



Reidun Norvoll

DET LUKKEDE ROM
Bruk av skjerming som
behandling og kontroll i
psykiatriske akuttposter



Institutt for sosiologi og
samfunnsgeografi
Det samfunnsvitenskapelige
fakultet
Universitetet i Oslo
2007



DET LUKKEDE ROM.

Bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske akuttposter

Reidun Norvoll

Avhandling Dr. polit.graden,
Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi

Universitetet i Oslo

2006

”Var urolig i natt,” sa legen til meg at det stod i journalen.

”Nei, jeg var ikke urolig, jeg var redd,” svarte jeg.

(Aaslestad 1997:18)

*Til alle pasienter og ansatte som har
gjort denne avhandling mulig.*

Forord

Min interesse for bruken av skjerming i psykiatriske akuttposter oppstod tidlig på 1990-tallet da jeg over noen år jobbet ekstravakt som sykepleier på flere akuttposter. Postene var forskjellige og hadde ulike måter å organisere skjermingen på. Ofte opplevde jeg pasientepisoder som berørte meg på flere måter, og situasjoner som innebar praktiske og fagetiske dilemmaer. For det første skapte pasientenes tilbakemeldinger om skjermingspraksisen en uro i meg. Kort tid etter at jeg hadde begynt i dette arbeidet, sa en pasient noe som fikk betydning for meg: "Reidun, du skal bare vite hvordan det er å være psykotisk og måtte sitte helt alene på rommet sitt dag etter dag." En pasient på en annen post hadde hatt hyggelig pårørendebesøk ute i hagen. Hun ville ikke inn på skjermet avsnitt igjen da den tilmålte besøkstiden var over. Protesten førte til at vi bar henne inn under rop og gråt. Jeg fant denne praksisen etisk vanskelig og tenkte at det måtte finnes andre måter å gjøre dette på. Dette sa jeg til en kollega, som svarte ganske kort at hun ikke opplevde praksisen som noe problem siden disse pasientene jo var syke. For meg var imidlertid ikke sykdom en tilstrekkelig legitim grunn til å overhøre pasientenes protest.

Min uro ble forsterket gjennom sosiologistudier. Da ble jeg mer bevisst spørsmål om makt og sosial kontroll. Distansen til sykepleierrollen økte, og dette påvirket refleksjonene over klinisk praksis. Samtidig erfarte jeg også å møte pasienter som virket svært syke og urolige, og situasjoner hvor vi som personale strevde med å sikre oss at pasienter ikke kunne skade seg selv, eller vi måtte forholde oss til pasienter som var sinte eller aggressive. Skjerming inngikk ofte i slike vanskelige og komplekse problemstillinger i klinisk sammenheng.

En annen side ved min uro gjaldt min egen atferd som sykepleier på skjermet avsnitt. Denne uroen hadde sammenheng med min bakgrunn som sykepleier i somatiske sykehusavdelinger – jeg sammenliknet det jeg nå opplevde med kunnskapsgrunnlaget og normene for profesjonell atferd der. På skjermingsrommet ble jeg en sykepleier som snakket strengt og bryskt til pasientene; "Gå inn på rommet, ikke gjør dette!" Jeg ble en annen enn den jeg var i somatiske sykehusavdelinger hvor omsorgsfull tilnærming til pasientene stod mer i fokus. Min erfaring med sykepleierrollen på medisinsk avdeling og medisinsk overvåkningsavdeling skilte seg fra den på

akuttposten. Siden jeg selv blir sint når jeg blir snakket til i imperativer, tenkte jeg at jeg ville endre samtaleform. Det viste seg imidlertid at selv om jeg bevisst prøvde å endre kommunikasjonsmåten min, gikk det bare noen få dager før jeg opptrådte på samme måte igjen. Akuttpostens skjermingsorganisering og kultur la sterke føringer for en spesiell opptreden – ofte utenfor min egen kontroll. Jeg opplevde også episoder på skjermnet avsnitt hvor personalatferden var av en slik karakter at den ville vært oppsigelsesgrunn på en somatisk avdeling. Pasientenes lave sosiale status på psykiatriske akuttposter i forhold til i somatiske sykehusavdelinger var åpenbar, blant annet når det gjaldt aksept for uhøflig personaloppførsel. Men jeg opplevde også vennlige ansatte og gode samværstunder med pasientene på skjermingsrommene.

En annen viktig episode av betydning for denne avhandlingen var takken jeg fikk av en pasient fordi jeg (noe motvillig) hadde hjulpet henne med fotvask inne på skjermnet avsnitt. Ved senere innleggelse over flere år gjentok hun ofte følgende: ”Husker du Reidun, jeg var så syk, og du var så snill og hjalp meg å få vasket føttene mine.” På et eller annet vis hadde denne handlingen stor symbolsk betydning for denne pasienten. Siden har jeg ofte tenkt på hvorfor. Det kan synes som fotvasken ble et sterkt tegn på omsorg fordi dette gikk utover hva som var vanlig å få hjelp til på skjermingsrommet. Episoden viser *kraften i omsorgshandlingene* innenfor psykiatrien og det potensialet som omsorg kan ha dersom den får bedre rammevilkår.

Episodene som her er fortalt, er tatt med for å vise at skjermingsrommet er en arena for mange ulike samhandlingspraksiser. Både lidelse og latter, omsorg og tvang er vevd inn i hverdagens praksis. Selv om jeg trivdes godt på de ulike postene, både i forhold til pasienter og personale, forble erfaringene fra skjermingsrommene likevel for meg en form for ”ubehag i kulturen”. Dette ubehaget var imidlertid til en viss grad diffust og ordløst. Jeg sluttet i psykiatrien uten å få noe konkret svar på hva det var som ga meg denne ubehagelige følelsen. De kliniske erfaringene utgjorde imidlertid senere en viktig bakgrunn for mitt valg av skjerming som tema for en sosiologisk studie av psykiatrisk praksis. Skjermingsrommet ble for meg et interessant tema fordi skjermingsmetodens dilemmaer gjenspeilte mange spørsmål i tilknytning til psykiske lidelser. Studier av skjermingspraksis fremstod også som et godt strategisk utgangspunkt for å belyse viktige sider ved den psykiatriske institusjonens virksomhet i forhold til behandling og kontroll.

Jeg vil så takke sykehusene, ansatte og pasienter som så sjenerøst ga meg av sin tid, slik at denne avhandlingen ble mulig. Jeg vil også takke dem for det *mot* de har oppvist ved å stille seg åpne for observasjoner og intervjuer. Uten en slik åpenhet og velvillighet ville ikke forskningen min vært mulig. I tillegg til disse vil jeg takke min hovedveileder Dag Album og biveileder Harald Grimen for all hjelp og støtte gjennom arbeidet. Jeg vil også takke Nina Olsvold, Kjerstina Røhme og Ragnfrid Kogstad for gjennomlesning og kommentarer på utkast til avhandlingen. Avslutningsvis vil jeg også takke Leif, familie og venner for all støtte og tålmodighet i den lange prosessen med avhandlingsarbeidet.

Oslo 9. oktober 2006

Reidun Norvoll

INNHold

1	Innledning	13
1.1	Bakgrunn for studien	13
1.2	Problemstillinger.....	17
1.3	Aktuelle undersøkelser av skjerming og psykiatriske sykehus	18
1.3.1	Kliniske studier.....	18
1.3.2	Samfunnsvitenskapelige studier av skjerming.....	22
1.3.3	Etnografiske studier av psykiatriske sykehus	23
1.4	Mitt teoretiske perspektiv	25
1.4.1	Skjerming som metode eller teknologi	25
1.4.2	Sosiologiske perspektiver	27
1.5	Avgrensninger og presiseringer	30
1.6	Avhandlingens struktur.....	31
2	Metode og etikk	34
2.1	Innledning	34
2.2	Litteraturstudien.....	34
2.3	Valg av etnografisk metode	35
2.4	Feltet	36
2.4.1	Veien inn.....	38
2.4.2	Feltarbeidets omfang og varighet	38
2.5	Forskerrollen.....	39
2.5.1	Nærhet og avstand til feltet.....	40
2.5.2	Å finne en god rolle som deltakende observatør	42
2.5.3	Feltrelasjoner	45
2.6	Feltnotater	47
2.7	Andre datainnsamlingsmetoder	48
2.7.1	Intervjuer med ledelse og personal	48
2.7.2	Samtaler og intervjuer med pasientene.....	49
2.7.3	Skriftlig materiale	51
2.8	Analyseprosessen.....	52
2.9	Tilbakemeldingsfasen	53
2.10	Etiske problemstillinger.....	54
2.11	Skriving av avhandlingen	56
2.12	Avslutning.....	56
3	Teoretiske perspektiver og begreper	57
3.1	Innledning	57
3.2	Behandling, kontroll, makt og tvang	57
3.2.1	Behandling.....	57
3.2.2	Sosial kontroll, makt og tvang.....	61
3.3	Sykehusenes spenning mellom behandling, kontroll og tvang.....	64
3.3.1	Det lukkede rom	65
3.4	Hva påvirker spenningen mellom behandling og kontroll?.....	67
3.4.1	Uroens problem ved psykiske lidelser	67
3.4.2	Tillitens problem.....	71
3.4.3	Sykehusenes strukturelle og organisatoriske utforming.....	75
3.4.4	Sykehusenes kunnskapsgrunnlag, ideologier og kultur.....	77
3.4.5	Sykehusenes teknologier og arbeidsmetoder.....	78
3.4.6	Samhandlingsrelasjoner og sosial responsivitet	79

3.4.7	Sykehusorganisasjonens responsivitetsproblem.....	80
3.5	Avslutning.....	82
4	Skjermingsmetodens historiske, kliniske og helsepolitiske sammenheng.....	83
4.1	Innledning.....	83
4.2	Tidsrommet før de psykiatriske asylene på 1800-tallet.....	83
4.2.1	De første formene for lukket rom.....	84
4.3	De psykiatriske asylene i tiden 1850–1970.....	85
4.3.1	De lukkede rom innenfor asylene.....	88
4.4	Sykehusutviklingen etter 1970-tallet: Akuttpostene og skjermingsrommet vokser frem.....	90
4.4.1	Skjermingsrommet blir sentral metode innenfor akuttpostene.....	93
4.4.2	Skjermingsmetoden fremvekst: Ullevål sykehus som eksempel.....	95
4.5	Det profesjonelle kunnskapsgrunnlaget om skjerming.....	99
4.5.1	Skjermingsideologien innenfor den psykiatriske sykepleien.....	100
4.6	Den helsepolitiske og juridiske debatten om skjerming.....	101
4.7	Avslutning.....	104
5	Skjermingsmetodens kontekstuelle sammenheng: sykehuset og postene.....	105
5.1	Innledning.....	105
5.2	Akuttpostenes historie: gamle og nye tradisjoner forenes.....	105
5.3	Postenes størrelse og personellsammensetning.....	107
5.4	Ledelse, informasjons- og beslutningsstruktur og fagutviklingsarbeid.....	109
5.5	Samarbeid med andre.....	111
5.6	Pasientbelegg og pasientheterogenitet.....	112
5.7	Akuttpostenes ideologiske grunnlag: behandling og miljøterapi.....	113
5.8	Akuttpostenes teknologiske handlingsrepertoar.....	119
5.9	Avdelingskulturen og personalets relasjon til pasientene.....	122
5.9.1	Ulik regelorientering og sammensetning av rolletyper på postene.....	123
5.9.2	Faglig selvsikkerhet.....	128
5.9.3	Nærhet og avstand til pasientene.....	129
5.10	Ordensproblemet på postene.....	132
5.11	Avslutning.....	135
6	Skjermingsideologier på postene.....	136
6.1	Innledning.....	136
6.2	Utvikling av skjermingsmetoden på postene.....	136
6.3	Generelle oppfatninger om skjerming som behandling og tvang.....	138
6.3.1	Skjermingsmetodens generelle behandlingsmessige formål: uro, miljøterapi og døgnkontinuerlig pleie.....	140
6.3.2	Skjerming som tvang.....	142
6.3.3	Skjermingsmetodens tvetydighet: Skjerming er bra, men pasientene protesterer.....	144
6.4	Fire skjermingsideologier på postene.....	145
6.4.1	Skjerming som reduksjon av stimuli.....	145
6.4.2	Skjerming som struktur, grensesetting og korrigerende avferd.....	148
6.4.3	Skjerming som beskyttelse og støtte.....	155
6.4.4	Skjerming som voldsreduserende og sikkerhetsmessige tiltak.....	158
6.5	Avslutning.....	160
7	Organisering av skjerming på postene.....	161
7.1	Innledning.....	161
7.2	Skjermingsrommet arkitektoniske og interiørmessige utforming.....	161

