståing av situasjonen, er ikkje berre knytt til å ta pasienten i vare ”her og no”, men er like mykje retta mot pasienten si framtid. Det er viktig at ein som pleiar reflekterer over korleis opphaldet i posten vil ha verknader for pasienten si framtid, med spesielt fokus på skjerming, fordi dette som regel skjer ved bruk av tvang. Når lidinga er så stor at det vert innlegging i psykiatrisk sjukehus, kanskje med hjelp av politi, kan dette som nemnt vere både vanskelege og skremmande opplevingar å få på toppen av dei psykotiske opplevingane. Desse opplevingane kan klart få følgjer for korleis pasienten seinare i livet taklar tilsvarende påkjenningar. Ein av informantane mine kjem inn på at pasientar hugsar

korleis dei kjente seg møtt av pleiarane og kva dei opplevde i samband med skjerming, uansett tilstand. Ho sa det slik:

*”Det er overraskende det at de husker så mye som de gjør, egentlig. Det er også en tankevekker på ... i forhold til hvordan man møter pasienten fra starten av, altså (...). Uansett hvor opprivende det er og hvor oppløst de er, altså, så registreres måten de blir møtt på fra personalet”.*

Denne informanten har eit tydeleg perspektiv på pasienten si framtid. Ho veit frå erfaring at uansett kor ”oppløst” pasientane er, så vil dei ha med seg opplevingane frå skjerminga inn i framtida. Mc Kenna *et al.* (1999) viser til at pasientar som har vore utsette for tvang, kan på eit seinare tidspunkt, etter bruk av tvang, kjenne seg letta over innlegginga i sjukehus. Men mi erfaring er og at pasientar har kjent seg overletne til framande og hatt ein følelse av uvisse i høve til kva som ville skje. Det er mange faktorar som kan gjere ein redd. Ein del pasientar har fleire erfaringar med psykose og innleggingar, men er likevel svært redde og kjenne seg krenka, slik Haugsgjerd skriv i sitatet på side 100. Forsking knytt til bruk av tvang overfor personar med psykotisk lidning, viser at dei ofte uttrykker følelser som sinne, vonbrot, frykt og forvirring (Mc Kenna *et al.* 1999). Ut frå den praksis eg kjenner frå psykiatriske postar, meiner eg at ein er for lite bevisst på å snakke med pasientane om deira opplevingar då dei vart skjerma. Dette ser eg som viktig å snakke om når skjerminga er over, og når pasienten kan vere i stand til å snakke om dette. Fokus på slike samtalar kan vere med på å gjere framtida lettare for pasienten (jf. Hummelvold 2004).

### **6.2.1 ”... man kan jo prøve så godt man kan.”**

Det følgjande er eit lite utsnitt frå samtale med ein av informantane:

F<sup>50</sup>: *”... føler du at du klarer å forstå situasjonen hans og at du klarer å sette deg inn i korleis han har det?”*

I<sup>51</sup>: *Ehh, ... å forstå det fullt ut det får man jo ikke gjøre uansett, tror jeg, men man kan jo prøve så godt man kan.”*

Kanskje mykje av skjermingsarbeidet handlar nettopp om å gjere så godt ein kan, og at det er det vi kan gjere, for vi kan jo ikkje forstå den andre fullt ut. Det handlar om å vere nær nok til leve seg inn i, sanse og slik forsøke å forstå den andre si smerte. Gjennom forståing kan vi bli distanserte nok til å kunne observere, vurdere, formidle og handle på best muleg måte for pasienten (jf. Martinsen 2003 og jf. underkapittel 5.6.1). Vår muligheit til å forstå den andre

---

<sup>50</sup> F betyr forskar

<sup>51</sup> I betyr informant

vil vere avhengig av vår evne til empati. Hummelvold (2004) knyter empati til vår evne til å prøve å forstå den andre ved å leve seg inn i eller gjere ei form for prøveidentifikasjon med den andre si oppleving av seg sjøl, sin situasjon eller tilstand. Empati inneberer og å prøve å sjå seg sjøl som pleiar, frå pasienten sitt perspektiv. Det handlar om mest muleg presist å klare å oppfatte den andre si subjektive verkelegheit. Reseptivitet er evne til å motta noko, det vil seie at medvetet er ope for og merksam på det som påverkar det, som sanseintrykk og situasjonsintrykk. Reseptiviteten er grunnlaget for ”empatisk berørtheit”, merksemd og innleving i den andre sin situasjon. Den er og eit grunnlag for å kunne kjenne seg sjøl igjen i andre si oppleving (Nortvedt 2006). Ein av informantane fortalte dette om korleis ho i situasjonar prøver å finne fram til kva påverknad ho, samtaletema og andre faktorar kan ha på pasienten og situasjonen:

*”Man kan jo kjenne det hvis man setter seg ned og prater med noen i en skjermingssituasjon, ja, der pasienten synest det er greit, ... på ein måte at ... at man føler det behagelig å sitte der å prate. Man kan jo etter hvert føle seg litt mer avvist kanskje ... men da viss situasjonen stiger litt ... ja, i forhold til kroppsspråk og hva pasienten sier, eller ... og kanskje (han) ikke ønsker å svare eller ikke ønsker å prate, eller snur seg rundt, ... kanskje, eller reiser seg og går rundt, eller ... blir aggressiv, eller svarer på en annen måte enn han har gjort tidligere. Man kan jo spørre pasienten om det var noe vi snakka om ... at man kom inn på eit tema, kanskje, han ikke likte å prate om, eller ... at det var noe vi snakka om eller noe han tenkte på, eller noe var ... ett eller annet spesielt ... som gjorde at han forandra væremåte”.*

Dette sitatet er litt oppstykket, men det er heller ikkje så enkelt å beskrive korleis ein går fram for å få tak i den andre sin oppleving av sin situasjon. Slik eg forstår informanten, så kjente ho på stemninga i situasjonen og tolkar pasienten sine uttrykk. Slik prøvde ho å få ein indikator på korleis pasienten hadde det i situasjonen, og om han syntes det var greit å prate med henne. Var det behageleg for henne sjøl å vere der, så tok ho det som eit teikn på at pasienten synest det var greit at ho var til stades. Hvis stemninga endra seg, og ho kjente seg meir avvist, eller oppfatta til dømes eit meir uroleg kroppsspråk hos pasienten, begynte ho å resonere i forhold til ulike faktorar som påverka situasjonen. Ho vurderte korleis samtaletema eventuelt påverka pasienten, og ho spurte han om dette for å prøve å finne ut kva som skjedde.

I følge Nortvedt og Grimen (2004) er bevisstheita intensjonal, det vil seie at den er gjenstandsretta og meiningsfortolkande. Dei seier at refleksjon og fortolking krev ei aktiv bevisstheit, medan sensibilitet avdekkar ei bevisstheit som er passiv og uførebudd. Slik eg forstår Nortvedt og Grimen er sensibilitet eit nødvendig grunnlag for innleving i den andre si liding eller tilstand på ein intuitiv måte. Ikkje målretta slik bevisstheita er, men ein heilt open måte å vere til stades på. I sitatet over reflekterer informanten over kva som kan skje i ein



skjermingssituasjon. Slik eg tolkar det ho fortel, prøver ho på ein var måte å forstå pasienten sin veremåte i situasjonen. På mange måtar viser ho ein sensibilitet i forhold til sine observasjonar av pasienten, medan ho ved hjelp av bevisstheita prøver å få tak i kva pasienten sin måte å vere på, kan vere uttrykk for. Eg tolkar det slik at ho då viser ei intensjonal bevisstheit i situasjonen. Å sjå den andre si liding vil framkalle uro, merksemd og ansvar for den andre. Å vere til stades på ein sensibel eller kjenslevar måte, vil vere noko av det same som Martinsen (2000) kallar ”å se med hjertets øye”. Sansinga vår når hjartet, vi lar oss bli rørt, vi oppfattar og kjenner på den andre si smerte eller tilstand med uro. Dette vekker klinisk bevisstheit og etisk ansvar, og set i gong fagleg refleksjon og tolking. Sensibilitet er derfor kjelde til kunnskap og refleksjon. Den kan gi viktig informasjon om subjektive forhold og vere til hjelp for å sjå sjukdomsendringar. Dette er vesentleg for omsorga og behandlinga vi gir pasienten (jf. Nortvedt og Grimen 2004, Slettebø og Nortvedt 2006). Etisk skjønns har sitt grunnlag i evnen til ”emosjonell berøring”, innleving i den andre sin tilstand og erfaring. Med hjelp av desse eigenskapane og ferdigheitene kan ein få kunnskap og innsikt i andre si situasjonsoppleving (Nortvedt 2006). Sitatet over viser nettopp korleis informanten let seg ”berøre” av pasienten sin måte å vere på, og der ho heile tida prøver å få innsikt i pasienten si situasjonsoppleving. Jo betre informanten kan forstå pasienten sine uttrykksformer, jo betre vert ho i stand til å gi ei hjelp som pasienten er tent med.

Ein av dei andre informantane sa i forhold til situasjonar ”*hvor utagering ligg nært (å kunne skje)...*” at ho trur at det gjer situasjonen tryggare for pasienten at han ”*føler seg tatt på alvor. Eller (at ho) prøver å sette seg inn i hvordan pasienten sin opplevelse (er)*”. Vidare legg ho vekt på ”*Det å vise verdighet...*”. Slik eg forstår denne informanten sine utsegn, omhandlar dei det same som utsegnet til informanten i det førre sitatet. Informanten er tydeleg på kor viktig det er å sette seg inn i pasienten si oppleving av situasjonen, det vil seie å ha ei empatisk tilnærming til pasienten. I tillegg vektlegg ho det å vise pasienten verdighet. Det tolkar eg som at ein må ta pasienten sine uttrykksformer på alvor (jf. Skjervheim 2001). Nettopp dette kan opplevast som vanskeleg i situasjonar der pasienten har psykotiske opplevingar, fordi ein pleiar som regel ikkje har psykoseerfaringar sjøl. Men som pleiar kan ein kanskje kjenne igjen angsten og uroa fordi dette er fenomen alle har erfart, og som ein veit er ubehagelege opplevingar. I tillegg har ein som psykiatrisk sjukepleiar god teoretisk innsikt i og praktisk erfaring med korleis psykosar kan komme til uttrykk, og dette er sjølsagt og til hjelp når ein skal prøve å forstå pasienten sin situasjon. Utfordringa ein har som pleiar er å ta vare på pasienten så godt som muleg.

Fleire av informantane mine kjem inn på kor viktig det er å få ei god situasjonsforståing under skjerming, og at ein kvar situasjon har med seg ulike utfordringar i forhold til å forstå pasienten på ein måte som kan skape tryggleik. Ein av informantane sa følgjande i høve til dette:

*”Noen synest det er veldig godt å diskutere mye, for da føler de at de har noe å si for behandlinga, mens andre synest at det er greit at andre tar alle avgjørelser ... Ja, hvis vi viser trygghet, så blir de også trygge”*

Denne informanten har reflektert over sine erfaringar frå skjerming av pasientar. Ho ser at det er pasienten sin tilstand og liding som avgjer kva som vert viktig å gjere som pleiar. Nokre gongar trekkast pasienten aktivt inn i behandlinga, medan andre gongar er det andre som tar avgjerslene. Begge måtar å halde seg til pasienten på har som mål å gi pasienten tryggleik, men det er pasienten sitt uttrykk i situasjonen som avgjer kva som vert riktig måte å opptre på for pleiaren. For å bruke Martinsen (2000) sin terminologi, må pleiaren sjå pasienten sin situasjon med ”hjertes øye”. Martinsen (2000) bruker i boka ”Øyet og kallet” Jesus si forteljing frå Bibelen om ”Den barmhjertige samaritan” for å forklare korleis vi kan sjå og prøve å forstå andre på ein god måte. Ho skriv:

*”Den skadde mannens lidelse blir nærgående for samaritanen. Det blir påtrengende at den andre vil samaritanen noe. Samaritanens sansing fortettes til et inntrykk, og han blir oppmerksom på den skadde mannen. Å se med hjertets øye, med det deltakende oppmerksomme øye, får den andre til å tre frem som betydningsfull. Den etiske fordring kommer inn på livet av samaritanen, som nødes til å svare på den ved å handle praktisk. Samaritanen så med hjertets øye, med hele kroppen, som var smertelig åpen og mottakende, vendt mot den andre, oppmerksomt for også med tanke og vilje å forsøke og forstå hva som er på spill. Noe forenklet kan man si at samaritanen sanset og forsto ut fra en grunnerfaring om å beskytte og ta vare på liv (Martinsen 2000:21).*

Martinsen (2003) legg vekt på at daglegdagse erfaringar som å vere kvalm eller falle å slå seg, kan hjelpe oss til å forstå andre si liding. Vi kan snakke om ulike typar forståing. Det å forstå nokon si liding er primærforståing, slik samaritanen forstod situasjonen til den skadde mannen gjennom å sjå han og la seg røre. Om det ”å forstå” refererer Gulddal og Møller (1999) til Heidegger<sup>52</sup> som seier at dette ikkje handlar om forståing som vi til dømes brukar til tekstforståing, men om:

*”... eksistensial forståelse – forståelse af ens væren og muligheder, og af den verden, man lever i. Forståelsen er altså ikke noget, der har en begyndelse og en slutning, som var den rationelt argument eller en diskursiv tankerække; den er selve den måde, vi orienterer os på i vores verden og i vores væren” (Gulddal og Møller 1999:31)*

---

<sup>52</sup> Gulddal og Møller (1999) oppgir ikkje eksakt kjelde til Heidegger, men viser til fleire kjelder på side 291.