7.3	Den lukkede døren: Skjermingsrommet blir et lukket rom	163
7.4	Sammensetning og bruk av personale	165
7.5	Informasjons- og beslutningsstruktur i forhold til skjerming	168
7.6	Den regel- og avtalebaserte organiseringen av arbeidet	172
7.7	Ivaretagelsen av skjermingens formelle og juridiske aspekter	177
7.8	Organiseringens betydning for responsivetsproblemet	178
7.9	Avslutning	182
8	Skjermingsbruk og skjermingsforløp på postene.....	183
8.1	Innledning	183
8.2	Hvem ble skjermet på postene og hvor lenge?	183
8.3	Vanlig utforming av et skjermingsforløp.....	186
8.4	Like og ulike skjermingsforløp.....	187
8.4.1	Forløp før innleggelse på akuttposten og inntreden på skjermingsrommet..	187
8.4.2	Bruk av annen tvang ved skjerming	189
8.4.3	Varighet av og innhold i skjermingsforløpene	190
8.5	Skjerming for urolig og utagerende atferd.....	196
8.6	Avslutning.....	200
9	Samværs- og samhandlingsformer på skjermingsrommet.....	201
9.1	Innledning	201
9.2	Vanlige samværs- og samhandlingsmønstre.....	201
9.2.1	Personalrelasjoner, nærhet og avstand til pasientene	203
9.2.2	Det aktivitetsfattige samværet	206
9.2.3	Pasientsamværet på skjermingsrommet: det forbudte pasientfellesskap.....	207
9.2.4	Det konfliktbaserte samværet og kampen om døren	209
9.3	Kommunikasjonsformene mellom personalet og pasientene	213
9.3.1	Regelbaserte kommunikasjonsformer	214
9.3.2	Grensesettende og korreksjonpregede kommunikasjonsformer	216
9.3.3	Passive og tause kommunikasjonsformer	218
9.3.4	Be om- og ventemønstret	219
9.3.5	Tillitens og mistillitens betydning for samhandlingsrelasjonen	221
9.4	Responsivetsproblemet i samhandlingssituasjonene	225
9.4.1	Responsivetsproblemet skaper selvforsterkende skjermingsforløp.....	230
9.4.2	Den tause responsiviteten innenfor organisasjonen.....	232
9.5	Avslutning.....	234
10	Personalets møte og arbeid med skjermingspasientene.....	235
10.1	Innledning	235
10.2	Den engstelige, uforankrede interaksjonen.....	235
10.3	Ordensproblemet som kilde til angst og utrygghet.....	240
10.4	Fareopplevelser i møtet med pasientene	242
10.4.1	Den sosiale og kulturelle farlighetskonstruksjonen av pasientens uro.....	246
10.5	Arbeidets kompleksitet	249
10.5.1	Behovet for å sikre oversikt og tilsyn med pasientene	250
10.5.2	De vanskelige urotilstandene	252
10.6	Skjerming som trygghetsskapende metode.....	255
10.6.1	Ulike løsninger av arbeidets usikkerhet og kompleksitet	257
10.7	Avslutning.....	262
11	Pasientenes opplevelser av skjerming.....	264

11.1 Innledning	264
11.2 Skjerming som stabile og flertydige opplevelser.....	264
11.3 Skjerming som tilsyn, omsorg, trygghet og avlastning	267
11.4 Skjerming som innesperring, fengsel og straff	269
11.5 Hva påvirket pasientenes opplevelser av skjerming?	274
11.5.1 Tidligere opphold og forløpet før innleggelse	274
11.5.2 Den subjektive opplevelsen av psykisk lidelse.....	276
11.5.3 Skjermingsopplevelsen som del av livsprosjektet	282
11.5.4 Den avmektige pasientrollen og opplevelsen av fysisk kamp med personalet som vold.....	286
11.5.5 Tap av pasientfellesskapet	288
11.5.6 Skjermingsrommets arkitektoniske og interiørmessige utforming.....	289
11.5.7 Relasjonens betydning for pasientenes opplevelser av skjerming.....	290
11.6 Ønsker om andre organiseringsformer og metoder	296
11.7 Avslutning.....	299
12 Avslutning og aktualisering.....	300
12.1 Innledning	300
12.2 Hva sier skjermingsmetoden om sykehusutviklingen?.....	300
12.3 Skjermingsmetodens betydning og spenning som behandling og kontroll	302
12.4 Behov for videre forskning	309
12.5 Behov for alternativ organisering og metoder	311
LITTERATUR	315
VEDLEGG	335

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for studien

Det overordnede tema for denne avhandlingen er de psykiatriske sykehusenes spenning mellom behandling og kontroll i dag, belyst ved en studie av skjermingsmetoden på akuttposter.

Det er flere grunner til å belyse dette tema. Diskusjonen om de psykiatriske sykehusenes spenning mellom behandling og kontroll har en lang historisk tradisjon innenfor samfunnsvitenskapen. I tidsperioden fra 1950 til 1980 var det stor samfunnsvitenskapelig interesse for å studere de psykiatriske sykehusene som institusjoner, sosiale organisasjoner eller små samfunn. Selv om mange av studiene kom fra USA, var det også sosiologisk interesse for psykiatriske sykehus i Norge.

Flere studier var opptatt av psykiatrien som en av flere samfunnsinstitusjoner som utøvde sosial kontroll overfor personer med avvikende atferd. En del etnografiske studier var opptatt av å studere spenningen mellom behandling og kontroll innenfor den enkelte institusjon på mikronivå. Der den psykiatriske vitenskapen vektla avgrensede sykdoms- og behandlingsstudier, var de sosiologiske studiene ofte mer opptatt av å beskrive det psykiatriske sykehuset som en sosial organisasjon med ulike og tildels motstridende målsettinger, metoder og samhandlingspraksiser (Waal 1978:23). Studiene av sykehusene var også preget av sosiologiens forståelse av psykiske lidelser som sosialt avvikende atferd og som en sosial rolle (Lemert 1956, Becker 1963, Goffman 1963b, Scheff 1975/1966). Innenfor sykehusene viste spenningen mellom behandling og kontroll seg spesielt i forskjellen mellom idealene om sykehuset som aktiv behandlingsinstitusjon og den praktiske virksomheten som var mindre preget av aktiv terapi og rehabilitering enn det sykehusenes offisielle målsettinger tilsa. De psykiatriske sykehusene var snarere fengselaktige og passiviserende oppbevaringsinstitusjoner preget av inhumane og dårlige sosiale vilkår for pasientene, og en kustodiell vokterliknende pleie, ofte utført av ufaglærte (Stanton og Schwartz 1954, Belknap 1956, Caudill 1958, Goffman 1961, Sundin 1970). Selv om man innførte nye behandlingssideologer, forble den praktiske virksomheten ofte

den samme. Kritikken av de kustodielle sykehusene på denne tiden førte til begynnende reformer. Innenfor klinikken ble man opptatt av å erstatte den kustodielle pleien med ”miljøterapi” og ”det terapeutiske samfunn” hvor det sosiale miljøet på postene skulle ha behandlende effekt (Jones 1953). Gjennom 1960- og 1970-tallet påpekte samtidig flere studier at utviklingen hadde skapt en ny spenning mellom de optimistiske behandlingsidealene om miljøterapi og institusjonens kontrolloppgaver og kustodielle tradisjon (Perrow 1965, Løchen 1965, Måseide 1975, Waal 1978).

Et viktig tema i diskusjonen om sykehusenes behandling og kontroll var også det fysiske og romlige aspektet ved institusjonene. Bruk av romlige ordninger har til alle tider, innenfor mange kulturer, både i privat og offentlig sfære, vært en viktig form for sosial respons overfor personer med psykiske lidelser (Alty og Mason 1994, Mason 1994, Brown og Tooke 1992a). I psykiatrisk vitenskap har det å vektlegge institusjonens og rommets behandlingsmessige betydning lang historisk tradisjon (Sasson m.fl. 1998, Edginton 1994). Samfunnsvitenskapen har på sin side ofte vært opptatt av den fysiske innesperringen som sykehusene har stått for – ved å lukke inne har man forsøkt å håndtere det sosiale ordensproblemet som avvikende atferd skaper ute i samfunnet og frita befolkningen for dens frykt for psykisk avvikende atferd (se bl.a. Goffman 1971, Foucault 1999ab).

I ulike historiske og samfunnsvitenskapelige studier har man også vist hvordan de romlige ordningene *innenfor* sykehuset har vært en viktig side ved psykiatriens behandlings- og kontrollrettede praksis. Den svenske etnologen Lars-Eric Jönsson (1998) beskriver for eksempel i sin bok *Det terapeutiska rummet. Rum og kropp i svensk sinnessjukvård 1850–1970* hvordan asylets indre rom var en viktig side ved den praktiske virksomheten. De romlige ordningene inngikk i den medisinske behandlingen av pasientene og særlig i pleien innenfor institusjonen. De skulle også løse det sosiale ordensproblemet innenfor institusjonen. Utformingen av asylenes indre rom ble preget av samfunnsutviklingen, de helsepolitiske programmene og utviklingen innen den psykiatriske vitenskapen og gjenspeilte samfunnets og psykiatriens syn på personer med psykiske lidelser i det aktuelle tidsrommet. Rommene bidro også selv til å konstruere bestemte sosiale ”bilder” av psykiske lidelser – det Goffman (1971:354) kaller ”imagery of mental illness.” Disse påvirket igjen bildene av pasientene og deres behandlingsbehov.

Kritikken i årene mellom 1950 og 1970 brakte med seg omfattende reformer av de psykiatriske sykehusene. På 1970-tallet begynte nedbyggingen og omorganiseringen. Denne utviklingen ble fulgt av gradvis økende ressurser, flere profesjonelt utdannede samt nye kunnskapstrender innenfor den psykiatriske vitenskapen og nye, relevante helse- og sosialfag. De helsepolitiske reformene de siste tretti årene må sies å ha vært omfattende. I den samme perioden har den samfunnsvitenskapelige forskningen vært mindre opptatt av å studere de psykiatriske sykehusene. Den sosiologiske diskusjonen om sykehusene stilnet av på 1980-tallet. Særlig har de etnografiske studiene innen psykiatrien vært få. Utviklingen har ført til at det i dag, etter gjennomføringen av de store reformene, foreligger relativt lite kunnskap om hverdagslivet innenfor dagens psykiatriske sykehus (Quirk og Lelliot 2001:1568). Det er derfor usikkert om sykehusene i dag er kjennetegnet av de samme spenningene som for tretti år siden. Det mangler også kunnskap om de nye romlige ordningene innenfor sykehusinstitusjonen fra 1970-tallet, og hvordan de inngår i sykehusenes behandlings- og kontrollpraksiser i dag.

De romlige ordningene innenfor institusjonen, herunder skjermingsrommet, har gjennom historien også vært nært knyttet til spørsmålet om avvikende og urolig atferd. Spørsmålet om urolig atferd blir i økende grad diskutert innenfor psykiatrien generelt og innenfor ulike samfunnsinstitusjoner som barnehage, skole, sosial- og helsesektoren. Den urolige atferden er en viktig faktor som påvirker medisinsk praksis og bruk av kontroll og tvang mer generelt. Hvordan man skal forstå problemet med avvikende urolig atferd er samtidig uklart. Problemet med den urolige atferd, kortfattet omtalt som *uroens problem*, gjenspeiler også den sosial og kulturell konstruksjon av sosial orden innenfor det moderne samfunnet mer generelt. Den samfunnsmessige konteksten påvirker oss med hensyn til om vi opplever urolig atferd som avvikende, uønsket eller farlig (Foucault 1999a, Bauman 1997). Selv om dette ikke er hovedtema for avhandlingen, kan studien av skjermingsmetoden bidra til å belyse den sosiale konstruksjonen av uroens problem, og forholdet mellom uroens problem og institusjonelle behandlings- og kontrollpraksiser.

En annen viktig bakgrunn for denne studien er debatten om skjermingsmetoden i seg selv. Etableringen av akuttposter fra 1970-tallet førte etterhvert til en ny inndeling av institusjonen i åpne og skjermede rom, og skjerming ble en sentral og eksplisitt romlig

behandlingsmetode i norske psykiatriske sykehus fra 1980-tallet. Bruken av skjerming vokste raskt i omfang og har overtatt for bruken av isolat (Pedersen m.fl. 2004). Skjerming benyttes i dag mest på akuttavdelinger og sikkerhetsavdelinger i de psykiatriske sykehusinstitusjonene, men også innenfor andre sykehusavdelinger, sykehjem og i barne- og ungdomspsykiatrien.

I de første tiårene skapte etableringen av skjermingsmetoden og skjermingsrommet på akuttpostene liten offentlig debatt. I løpet av 1990-tallet ser man samtidig hvordan skjermingsrommets spenning mellom behandling og kontroll etter hvert blir et tema – eller åpen diskurs – innenfor det offentlige rom. Spenningen viser seg særlig i spriket mellom de profesjonelles behandlingsidealer og pasientenes tilbakemeldinger. Innenfor profesjonell faglitteratur har skjermingsmetoden og bruk av skjermingsrom i hovedsak blitt sett på som en positiv behandlingsmetode. Skjerming utgjør et behandlingsfremskritt som står i sterk motsetning til isolatets inhumane og tvangsmessige preg. Likevel kom det i løpet av 1990-tallet stadig flere klager fra pasienter som opplevde skjerming som frihetsberøvende og krenkende. Den helsepolitiske debatten som fulgte disse klagene, førte til en lovregulering av skjerming utover 48 timer i den nye loven om psykisk helsevern av 1999, som trådte i kraft i 2001. Helsemyndighetene har i senere tid også uttrykt bekymring for at skjerming har utviklet seg til å bli en ny isolatform. Skjerming opprettholdes likevel som behandlingsmetode. De motstridende synspunktene og den nye lovreguleringen har ført til en usikkerhet knyttet til skjermingsmetoden innenfor de kliniske miljøene og i helsepolitisk sammenheng. Hva er egentlig skjerming? Skal skjerming forstås som god behandling og pleie eller som tvang og krenkelse? I hvilken grad har skjermingsrommet likheter med isolatrommet? Skjermingsmetoden representerer altså en spenning mellom behandling og tvang som skaper debatt og usikkerhet. Usikkerheten forsterkes av mangel på klinisk behandlingsforskning og forskningsbasert kunnskap om den praktiske bruken av skjerming på postene.

1.2 Problemstillinger

På bakgrunn av den ovenfornevnte diskusjonen vil jeg i denne studien belyse spørsmålet om hvilken betydning skjermingsmetoden har som behandling og kontroll på akuttposter, og hva metodens spenning mellom behandling og kontroll består av.

Behandlings- og kontrollbegrepet blir i utgangspunktet forstått i vid betydning. Behandlingsbegrepet omfatter både medisinsk behandling, rehabilitering, miljøterapi samt pleie- og omsorgsarbeid. Kontrollbegrepet omfatter ulike sider ved sosial kontroll- og maktutøvelse hvor tvang utgjør den ytterste form for makt og kontroll.

Problemstillingen innebærer mer konkrete spørsmål om skjermingsmetoden som: I hvilken grad skal skjermingsmetoden forstås som behandling, som kontroll og som tvang på linje med isolatet? På hvilke områder kommer spenningsforholdet mellom behandling og kontroll ved skjermingsmetoden til syne? Hvilke forhold påvirker skjermingsmetodens betydning som behandling og kontroll og spenningsforholdet mellom dem?

Med utgangspunkt i studien av skjermingsmetoden, vil jeg også ta opp tråden fra den tidligere samfunnsvitenskapelige debatten om sykehusinstitusjonens spenning mellom behandling og kontroll. Siden skjermingsmetoden er en forholdsvis ny romlig ordning og institusjonell praksis innenfor sykehusene som inneholder en spenning mellom behandling og tvang, er den godt egnet som springbrett for en videre analyse av de psykiatriske institusjonenes spenning mellom behandling og kontroll i dag. Dette innebærer for det første spørsmålet om det har skjedd en endring av sykehusenes interne utforming og virksomhet de siste tiårene etter de nye sykehusreformene på dette området. I tillegg vil jeg se om studien av skjermingsmetoden kan bidra til å øke forståelsen av forhold som bidrar til å skape en spenning mellom behandling og kontroll i psykiatriske institusjoner.

I avhandlingen er jeg også opptatt av spørsmålet om det er behov for å videreutvikle de samfunnsvitenskapelige perspektivene på sykehusenes spenning mellom behandling og kontroll. Er de tidligere, og nå forholdsvis gamle, samfunnsvitenskapelige studiene fortsatt relevante for å forstå den psykiatriske

sykehusinstitusjonen? I hvilken grad, og på hvilke områder, viser studien av skjermingsmetoden behov for videreutvikling av disse perspektivene? Innenfor rammene av avhandlingen har det ikke vært mulig å komme så langt i utviklingen av et alternativt teoretisk perspektiv som jeg skulle ønske. Jeg vil likevel peke på noen områder der jeg mener det er behov for å nyansere og videreutvikle perspektivene.

For å undersøke skjermingsmetodens betydning og spenning mellom behandling og kontroll har jeg valgt å studere skjermingsmetoden fra ulike innfallsvinkler og nivåer. For å øke forståelsen av hva skjermingsmetoden er, vil jeg innledningsvis beskrive dens historiske fremvekst og det profesjonelle og helsepolitiske kunnskapsgrunnlaget mer generelt. Jeg vil deretter belyse skjermingsmetoden ved å undersøke den konkrete praksis i to akuttposter gjennom en etnografisk studie. Ved å se hva som *gjøres* i lokal praksis, kan det, i tråd med et mer pragmatisk kunnskapssyn (Skagestad 1978), være lettere å fange skjermingsmetodens meningsbetydning som behandling, kontroll og tvang. I den etnografiske studien vil jeg først se på hvordan metoden inngår i akuttpostenes virksomhet forøvrig. Deretter vil jeg se på hvilke lokale ideologier om skjerming som finnes på postene, organiseringen av den, hvor ofte den brukes, varigheten og innholdet av den. I tillegg vil jeg belyse skjermingsmetoden ved å se på samværs- og samhandlingsformene i skjermingsrommet samt personalets og pasientenes opplevelser av å være inne der.

1.3 Aktuelle undersøkelser av skjerming og psykiatriske sykehus

1.3.1 Kliniske studier

De fleste studiene om isolat og skjerming finnes innenfor klinisk forskning. Disse studiene viser at isolatet internasjonalt har vært den viktigste formen for lukket rom frem til i dag (Alty og Mason 1994, Mason 1997). Bruk av ”isolation” eller ”seclusion” er vanlig praksis i mange land. Innenfor de kliniske fagene sies det ofte om “seclusion” at ”It involves the placement of a patient alone in a locked room from which he/she cannot freely exit.” (Meehan m.fl. 2000:370). Det er noe usikkert om ”seclusion room” er samme praksisfenomen som isolatrom og hvorvidt ”seclusion” utgjør tilsvarende praksiser som skjerming. Tidligere beskrivelser av ”seclusion rooms” (se bl.a. Belknap 1956, Caudill 1958) og senere definisjon av seclusion som

”isolated in a locked room” (Bowers m.fl. 2002:436) kan tyde på at disse utgjør overlappende begreper. Jeg benytter derfor isolatrom som norsk fellesbetegnelse for de engelske begrepene. Den nærmeste beskrivelsen av rom som likner skjermet avsnitt internasjonalt, er ”quiet rooms” eller ”open-area seclusion” i Storbritannia, definert som ”isolated in a locked area accompanied by nurses” (Bowers m.fl. 2004:436). I Canada, USA og Australia beskrives ”intensive care units” eller ”close-observation areas” og i Tyskland ”communicative inner rooms” (Alty og Mason 1994, LeGris m.fl. 1999, Musisi m.fl. 1989, Muller 1997, O’ Brien og Cole 2004). Norge og Danmark er de eneste landene som benytter begrepet *skjerming* som spesifikt begrep prinsipielt adskilt fra isolat. Danmark er trolig påvirket av fagdiskusjonen i Norge.¹

Den internasjonale kliniske forskningen omhandler i hovedsak isolatliknende rom og tvang, representert ved en rekke ulike forskningsfronter som viser til dels flertydige resultater.

Isolatforskningen har gjennomgått en utvikling som gjenspeiler den helsepolitiske debatten om isolatbruk. Frem til 1970-tallet var isolatet en mye brukt, men lite diskutert metode (Digby 1988, Jönsson 1998). Det er også lite klinisk litteratur om isolatbruk før 1970. På 1970-tallet og frem til i dag oppsto det imidlertid en internasjonal, helsepolitisk debatt om isolatmetoden og et ønske om strengere lovregulering fra myndighetenes side. Debatten hadde sin bakgrunn i omfattende klager fra pasientene og flere tilfeller av dødsfall under isolering (Alty og Mason 1994).² Den førte til flere kliniske bidrag som forsøkte å gi et profesjonelt rasjonale for å benytte isolat som medisinsk og sykepleiefaglig metode (se bl.a. Gutheil 1978, Alty og Mason 1994). Utover på 1980- og 1990-tallet fant man ulike holdninger til bruken av isolat innen psykiatrisk vitenskap og psykiatrisk sykepleie. Flere bidragsytere fremhevet isolatbruk som en nødvendig og effektiv metode for å håndtere urolige og aggressive pasienter (se bl.a. Cashin 1996, Alty og Mason 1994, Fisher 1994, Lendemejer og Shortridge-Baggett 1997). I senere år har andre bidrag, særlig innen sykepleien, fremholdt isolatbruk som en dehumaniserende og straffende

¹ Personlig meddelelse fra Pia Kielberg (2003), i Danmark. Hun fortalte at ordet skjerming ikke fantes på dansk, men ble laget i forbindelse med oversettelsen av Liv Strands (1992), sentrale bok om skjerming, *Fra kaos til samling*. Skjermingsmetoden har fått stor utbredelse i Danmark, men ikke i Sverige.