All anna forståing er sekundderforståing, slik som det å forstå ein tekst (Gulddal og Møller 1999). Det informantane mine fortel, er uttrykk for ei eksistensial forståing. Det dei snakkar om er korleis skjermings situasjonen kan opplevast av pasientane, og korleis dei sjøle opplever å vere i slike situasjonar. I følgje Gulddal og Møller handlar dette ikkje om å forstå eller ikkje forstå, men om å forstå godt eller ikkje så godt, eller å forstå eller misforstå. Allmenn forståing kan trenast, utviklast og lærast. Vidare meiner dei at forståing kan formulerast som eit sett av reglar og det treng ikkje vere ein eigenskap ein har. I moderne hermeneutikk er det vanleg å tenke at evne til riktig fortolking av det vi held oss til, er ein manifestasjon av sansen Aristoteles<sup>53</sup> kalla for "phronesis". Denne sansen gir oss evne til å forholde oss til ein situasjon eller ei sak på ein god og passande måte. I følgje Gulddal og Møller (1999) er dette ein type "fingerspissfølelse", heller enn ein abstrakt viten. Det er ei slik "fingerspissfølelse" informantane i stor grad uttrykker når dei fortel om kva som er viktig for å tolke signala og ytringane frå pasienten på ein best mulig måte.

Kva kan så ligge i denne "fingerspissfølelsen"? Slik eg forstår det, vil det seie å ha ein heilskapleg kompetanse i høve til eigen praksis, noko eg allereie har omtalt som "fortrolighetskunnskap". Dette er ein internalisert kunnskap som vi får tilgang til på ulike måtar, og som vi tar i bruk utan heilt å kunne artikulere den, som omtalt side 96. Å ha tileigna seg denne kunnskapen vil seie å kunne bruke den på ein klok og riktig måte. Else Lykkeslett<sup>54</sup> (2003) skriv om praksiskunnskap i doktorgradsavhandlinga si. Lykkeslett er opptatt av Aristoteles (1999) sitt uttrykk "phronesis", som vil seie handlingsklokskap. "Phronesis" er ikkje ein kunnskap i seg sjøl. "Phronesis" eller klokskap omhandlar korleis ein brukar kunnskapen sin. Klokskap er å bruke kunnskapen sin på ein god og fornuftig måte i den konkrete situasjonen, slik eg meiner informantane mine gir uttrykk for. Lykkeslett (2003) skriv at for å handle klokt, er ein avhengig av reiskapar. Med reiskapar meiner ho kunnskap, og ho viser i denne samanhengen til Aristoteles sine begrep "techne" som er praktisk kunnskap eller handverkskunnskap, og "episteme" som er vitenskapleg kunnskap. I tillegg til å ha desse kunnskapane må ein kunne gjere ei god situasjonsdøming for å kunne handle klokt. "Synesis" er Aristoteles sitt begrep for analyse av situasjonen. "Synesis" vil seie å skaffe seg innsikt for å kunne fange inn situasjonen og for å kunne sjå korleis situasjonen, er og kva muligheiter som ligg i situasjonen. Aristoteles seier at det alltid vil ligge ein "Synesis"-dimmensjon i "Phronesis", sjøl om "Synesis" kjem før "Phronesis". Å handle klokt vil ut frå

---

<sup>53</sup> Aristoteles er omtalt i Gulddal og Møller (1999), men dei oppgir ikkje kjelde.

<sup>54</sup> Else Lykkeslett er dr.polit og førsteamanuensis ved Høgskulen i Molde

dette seie å skaffe seg innsikt i situasjonen, tolke den og bruke dei ulike kunnskapane sine til å handle slik det moralsk sett er riktig i den konkrete situasjonen. Det vil seie å ville gjere det gode (Lykkeslett 2003). Ein kvar situasjonen er unik og kan såleis gi ny kunnskap, og krev nye handlingsmåtar (jf. det eg omtalte i samband med å vise til Schön side 98). Eg synest dette kom godt til uttrykk i det ein av informantane sa:

*”Når hun begynner å bli bedre, er det veldig vanskelig om det å skjerme pasienten ... helt for inntrykk og mennesker, om det er bra, eller om hun da blir mer urolig av det?”*

Informanten reflekterer omkring ein situasjon som var vanskeleg å handtere på ein god måte. Ho set spørsmål ved om det var riktig å skjerme ein pasient som viste teikn til betring, fordi ho var usikker på om skjerminga kan gjere pasienten sin situasjon betre eller verre. Eg vil knyte det informanten i dette siste sitatet sa til Molander (1998) sin omtale av ”kunnskap i handling”. ”Kunnskap i handling” vil seie, slik eg forstår det, at ein er i ein type dialog med situasjonen. Med dette oppfattar eg at ein tar i bruk kunnskapen og erfaringane ein har frå før, men på hermeneutisk vis, om ein kan seie det slik. Ein må vere villig til å handle annleis i den aktuelle situasjonen, enn ein nokon gong har gjort tidlegare, dersom situasjonen krev det. Det veit vi ikkje ut frå sitatet. Mi erfaring er at det i mange situasjonar ikkje finnast klare svar på korleis ein skal handle. Schön (2001) sitt begrep ”refleksjon i handling” kan vere relevant her, om refleksjonane ho uttrykker vart gjort i situasjonane med denne pasienten. Det kan vi ikkje vite ut frå sitatet, men det å reflektere saman med pasienten om den aktuelle situasjonen kan vere ein god måte å finne ut av kva som er beste løysinga, ut frå mi erfaring. Det som er klart, er at informanten i ettertid reflekterer over denne type situasjonar, noko som kan knytast til Schön (2001) sin omtale av ”refleksjon over handling”, som skjer i ettertid. Slike refleksjonar kan vere med å skape ei auka bevisstheit i høve til handteringa av situasjonen og dermed kunnskap ein kan ta med seg vidare til nye situasjonar.

### **6.3 Å ikkje forstå det på same måte**

Fleire av informantane mine snakka om kor vanskeleg det kan vere å få ei god situasjonsforståing når ein sit saman med pasienten under skjerming, og når pasienten har mange psykotiske opplevingar. Det blir vanskeleg for pleiarane å skjønne kva pasienten opplever og forstår. Ein av informantane sa at pasientane sitt sinne, sin frustrasjon eller aggresjon kan vere: *”... fortvilelse i forhold til seg selv og andre som ikke forstår han akkurat nå ...”*. Vidare sa ho at nokre gonger er ikkje pasientar mottakeleg for så mange forklaringar. Pasienten kan vere: *”... så psykotisk at alt som blir sagt ... blir forvrengt”*, og at: *”Han er*

*veldig veldig forvirra og ikke forstår noen ting, nesten.*” Kommunikasjon kan vere eit stort problem for ein som har psykotiske opplevingar, og dermed og for dei som skal hjelpe. Når ein er psykotisk vert samhandling og kommunikasjon med og forståing av nære personar og omgivnadane endra (jf. Hummelvold 2004, Cullberg 2001). Ein må kjempe for å halde kontroll over seg sjøl og det uangripelege og ofte truande som skjer. Som pleiar er utfordringa å verte kjend med pasienten si verkelegheitsoppfatning og å hjelpe pasienten til å få eit nytt fotfeste i vår felles verkelegheit, men ikkje meint som realitetsorientering<sup>55</sup>.

Realitetsorientering kan gjere den psykotiske endå meir einsam, fordi hans verkelegheit ikkje er den same som pleiarane si verkelegheit. Om pleiaren skal ”påtvinge” pasienten si verkelegheitsforståing, vil kommunikasjonen bryte saman, fordi det vert umuleg for pasienten å forstå verkelegheita slik pleiarane forstår den. Det er viktig som pasient, med psykotisk lidning, å få fortelje om si oppleving av si verkelegheit, og at opplevingane vert tatt på alvor (jf. Hummelvold 2004). I høve til realitetsorientering skriv Strand (1992) at det er stor fare for at pasienten kjenner seg avvist ved realitetsorientering. Slik eg kjenner realitesorientering i praktisk bruk, har denne måten å kommunisere på, ofte eit korrektiv i seg. Med det meiner eg at ein både direkte og indirekte kan formidle at pasienten si forståing av verkelegheita er feil. Om ein ønsker å forsøke å forstå kva pasienten forstår i sine psykotiske opplevingar, vil det å korrigere det pasienten fortel, kunne medføre at pasienten ikkje lenger vil fortelje. Strand (1992) omtalar ein måte å snakke om verkelegheita på som gjer at ein kan unngå ein kamp mellom pasient og pleiar om kven som har rett oppfatning. Ho legg vekt på at for pleiaren vil det vere viktig å gripe tak i den mest dominerande følelsen ein trur pasienten har, ut frå det han fortel. Å knyte pasienten meir til det som kan oppfattast som ”den felles verkelegheita” må vente litt, skriv Strand. Først er det viktig å knyte kontakt mellom pleiar og pasient. Neste trinn i kommunikasjonen er i følgje Strand (1992) at pleiaren fortel korleis ho sjøl opplever verkelegheita. Dette må gjerast utan å meine noko om pasienten sin versjon av verkelegheita. Samtidig som ein sjøl har ei anna oppleving, kan ein ta pasienten si oppleving på alvor. Om pasienten på grunn av sine psykotiske opplevingar til dømes uttrykker redsel, kan ein som pleiar skjønne at det som pasienten er redd for, ikkje er reelt. Likevel må ein ta pasienten si oppleving av redsel på alvor. Det kan ein gjere ved å snakke med pasienten om denne opplevinga. Ein kan vere hos pasienten, og ein kan vise at ein er tilgjengeleg om pasienten ønske at ein er til stades. Ein av informantane sa følgjande om kor utfordrande det kan vere når

---

<sup>55</sup> Realitetsorientering (RO) er ein terapiform som er introdusert på miden av 1960-talet av amerikanarene Taulbee og Folsom (1966). Terapiforma er knytt til både måten å kommunisere på, og måten å organisere omgivnadane for pasienten på. I denne samanhengen er det kommunikasjonen i RO som er av spesiell interesse, og kor ein i kommunikasjonen skal fokusere på verkelegheita ”her-og-no”.

ein som pleiar opplever at pasienten si oppleving av verkelegheita er forskjellig frå si eiga oppleving:

*”Men når jeg så hvor engstelig og hvor redd han var, og fortvila ... og det viste seg jo ... etter hvert ... det at han egentlig ikke begrep hvor han var henne eller hva vi gjorde her ...”.*

Å kommunisere og å forstå kva som ligg bak mange av ytringane når eit menneske er prega av psykotiske opplevingar, kan vere ei stor utfordring. Jaer (2004:26) har skrive dette frå eiga erfaring med å vere psykotisk: *”Jeg spør fuglene om jeg skal fortsette å snakke. Jeg får nei til svar. Jeg blir stum igjen. I tre måneder”*. Brudal (2000) viser til eit intervju med den kjente forfattere Paulo Coelho i Aftenposten 9. januar 2000, der Coelho fortel at han sjølv i årevis har vore plaga med psykotiske kriser. Han sa at: *”Galskap er manglende evne til å kommunisere”*. Språket er eit viktig grunnlag for samhandling og forståing av kvarandre. I forhold til dette skriv Skjervheim at:

*”Våre konstateringar av fakta festar vi i språklege formuleringar, like eins våre vurderingar, rettleingar og påbod. Det er språket som gjer at vi har ei sams verd; forstår vi ikkje språket til kvarandre, lever vi i kvar vår verd, utan anna enn overflatisk kontakt” (2001:71).*

Skjervheim skriv at å ta kvarandre alvorleg vil seie å engasjere seg i det den andre seier. Utan å gjere det, objektiviserer vi kvarandre. Han seier at det vil vere det same som å konstatere at den andre lagar lydar, men at ein ikkje høyrer etter kva han seier<sup>56</sup>. Å forstå eller klare å engasjere seg i ”psykotisk snakk” kan vere vanskeleg. Å erklære ytringar til berre å vere psykotisk snakk vil, slik eg forstår Skjervheim si tenking, vere å objektivere pasienten. I dette ligg det ei avvisning. Det pasienten uttrykker vert då sett på som eit uttrykk for sjukdommen, og ikkje meiningsfulle ytringar. Om ein høyrer etter kva ord som vert brukte, kan ein kanskje finne mening. Andersen (1996) skriv at det kan vere meiningsfylt å stoppe opp ved eit ord som går igjen, og spørje kva tyding det kan ha for den andre. Mi erfaring frå samtalar med pasientar som har vore psykotiske, er i samsvar med dette. Ordet eller uttrykket kan brukast til å ”nøste” seg fram til eit felles meiningsinnhald. Dette kan kanskje vere aktuelt i situasjonar som liknar den ein av informantane fortalte om, der ein pasient med psykotiske opplevingar gjentok det same om og om igjen:

---

<sup>56</sup> Han forklarar dette utførleg, noko eg har omtalt i underkapittel 3.4 , der eg og har brukt det same sitatet.



*”... du får høre det samme tingene om att og om att. Noen ganger er det som en kvern som går. Det bare male og male, (ikke) sant. Det er sånn at du må bare tømme hodet. Du får høre veldig mye på kort tid, på en måte ...”*

Når informanten seier: *”Det er sånn at du må bare tømme hodet”*, så oppfattar eg det slik at pleiaren treng å komme seg ut av situasjonen og få ein pause. Å vere til stades i ein slik skjermingssituasjon høyrast nokså krevjande ut. På grunn av pasienten sin gjentakande tale vert det vanskeleg å konsentrere seg om kva han seier. Mi erfaring er at i slike situasjonar som informanten omtalar, kan det vere vanskeleg å få tak i kva pasienten meiner med det han seier, men eg må likevel ta på alvor at pasienten forsøker å uttrykke noko. Det må heile tida vere ei utfordring for pleiaren å forsøke og forstå kva pasienten forstår. Den same informanten som eg viser til over, retta og merksemda mot kva ein som pleiar sier i samtale med pasientar med psykotiske lidningar. Ho sa: *”du må være litt sånn obs på hva du sier, hvordan du formulerer deg. Ja, så det ikke skal bli tolka i hytt og pine, og ... det blir det av og til”*. Informanten peikar her på at det å tolke meininga i det som vert sagt, kan vere vanskeleg ikkje berre for pleiarane, men og for pasientane. Pasientane kan på grunn av si eiga kaotiske oppleving av tilhøva, ha problemer med å forstå kva som vert sagt. Derfor må ein som pleiar vere bevisst på eigne formuleringar. Ein anna informant fortalte om ein pasient som snakka både *”på inn- og utpust”*, og som skifta tema fleire gongar i kvar setning. Informanten opplevde det derfor som vanskeleg å få tak i kva det var som vart sagt, og kva meining det hadde for vedkommende. Dei problema som pasientar med psykotiske lidningar kan oppleve, kan i følgje Hummelvold (2004) handle om indre kaos og om mangel på tillit til språket og andre menneske. Å opprette ny tillit til språket og til andre menneske gjennom samarbeid med pasienten, er ei av hovudmålsetjingane når ein arbeider med menneske som har psykotiske lidningar.

Lauveng fortel om erfaringane sine som pasient med psykotisk lidning at orda hennar ikkje var noko vert. Ho vart ikkje høyrd lenger. Ho skriv:

*” Det vonde var å sitte der, alene, og vite at alle ordene mine hadde mistet sin betydning og at jeg nå først og fremst var en schizofren pasient, og at det jeg sa ikke var til å regne med. Jeg var en sinnssyk og stemmen min talte ikke lenger” (2005:97).*

Dette oppfattar eg som eit sterkt utsegn og som ein kraftig kritikk av korleis ho vart møtt via språket sitt. Når alt det ein seier vert brukt som ei stadfesting av sjukdom, skjer det ei *”tingleggjering”* av pasienten. Det å ikkje verte rekna med, må vere ei svært vond oppleving. Ord og bruk av ord kan verte endra i pasienten si psykotiske verd (jf. Kringlen 2001), men om



dette var tilfelle i forhold til det Lauveng beskriv, veit eg ikkje noko om. Slik eg forstår det Lauveng skriv om her, handlar dette om at nokre av pleiarane ikkje tok henne alvorleg og ikkje var interessert i hennar verkelegheit og kva ho var opptatt av (jf. Skjervheim 2001). Ei liknande mangel på forståing kjem og fram i boka "Jeg lovet deg aldri en rosenhage" av Hannah Green (1988:117) då hovudpersonen Deborah ropte om hjelp fordi ho hadde så vondt i beina på grunn av at belta i beltesenga var for stramme. Ingen kom for å hjelpe. Deborah og ein medpasient meinte at ingen kom fordi: "... når gjerne folk hyl er det bare gjerne folk som hyl." Altså at det er ikkje noko å bry seg om, for "gjerne" folk hyl berre for å hyle og ikkje fordi dei har vondt i beina. Det er kanskje ikkje så rart om ein ikkje har tillit til språk eller til folk lenger etter slike erfaringar. Dette står i sterk kontrast til å gjere seg tillit<sup>57</sup> verdig og å få til eit samarbeid. Hummelvold (2004) vektlegg samarbeid med grunnlag i kommunikasjon og gjensidig forståing, og ikkje berre som verkemiddel i behandlinga, men og som mål i seg sjøl.

#### **6.4 "Det er liksom nummer en, egentlig - trygghet"**

Tittelen på dette underkapittelet er henta frå eit utsegn frå ein av informantane mine i samband med at ho fortel om kva ho ser som spesielt viktig for pasientar under skjerming. Ein annan informant kjem inn på noko av det same når ho seier: "*Det viktigste er å gi beskyttelse og støtte*". Omgrepa å beskytte og å støtte kjenner eg igjen frå min praksis som psykiatrisk sjukepleiar. Omgrepa er ofte brukte innan miljøterapi. Truleg stammar omgrepa frå tenkinga om miljøterapi til amerikanaren John Gunderson (1978). Gunderson legg vekt på fem ulike omsorgsnivå i si miljøterapitenking. Det første og det mest grunnleggande omsorgsprinsippet er å beskytte, det andre er støtte, det tredje handlar om struktur, det fjerde er engasjement og det siste er å gjere gyldig. Det er dei to første prinsippa til Gunderson informantane mine mest viser til.

På ulike måtar seier alle fire informantane at tryggleik, støtte og det å beskytte er viktig i skjermingsarbeid. Ein skjermingssituasjon er kompleks og vanskeleg. Den har mange ulike sider ved seg. Til dømes er det vesentleg å få tak i pasienten sine erfaringar "på vegen" inn til skjermingslokalet<sup>58</sup>, som tidlegare omtalt. I møte med eit menneske i krise som kan opplevast stor og uhandterleg, og der psykose er ein del av bilde, er det mykje for pleiarar å tenke på.

---

<sup>57</sup> Tillit som omgrep er forklart i underkapittel 3.3 og 6.4.1.

<sup>58</sup> Med "vegen inn til skjermingslokalet" meiner eg alt som har skjedd pasienten frå han begynte å få psykotiske opplevingar, omgivnadane sine reaksjonar på desse, samt eventuell polititransport og tvangsinnlegging i akuttposten. Det som har skjedd i posten i forkant av skjermingssituasjonen, er sjølsagt og viktig.

Det er derfor interessant å få kjenskap til kva informantane tenker er viktigast for pasienten i skjermingssituasjonen. Slik eg tolkar det informantane fortel, er tryggleiken til pasientane svært viktig for dei. Det å beskytte og støtte vil vere fundamentet for at pasienten skal oppnå ein følelse av tryggleik. Eg ser på det å beskytte og støtte som to samleomgrep for ulike måtar å opptre på og å iverksette tiltak på i skjermingssituasjonen. Informantane er opptatt av at både pasientane og dei sjøle som pleiarar skal kjenne seg trygge. Ut frå det dei fortel under intervjuet, oppfattar eg at dei ser det som sentralt at dei sjøle er trygge, om pasientane skal verte trygge. Ein av informantane seier dette slik:

*”Det synest jeg er viktig, å være seg selv og at man prøver å være trygg på den man er. Det smitter veldig ofte over på pasientene ... så det er viktig at du er trygg”.*

Informantane fortel om pasientar på skjerming som har ei endra oppleving av verda eller verkelegheita, og der ein i skjermingssituasjonen kan oppleve at pasienten har mista kontrollen, og at dei kjenne seg åleine med si oppleving. Dette gjer dei redde. Ikkje så sjeldan kan dette dreie seg om paranoide opplevingar. Ein av informantane fortel om korleis ein pasient uttrykte dette: *”... hvorfor står ho å ser sånn på meg, og hvorfor snakker dem sammen sånn?”*. Dette sitatet viser kor utrygg pasienten opplever seg i situasjonen, og kan vere eit døme på kvifor pleiarane er opptatte av å skape tryggleik for pasientane.

Lauveng fortel frå sine psykotiske opplevingar om ein angst ho ikkje greidde å sette ord på. Som lesar av boka hennar *”I morgen var jeg alltid en løve”* (2006) skjønar ein at ho må ha hatt mykje angst. Ho fortel til dømes at ho opplevde berre å ha ein pinnestol til å forsvare seg med mot ein heil ulveflokk som ho såg i psykosen sin, inne på det vesle rommet på sjukehuset. Psykoseopplevingar kan kjenneteiknast av stor angst, panikk, forvirring, redsel for kontakt og alvorlege kommunikasjonsproblem, i følgje Monsen (1991). Det Lauveng, Monsen og andre fortel om psykoseoppleving, høyrer ut som overveldande og svært vanskelege situasjonar å kome i. Jaer som har opplevd mange psykosar, fortel om slike opplevingar i bøkene sine. Han skriv blant anna:

*”... min første vrangforstilling. Jeg tror jeg er forgiftet av en kinesisk turist og at jeg skal dø. En helvetesnatt, en helvetesnatt blant mange”* (Jaer 2000:19).

Psykotiske opplevingar er skremmande og belastande. Dei opplevast både forstyrrende, hemmande og slitsame, i følgje Jordahl og Repål (1999).

Som nemnt kan innlegging i akuttpost og skjerming representere følelsar av krenking og avmakt (jf. Norvoll 2007). Mi erfaring er og, at innlegging i akuttpost og skjerming av pasienten, etterkvart kan representere noko meir positivt for pasienten. Det eg tenker på her, er at skjerminga kan vere med på å minske følelsen av angst og panikk hos pasientane, og gi dei meir positive erfaringar med folk. Når dette skjer er intensjonen med skjerminga innfridd. Måten skjerminga går føre seg på, har mykje å seie for pasienten si oppleving av den. Norvoll (2007) skriv i sin studie at personalet kunne gjere ”bøtende” arbeid i form av anerkjening, unnskulding, forklaring, dialog og reparerande handlingar. Ho fortel om ein pasient som både hadde blitt skjerma og tvangsmedisinert, men som i ettertid uttrykte ei forsoning i forhold til personalet og sa at han ikkje hadde skjønt kor dårleg han var i skjermingssituasjonen og at personalet hadde stilt mykje opp for han i ettertid. Mi erfaring er at det ofte er vanskeleg å skape gode og trygge skjermingssituasjonar for pasientane. Samtidig ser eg at skjerming av og til er påkrevd. Likevel skulle eg ønske at ein kunne hjelpe pasientane på andre måtar og eg meiner at skjermingstiltak berre må iverksettast når dette er absolutt nødvendig.