² Se også eksempler på dagens diskusjon etter en granskningsrapport som viste 142 dødsfall som resultat av tvang og isolat i USA siste tiår (*Psychiatric Services* 1999, No. 50:715–717).

metode med liten påvist behandlingseffekt (se bl.a. Martinez m.fl. 1999, LeGris m.fl.1999, Goodwin m.fl.1999, Meehan m.fl.2000). Atter andre bidrag hevder at det foreligger liten dokumentasjon om den behandlingmessige effekten av tvang og isolat sett i forhold til den omfattende bruken. Kvalitative studier som viser at flere pasienter opplever tvang og isolatopphold som krenkende og traumatisk, gir samtidig grunnlag for bekymring over denne praksisen. Det fremholdes at det er behov for ytterligere behandlingsforskning om disse metodene (Busch og Shore 2000, Sailas og Fenton 2003, Bowers mfl. 2000, Hatling, Ådnanes og Bjørngaard 2002, Høyser 2000). I stedet for å se isolatbruk som en nødvendig metode, har man innenfor den kliniske litteraturen i de senere årene også begynt å diskutere alternative metoder til isolat utenfor og innenfor institusjon (se bl.a. Muir-Cochrane m.fl. 1996, Lehane og Reese 1996, Visalli og McNasser 2000, Johnson og Hauser 2001, Taxies 2002, Sullivan m.fl. 2005). Skjermingsliknende løsninger som kan erstatte isolatet, diskuteres også.

Innenfor isolatforskningen har de terapeutiske begrunnelsene for isolering vært pasientens behov for reduksjon av stimuli, behovet for å forebygge skade og aggresjon, vold og risiko for vold (Gutheil 1978, Alty og Mason 1994, Lendemejer og Shortridge-Baggett 1997, El-Badri og Mellsoy 2002). Aggresjons- og voldsaspektet er muligens mer fremhevet ved isolatbruk enn ved skjerming, selv om dette aspektet også har blitt fremhevet ved skjerming (se bl.a. Bjørkly 1995, 1997).

Internasjonale og nasjonale studier viser at det er store lokale forskjeller i bruk av tvang og isolat mellom ulike delstater (USA), sykehus og avdelinger internt i sykehus (Carpenter, Hannon m.fl. 1988, Betemps m.fl. 1993, Alty og Mason 1994, Crenshaw 1995, Ray m.fl. 1996, Mason 1997, Lendemejer og Shortridge-Baggett 1997, Hatling m.fl. 2002, Pedersen m.fl.2004, Helsetilsynet 2006). Forskjellene gjelder både omfang og lengde. Forskjellene i tvangs- og isolatbruk har vært forklart med flere ulike faktorer. Noen mener at isolat- og tvangsbruk skyldes pasientens tilstand (se bl.a. Bjørngaard 2000, Bjørngaard og Heggstad 2001, El-Badri og Mellsoy 2002, Tunde-Ayinmode og Little 2004). Andre mener at forskjellene i størst grad skyldes ulike sosiale, organisasjonsmessige og personellmessige forhold. Disse forhold er for eksempel forskjellig lovgrunnlag og praksisstandarder for isolatbruk innenfor delstatene i USA (Betemps m.fl.1993). Det er også mer bruk av isolat i byer enn i rurale strøk (Carpenter m.fl. 1988). Flere studier mener at sykehuspostenes fysiske

utforming, filosofi og kultur samt ledelsens og personalets holdninger til bruk av tvang og isolat påvirker omfanget av bruken (Soliday 1985, Fisher 1997, Goren og Curtis 1996, Lendemejer og Shortridge-Baggett 1997, Visalli og McNasser 2000, Taxies 2002). Det er videre fremholdt at bemanning, utdanning, trening, kompetanse og beslutningsprosesser er viktige, påvirkende faktorer (Mason 1997, Kirckpatrick 1989, de Cangas 1993, Donat 2002). Noen bidrag har også påpekt at ulike sosiale og kulturelle, lokale fortolkninger av urolig atferd, og hva slags atferd som er farlig, er en viktig årsak til forskjeller innen tvangs- og isolatbruk (Dabrowski m.fl. 1986, Johnson 1998). Mens noen studier fremholder at isolatbruk skyldes vold, fremhever andre at isolatet ofte er knyttet til uspesifikk, urolig atferd som ikke nødvendigvis er farlig. Fortolkningen av urolig atferd vil altså påvirke isolatbruken (Brown og Tooke 1992a, Kaltiala-Heino m.fl. 2003, Meehan m.fl. 2000:371). Esther (1997:91) finner i sin sammenliknende studie av tvangs- og isolatbruk ved et sykehus gjennom hundre år at omfanget har økt. Denne økningen mener han har sammenheng med lavere toleranse for urolig atferd innenfor sykehusene. For eksempel ville ikke kjefting, roping og synging i like stor grad vært årsak til isolatbruk rundt forrige århundre som i dag.

Studier av pasientenes opplevelse av isolering viser noe ulike funn. En del pasienter forteller om en kompleks blanding av både gode og negative opplevelser (se bl.a. Wadeson og Carpenter 1976, Richardson 1987, Mann m.fl. 1993, Hoekstra m.fl. 2004, Meehan m.fl. 2000). Flere av de ovennevnte samt andre studier finner imidlertid at de fleste har negative opplevelser under isoleringen i form av tvangsbruk, frihetsberøvelse, avmakt og krenkelser (se bl.a. Brown og Tooke 1992ab, Martinez m.fl. 1999, Ray m.fl. 1996, LeGris m.fl. 1999, Johnson 1998). Brown og Tooke (1992b:718) og Meehan m.fl. (2004) finner stort sprik mellom personalets oppfatning av isolatbruken som nødvendig, terapeutisk og ikke-straffende og pasientenes opplevelse av at isolatbruken har liten terapeutisk verdi, at den brukes som straff for uønsket atferd og er et resultat av personalets kontrollutøvelse.

I Norge er antallet kliniske studier av skjerming begrenset. Den kliniske forskningstradisjonen om skjerming har opprinnelig bakgrunn i psykoseforskningen og forskning på avdelingsmiljøer (bl.a. Friis 1984). Det har vært gjennomført noen kvalitative, sykepleiefaglige studier som omtaler skjerming (Holte 2000, 2001, 2003, Karlsson 2004, Vatne 2003). Solfrid Vatne finner i sin studie fra en akuttpost at

sykepleiere ofte knyttet skjerming til grensesetting og korrigerende av ytre atferd. Sykepleierne vekslet samtidig mellom en korrigerende og en anerkjennende holdning til pasientene. En kvasiekperimentell studie av interiørets betydning ved skjerming ga ikke holdepunkter for at nakent interiør bidro til bedre psykisk tilstand. Det var også mindre vandalisering på det vanlig møblerte skjermingsavsnittet enn på det nakne skjermingsavsnittet (Vaaler m.fl. 2005). En studie av personalets holdninger til "seclusion" ved et norsk sykehus viser at leger og miljøpersonale var de som oftest var involvert i bruk av fysiske tvangsmidler og "seclusion" (Wynn 2003, 2004). Majoriteten av personalet knyttet metodene til vold, farlig atferd og møbelkasting. De opplevde tvangsmiddelbruken som korrekt.

Det finnes noen ganske få studier av pasienters subjektive opplevelser av skjerming. Disse studiene viser blandede erfaringer. Noen opplevde skjermingen som trygghet, andre som straff, på samme vis som ved isolering (Myhrer 1993, sitert i Holte 2003, Karlsson 2004, Wynn 2003, 2004). I to danske spørreskjemaundersøkelser var pasientene ofte fornøyde med skjermingen (Kielberg og Jensen 2003, Poulsen m.fl. 2005). Legeforeningens gjennombruddsprosjekt for reduksjon av tvang i psykiatrien (Mathiesen og Føyn 2002) og en annen norsk undersøkelse viser at skjerming utgjorde en viktig faktor for opplevd bruk av tvang, ofte i negativ retning (Sørgaard 2004). Pasientene var mindre fornøyd med skjerming enn personalet.

1.3.2 Samfunnsvitenskapelige studier av skjerming

Innenfor de historiske og samfunnsvitenskapelige fagene har det vært gjort flere studier av de psykiatriske institusjonenes interne rom (Goffman 1961, Foucault 1999b, Digby 1988, Sjöström 1992, Gittins 1998, Jönsson 1998, Blomberg 2002, Sørensen 2006). Det finnes likevel få studier av sykehusenes romlige ordninger etter 1970-tallet. Det finnes heller ikke andre eksplisitte etnografiske studier av skjerming utover en studie som omhandler ufaglærtes arbeid på skjermet avsnitt ved en akuttpost (Reinholdtsen 1997). Jeg har derfor måttet se etter implisitte beskrivelser i eksisterende studier.

Den mest eksplisitte forskningen om skjerming er utført ved SINTEF Helse – den har sett på utbredelsen av tvang og skjerming innenfor sykehusinstitusjoner på landsbasis.

Disse undersøkelsene viser at bruk av isolat har gått kraftig ned siden 1990-tallet samtidig som bruken av skjerming har økt kraftig fra 1980-tallet frem til i dag (Hatling og Krogen 1998, Høyer og Drange 1991, Hatling m.fl.2002, Pedersen m.fl. 2004). Skjerming er hyppigst brukt ved akuttavdelingene. Det har også vært en kraftig økning i den registrerte bruken av skjerming over 48 timer mellom 2001 og 2003 ved alle sykehus. Registreringen av skjerming har imidlertid trolig vært mangelfull. At man nå ser en økning i bruken, kan skyldes bedre registreringsrutiner. Økningen omfatter både antall ganger skjerming er brukt og antall pasienter skjerming er brukt overfor. Innenfor akuttavdelingene ble 513 pasienter registrert skjermet over 48 timer i 2003, og skjerming ble benyttet 697 ganger (Pedersen m.fl. 2004:40). Skjermingens varighet for den enkelte pasient oppgis ikke. Det finnes ingen forskning på bruk av skjerming under 48 timer.

Omtrent like mange menn som kvinner omfattes årlig av skjermingsvedtak. Det har imidlertid vært en sterkere økning overfor kvinner enn overfor menn. Det er dessuten en tendens til at de sykehusene som hyppigst benyttet skjerming i 2001, også benyttet dette mest i 2003. Økningen i skjermingsbruk i forhold til andre tvangsmidler kan tyde på at den romlige tvangsbruken øker i forhold til andre tvangsformer. Det mangler imidlertid forskning om sosiale og organisatoriske prosesser bak sykehusenes skjermingsbruk.

1.3.3 Etnografiske studier av psykiatriske sykehus

I tiden mellom 1950 og 1980 ble det gjort flere etnografiske studier av de psykiatriske sykehusene. Et fellestrekk ved mange av disse studiene var at de ofte forstod sykehuset som en sosial institusjon. Institusjonsbegrepet i sosiologien kan benyttes på ulikt vis i den forstand at en institusjon kan være en overordnet samfunnsinstitusjon eller en plass, en bygning eller et rom ”in which activity of a particular kind regularly goes on”. (Goffman 1961:3). Ifølge Sarangi og Roberts (1999:2-3) er institusjonen kjennetegnet av en stabil interaksjonsorden med vanebaserte og systematiserte praksis- og arbeidsformer. Institusjonen består også av en underliggende kunnskapsbase som bidrar til å forklare hvorfor handlingen og rutinene er passende. Den sosiale orden til en enkeltstående institusjon kan påvirkes av den overordnede samfunnsinstitusjonelle konteksten. Det finnes imidlertid også en lokal sosial orden

innenfor den enkelte institusjon som er basert på lokale ideologier og rasjonaliteter. På samme vis var de to akuttpostene i denne studien preget av likheter, men også av lokale forskjeller med hensyn til hvordan de konstruerte sin sosiale orden innenfor posten.

Som jeg skal utdype i kapittel 3, forklarte ofte de etnografiske bidragene spenningsforholdet mellom behandling og kontroll i sykehuset ut fra fire faktorer. En av faktorene var betydningen av sykehuset organisatoriske og strukturelle utforming (Stanton og Schwartz 1954, Belknap 1956, Goffman 1961, Sundin 1970). Andre faktorer gjaldt de komplekse, interpersonelle relasjonene innenfor sykehusinstitusjonen (Caudill 1958), sykehusets ideologiske og kulturelle utforming (Strauss m.fl. 1981/1964) samt teknologier (Perrow 1965, Album 1972).

De etnografiske studiene har ofte anlagt et funksjonalistisk, interaksjonistisk eller Foucault-inspirert perspektiv. Et viktig bidrag preget av funksjonalismen er for eksempel Yngvar Løchens (1965) bok *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus. En sosiologisk fortolkning*. Ved å ta utgangspunkt i et begrenset funksjonalistisk perspektiv viser han hvordan spenningen mellom de nye miljøterapeutiske idealene og den kustodielle asyltradisjonen innenfor sykehuset gjenspeiler en systemisk spenning mellom sykehusets samfunnsmessige behandlingsfunksjon og dets funksjon som kontroll av avvikende atferd (Album 2002:571–572). Denne spenningen viser seg på fire nivåer knyttet til samfunnet, sykehuset som sosialt system, rollene i systemet og individenes opplevelser i disse rollene. Løchen konkluderer så med at den systemiske spenningen innenfor institusjonen ofte løses gjennom dannelsen av en diagnostisk kultur hvor personalet forklarer spenningsårsaken med pasientens indre patologi. Per Måseide (1975) viser senere i en mer interaksjonistisk preget studie hvordan spenningsforholdet førte til paradoksale kommunikasjonsformer innenfor institusjonen.

Den mest kjente interaksjonistisk pregede studien er Erving Goffmans bok *Asylums* fra 1961. Boken beskriver asylet som en total institusjon og pasientenes diskrediterte og lave sosiale status innenfor institusjonen. Boken til Anselm Strauss og Leonard Schatzman m.fl. *Psychiatric Ideologies and Institutions*, første gang utgitt i 1964, er et annet kjent bidrag om de tre viktigste psykiatriske behandlingssideologiene innenfor

sykehusinstitusjonene: somatisk psykiatri samt psykoterapeutisk og sosioterapeutisk ideologi. Forfatterne fremhever også, i motsetning til Goffman, at pasientrollen ikke bare er preget av avmakt, men av stadige forhandlinger med personalet.

Michel Foucault (1999ab) utførte ikke egne etnografiske studier, men har gitt sentrale teoretiske bidrag som belyser spenningen mellom behandling og kontroll i de psykiatriske sykehusene. De meste kjente er bøkene *Galskapens historie* og *Overvåkning og straff*. Disse ble utgitt i løpet av 1960-tallet og senere oversatt. Her vektlegger Foucault kunnskaps- og meningssystemenes betydning for psykiatrisk praksis. I tillegg er han opptatt av den store innesperringen som fulgte fremveksten av de store sykehusene. Han beskriver også ulike normaliserende og disiplinerende former for sosial kontroll av avvikende personer, herunder psykiatrien. Perspektivene er blitt benyttet i flere senere etnografiske sykehusstudier (se bl.a. Barrett 1996, Sjöström 1997, Gittins 1998, Sørensen 2006). Noen av disse har kombinert Foucaults perspektiv med et etnometodologisk og diskursanalytisk perspektiv.

1.4 Mitt teoretiske perspektiv

1.4.1 Skjerming som metode eller teknologi

I min analyse av skjerming som behandling og kontroll vil jeg ta utgangspunkt i skjerming som en *metode* eller *teknologi*. Skjermingsmetoden inngår som del av akuttpostens *metodiske handlingsrepertoar* for å nå sykehusets mål og løse de praktiske oppgaver og problemstillinger man står overfor. Metoden skal løse oppgaver og problemstillinger av både behandlingsmessig og arbeidsmessig karakter. Disse kan overlappe eller stå i motsetning til hverandre.

I avhandlingen omtaler jeg ofte skjermingsmetoden som en ”faktisk” metode innenfor akuttpostene. Jeg betrakter imidlertid skjermingsmetoden som en sosialt konstruert metode innenfor en gitt historisk og sosial kontekst. I begrepet skjerming innlemmes ulike kunnskapselementer og handlingstyper. Disse bidrar også til å konstruere spesielle sosiale bilder av pasienten og pasientens behandlingsbehov innenfor institusjonen. Selv om skjermingsmetoden omtales som en separat metode, ble jeg

gjennom feltarbeidet tidlig klar over at skjermingsmetoden var nært forbundet med postenes virksomhet forøvrig. Metoden inngår dermed i en større institusjonsstruktur.

Et annen viktig dimensjon ved skjermingsmetoden som jeg vil fremheve innledningsvis, er metodens betydning for pasientenes integrasjon i det sosiale liv. En viktig side ved skjermingsmetoden er at den, i likhet med tidligere former for isolering, hindrer pasienten i å delta aktivt i normalt, sosialt liv fordi den understøtter sosial isolasjon eller marginalisering gjennom innelukkingen på rommet (Jönsson 1998). Et grunnleggende trekk ved sosial isolasjon er at den vanlige sosiale interaksjonen opphører: "Isolasjon betyr interaksjonsblokkering, barrierer for samspill" (Aubert 1985:16). Isolasjon innebærer at det etableres kommunikasjonsbarrierer. Aubert mener at det finnes situasjoner hvor mennesker frivillig søker sosial tilbaketrekning fordi vedkommende har behov for isolasjon, ensomhet og privatliv. Isolering står samtidig ofte i motsetning til menneskets sosiale natur og det menneskelige samspill som er en fundamental side ved sosialt liv. Ufrivillig sosial isolasjon vil oftest være belastende fordi det er vanskelig for et menneske å utholde langvarig ensomhet. Det er også selve fraværet av den sosiale samhandling og gjensidige sosialitet som er den straffende effekten ved fengselet og isolatet (Asplund 1987a:94-96). Spørsmålet om skjermingsmetoden gjenspeiler dermed dypest sett også det underliggende synet på personer med psykiske lidelser som normale sosiale personer.

Skjermingsmetoden har både strukturelle og prosessuelle dimensjoner. De strukturelle dimensjonene omhandler blant annet organiseringen av skjerming på postene og den sosiomaterielle utformingen av skjermingsrommet. Siden det fysiske og interiørmessige aspektet var så viktig på de to postene jeg benyttet i mine studier, har jeg vektlagt skjerming som en spesiell *romlig metode*, selv om skjermingsprinsippene kan utøves utenfor skjermingsrommet. Den prosessuelle dimensjonen gjenspeiler skjermingsmetodens samhandlingsmessige og relasjonelle side. Den prosessuelle dimensjonen kommer til syne i *skjermingsforløpet* til den enkelte pasient og i postenes samhandlingspraksiser i tilknytning til skjerming utenfor og innenfor skjermingsrommet, forkortet som *skjermingspraksis*. De strukturelle rammene påvirker samhandlingsformene ved å muliggjøre eller begrense handlingsalternativer.

Det finnes imidlertid også et visst åpent handlingsrom som gjør at den enkelte aktør vil fortolke rollen ulikt og opptre på forskjellige måter inne på skjermingsrommet.

1.4.2 Sosiologiske perspektiver

I avhandlingen vil jeg knytte an til tidligere samfunnsvitenskapelige etnografiske studier av psykiatriske institusjoner. Jeg vil hovedsak benytte et generelt, interaksjonistisk perspektiv. I likhet med mange tidligere forskere forstår jeg psykiske lidelser som sosialt avvikende atferd som bryter med den sosiale og kulturelle orden i et gitt samfunn. Dette aspektet innebærer at det sosiale ordensproblemet blir en sentral side ved sykehusinstitusjonens virksomhet. Jeg vil i mange sammenhenger benytte perspektiver og begreper fra Erving Goffman om den respektfulle og tillitsfulle interaksjonsorden, psykiske lidelser og psykiatriske institusjoner (spesielt den totale institusjon). I tillegg vil jeg benytte noen bidrag fra Michel Foucault for å utdype makt- og kontrollbegrepet som har vært mindre utviklet innenfor interaksjonismen. Jeg hadde opprinnelig tenkt å benytte bidragene fra Foucault i større grad. I analysefasen fant jeg imidlertid at perspektivet i for liten grad fikk frem skjermingsmetodens flertydighet som behandling og kontroll fordi kontrollperspektivet ble for ensidig.

Det interaksjonistiske perspektivet innebærer at jeg vil forstå sykehusets strukturelle og organisatoriske utforming og praksis ut fra et mer pragmatisk perspektiv hvor institusjonens virksomhet ofte er rettet mot å løse visse oppgaver og problemer (jf. Smith 1998:162). Sykehusenes teknologiske utforming, herunder skjermingsmetoden, skal bidra til å løse disse. Kunnskaps- og meningsdannelsen vil på samme vis ofte være pragmatisk og handlingsrettet.

Det interaksjonistiske perspektivet innebærer også at jeg vil studere skjermingsmetodens betydning og spenning mellom behandling og kontroll ved å ta utgangspunkt i hverdagslige ansikt til ansikt-interaksjoner (Goffman 1983). Dette samhandlingsperspektivet omfatter alt fra små, uformelle, sosiale situasjoner til akuttposten som en formell organisasjon, som i sin daglige praksis ofte er kjennetegnet av en rekke slike ansikt til ansikt-interaksjoner (Blumer 1969, Goffman 1983:8, Måseide 2003). Jeg er opptatt av skjermingsmetoden som institusjonell

samhandlingspraksis. Med praksis siktes her til det laveste, sosiale samhandlingsnivået innenfor institusjonen. Dette nivået kjennetegnes ved “recurrent categories of talk or action on which the observer focuses as having analytic significance” (Lofland og Lofland 1995:103).

For å belyse skjermingsmetodens betydning og spenning mellom behandling og kontroll vil jeg i tillegg til et strukturelt perspektiv også innlemme et situasjonelt perspektiv. Skjermingsmetodens utforming på postene der jeg gjorde mitt feltarbeid, tok form av en instituert orden med faste og rutinepregede samhandlingsmønstre som gjenspeilte sykehusinstitusjonens strukturelle utforming. Skjermingspraksis bestod samtidig av mange ulike samhandlingssituasjoner. Det situasjonelle aspektet bidro til å skape skjermingsmetodens ulike utforming som behandling og kontroll. Som Goffman (1983:2) påpeker, er sosiale situasjoner forskjellige og har ulikt antall aktører. En sosial situasjon oppstår når mennesker befinner seg innenfor et avgrenset sosialt rom på ansikt til ansikt-nivå, og hvor den som trer inn i rommet, blir medlem av ansamlingen og inngår i samhandlingen mellom personene. Samhandlingen varer til aktørene har forlatt situasjonen. I motsetning til sosiale hendelser av noe større karakter, vil de sosiale situasjonene fange inn lite av gangen. Gjennom analyse av sosiale situasjoner fanger man opp viktige sider ved sosialt liv på mikronivå. Situasjonsanalysen kan derfor bidra til å øke forståelsen av den komplekse spenningen mellom behandling og kontroll. Samtidig kan situasjonsanalyser av skjermingsmetoden på mikronivå gjøre at betydningen av overordnede organisatoriske strukturer kommer sterkere frem.