Fleire av informantane kom inn på at det å ha for mange ulike pleiarar å halde seg til, kan skape unødig forvirring og utryggleik. Ein av informantane uttrykte det slik:

*”Jeg merka hvor lite som skulle til der, og merka med en gang at jeg måtte prøve å slappe av i situasjonen, å vise og prøve å utstråle trygghet og ro, og ufarliggjøre situasjonen veldig for han. Han var utrolig var på nye ansikter ...”*

I tillegg til at denne informanten har fokus på kor viktig det er at pasienten skal sleppe å halde seg til for mange pleiarar når han vert skjerma, kjem ho inn på kor viktig det er at ho sjøl er trygg og roleg saman med pasienten. Dessutan er det viktig å ufarleggjere situasjonen for pasienten. På den andre sida såg fleire informantar det som viktig å ikkje vere for lenge hos pasienten om gangen, når skjermingssituasjonen var spesielt krevjande. Dei brukte å vere i lag med pasienten kvar sin halve eller heile time om gongen, men der eit fåtal pleiarar i varetok skjermingsoppgåva. Ein av informantane sa dette slik:

*”De pasienter som er skjerma, de er veldig ofte ... maniske eller veldig psykotiske. Så de kan være veldig aktive, så at ... (man blir) sliten. Det er det som jeg husker ... at vi er (på skjerming) bare en halvtime av gangen, men det er ofte nok av gangen en halv time ... når det er veldig intensivt. ... det er slitsomt og tøft, mange ganger. Men det hjelper når den tiden er begrenset, at du vet at du trenger ikke vere der så lenge. Så får du litt pause og så kommer du tilbake”.*

Ein annan informant presiserte at det er viktig å gå til skjermingsoppgåva ”med å i utgangspunktet ha et slags overskudd”, og indirekte er det det same som informanten over

omtalar. Informanten utdjupa utsegnet sitt med å fortelje om ein pasient dei hadde skjerma over lang tid. Det vart vanskeleg å gi pasienten god omsorg og tryggleik, blant anna fordi pleiarane vart utslitne. Informanten fortalte at:

*”Man kan ikke være sammen med denne dama dag på dag, time på time. For det gagne ingen. Det gagne ikke henne og det gagne ikke de som var sammen med henne”.*

Tre av informantane er opptatt av at det kan vere ein vanskeleg balansegang i skjermingsarbeid som varer over lang tid, å vurdere kor mange pleiarar som skal delta i arbeidet for at børa ikkje skal verte for stor og for at pasienten ikkje skal få for mange pleiarar å halde seg til. For å få god kontakt og oppnå betre tryggleik, kan det kreve at ein har ein del tid i lag med pasienten.

#### **6.4.1 Tillit som grunnlag for tryggleik**

Ein av informantane mine fortalte om korleis ho opplevde det å skjerme ein pasient som var ny for henne. Ho sa at:

*”Når du får en ny pasient ... skal du på en måte bli avvist litt og kanskje få passet påskrevet littegrann, også. Da er det noe med å tørre å stå i det, og klare å stå i det, og komme tilbake og vise at du ikke lar deg knekke ... Det er på en måte å utstråle en slags trygghet. Og det kan være en utfordring ...”<sup>59</sup>*

Det informanten seier her, forstår eg slik at ho legg vekt på å kunne tole å vere i skjermingssituasjonar som ho opplever som vanskelege. Spesielt vanskeleg kan det vere når ein må skjerme ein pasient ein ikkje kjenner frå før. I ein slik fase der ein kjenner kvarandre lite, kan ein likevel hjelpe fordi ein ser lidinga hos pasienten, og i den ligg fordringa om å hjelpe. I boka ”Den etiske fordring” (1991) av den danske teologen og filosofen K. E. Løgstrup, skriv han at ”fordringen” ligger i å ta vare på livet til den andre. Martinsen (1996) skriv at fordringa oppstår når ein er tru mot tilliten eller ein av dei andre suverene livsytringane. Den danske sjukepleiaren og forskaren Merry Scheel (1985) trekker fram at ”den etiske fordring” ikkje berre inneheld det å forstå kva den andre seier, noko som er ei utfordring når pasienten er psykotisk, men og å tyde innhaldet i samtalen. ”Den etiske fordring” er heller ikkje å få informasjon eller svar på spørsmåla sine. Å møte ”den etiske fordringa” vil seie å ta i mot tilliten, eller å ta i mot det andre mennesket sitt ”selv”. Sagt med andre ord; den ”tone” det andre menneske legg i samtalen. Vidare skriv ho at viss ein ikkje høyrer eller vil høyre det andre mennesket sin tone, inneberer det at det andre mennesket som

---

<sup>59</sup> Eg har brukt dette sitatet tidlegare i ein annan smanheng, men eg finn at sitatet og passsar her, men då forstått på ein noko anna måte.

person vert avvist, eller at ein ikkje ser den andre sin personlegdom (jf. Skjervheim 2001). Slik eg ser det, kan ein person som kjenne seg avvist, ikkje kjenne seg trygg.

Mi erfaring er at i møte med psykotiske pasientar, kan det av og til vere pasienten sin mistillit til meg som pleiar, som kjenneteiknar det første møtet. Dette kan ha samanheng med at pasienten kan ha opplevd grunnar for mistillit til andre menneske, som til dømes når han vart lagt inn i akuttpost mot sin vilje. I følgje Martinsen (1992) som viser til Løgstrup (1956), oppstår mistillit som mangel på tillit, og at mistillit krev ei grunngeving. Martinsen seier at når vi møter kvarandre som ukjende første gongen, møter vi kvarandre med ein gjensidig ”forbeholden tillit”. Ho viser til Løgstrup (1956) som skriv om ”forbeholden tillit” at vi reserverer oss og slepper oss ikkje laus i høve til kvarandre. Løgstrup legg vekt på at vi må respektere den andre sin ”forbeholdenhet” og vise oss tilliten verdig. Med interesse og ved å prøve å finne fram til kva den andre er best tent med, kan vi verte tilliten verdig. Med ei uoppriktig interesse kan mistillit oppstå (Martinsen 1992). Ein informant fortel i intervjuet at det er viktig å tydeleggjere seg sjøl som person. Med det forstår eg at informanten vil framstå som ein person som pasienten lettast muleg kan skjøne, og oppfatte som ein han kan stole på og som vil pasienten det beste. Ein må vere tydeleg slik at ein kan skape tryggleik i situasjonen. Mi erfaring er den same som hos denne informanten, men eg vil vektlegge at ein må vere tydeleg på ein vennleg måte. Vert ein for lite var på pasienten si oppleving i situasjonen, kan dette forverre pasienten si oppleving av å verte skjerma og slik kan det bli mindre tryggleik i situasjonen. Dette seier ein av informantane noko om. Ho fortel:

*”Altså, jo mer firkanta, jo mer grenser du skulle sette for han, jo mer pågående og utflytende ble han. Hvis du var litt fleksibel i forhold til han ... hvis man bare lot han få litt tid på seg ... så klarte han selv å trekke seg tilbake”.*

Det er viktig for at skjermingssituasjonen skal verte så god som muleg at pasienten og pleiaren har tillit til kvarandre. Tillit er ein grunnleggande verdi som ikkje treng grunngeving og som det ligg ei fordring i om å verte tatt vare på. Våre liv hadde vorte øydelagde utan tillit til kvarandre, i følgje Løgstrup (2000). Han skriv:

*”Det hører til vårt menneskeliv at vi normalt møtes med en naturlig tillit til hverandre. (...) Det skal spesielle omstendigheter til for at vi skal møte en fremmed med forutinntatt mistillit” (Løgstrup 2000:29).*

Dei spesielle omstenda Løgstrup omtalar i høve til at mistillit kan oppstå, er mange gongar til stades ved skjerming på grunn av tvangen som ligg i situasjonen. Ein informant sa at:

*”Hvis du er veldig sånn grensesettende, klar og tydelig, så kan du på en måte frem provosere (uro?), altså, det at du kanskje ikke aksepterer ting pasienten sier. Da er det viktig å være fleksibel og imøtekommende. Altså, før du har fått tillit og har blitt kjent, da er du et steg på veien til å bli kjent. Da synes jeg at man skal være litt forsiktig, og jeg synes det fungerer, i alle fall i forhold til skjerming. Litt avventende, (ikkje) sant, der pasienten kommer med utspill, og da skal man være litt forsiktig ... Når pasienten er utrygg og gir veldig klart uttrykk for det, så må man jo støtte og passe på pasienten”.*

Slik eg tolkar det pleiaren seier her, så snakkar ho om at ein må vere fleksibel og imøtekomande for at tillit skal kunne prege skjermingssituasjonen. Spesielt blir det viktig å møte pasienten sin veremåte på ein forsiktig eller litt avventende måte når ein ikkje kjenner pasienten. Når informanten seier at ein kanskje ikkje aksepterer det pasienten seier, meiner eg at dette må forståast ut frå at pasienten og pleiaren kan oppleve verkelegheita totalt forskjellig. Ein kan da lett verte freista til å korrigere pasienten si oppleving av si verd. Om en gjer dette, tar ein ikkje pasienten si oppleving på alvor. Informanten meinte at det sentrale i relasjonen må vere å støtte og passe på. Om pasienten opplever at pleiaren vil pasienten det beste ”på veien til det å bli kjent”, så vil kanskje mistillit endre seg til tillit.

#### **6.4.2 Eit positivt sjølbilde som grunnlag for tryggleik**

Det kan vere ei stor utfordring å få ei god situasjonsforståing når pasienten er heilt ny for ein. Den psykiatriske sjukepleiaren Aslaug Helland skriv om korleis det kan vere å møte psykotiske pasientar i starten av ei innlegging i ein akuttpost. Ho skriv:

*”Møte med psykotiske pasienter er ofte skremmende i starten. Som sykepleier vet du at pasienten – akkurat som du selv – har noe positivt og noe negativt innebygd i sin personlighet. Dermed har du muligheten til å velge å la det positive dominere førstinntrykket” (1993:149).*

Det som Helland påpeikar her, ser eg i samanheng med det å kunne sjå personen bak sjukdomen. Det positive som ho omtalar, tolkar eg som å klare å sjå noko av personlegdomen og dei positive eigenskapane som pasienten har. Sørli *et al.*(2005) skriv at pleiarar er knytt til pasientane sine gjennom møta deira, og at utfordringa blir å ta vare på eller skape det gode som ligg latent i situasjonen. Slik eg ser det, kan det gode vere det positive som pasienten har i personlegdomen sin, men som hos ein pasient i psykotisk krise kan vere skjult av lidinga. Ein av informantane fortel om dette på ein litt anna måte:

*” (Jeg) prøver å holde ei grense når jeg synest ho går for langt. Når ho er ufin, så prøver jeg heller å appellere til ... personen som er bak den her sykdommen eller bak fasaden”.*

Når informanten her fortel at ho prøver å sette grenser når ho opplever at pasienten ”går for langt”, så ser eg på dette som ein måte å regelstyre samtalen og dermed relasjonen på.

Samtidig gjer ho dette på ein måte som eg oppfattar som ikkje direkte korrigerande. Ho prøvde å dreie samtalen mot noko som kan få fram personen bak sjukdomen, utan at ho her seier noko nærare om kva ho eigentleg gjorde. Seinare i samtalen utdjupar ho korleis ho av og til klarte å sette grenser ved å dreie samtalen mot noko meir positivt. Informanten fortalte at pasienten til dømes kunne snakke varmt om henne, men nedlatande om ein annan pleiar. Det ho då gjorde, var å snakke varmt om den pleiaren pasienten snakkar negativt om, men utan å direkte irettesette pasienten på hans oppleving av pleiaren. Slik eg forstår dette, så viser pleiaren at ho ikkje avviser det pasienten seier, men kanskje kan informanten sin positive omtale av pleiaren det vert snakka om, påverke pasienten sitt syn på pleiaren i ei meir positiv retning. Ein kan diskutere om dette er ein riktig måte å møte slike utfordringar på. Eg finn det vanskeleg å kunne gi eit eksakt svar på kva som er riktig måte å komme ut av ein slik situasjon på, da dette vil vere situasjonsavhengig. Til dømes må pasienten sine reaksjonar på å verte indirekte motsagt komme med i vurderingane.