I analysen av forhold som påvirker skjermingsmetodens betydning og spenning mellom behandling og kontroll, vil jeg vektlegge uroens problem ved de psykiske lidelsene. Den avvikende og urolige atferden, samt pasientens subjektive lidelse, gjør også at *tillitens problem* blir et sentralt aspekt ved sykehusenes virksomhet. Sykehusets og skjermingsmetodens utforming og spenning mellom behandling og kontroll kan forstås som uttrykk for institusjonens fortolkning av og forsøk på å løse uroens og tillitens problem. I tillegg til disse mer allmenne aspektene ved de psykiske lidelsene vil jeg knytte an til den tidligere samfunnsvitenskapelige debattens ulike synspunkter på betydningen av sykehusets strukturelle, relasjonelle, ideologiske og teknologiske utforming for institusjonens spenning som behandling og kontroll.

I avhandlingen vil jeg også forsøke å imøtekomme den senere kritikken av avvikssosiologien. Avvikssosiologien har blitt kritisert for å utelukke den subjektive meningsdimensjonen ved psykiske lidelser. Denne tendensen sammenfaller med en langvarig historisk tradisjon hvor pasientenes perspektiver på institusjonsoppholdet har vært lite vektlagt (Eckebracht 1995). Perrow (1965:33) og Scheff (1975/1966:21) påpekte allerede på 1960-tallet behovet for å integrere individuelle og sosiale faktorer i forståelsen av psykiske lidelser. I senere år har det også fremkommet kritikk av den medisinske sosiologien og avvikssosiologien fordi personer med psykiske lidelser reduseres til ytre, avvikende atferd og til underordnede og passive aktører som blir styrt av omgivelsenes reaksjoner (Svensson 1998:150-151). Slike oppfatninger kan undervurdere betydningen av de subjektive aspektene ved psykiske lidelser samt den positive og aktive rollen vedkommende pasient spiller i eget liv og i samhandling med andre (Mulvaney 2000, Chadwick 1997). Avviksperspektivet har også blitt kritisert for å ha en underutviklet behandlingsforståelse og for ensidig vektlegging av sykehusets virksomhet som disiplinerende virksomhet. Blant annet Busfield (1986:110) har påpekt behovet for å utvikle en mer nyansert forståelse av psykiske lidelser og av behandlings- og kontrollaspektet. De disiplinerende virksomhetene er et viktig aspekt ved sykehusenes virksomhet, men kan underslå betydningen av pasientenes problemer, praktiske problemstillinger i arbeidet og personalets arbeid som forsøk på å redusere pasientenes psykiske lidelse.

Jeg vil forsøke å imøtegå svakhetene ved avviksperspektivet ved å innlemme pasientenes og personalets subjektive meningsdimensjon. Jeg vil også forsøke å nyansere forståelsen av institusjonens spenning mellom behandling og kontroll ved en videre forståelse av sosial kontroll enn som disiplinering. Dette kommer blant annet frem i beskrivelsen av arbeidets kompleksitet. Dessuten vil jeg forsøke å vise at psykiske lidelser kan føre til samhandlingsproblemer som gjør sosial atferd til et viktig element i behandlingen og pleien av pasientene. Fagfeltets vektlegging av sosial atferd er dermed ikke bare et uttrykk for disiplinerende praksis, men også for den psykiske lidelsens sosiale natur. Spørsmålet blir da hvordan man kan forholde seg til pasientenes samhandlingsproblemer på mer anerkjennende, samarbeidende og aktive behandlingmessige måter.

Gjennom avhandlingen vil jeg også være spesielt opptatt av den betydning *responsivitet* har for spenningen mellom behandling og kontroll ved skjermingsmetoden, og av det jeg vil omtale som den psykiatriske sykehusinstitusjonens *responsivetsproblem*. Responsivetsproblemet viser seg blant annet som manglende aktiv og anerkjennende respons overfor pasientene og deres ulike behov, og som et sprik mellom sykehusets virksomhet og pasientenes livsverden. Responsivetsproblemet kan redusere behandlingsdimensjonen og lede til konflikt som igjen gir fare for selvforsterkende kontroll- og tvangssirkler. For å utdype spørsmålet om institusjonens responsivitet vil jeg ta utgangspunkt i Johan Asplund (1987ab) interaksjonistiske perspektiv og begrep vedrørende sosial responsivitet. Jeg vil så utvide begrepet ved å skille ytterligere mellom *individuell* og *organisatorisk responsivitet*, og innføre begreper om *behandlingsmessig* og *demokratisk responsivitet* som gjenspeiler sykehusinstitusjonens behandlingsmessige og kontrollmessige side.

1.5 Avgrensninger og presiseringer

Denne studien av skjermingsmetoden vil være på meso- og mikronivå innenfor den enkelte sykehusinstitusjon. Selv om skjermingsmetoden må forstås i forhold til en større sosial og kulturell kontekst, har det ikke vært mulig å utdype de overordnede samfunnsforholdene innenfor avhandlingens rammer. De tidligere studiene av psykiatriske sykehus omhandlet ofte poster hvor pasientene var innlagt over lengre tid. Min studie av akuttposter kan derfor ikke sammenliknes direkte med slike tidligere studier. Den gir derimot et inntrykk av dagens sykehusorganisering siden akuttpostene er så sentrale i dag. I avhandlingen vil jeg også sammenlikne gamle og nye trekk ved sykehusinstitusjonen. Imidlertid har jeg ikke datamateriale for en systematisk sammenlikning av sykehusene. Mitt anliggende er derfor mer å peke på tilsvarende problemstillinger og praksiser på tvers av ulike tidsperioder.

Skjermingsmetoden kan forstås ut fra flere perspektiver. Bruk av skjerming på postene hvor jeg gjorde mitt feltarbeid, var også et resultat av flere samvirkende faktorer som likner de kliniske studiene av isolatbruk (se pkt. 1.3.1). Jeg vil samtidig være mest opptatt av skjermingsmetodens nære sammenheng med den psykiske lidelsens sosiale natur, og skjermingsmetoden som ordnings- og trygghetsskapende metode da dette fremkom sentralt. For bedre å forstå skjermingsmetodens betydning

og spenning mellom behandling og kontroll, har jeg valgt å knytte an til et bredere institusjonelt perspektiv og til metoden som ledd i mer generelle behandlings- og pleiepraksiser. Dette breddeperspektivet har gått noe utover muligheten for å gjøre mer avgrensede teoretiske dybdeanalyser.

Til slutt en avklaring vedrørende avhandlingens praktiske begrepsbruk. Jeg har valgt å bruke benevnelsen psykiske lidelser. Det er et videre begrep enn ”galskap” som kun utgjør ett av flere aspekter ved den psykiske lidelsen. Psykisk lidelse omfatter både subjektive opplevelser og ytre, observerbar atferd. Jeg vil benytte psykiatriske diagnoser i beskrivelsen av institusjonens praksis. Jeg tar ikke stilling til validiteten i det psykiatriske diagnosesystemet da dette faller utenfor avhandlingens siktemål. Jeg vil benytte begrepet *psykiatriske* institusjoner tross fagpolitiske ønsker om å endre betegnelsen på disse sykehusene siden akuttpostene per i dag inngår i den psykiatrisk baserte spesialisthelsetjenesten.

Personalet som hadde ansvaret for den døgkontinuerlige oppfølgingen av pasientene på postene jeg gjorde mitt feltarbeid, hadde ulike stillingsbetegnelser. Noen ble kalt sykepleiere, andre miljøpersonale. De omskiftende betegnelsene gjenspeiler på mange måter dette arbeidets uklare basis innenfor sykehuset. Jeg vil vanligvis bruke ”personale” som betegnelse eller utskille egne yrkesgrupper.

Av skrivemessige hensyn vil jeg benytte betegnelsen ”skjermingsmetodens betydning og spenning mellom behandling og kontroll” som kortfattet uttrykk for den bredere anlagte diskusjonen som fremkom i presentasjonen av problemstillingen. Jeg vil så konkretisere temaer og spørsmål som skal diskuteres underveis. På postene hadde skjermingsmetoden form av et skjermet avsnitt eller skjermingsenhetsrom. I de tilfellene der jeg er opptatt av like og sammenfallende praksiser, benytter jeg ”skjermingsrommet” som samlebetegnelse. Jeg skiller mellom de to skjermingsformene når jeg er opptatt av ulike praksiser på postene.

1.6 Avhandlingens struktur

Jeg vil starte avhandlingens analyse på et overordnet samfunnsnivå for å ende opp med de individuelle opplevelsene av skjerming. Innholdet i kapitlene er som følger:

I *kapittel 2 og 3* vil jeg gjøre rede for avhandlingens metodiske design og for avhandlingens teoretiske perspektiver og begreper. Disse vil så utdypes gjennom avhandlingen. I *kapittel 4* vil jeg analysere skjermingsmetoden ut fra en bredere historisk og sosial kontekst ved å beskrive metodens historiske fremvekst sett i relasjon til de psykiatriske institusjonenes utvikling og dens ulike romlige ordninger gjennom tidene. I tillegg vil jeg beskrive skjermingsmetodens overordnede profesjonelle og helsepolitiske kunnskapsgrunnlag.

I *kapittel 5* innledes den etnografiske studien av skjermingsmetodens betydning og spenning mellom behandling og kontroll på de to akuttpostene ved å beskrive postenes organisatoriske og ideologiske utforming mer generelt. I dette kapitlet kommer skjermingsmetodens nære sammenheng med postens øvrige virksomhet og ordensbehov tydelig frem. I *kapittel 6–8* vil jeg først studere betydningen av det ideologiske kunnskapsgrunnlaget til skjermingsmetoden ved å se på de lokale skjermingsideologiene på postene. Gjennom ideologiene konstrueres rasjonalen for bruk av skjermingsmetoden i behandlingsmessig øyemed. Ideologiene påvirker også personalets bilder av og relasjon til pasientene. Deretter vil jeg belyse skjermingsmetodens utforming som behandling og kontroll ved å se på den konkrete organiseringen av skjermingsmetoden på postene, bruk av skjerming og pasientens ulike skjermingsforløp. Organiseringen av akuttposten og av skjerming på postene gjenspeiler de strukturelle aspektene ved skjermingsmetoden som behandling og kontroll. De ulike skjermingsforløpene viser på sin side skjermingsmetodens mangfoldighet og dens nære sammenheng med pasientenes urolige atferd. Gjennom kapitlene vil jeg også diskutere hvordan ideologiske og strukturelle forhold påvirker responsiviteten overfor pasientene og derigjennom skjermingsmetodens betydning. I *kapittel 9* vil jeg utdype de relasjonelle og prosessuelle aspektene ved skjermingsmetoden ved å se på samværs- og samhandlingsformene inne på skjermingsrommet. I dette kapitlet fremheves uroens interaksjonelle sammenheng og viktigheten av verdige, tillitsfulle og sosialt responsive samhandlingsformer for skjermingsmetodens betydning som behandling og kontroll.

I *kapittel 10* vil jeg utdype betydningen av tillitens problem og de arbeidsmessige aspektene for skjermingsmetoden ved å se på personalets opplevelser av møtet med

skjermingspasientene og arbeidet inne på skjermingsrommet. Dette arbeidet preges av en engstelig, uforankret interaksjon og et diffust arbeidsgrunnlag – forhold som gir økt behov for sosial orden og kontroll, og som imøtekommes på ulike måter. Gjennom beskrivelser av arbeidets kompleksitet pekes det også på behovet for flere arbeidssosiologiske studier, bl.a. for å utdype og nyansere kontrolldimensjonen. I *kapittel 11* utdypes spenningen mellom behandling og kontroll i skjermingsmetoden ytterligere ved å se på pasientenes subjektive opplevelser av metoden og det å være på skjermingsrommet. Selv om pasientene har ulike oppfatninger, er det likevel en stor kløft mellom skjermingsideologiene, personalets opplevelser og pasientenes verden. Denne kløften gjenspeiler responsivetsproblemet i institusjonen.

Avslutningsvis, i kapittel 12, oppsummeres og aktualiseres funnene i forhold til sosiologisk teori og behovet for videreutvikling av de psykiatriske sykehusene.

2 Metode og etikk

2.1 Innledning

Som beskrevet i forrige kapittel har jeg valgt å belyse spenningen mellom behandling og kontroll i skjermingsmetoden ved å gjøre en innledende litteraturstudie av metodens historiske fremvekst og kunnskapsgrunnlag. I tillegg har jeg gjennomført et etnografisk feltarbeid på to akuttposter. I dette kapitlet vil jeg redegjøre for valg og gjennomføring av metodisk design og etiske problemstillinger.

2.2 Litteraturstudien

For å øke min forståelse av skjermingsmetoden på postene gjorde jeg innledningsvis en historisk studie av skjermingsmetodens utvikling og kunnskapsgrunnlag (se kap. 4). Jeg baserte studien på ulike litteraturkilder innenfor historie, samfunnsvitenskap og kliniske fag som psykiatri og sykepleie. I tillegg snakket jeg med personer som har arbeidet lenge i psykiatrien. Kildeutvalget er noe begrenset siden det baserer seg mye på sekundærkilder som gjengir historiske forløp, i stedet for primærkilder. Historiebeskrivelsene fra de kliniske fagene er benyttet både som kilder til fakta om skjermingsmetodens opphav og til en kultur- og ideologianalyse av det profesjonelle kunnskapsgrunnlaget, siden fremstillingene ofte er skrevet for å konstituere profesjonenes identitet og virkelighetsoppfatning (Ludvigsen 2002:164). Det finnes få studier av de psykiatriske sykehusenes nærhistorie etter 1970 og deres romlige ordninger. Jeg har måttet lete etter implisitte beskrivelser i litteraturen. Det ville vært ønskelig med en grundigere historisk studie og innholdsanalyse av lærebøkene. Dette faller imidlertid utenfor avhandlingens rammer.

Siden det ikke forelå særskilte historiske analyser, gjorde jeg også en innholdsanalyse av *kliniske lærebøker* innen psykiatri og psykiatrisk sykepleie fra 1936 frem til i dag. Utvalget er foretatt ved litteratursøk i BIBSYS. I tillegg har jeg benyttet min kjennskap til sentrale lærebøker ved videreutdanningen i psykiatrisk sykepleie. Jeg gjennomgikk alle lærebøkene fra dette studiet for å se *om* og *når* skjerming ble omtalt. I tillegg så jeg etter metoder som likner skjermingsmetoden, og hvilke problemstillinger disse metodene ble relatert til. Jeg leste også flere utgaver av

klassiske lærebøker over tid for å studere utviklingen av skjermingsmetoden og skjermingsideologien. Dersom skjerming ble omtalt, så jeg på hvilke referanser og kunnskapstradisjoner den ble knyttet til. Denne fremgangsmåten bidro til å sirkle inn lærebøker som fremstod som viktige referanseverk for skjermingsideologien. Jeg gjennomgikk også et utvalg offentlige dokumenter fra 1950-tallet og frem til 2003. Her fant jeg når skjerming ble omtalt første gang, beslektede praksisformer og utviklingen i den helsepolitiske skjermingsdiskusjonen.

2.3 Valg av etnografisk metode

For å studere bruken av skjermingsmetoden på postene har jeg valgt å benytte etnografisk feltarbeid med deltakende observasjon, intervju og analyse av skriftlig materiale. Deltakende observasjon utgjør den mest sentrale datainnsamlingsmetoden.

I likhet med mange interaksjonistiske studier vil jeg knytte an til en naturalistisk etnografisk tradisjon som vektlegger studier av sosiale fenomener slik de opptrer i sin naturlige sammenheng (Schatzman og Strauss 1973:4–7, Lofland og Lofland 1995:3, Hammersley og Atkinson 1997:36). Forskeren skal frembringe kunnskap om den sosiale virkeligheten gjennom nærhet og delaktighet i feltet (Måseide 1997:96). Den naturalistiske tradisjonen har de senere årene blitt utviklet i mer konstruktivistisk retning. Man innlemmer i større grad betydningen av forskerens subjektivitet for kunnskapsproduksjon og sosial praksis som sosialt konstruerte fenomener (Denzin og Lincoln 1998:9). Som ledd i den interaksjonistiske tilnærmingen vil jeg også benytte elementer fra Grounded Theory slik denne ble utformet av Glaser og Strauss (1965) og senere Strauss og Corbin (1998). Dette gjelder særlig valg av analysestrategi (se pkt. 2.8). I tillegg har jeg forsøkt å utvikle egne begreper på basis av den empiriske analysen, som for eksempel tenkningen om sosial responsivitet. Valg av naturalistisk orientert feltarbeid innebærer at jeg er mer opptatt av samhandlingspraksiser i vid forstand enn av språklige talehandlinger og kunnskapsformer, som i etnometodologiske og diskursorienterte studier.

Denne etnografiske tilnærmingen har også ført til at jeg har valgt å studere skjermingsmetoden på postene gjennom rike, eller det Geertz (1975) kaller ”tykke” beskrivelser av feltet. Tilnærmingen gjør avhandlingen empirinær i sin form.

Gjennom den rike empiriske beskrivelsen vil jeg få frem de grunnleggende teoretiske antakelsene i avhandlingen. Det konkrete skal vise det allmenne.

Det er flere grunner til at jeg har valgt en etnografisk tilnærming. Etnografi er godt egnet for studier av sosiale fenomener på handlings- og relasjonsnivå (Wadel 1991:11, Lofland og Lofland 1995:3). Den rike beskrivelsen av hverdagslivet kan også bidra til å belyse den komplekse spenningen mellom behandling og kontroll i skjermingsmetoden. En annen fordel ved å benytte en etnografisk tilnærming er at metoden gir mulighet for å studere den konkrete praksisen og til å møte de aktørene som er i feltet til enhver tid. Dette gjør det også lettere å fange opp pasienter som faller utenfor tradisjonelle spørreundersøkelser og brukerorganisasjoner (Goldthorpe 2000:79). Observasjon har vist seg som en god metode ved studier av tjenestetilbud til pasienter med alvorlige psykiske lidelser fordi disse pasientene kan ha problemer med å verbalisere egne erfaringer (Kristiansen og Krogstrup 1999:9). Gjennom feltarbeidet erfarte jeg også at etnografi var godt egnet til å fange opp skjermingspasienter som trolig ville falt utenfor mer formaliserte undersøkelser fordi det ble mulig med langsiktig relasjonsbygging og fleksibel tilnærming fra forskerens side. Dette aspektet, min selvstendige forskerrolle og det at noen intervjuer foregikk utenfor sykehuset, kan være en forklaring på at intervjuene inneholder mer åpne og kritiske pasientsynspunkter enn de beskrevne spørreskjemaundersøkelsene om isolat og skjerming (se pkt. 1.3.1, Coyle 1999, Edwards m.fl. 2004).

2.4 Feltet

For å undersøke skjermingsmetoden innenfor akuttposter har jeg valgt to akuttposter ved ulike sykehus i Norge. Disse vil i avhandlingen kalles sykehus 1, post A, og sykehus 2, post B. Sykehus 1 ligger i en storby, mens sykehus 2 ligger i en mellomstor by. Postene ble i hovedsak valgt på grunn av den praktiske muligheten for å få tilgang. I tillegg ønsket jeg en viss spredning mellom by og land for å få frem ulike sosiale kontekster for akuttposters skjermingspraksis. De to postene hadde ulik historisk bakgrunn som akuttposter. Postene hadde også ulik skjermingsorganisering med henholdsvis *skjermet avsnitt* på post A og *skjermingsenhetsrom* på post B. Disse representerer to viktige hovedformer for organisering av skjerming. Postene har i ettertid vist seg å være godt egnet til å belyse avhandlingens problemstillinger

gjennom å være såpass forskjellige. Da det ikke foreligger flere statistiske oversikter over skjerming på nasjonalt nivå, er det vanskelig å sammenlikne postenes skjermingspraksis med andre akuttposter i landet. Postenes praksis likner andre beskrivelser fra akuttposter i annen litteratur (se bl.a. Vatne 2003, Reinholdtsen 1997, Karlsson 2004) og det jeg vet om akuttposter gjennom tidligere klinisk arbeid og arbeidet som forsker ved SINTEF. Egne erfaringer og en studie av tre akuttposter viser samtidig også annerledes rutiner i forhold til samtaler, møblering og lukking av døren (Hjort og Ruud 2006:11). Det finnes da forskjeller i praksisformer eller variasjoner av samme type praksisformer lokalt. De to postenes forskjellighet i denne studien kan bidra til å øke forståelsen av variasjoner i lokal fortolkning og praksis.

Denne studien er ikke en sammenliknende evaluering av de to postenes bruk av skjerming. Jeg valgte to poster for å få et rikere datamateriale. Utvalget gjør det også mulig å gjøre overgripende analyser av skjermingsmetoden på tvers av det enkelte sykehus. Denne formen for overgripende analyse kan bidra til å få frem kunnskap om mer generelle faktorer som påvirker skjermingsmetodens utforming. I tillegg kan det gjøre meg mer sikker på de slutninger jeg trekker (jf. Burgess m.fl. 1994:142, Album 1996:223). I ettertid har valget av to akuttposter vist seg viktig fordi likhetene og ulikhetene i skjermingspraksis har ført til en mer nyansert analyse av spenningen mellom behandling og kontroll i skjermingsmetoden. Valget av to akuttposter har også motvirket min tendens til å akseptere postenes verden som "sann" (jf. Schatzman og Strauss 1973:53). Selv ble jeg i det første, langvarige feltarbeidet ved post A svært preget av hva personalet definerte som sikkerhet og farlig atferd. I likhet med dem ble jeg vant til en streng tvangs- og kontrollpraksis. Om slik tilvenning sa personalet: "Vi reagerte på det i begynnelsen, men nå ser vi at det kan være nødvendig." Da jeg da startet neste feltarbeid på post B, var kontrasten mellom de to postenes ulike forståelse av pasientene og bruken av kontroll slående. Kontrasten gjorde at jeg ble opptatt av hvordan oppfatningen av fare og tvangens nødvendighet blir ulikt sosialt konstruert på lokalt nivå – en sosial konstruksjon som ikke alltid gjenspeiler pasientens tilstand og atferd direkte. Etter noe tid på post B ble så likhetene mellom de to postenes problemstillinger og praksis mer fremtredende. Likhetene viste seg blant annet ved at uroens- og tillitens problem utgjorde sentrale problemstillinger for personalet på begge poster. Postenes likhet og ulikhet ga mulighet for en mer overgripende analyse.