Ein anna informant fortalte og om korleis ho sette grenser for å i vareta pasienten sitt sjølbilde. Ho snakka om ein pasient som kunne snakke ufint og vere ”små-aggressiv”. Det ho då gjorde, var å sette grenser for kva ho godtok av denne form for samtale. Dette gjorde ho for at pasienten skulle sleppe å få for mykje negativ respons på utsegna sine, både frå ho og andre pleiarar. Informanten stoppa pasienten sine negative utsegn før det utvikla seg for langt. Det som informantane her tok opp i samtalen med meg, dreier seg om skjermingssituasjonar der grenser må settast. Pasientane sine negative utsegn, kan vere uttrykk for mistillit til pleiaren eller pleiarane. Martinsen skriv at om mistillit har oppstått, må ein regelstyre relasjonen for å hindre at mistilliten vert større (Martinsen 1992). Slik eg oppfatta det pleiarane snakka om, så er grensene dei sette i situasjonen ein måte å regelstyre relasjonen til pasienten på. Dei vert på den måten tydelege for pasienten. Samtidig prøvde dei å ta vare på personen bak sjukdomen. Vatne (2003) skil mellom to ulike perspektiv hos pleiarane når det gjeld grensesetting. Ho omtalar desse perspektiva som ”det korrigerende-” og ”det anerkjennende perspektiv”. ”Det korrigerende perspektiv” er i stor grad retta mot struktur og å korrigere avvikande pasientframferd, medan ”det anerkjennende perspektiv” er meir retta mot at pasientar med psykisk lidning er sårbare på grunn av at dei tidlegare har opplevd traumatiske relasjonar, og difor har utvikla eit skjørt sjølbilde. Slik eg her oppfattar det informantane snakka om, var begge desse perspektiva til stades på same tid. Det er ein kombinasjon av grensesetting og det å ta vare på pasienten på eit meir følelsemessig plan som kjem til uttrykk i det dei seier. Slik eg forstår informantane, prøvde dei å få fram noko av pasienten sin personlegdom.



Ein av dei andre informantane sa at det er eit mål å gjere ting enkelt for pasienten under skjerming. Slik eg forstår henne, skal tilvære for pasienten verte enklare når han er skjerna, enn det var før han vart skjerna. Det vil seie at tilværet under skjerming skal innehalde mindre krav og kaos. Eit møte med venlege, fleksible, lyttande og respekterande pleiarar vil vere tillitsvekkande og kan vere med å styrke pasienten sitt sjølbilde (jf. Hummelvold 2004). Ein av informantane sa dette:

*”Det å vise innlevelsessevne, det at man viser interesse for pasienten ... det er viktig for å få ein god kontakt vidare, og det er viktig å vise at man lytter. For man erfarer ofte at man trenger ikke alltid å snakke så forferdelig mye heller, med pasientene. Ofte har de så mye å fortelle selv, og da viser man at man kan lytte og gi de litt tilbake på en del av det de sier. Det kan jo på en måte rydde litt opp i kaoset og tankene ... som bidrar til klarhet og trygghet, og grenser, på en måte. Det at man ser hvor hen du står.”*

Denne informanten meinte er at det er viktig som pleiar å vere ein som kan lytte og gi tilbakemelding på det pasienten seier. Informanten meinte at ein slik måte å verte møtt på, kan hjelpe pasienten til å rydde litt i tankekaoset. Med å lytte og vise interesse, forstår eg å skape eit rom for pasienten til å kunne meddele seg, ta initiativ og få tilbakemelding. Det er viktig for oss alle å få tilbakemelding, og det kjennast godt å verte sett og høyrte. Ved at nokon lyttar til kva ein har å seie, får ein sett ord på ein del tankar og opplevingar. Pasienten får på den måten kanskje til å jobbe seg fram til nye måtar å sjå seg sjøl og omgivnadane på, og dermed orientere seg betre. Vidare sa informanten at: *”vi kan bekrefte deres opplevelse og gi de tilbake ... at de kan speile seg i oss”*. Det er i samsvar med det Hummelvold (2004) seier om å vere eit *”speilingsobjekt”*, det vil seie å møte følelsar og utspel frå pasienten på ein bekræftane og i møtekommande måte, slik at han kan *”finne seg sjøl igjen”*, slik eg forstår det. Menneske under tvang og med psykiske lidningar har ofte eit dårleg sjølbilde og ein dårleg sjøltillit. Pleiarar har ein viss mogelegheit til å vere med å bygge opp igjen noko av sjølfølelsen. Gjennom å prøve å forstå personen si verkelegheitsoppfatting og sjøloppfatting, kan hjelparar vere med på å stimulere personen si eigaomsorg og fungere som støtte til personleg vekst (jf. Hummelvold 2004).

Ein av dei andre informantane kjem og inn på dette. Ho seier at pleiarane skal legge til rette slik at det vert muleg for pasienten å finne ro, og dermed få anledning til å samle seg og for å styrke sjølbilde sitt. Det vil ho gjere ved å halde fast ved det som fungerer bra hos pasienten, og å fokusere minst muleg på negativ framferd. Ho seier og at ho prøver å nå pasienten sine friske sider i samtale med han. Vidare seier ho at ho må tole å vere i vanskelege situasjonar saman med pasienten. Ho må kunne ta imot frustrasjonar, klare å stå i situasjonane og halde ut

i lag med pasienten. Slik eg oppfattar dette, gir informanten gjennom dette uttrykk for ei haldning om at ho ser pasienten som eit sjølstendig menneske som skal få styre mest muleg sjøl. Pleiarar skal ta over minst muleg og vere bevisst korleis dei er i lag med pasienten, og kva dei fokuserer på. Ved at pleiarar er støttande og lyttande interesserte, gir ein pasienten høve til å ta tak i det som er vanskeleg og å sjøl komme vidare. Dette kan vere med å gi større tryggleik i forhold til verda, og ikkje minst i forhold til seg sjøl (jf. Holte 2001). Hummelvold (2004) skriv at det er vesentleg at sjukepleiarar møter pasientar med ei lyttande og anerkjennande haldning. Vidare legg han vekt på at det er viktig at sjukepleiaren viser i praksis at ho er til å stole på. Er pleiarane faste og gode haldepunkt som pasienten kan stole på, kan dei vere eit slags orienteringpunkt. Dette er i samsvar med det Haugsgjerd skriv om at ein har gjerne eit stort behov for å uttrykke seg i psykotisk tilstand, men at det kan vere vanskeleg. Han skriv dette slik:

*”Å befinne seg i en psykotisk tilstand er som regel skremmende og forvirrende, man føler seg alene og utsatt for opplevelser som er vanskelig å meddele til andre. Men samtidig har man ofte et sterkt ønske om å meddele seg, for å skape orden i tanker og følelser og for å nå ut til andre mennesker”*  
(1990:107).

I ein sårbar situasjon, som psykoseopplevingane ofte skaper for pasienten, er det Haugsgjerd (1990) skriv her viktig i forhold til at pasienten kan få rette opp att sjølbildet sitt. Ved at pasienten klarar å skape orden i tankar og følelsar, vil han lettare kunne uttrykke desse til andre menneske. Slik eg ser det, vil dette vere med å auke pasienten si oppleving av tryggleik i skjermingssituasjonen.

## 7.0 AVSLUTTING

Problemstillinga mi: ”Kva kan vere best muleg skjerming for personar i psykotisk krise?” fordrar eit fokus både på skjermingsarbeid og på kva det vil seie å verte utsett for skjermingstiltaket. Eg spurte informantane om å fortelje om erfaringane deira frå skjermingsarbeid. Det er deira erfaringer og refleksjonar eg har fokusert på i oppgåva. Skjermingsarbeid er krevjande fordi skjermingstiltaket er svært inngripande i tilværet til pasientane som vert utsette for det. Pasientane er i ein tilstand i livet som er svært vanskeleg og som gjer dei spesielt sårbare. For å kunne gjere eit godt skjermingsarbeid må ein vere opptatt av korleis pasienten opplever seg møtt og korleis ein utfører dette arbeidet. Ansvaret er stort på pleiarar i ein slik situasjon. Dei må overprøve delar av pasienten sin autonomi og ofte må dei ta over pasienten sitt ansvar i ulike daglegdagse situasjonar. Pasienten treng å bli tatt vare på, og han treng omsorg og behandling. Martinsen siterer Nina Tange Kristensen (1988) som skriv om å vere merksam. Eg synest at ho på same tid omtalar essensen ved situasjonsforståing på ein fin måte, og dermed set ord på vesentlege delar av føresetnadane for å kunne utføre eit godt skjermingsarbeid. Det Martinsen siterer er slik:

*”Opmærksomhed rummer en koncentration i tid og rum. Det enkelte øjeblik opmærkes som særlig betydningsfuldt, hviket forudsætter, at fortiden og fremtiden nedprioriteres. Desuden opmærkes den konkrete rumlige omgivelse i øjeblikket, det være sig naturen, stuen, gaden og de personer, som måtte befinde sig der. Opmærksomhed er en særlig form for intenst nærvær som bevirker at sanser, følelser, intellekt og handletrang er åben og virksomme i situationen. Den skærpede opfattelse af situationen virker tilbage på personen som fortættede indtryk af glæde og skønhed. Samtidig vil lidelsen også blive mere påtrængende (...) og den nærgående lidelse fordrer vores liden og vores handelen ind i den lidendes situation” (Martinsen 2000:20-21).*

Martinsen (1992) skriv at for å handle riktig, eller med svak paternalisme, må ein gå engasjert inn og vurdere situasjonen med ønske om å gjere det som er best for pasienten. Informantane mine har gjennom sine døme på skjermingsarbeid og sine refleksjonar omkring desse, gitt meg eit grunnlag for å diskutere omsorg gitt i ein spesiell situasjon, det vil seie omsorg gitt under tvang. Informantane har, gjennom det dei har fortalt, vist at skjermingstiltaket kan gjennomførast på ein slik måte at dialog mellom pasient og pleiar kan oppstå undervegs, trass i at skjermingstiltaket var prega av tvang. Gjennom å bruke Martinsen sine omsorgstankar og anna aktuell teori og forskning i forhold til problemstillinga mi, har det kome fram korleis paternalistisk omsorg kan gjerast så svakt paternalistisk som muleg, innanfor ramma som lovgivinga for skjerming gir.

I *"Vilkår for skjerming"* i forskriftene om skjerming (Helse- og sosialdepartementet 2006) blir skjermingstiltaket omtala både som eit behandlingstiltak og som eit tiltak som skal verne pasienten mot å gjere skade mot seg sjøl eller andre. Det skal brukast av *"behandlingsmessige hensyn"*, eller av *"hensyn til andre pasienter"* og det skal vurderast om *"tiltaket ventes å ha en så gunstig virkning at det klart oppveier ulempene det innebærer for pasienten"*.

Skjermingstiltaket inneheld motstridande element. Tiltaket er laga for å kunne komme i posisjon til pasientar, både for å gi behandling og for å hindre dei i å gjere skade mot seg sjøl eller andre, alt mot pasienten sine ønsker "der og då". Bruken av tvang, og makta ein mange gongar må bruke for å gjennomføre skjerming, gjer at tiltaket ofte kan opplevast vondt både for pasient og pleiar. Dette gjer at eg undrar meg over om ein kan snakke om at skjerming dreier seg om å gi god omsorg?

Det har blitt viktig i oppgåva å løfte fram kontrastane mellom kva ein bør og ikkje bør gjere som pleiar, når ein skjermar pasientar for å skape ei best muleg skjermingsoppleving. Når pleiarane snakkar om korleis skjerming ikkje bør vere, snakkar dei indirekte om korleis det bør vere, slik eg forstår dei. Mi erfaring frå eigen praksis er at når eg ser kva konsekvensar det får når eg gjer noko på feil måte, vert eg ofte smerteleg klar over kva eg kunne gjort annleis. Ut frå det informantane mine fortel, ser det ut til at dei opplever dette på same måte. Det er ikkje dermed sagt at det er opplagt kva som er riktig måte å skjerme pasientar på. Med det meiner eg at ein vanskeleg kan generalisere i forhold til kva god skjerming er eller skal vere, det vil seie å finne sanninga ein gong for alle. I skjermingssituasjonar må ein alltid ta individuelle omsyn ut frå kvar einskild pasient og situasjonen pasienten er i. Det er dette som kjem tydlegast fram i det informantane mine fortel. Det dei fortel frå erfaringane sine med skjerming, kan gi betre innsikt i nettopp det individuelle og situasjonsavhengige. Korleis ein ser, høyrer etter, tilpassar seg, er interessert, er vennleg, men samtidig kan sette grenser, fører til at pleiarane stadig må gjere seg refleksjonar over eigen praksis. Ikkje minst må ein reflektere over moralske og etiske sider ved arbeidet, som til dømes korleis ein sjøl "tar plass" i skjermingssituasjonane. Slike refleksjonar vert eit svært viktig grunnlag for utvikling av ein betre skjermingspraksis, både i forhold til det individuelle og det situasjonelle. Det å avdekke kva pleiarane er opptekne av i skjermingsarbeidet, slik eg har forsøkt å vise i oppgåva mi, gir kunnskap som kanskje vil kunne vere med på å både lette og betre skjermingsarbeidet. Korleis ein er i lag med pasienten i skjermingssituasjonar, er avhengig av både ein sjøl, pasienten, relasjonen, omgivnadane og tilstanden til pasienten. Alle informantane mine er einige om at ein som pleiar alltid må vere merksam på korleis pasienten har det i skjermingssituasjonen, og

korleis ein kan gjere skjerminga best muleg for pasienten. Det er måten ein gjer dette på og kva ein ønsker å fokusere på, som kan variere frå pleiar til pleiar. Slik eg ser det, og som ein av informantane mine kom inn på, er det gjennom eigenrefleksjon, gjennom refleksjon og diskusjon omkring skjermingssituasjonar saman med kollegaer og gjennom samtalar med pasientar som har opplevd skjerming, at ein kan få større forståing både for det spesielle og det meir generelle som er viktig i forhold til godt skjermingsarbeid.

Eg har i oppgåva reist spørsmålet om skjermingstiltaket er eit omsorgstiltak i seg sjøl. Eg veit ikkje sikkert kva svaret på dette spørsmålet er. Det eg ikkje er i tvil om, er at ein ved hjelp av skjerming forsøker å gjere tilværet til pasienten betre. Men spørsmålet er likevel om tiltaket kan reknast som omsorg om ikkje pasienten opplever det slik. Eg har ikkje spurt pasientar som har blitt skjerma, om dei opplever tiltaket som omsorg. Kva pasientar med erfaring frå skjermingssituasjonar ville fortalt om dei fekk det same spørsmålet som informantane mine, ”kan du fortelle meg om erfaringar med skjerming?” hadde vore spennande å arbeide vidare med. I oppgåva har eg omtalt undersøkingar som viser at pasientar har forskjellige følelsar og opplevingar med skjerming, både negative og positive. Det tvitydige som ligg i mykje omsorg, til dømes når ein må gjennomføre tiltak som kan opplevast som smertefulle eller ubehagelege, og som særleg kjem til uttrykk når tvang kjem inn i bildet, gjer skjermingsarbeidet vanskeleg og utfordrande. Slik eg ser det, er det måten tiltaket vert utført på som kan uttrykke om omsorg er til stades eller ikkje. Eg meiner at det ligg omsorg i det å skjerme pasientar, om alternativet er totalt kaos for pasienten, og om han er til fare for seg sjøl eller andre. Men det er vanskeleg å seie: ”Ja, skjerming er omsorg” - fordi måten dette vert gjort på, spelar ei så avgjerande rolle.

Eg meiner at eg har svart på problemstillinga mi gjennom å reflektere over og drøfte det pleiarane fortalte meg om ulike skjermingsopplevingar dei har erfart. Det å gå så ope ut, med kun eit innleiingsspørsmål, gjorde at eg fekk eit tekstmateriale som tok mange ulike retningar når det gjeld innhald. Dette har vore ei stor utfordring for meg i analysen. Eg meiner likevel at oppgåva mi har fanga opp dei mest sentrale tema som informantane mine var opptatt av i skjermingsarbeidet sitt. Det dei har fortalt meg har gitt meg nye refleksjonar og ny forståing av ein del sentrale områder knytt til skjerming. Eg håper det same kan skje med lesarane av oppgåva mi.

## LITTERATURLISTE

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

Alve, G. (2006) *Terapeutrollen i samhandling. En studie av ergoterapeuters samhandlingsmåter i møte med pasienter*. Avhandling til forsvar for grad dr. philos., Det medisinske fakultet, Seksjon for helsefag, Universitetet i Oslo

Alve, G. (2007) *Terapeutrollen i samhandling. En studie av ergoterapeuters samhandlingsmåter i møte med pasienter*. *Ergoterapeuten* 1:16-19

Alvesson, M. og Sköldberg, K. (1994) *Tolkning och reflektion*. Studentlitteratur, Lund

Alvsvåg, H. (2000) *Menneskesynet – fra kroppsfenomenologi til Skapelsesfenomenologi*. I: Alvsvåg, H. og Gjengedal, E. (red) *Omsorgstenkning. En innføring i Kari Martinsens forfatterskap*. Fagbokforlaget Vimostad & Bjørke AS, Bergen

Andersen, T. (1996 (1994)) *Reflekterende Processer. Samtaler og samtaler om samtalerne*. Dansk psykologiske Forlag, København

Andersson, M. (2000) *Se Människan*, I: Eriksson, K., Lindstrøm, U. Å. (red) (2000). *Gryning, en vårdvetenskaplig antologi*. Åbo: Institutionen for vårdvetenskap, Åbo Akademi.  
Vist til i Holte, J. S. (2001)

Aristoteles (1999) *Etikk: et hovedverk i Aristoteles`filosofi, også kalt "Den nikomakiske etikk"*, oversatt av Arnfinn Stigene, Gyldendal Norske Forlag, Oslo  
Vist til i Lykkeslett, E. (2003)

Austrem, L. M. (1999) *Møte med psykiatrien. Erfaringer frå pasienter, pårørende og fagfolk*. Det Norske Samlaget, Oslo

Bengtsson, J. (1993) *Sammanflätningar. Husserls och Merleau-Pontys fenomenologi*. Bokförlaget Daidalos AB, Göteborg

Bengtsson, J. (2006) *Å forske i sykdoms- og pleierfaringer. Livsverdensfenomenologiske bidrag*. Høyskole Forlaget, Kristiansand

Benner, P. (1984) *From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Addison-Wesley Publishing Company, California

Bower, F. L., Mc Cullough, C. S. og Timmons, M. (2003) *A synthesis of What We Know About the Use of Physical Restraints and Seclusion with Patients in Psychiatric and Acute*

Care Settings. *The Online Journal of Knowledge Synthesis for nursing. Update Worldviews on Evidence-Based Nursing* 10(1):1-29

Bratheland, O. (1998) *Miljøterapi – en modell for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon*. Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning, Stavanger  
Vist til i Holte J. S. (2001)

Brown, J. S. og Tooke, S. K. (1992) On the seclusion of psychiatric patients. *Social Science and Medicine*. 5(35):711-721

Brudal, P. J. (2000) Etterskrift til Esben B. Jaers ”Englehierarkiet”. I: *Englehierarkiet ...et personlig dokument om schizofreni*. Hertervig Forlag, Stavanger

Brudal, P. J. (1999 (1989)) *Psykososer og psykoseterapi. En modell for psykiatriens hverdag*. Tano Aschehoug AS, Otta

Craig, C., Ray, F. og Hix, C. (1989) Seclusion and restraint: decreasing the discomfort. *Journal Psychosocial Nursing and Mental Health* 27(7):16-19  
Vist til i Lehane, M. og Rees, C. (1996)

Cullberg, J. (1987 (1981)) *Mennesker i krise og utvikling*. Aschehoug, Gjøvik

Cullberg, J. (2001) *Psykososer. Et humanistisk og biologisk perspektiv*. Universitetsforlaget, Otta

Delaney, K. (1987) *Milieu Therapy: A Therapeutic Loophole. Perspectives in Psychiatric Care* 33(2):19-25  
Vist til i Hummelvold, J. K. (2004)

DeSantis, L. og Ugarriza, D. N. (2000) The Concept of Theme as Used in Qualitative Nursing Research. *Western journal of Nursing Research* 22 (3):351-372

Dreyfus, H.L. og Dreyfus, S.E. (1980) A five-stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition. Unpublished report supported by the Air Force Office of Scientific Research (AFSC), USAF (Grant AFOSR-78-3594), University of California at Berkeley  
Vist til i Benner, P. (1984)

El-Badri, S. M. og Mellsop, G. (2002) A study of the use of seclusion in an acute psychiatric service. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 36:399-403

Exworthy, T., Mohan, D., Hindley, N. og Basson, J. (2001) Seclusion: punitive or protective? *The Journal of Forensic Psychiatry* 2(12):423-433

Fjelland, R. og Gjengedal, E. (1995) *Vitenskap på egne premisser*. Ad Notam Gyldendal, Oslo



- Fog, J. (2001 (1994)) *Med samtalen som utgangspunkt*. Akademisk Forlag, Viborg
- Foucault, M. og Gordon, P. (red) (1980) *Power/knowledge. Selected Interviews & other writings*. The Harvester Press Limitede, Brighton
- Viste til i Heggen, K. og Juritzen, T. I. (2006)
- Foucault, M. (1999 (1977) a) *Den moderne fengsels historie*. Gyldendal, Oslo
- Vist til i Norvoll, R. (2005)
- Foucault, M. (1999 (1977) b) *Overvåkning of straff. Det moderne fengsels historie*. 3.utg. Gyldendal, Oslo
- Vist til i Norvoll, R. (2005)
- Gadamer, H.-G. (1976) *Vernuft im Zeitaler der Wissenschaft*. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main
- Vist til i Nåden, D. og Braute, E. (1992)
- Graneheim, U.H. og Lundman, B. (2004) Qualitive content analysis in nursing reseach: concepts, procedures and measures to achive trustworthiness. *Nurse Education Today* 24: 105-112
- Green, H. (1988) *Jeg lovet deg aldri en rosenhave*. Pax, Oslo
- Griffiths, L. (2001) Does seclusion have a role to play in modern mental health nursing? *British Journal of Nursing* 10(10):656-661
- Gulddal, J. og Møller, M. (red) (1999) *Hermeneutikk. En antologi om forståelse*. Gyldendal, Haslev
- Gunderson, J. G. (1978) Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus. *Psychiatry* 4(41):327-335
- Hagemann, E. (1936 (1930)) *Sykepleieskolens etikk. I korte trekk*. Aschehoug, Oslo
- Vist til i Martinsen, K. og Wyller, T. (red) (2004)
- Hamran, T. (1992) *Pleiekulturen – en utfordring til den teknologiske tenkemåten*. Gyldendal Norsk Forlag A/S, Oslo
- Haugsgjerd, S. (1990) *Grunnlaget for en ny psykiatri*. Pax Forlag A/S, Oslo
- Haugsgjerd, S. (1990) *Lidelsens karakter i ny psykiatri*. Pax Forlag A/S, Oslo
- Helland, A. (1993) Tillitens betydning i omsorgen for psykiatriske pasienter. I: Martinsen, K. (red.) *Den omtensksomme sykepleier*. Tano A.S., Otta

Helmers, A.-K. B. (2006) Mindre isolat, mer skjerming. *Sykepleien* 7:24-25

Helse- og sosial departementet, <http://www.lovddata.no> (28.04.2007)

Hem, M. H. og Heggen, K. (2003) Being professional and being human: one nurse's relationship with a psychiatric patient. *Journal of Advanced Nursing* 43(1):101-108

Henriksen, J. og Vetlesen, A. J. (2003) *Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Gyldendal Norske Forlag AS. Oslo

Henriksen, B. (1989) "Magt og afmagt – hvem er de afmægtige?" I: *Social Kritik* nr.3  
Vist til i Krogstad, J. G. (1998)

Hoekstra, T., Lendemeijer, H. H. G. M. og Jansen, M. G. M. (2004) Seclusion: the inside story. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11:276-283

Holmes, D., Kennedy, L.S. og Perron, A. (2004) The mentally ill and social exclusion: A critical examination of the use of seclusion from the patient's perspective. *Mental Health Nursing* 25:559-578

Holte, J. S. (2001) "Som en livbøye i opprørt hav..." *Skjerming – teoretisk begrunnelse og praktisk gjennomføring*. Høgskolen i Hedemark, Rapport nr.4

Holte, J. S. (2003) *Skjerming – utvikling av en begrunnet praksis*. I: Hummelvoll, J. K. (red) *Kunnskapsdannelse i praksis. Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien*. Universitetsforlaget AS, Oslo

Horsfall, J. og Cleary, M. (2003) Patient concerns about seclusion: Developing a leaflet. *Mental Health Nursing* 24:575-585

Hummelvoll, J. K. (2004 (1982)) *Helt -ikke stykkevis og delt*. Gyldendal Norske Forlag AS, Oslo

Husserl, E. (1901) *Logische Untersuchungen*. Niemeyer, Halle  
Vist til i Bengtson, J. (2006)

Husserl, E. (1970) *The crisis of European sciences and transcendental phenomenology*. Northwestern University Press, Evanstone

Høyer, G. og Dalgard, O. S. (2002) *Lærebok i rettspsykiatri*. Gyldendal Norske Forlag AS, Oslo

Jaer, E. B.-J. (2004) *En stemme for mye – en observatør*. Hertervig Forlag, Stavanger

Jaer, E. B.-J. (2000) *Englehierarkiet ... et personlig dokument om schizofreni*. Hertervig Forlag, Stavanger

Jensen, U. J. (1984) *Moralsk ansvar og menneskesyn. Om holdninger i social- og sundhedssektoren*. Munkgaard, København  
Viste til i Martinsen, K. (2003)

Johansson, I.M. og Lundman, B. (2002) Patients' experience of involuntary psychiatric care: good opportunities and great losses. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 6(9):639-650

Johnson, M. E. og Hauser, P. M. (2001) The practices of expert psychiatric nurses: accompanying the patient to a calmer personal space. *Mental Health Nursing* 22:651-668

Jordahl, H. og Repål, A. (1999) *Mestring av psykoser. Psykososiale tiltak for pasient, pårørende og nærmiljø*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Bergen

Josefson, I. (1991) *Kunnskapsformer*. Carlssons, Stockholm

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

Kalhovde, A. M. (2005) *Å høyre meir enn dei fleste*. Hovudfag i helsefag, Universitetet i Tromsø

Kaltiala-Heino, R. et al. (2003) Reasons for using seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. *International Journal of Law and Psychiatry* 26:139-149

Kemp, P. og Kemp, M. L. (1998) *Et liv der ikke dør*. Spektrum forlag, København

Kingdon, D. og Bakewell, E. (1988) Aggressive behaviour: evaluation of a non-seclusion policy of a district psychiatric service. *British Journal of Psychiatry* 153: 631-664  
Vist til i Lehane, M. og Rees, C. (1996)

Kinsella, C., Chaloner, C. og Brosnan, C. (1993) An alternativ to seclusion. *Nursing Times* 89(18):62-64  
Vist til i Lehane, M. og Rees, C. (1996)

Knutzen, M. (2005) Relasjoner, tvangsmidler og krenkelse. I: Opjordmoen, S., Vaglum, P. og Thorsen, G.-R. B. (red) *Oss i mellom. Om relasjonenes betydning for mental helse*. Hertervig Forlag, Stavanger

Kringlen, E. (2001 (1972)) *Psykiatri*. Gyldendal Norske Forlag AS, Oslo

Kristensen, N. T. (1988) ”Et festskriv til Grundtvig – forskeren K. E. Bugge”  
Vist til i Martinsen, K. (2000)

Krogstad, J. G. (1998) Psykiatri og makt: noko å mase om? I: Andersen, A. J. W. og Karlsson, B. (red) *Psykiatri i endring – forståelse og perspektiv på klinisk arbeid*. Ad Notam Gyldendal, Oslo

Kvale, S. (2001 (1997)) *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Akademiske, Oslo

Lauveng, A. (2006 (2005)) *I morgen var jeg alltid en løve*. Cappelen Forlag a.s., Trondheim

Lauveng, A. (2006) *Unyttig som en rose*. Cappelen Forlag AS, Trondheim

Lehane, M. og Rees, C. (1996) Alternatives to seclusion in psychiatric care. *British Journal of Nursing* 16(5):974-979

Lind, M., Kaltiala-Heino, R., Suominen, T., Leino-Kilpi, H. og Välimäki, M. (2004) Nurses' ethical perceptions about coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11:379-385

Lindseth, A. og Nordberg, A. (2004) A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18:145-153

Lorentzen, S., von Krogh, G. og Island, Thor K. (1984) Problemer knyttet til skjerming og urolige pasienter. I: Vaglum, P., Karterud, S. og Jørstad, J. (red.) *Institusjons behandling i moderne psykiatri*. Universitetsforlaget, Otta

Lykkeslett, E. (2003) *Bevegelig handlingskunnskap*. Avhandling levert til forsvar for graden dr. polit., institutt for pedagogikk, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø

Løgstrup, K. E. (2000 (1956)) *Den etiske fordring*. Cappelen Forlag as, Trondheim

Løkensgard, I. (1991 (1983)) *Psykiatrisk sykepleie*. Universitetsforlaget AS, Oslo

Malt, U. F., Retterstøl, N. og Dahl, A. A. (2003) *Lærebok i Psykiatri*. Universitetsforlaget AS, Oslo

Malterud, K. (1996) *Kvalitativ metoder i medisinsk forskning*. Tano Aschehoug, Aurskog

Martinez, R., Grimm, M. og Adamson, M. (1999) From the Other Side of the Door: Patient Views of Seclusion. *Journal of Psychosocial Nursing* 3(37):13-22

Martinsen, K. (1992) Omsorg i sykepleien - en moralsk utfordring. I: Jensen, K. (red) *Moderne omsorgsbilder*. Ad Notam Gyldendal, Oslo

Martinsen, K. (1993) *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Tano A.S., Otta

Martinsen, K. (2000) *Øyet og kallet*. Fagbokforlaget, Bergen.

Martinsen, K. (2003 (1996)) *Fenomenologi og omsorg. Tre dialoger*. Tano Aschehoug / Tanum-Norli, Kolbotn

Martinsen, K. (2003 (1989)) *Omsorg, sykepleie og medisin*. Universitetsforlaget, Otta

Martinsen, K. (2005) *Samtalen, skjønnets og evidensen*. Akribe as, Oslo

Mathisen, T. (1982) *Makt og motmakt*. Pax, Oslo  
Vist til i Norvoll, R. (2002)

Mc Kenna, B. G., Simpson, A. I. og Laidlaw, T. M. (1999) Patient Perception of Coercion on Admission to Acute Psychiatric Services. *International Journal of Law and Psychiatry* 2(22):143-153

Merleau-Ponty, M. (1994) *Kroppens fenomenologi*. Pax Forlag A/S, Oslo

Molander, B. (1998) *Kunnskap i handling*. Bokforlaget Daidalos AB, Göteborg

Monsen, J. T. (1991) *Vitalitet, psykiske forstyrrelser og psykoterapi. Utdrag fra klinisk psykologi*. Tano, Otta

Morrison, P. og Lehane, M. (1996) A study of the official records of seclusion. *International Journal of Nursing* 2(33):223-235

Muir-Cochrane, E. C. og Holmes, C. A. (2003) Legal and ethical aspects of seclusion: an Australian perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 8:501-506

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

Muralidharan, S. og Fenton, M. (2006) Containment strategies for people with serious mental illness. *The Cochrane Library* 4. <http://www.thecochranelibrary.com> (21.01.2007)

Nissen, R. (1877) *Lærebog i Sygepleie for Diakonisser*. Kristiania  
Vist til i Martinsen, K. (2000)

Normann, H. K. (1998) Episodes of lucidity in people with severe dementia as narrated by formal carers. *Journal of Advanced Nursing*. 28:1295-1300

Nortvedt, P. og Grimen, H. (2004) *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Gyldendal Norske Forlag AS, Oslo

Nortvedt, P. (2006) Etisk skjønn og moralsk dømmekraft. I: Slettebø, Å. og Nortvedt, P. (red.) *Etikk for helsefagene*. Gyldendal Norske Forlag AS, Oslo

Norvoll, R. (red) (2002) *Samfunn og psykiatriske lidelser. Samfunnsvitenskapelige perspektiver – en introduksjon*. Gyldendal Norske Forlag, Oslo

Norvoll, R. (2003) Magt og afmakt. I: Brodtkorp, E., Norvoll, R. og Rukås, M. *Sociologi og socialantropologi mellom mennesker og samfund*. Munkgaard Danmark, København

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

Nåden, D. og Braute, E. (1992) *Fenomenologisk – hermeneutisk tilnærming – i sjukepleieforskning*. Universitetsforlaget AS, Oslo

O`Brian, L. og Cole, R. (2003) Close-observation areas in acute psychiatric units: A literature review. *International Journal of Mental Health Nursing* 12:165-176

Olofsson, B. (2000) *Use of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians*. Umeå Universitetet

Paulgaard, G. (1997) Feltarbeid i egen kultur- innenfra eller begge deler? I: Fossåskaret, E. Fuglestad, O. og Aase, T.H. (red) *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data*. Universitetsforlaget, Oslo

Pedersen, P. B., Hatling, T. og Bjørngaard, J. H. (2004) *Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001 og 2003* SINTEF rapport.

Polanyi, M. (1983 (1966)) *The Tacit Dimension*. Mass.  
Vist til Martinsen, K. (2003)

Ruyter, K. W. og Vetlesen, A. J. (red) (2001) *Omsorgens tvetydighet*. Gyldendal Norske Forlag AS, Oslo

Røssberg, J. I. (2005) Relasjoner mellom pasienter og stab. Hva fremmer et gunstig behandlingsresultat? I: Opjordmoen, S., Vaglum, P. og Thorsen, G.-R. B. (red) *Oss i mellom. Om relasjonenes betydning for mental helse*. Hertervig Forlag, Stavanger

Scheel, M. (1985) *Vidensgrundlag – etikk og sygepleie*. Munksgaard, København

Schön, D. A. (2001(1983)) *Den reflekterende praktiker. Hvordan professionelle tænker, når de arbejder*. Forlaget Klim, Århus

SINTEF Helse (2007) <http://www.sintef.no> (28.04.07)

Skjervheim, H. (2001) *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Aschehoug, Oslo

Slettebø, Å. og Nortvedt, P. (red) (2006) *Etikk for helsefagene*. Gyldendal Norske Forlag AS, Oslo

Strand, L. (1992) *Fra kaos mot samling, mestring og helhet*. Ad Notam Gyldendal, Oslo

Storli, S. L. (2006) Om å se bort fra eiendommeligheter ved fenomener. En drøfting av minnekategoriseringer relatert til intensivpasienters erfaringer. I: Bentsson, J. (red) *Å forske i sykdoms – og pleieerfaringer. Livsverdensfenomenologiske bidrag*. Høgskole Forlaget, Kristiansand

Sørli, V., Kihlgren, A. og Kihlgren, M. (2005) Meeting Ethical Challenges in Acute Nursing Care as Narrated by Registered Nurses. *Nursing Ethics* 12 (2):133-142

Taulbee, R. N. og Folsom, J. C. (1966) Reality Orientation for Geriatric Patients. *Hospital Community Psychiatry*. A journal of the American Psychiatric Association. May:133-135

Tardiff, K. (1984) *The psychiatric uses of seclusion and restraint*. Washington D.C.: American Psychiatric Press, Inc.

Vist til i Vatne, S. (2003)

Tatten, T. og TARRIER, N. (2000) The expressed emotion of case managers of the seriously mentally ill: the influence of expressed emotion on clinical outcomes. *Psychological Medicine* 30:195-204

Vist til i Røssberg, J.I. (2005)

Thornquist, E. (2002) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Fagbokforlaget, Bergen

Thornquist, E. (2003) *Klinikk kommunikasjon informasjon*. Gyldendal Norske Forlag AS, Oslo

Thorsen, R. (2005) Trygghet I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E.(red) *Grunnleggende Sykepleie*. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo

Vaaler, A. E., Morken, G., Fløvik, J.C., Iversen, V. C. og Linaker, O.M. (2006) Effects of psychiatric intensive care unit in an acute psychiatric department. *Nord Journal Psychiatric* 60:144-149



Vaglun, P. og Karterud, S. og Jørstad, J. (red) (1984) *Institusjonsbehandling i moderne psykiatri*. Universitetsforlaget, Otta

Vaglun, P. (2005) Må vi alltid bry oss om relasjonene i psykiatrisk arbeid? I: Opjordmoen, S., Vaglun, P. og Thorsen, G.-R. B. (red) *Oss i mellom. Om relasjonenes betydning for mental helse*. Hertervig Forlag, Stavanger

Vatne, S. (2003) *Korrigere og anerkjenne. Sykepleieres rasjonale for grensesetting i en akuttpsykiatrisk behandlingspost*. Avhandling for dr. polit.-graden. Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo

Vetlesen, A. J. (2001) Omsorg – mellom avhengighet og autonomi. I: Ruyter, K. W. og Vetlesen, A. J. (red) *Omsorgens tvetydighet*. Gyldendal Norske Forlag AS, Oslo

Wyller, T. (2001) Mellom klosterhospital og hermeneutisk relasjon. I: Ruyter, K. W. og Vetlesen, A. J. (red). *Omsorgens tvetydighet*. Gyldendal Norske Forlag AS, Oslo

Hans Ketil Norman  
Avdeling for sykepleie og helsefag  
Institutt for klinisk medisin  
Det medisinske fakultet, Universitetet i Tromsø

9037 TROMSØ

Deres ref.: 09.09.2003

Vår ref.: 200305050-3/IA Y/400

Dato: 09.10.2003

**P REK NORD 74/2003 KVA KAN VERE BEST MOGELEG SKJERMING FOR  
PERSONAR I PSYKOTISK KRISE — SLUTT VURDERING - PROSJEKTET FALLER  
UTENFOR KOMITEENS MANDAT**

Prosjektet ble lagt fram for Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Nord-Norge (REK NORD) i møtet 02.10.2003. I referatet heter det:

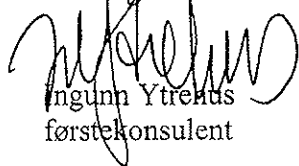
4-5 informanter, erfarne pleiere i psykiatrien, skal dybdeintervjues om begrepet skjerming av personer i psykotisk krise. Skjerming er mye brukt, og pasientene er sårbare og utsatt for overtramp. Det brukes intervjuguide og lydbånd som skrives ut. Metoden er kvalitativ. Opplysninger om navngitte pasienter skal ikke inngå i datamaterialet.

**Vedtak:**

*Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Nord-Norge (REK Nord) finner at prosjektet faller utenfor komiteens mandat, da det vurderes som annen forskning enn biomedisin.*

*Prosjektet realitetsbehandles derfor ikke.*

Vennlig hilsen



Ingunn Ytrehus  
førstekonsulent

**REGIONAL KOMITÉ FOR MEDISINSK FORSKNINGSETIKK, NORD-NORGE  
REK NORD**

Universitetet i Tromsø, N-9037 Tromsø, telefon 77 64 40 00, telefaks 77 64 53 00  
Ingunn Ytrehus, førstekonsulent, direkte innvalg 77 64 48 76, e-post rek-nord@fagmed.uit.no <http://www.etikkom.no>



Nina Camilla Wergeland  
Spitsbergengate 4  
9007 TROMSØ

Vår dato: 19.09.03

Vår ref: 200300825 KJ /RH

Deres dato:

Deres ref:

## KVITTERING FRA PERSONVERNOMBUDET

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 15.09.03. Meldingen gjelder prosjektet:

*10312 Kva kan vere god skjerming for personer med psykotiske krise?*

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS er utpekt som personvernombud av Universitetet i Tromsø, jf personopplysningsforskriften § 7-12. Ordningen innebærer at meldeplikten til Datatilsynet er erstattet av meldeplikt til personvernombudet.

### Personvernombudets vurdering

Personvernombudet finner at behandlingen av personopplysningene er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31 og at behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i vedlegget vurdering.

Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

### Ny melding

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de punktene som ligger til grunn for personvernombudets vurdering.

Selv om det ikke skjer endringer i behandlingsopplegget, skal det gis ny melding tre år etter at forrige melding ble gitt dersom prosjektet fortsatt pågår.

Ny melding skal skje skriftlig til personvernombudet.

### Offentlig register

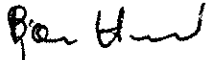
Personvernombudet har lagt ut meldingen i et offentlig register, [www.nsd.uib.no/personvern/register/](http://www.nsd.uib.no/personvern/register/)


200300825 KJ /RH

**Ny kontakt**

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.05, rette en henvendelse angående status for prosjektet.

Vennlig hilsen

  
Bjørn Henrichsen

  
Kathrin Jakobsen

Kontaktperson: Kathrin Jakobsen tlf: 55583348

Vedlegg: Prosjektbeskrivelse

Kopi: Behandlingsansvarlig Hans Ketil Norman

# Prosjektbeskrivelse

**Behandlingsansvarlig:**

Hans Ketil Norman

Institutt for klinisk medisin  
Universitetet i Tromsø

9038 TROMSØ

**Daglig ansvar/prosjektleder:**

Nina Camilla Wergeland

Institutt for klinisk medisin  
Universitetet i Tromsø

9038 TROMSØ

10312 Kva kan vere god skjerming for personer med psykotisk krise?

Formålet med prosjektet er å beskrive kvaliteten i skjermingsarbeid, få økt kunnskap om temaet og gjøre kunnskapen mer tilgjengelig.

Utvalget omfatter miljøpersonale i psykiatriske avdelinger med noen års erfaring med arbeidet, herunder psykiatriske sykepleiere, hjelpepleiere og miljøterapeuter. Oversykepleier/avdelingspsykepleier trekker utvalget som de anser som spesielt dyktige med skjermingsarbeid. Førstegangskontakt opprettes av prosjektleder.

Opplysningene samles inn gjennom intervju vedrørende hvordan pleierne ser, tenker, hvordan de plasserer seg selv i det fysiske rommet og hvordan de ser seg selv som person i relasjon til pasienten. Prosjektleder ønsker å få tak i kunnskapen de bruker i slike settinger, dvs. pleierne sine opplevelser, tanker og følelser innenfor skjermingsarbeid.

Intervjuene tas opp på lydbånd. Transkriberte intervjudata registreres elektronisk uten navn eller adresse. Det er heller ingen navneliste som er koplet opp mot datamaterialet. Det registreres opplysninger om kjønn og utdanning.

Prosjektet er planlagt avsluttet 30.06.2005. Ved prosjektslutt slettes lydbåndopptak samt ev. bakgrunnsopplysninger i datamaterialet som kan bidra til identifikasjon.

Det innhentes skriftlig samtykke til deltakelse. Samtykket er basert på skriftlig informasjon om alle deler av undersøkelsen.

Personvernombudet for forskning anbefaler at det presiseres i informasjonsskrivet:

- At alle data som registreres elektronisk vil slettes ved prosjektslutt
- At prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Personvernombudet for forskning anbefaler at det først sendes ut skriftlig informasjon om prosjektet før prosjektleder tar kontakt pr. telefon.



Hans Holmboes gate 22  
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

Nina Camilla Wergeland  
Spitsbergengate 4  
9007 TROMSØ

Vår dato: 09.05.2005

Vår ref: 200300825 / RH

Deres dato:

Deres ref:

#### STATUS FOR STUDENTPROSJEKT

Prosjekt: 10312 *Kva kan vere god skjerming for personer med psykotiske krise?*

Vi viser til innsendt meldeskjema og til vårt svarbrev, hvor det gikk frem at vi ville ta kontakt ved prosjektslutt angående status for prosjektet.

Ifølge våre opplysninger skal prosjektet nå være avsluttet og datamaterialet anonymisert.

Dersom prosjektet ikke er avsluttet og det fortsatt er behov for oppbevaring av personopplysninger, ber vi om at prosjektleder gir tilbakemelding om ny prosjektslutt samt en kort begrunnelse hvorfor prosjektet ikke er avsluttet.

Tilbakemelding kan enten skje pr. brev, e-post eller telefon.

Vi ber om tilbakemelding innen 3 uker. Dersom vi ikke hører noe innen den tid, antar vi at prosjektet er avsluttet og alle data anonymisert.

Vennlig hilsen

Bjørn Henrichsen

Synnøve Serigstad

Kopi: Behandlingsansvarlig Hans Ketil Norman

SPØRSMÅL OM DELTAKING I FORSKINGSPROSJEKT.

Hei!

Eg heiter Nina Camilla Wergeland og er utdanna psykiatrisk sjukepleiar. For tida er eg hovudfagsstudent ved Universitetet i Tromsø, Avdeling for sjukepleie og helsefag ved Det medisinske fakultet. Hovudfagsoppgåve har eg gitt følgjande arbeidstittel:

”Kva kan vere god skjerming for personar i psykotisk krise?”

Eg kontaktar deg hermed i håp om å få lov til å intervjuje deg i samband med mitt hovudfagsprosjekt. I intervjuet ynskjer eg at du fortel om dine erfaringar frå skjerming av personar i psykotisk krise. Eg håpar å få intervjuje fleire sjukepleiarar som har erfaring med skjerming. Gjennom forteljingane eg får høyre håpar eg å kunne seie noko om kva som kan vere god skjerming for personar i psykotiske kriser.

Intervjuet vert tatt opp på lydband. Alle opplysningar du gjev under intervjuet vert behandla konfidensielt. Lydband som vert brukt under intervjuet, vil bli oppbevart innelåst. Det er berre eg som har høve til å høyre på lydbanda, men det kan vere aktuelt å la veiledaren min få lese utskrift frå dei. Så langt det er mogeleg vil alle personopplysningar som kan identifiserast fjernast før veileidar får sjå dei. Veiledaren min på prosjektet er:..... Lydbanda og utskrift frå dei vil verte makulert etter avlagt eksamen. Det vil etter min noverande planen skje våren 2005.

Deltakinga er heilt frivillig. Du kan trekke deg frå å delta på det tidspunkt du måtte ønske utan å grunngje det. Alle opplysningar du har gitt kan du krevje sletta. Dette vil ikkje ha konsekvensar for arbeidsforholdet ditt.

Viss du kan tenke deg å delta i denne undersøkinga, ber eg deg fyller ut svarskjemaet og returnere det til meg. Skjemaet er utforma som ei erklæring om at du samtykkjer i å delta i undersøkinga. Du får tilsendt to eksemplara av denne erklæringa. Den eine kopien er til deg saman med dette informasjonsbrevet, den andre returnerast til meg. Dersom eg mottar positivt svar frå deg, vil eg ta kontakt med deg for å avtale kor og når intervjuet kan vere. Dersom du har spørsmål til prosjektet, kan du ta kontakt med meg på telefon nummer 77658094 eller 97046263

Avslutningsvis vil eg nemne at prosjektet er vurdert av Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Nord-Norge (REK Nord), og dei har ikkje noko imot at prosjektet gjennomførast. Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) er også informert om prosjektet.

Mi adresse er: Spitsbergengate 4, 9007 Tromsø  
e-post adresse: n-thom-s@online.no

Vennleg helsing

.....  
Nina Camilla Wergeland



SVARSKJEMA – INFORMERT SAMTYKKE

Underteiknande er informert om forskingsprosjektet til hovudfagsstudent Nina Camilla Wergeland, og gjev med dette mitt samtykke til å delta i prosjektet.

Eg er kjent med at alle opplysningar eg gjev under intervjuet vil verte behandla konfidensielt. Vidare er eg kjent med at lydband som brukast under intervjuet, vil bli oppbevart innelåst og vil bli sletta etter at prosjektet er avslutta. Eg veit og at deltakinga er heilt frivillig, og at eg kan trekke meg frå å delta på det tidspunkt eg måtte ønske. Eg kan krevje at opplysningane eg har gitt skal slettast. Dette vil ikkje ha konsekvensar for mitt arbeidsforhold.

Stad:....., Dato:.....

.....  
Signatur

Adresse:.....

Telefon:.....Telefon på arbeid:.....