2.4.1 Veien inn

Det viste seg å være lett å få tilgang til feltet. De deltakende sykehusene var de første jeg spurte om å delta i prosjektet. Velvilligheten har trolig sammenheng med de generelle kravene til at sykehusene skal drive forsknings- og utviklingsarbeid, og at skjerming utgjør komplekse og vanskelige spørsmål man selv ønsker å belyse.

Jeg kom først i kontakt med sykehus 2 i forbindelse med søknaden om doktorgradsmidler tidlig våren 2001. Jeg presenterte meg uformelt på en konferanse hvor jeg fortalte om prosjektet. Presentasjonen førte til et påfølgende møte med sykehusets ledelse, som deretter valgte ut post B fordi denne posten var interessert i mitt tema. Jeg deltok deretter på et personalmøte på posten hvor jeg fortalte om forskningsprosjektet. På denne bakgrunn tok personalet en beslutning om å ønske meg velkommen. Ved sykehus 1 fikk jeg tilgang noe senere ved at jeg først ringte sykehusets ledelse og presenterte meg som forsker ved SINTEF. Jeg sendte prosjektskissen til gjennomlesing og fikk så komme til et informasjonsmøte. Deretter valgte sykehuset å delta og valgte ut en post. Jeg hadde så ikke kontakt med sykehusene før jeg fikk innvilget forskningsmidler i november 2001. I løpet av denne tiden var det kommet ny ledelse og nytt personale på begge postene. Jeg informerte derfor på nytt om prosjektet. Personalet fikk derigjennom mye informasjon om prosjektet og min rolle før oppstart av feltarbeidet.

2.4.2 Feltarbeidets omfang og varighet

Feltarbeidet ved postene var begge steder inndelt i to faser. Den første fasen bestod av en uke forberedende feltarbeid ved hver post i april og mai våren 2002, med deltakende observasjon og gruppeintervju av alle personalgruppene. Neste fase i feltarbeidet ble gjennomført i oktober og november 2002 i sykehus 1 ved post A. Jeg hadde deretter en måneds pause for å bearbeide observasjoner og erfaringer før jeg gjennomførte feltarbeidet ved post B i januar og februar 2003. Den deltakende observasjonen inne på postene var på cirka ni uker totalt på hver post, fordelt på én uke og deretter åtte uker. På hver post ble en uke av feltarbeidet benyttet som refleksjonsuke. Da var jeg mindre tilstede på posten. I stedet brukte jeg tiden til å analysere innsamlede data og vurdere videre observasjonsstrategier. Jeg holdt meg imidlertid løpende orientert om hva som skjedde på skjermingsrommet på postene.

Etter feltarbeidet hadde jeg noe kontakt med postene for å samle inn manglende data. Jeg opplevde datametningen sterkest på post A. Feltarbeidet måtte imidlertid avsluttes grunnet tidsrammene for avhandlingen. Jeg ga postene tilbakemelding vår og høst 2004, og har senere hatt noe kontakt i forbindelse med skriveprosessen og seminarer. Kontakten med postene foregikk fra 2001 til 2005.

Min beskrivelse av postvirksomheten er i hovedsak basert på observasjoner av naturlig forekommende skjermingspraksis på postene og pasientenes skjermingsforløp i disse ukene. I løpet av feltarbeidet på de to postene observerte jeg de fleste pasientene som ble skjermet, totalt 35. I tillegg var 5–6 pasienter så vidt innom skjermingsrommet ved innkomst. Jeg observerte mange gjentakende samhandlingsformer. Slike gjentakende mønstre gjenspeiler ofte de mest sentrale sidene ved det sosiale systemet (Schatzman og Strauss 1973:36–37). Datamaterialet gjenspeiler likevel kun en kort periode av postenes historie og skjermingsvirksomhet, og min avhandling beskriver kun litt av postenes totale virksomhet i perioden. Det vil derfor være variasjoner innenfor postenes skjermingspraksis som jeg ikke har beskrevet. I tillegg har personalet fortalt meg at avdelingskulturen og skjermingsorganiseringen er blitt endret noe etter min tid på postene.

2.5 Forskerrollen

Siden jeg var uerfaren med den etnografiske forskerrollen, var det viktig for meg å få praktisk opplæring og erfaring med feltarbeid. Som Wadel (1991) skriver, krever det ”å se” ofte trening, og det har tatt tid å utforske egne styrker og svakheter som feltforsker. Slik andre feltforskeres beskriver (Solberg 1996:134, Måseide 2003:101–107), ble den konkrete utformingen også av min forskerrolle ofte bestemt gjennom sosial samhandling med aktørene på de to postene. Forskerrollen var ikke bare et resultat av mine egne valg, men av de muligheter som ble gitt meg av systemet. Dette førte til at jeg fikk både lik og ulik forskerrolle på de to postene. Av faglige og etiske hensyn valgte jeg å ha en åpen rolle som forsker overfor personale og pasienter. Den skulle lette datainnsamlingen og sikre etiske hensyn ved at aktørene kunne avvise eller trekke seg unna forskningen. Dette opplevde jeg spesielt viktig ved observasjon av personale og pasienter i et lukket rom i en sårbar situasjon.

Som andre forskere opplevde jeg at feltarbeid er hardt fysisk og psykisk arbeid, (bl. a. Hammersley og Atkinson 1996:140–147) preget av en kontinuerlig strøm av ”good days, bad days”, avhengig av hva som skjedde i feltet til enhver tid. Jeg vekslet også kontinuerlig mellom pågående offensivitet og defensivitet når jeg ble engstelig og redd for å være til bry. Defensiv følelse kunne føre til at jeg mistet konsentrasjonen og unngikk mindre tilgjengelige observasjonssituasjoner. Den defensive atferden ble forsterket når jeg ble sliten. Det å sikre nok hvile var derfor en viktig forutsetning for godt og offensivt feltarbeid.

2.5.1 Nærhet og avstand til feltet

I likhet med forskning generelt er avhandlingen min preget av egen forforståelse og utgangsposisjon. Gjennom forskningsprosessen har det også gått mye tid til å finne en god balanse mellom nærhet og avstand til feltet.

Som beskrevet i forordet har avhandlingen bakgrunn i mine kliniske erfaringer og dilemmaer som sykepleier på skjermet avsnitt eller skjermet rom på flere akuttposter. Jeg jobber også i et tverrfaglig helsetjenestemiljø ved SINTEF, med nær kontakt med feltet. Derfor kjenner jeg godt til andre fagdiskusjoner enn de sosiologiske. Dette preger avhandlingen indirekte. Selv om det er mange år siden jeg har jobbet i klinisk praksis, og min faglige identitet er sosiologens, har min kliniske bakgrunn gitt særegne utfordringer når det gjelder nærhet og avstand til feltet, og i forhold til det Wadel (1991) beskriver som å drive feltarbeid i egen kultur. Repstad (1997b:30) fremholder også at det er komplisert å forske der man har profesjonell ekspertise på virksomheten i feltet. Profesjonsutdanningen kan føre til problemer med å oppnå nødvendig, akademisk distanse. Jeg har da også strevd, særlig i begynnelsen av forskningsprosessen, med å skape en nødvendig akademisk avstand til feltet. Jeg har også hatt en tendens til å gjøre normative sykepleiefaglige vurderinger av behandlingen og særlig av pleiesituasjonen. Min kliniske bakgrunn, kombinert med et idealistisk, sosiologisk grunnsyn (Mills 1971), gjør muligens også at avhandlingen i større grad enn hos ”rene” sosiologer preges av en forpliktelse overfor feltet og av en interesse for å bidra til kvalitetsutvikling av de psykiatriske institusjonene.

Betydningen av min bakgrunn som både sykepleier og sosiolog gjenspeiles blant annet i spørsmålet om skjerming som tvang. I den samfunnsvitenskapelige og kliniske litteraturen om psykiatri synes det som forskerens grunnleggende holdninger til tvang og kontroll får sentral betydning for forskningsspørsmål og fortolkning av datamateriale (se pkt.1.3.1). På samme vis preger mine grunnleggende oppfatninger og holdninger til kontroll og tvang denne avhandlingen. I likhet med mye samfunnsvitenskapelig forskning har jeg en kritisk holdning til utstrakt bruk av kontroll og tvang overfor personer med psykiske lidelser. Samtidig fører mine kliniske erfaringer til en forståelse for at spørsmålene om kontroll og tvang ofte er komplekse og vanskelige. Jeg har vært opptatt av å nyansere kontroll- og tvangsdiskusjonen innenfor samfunnsvitenskapen. Min kliniske bakgrunn kan samtidig gjøre meg for tilvent og lite refleksiv i forhold til tvangsbruken. Tilvenningen til tvang viste seg for eksempel i min egen overraskelse når pasientene fortalte hvor sterkt de reagerte på den fysiske innesperringen. Jeg hadde tenkt for lite på hvilken dramatisk effekt de låste dørene og tvangsmidlene kunne ha for pasientene. Dette kom også frem i et pasientintervju på slutten av feltarbeidet:

Reidun (gjentar først pasientens utsagn), De kunne latt deg få gå ut, ja. Men det sier noe om at jeg har vært sykepleier, for jeg tenkte ikke på det når jeg jobbet som sykepleier i psykiatrien... for du tar det som en selvfølge, vet du, når du er der inne. Jeg ser at alle eller mange pasienter i intervjuene nå sier at det verste er frihetsberøvelsen, at du rett og slett ikke kan komme deg ut (pasient: uhm), eller at du ikke har friheten din, det er det som er ille. Det verste er at når jeg var sykepleier, så tenkte jeg ikke at det var så enkelt det protesten gikk på, (pasient: uhm) at de ville ut, at de ville ha større bevegelse og styre. Pasient: Ja, det skjønner jeg, du tror liksom at du skal hjelpe dem på alle mulige psykiske måter, og så hadde det bare vært å ta opp døra og fått lov til å gå ut en tur (ler).

En gjennomlesing av egne transkriberte intervjuer og feltnotater viser også hvordan jeg selv som forsker kunne ha problemer med å undervurdere eller overvurdere pasientene. I slike situasjoner var hjemmebesøkene samt personalets og pasientenes korrigeringer av mine holdninger og uttalelser viktige.

Gjennom forskningsprosessen har jeg derfor vært opptatt av å skape en tilstrekkelig akademisk avstand til feltet. Jeg har arbeidet bevisst for å oppdage min egen ubevisste kliniske forforståelse og utvikle en sosiologisk tilnærming til praksis. I tråd med Wadels og mange andres anbefalinger forsøkte jeg også å gjøre meg naiv overfor det

kjente feltet for å gå bak den verdenen som jeg ofte tok for gitt (Wadel 1991). Dette fungerte til en viss grad. Men lærlingrollen var også vanskelig fordi jeg ble betraktet som sykepleier og forsker. Rollen som ”samtale- og diskusjonspartner” ble etter hvert en alternativ rolle for å få tak i personalets tanker og opplevelser. For å skape akademisk avstand til feltet forsøkte jeg også å stille spørsmål ved innholdet i sentrale begreper og sosiale kategorier som ble benyttet på postene. Dette var blant annet begreper som ”uro” og ”farlig”. Jeg forsøkte også å tilstrebe en ”disiplinert subjektivitet” (Løchen 1965:44) eller en ”analytisk subjektivitet” til feltet, hvor man benytter kunnskapen som gis gjennom selvrefleksjon (Solberg 1996:144). Dette ble særlig viktig i situasjoner hvor jeg ble følelsesmessig og moralsk oppbrakt over kontroll og tvangsbruk. Det er lett å bli for følelsesmessig engasjert i studier som omhandler kontroll og tvang. Selv om forskning ikke kan være verdifri, kan de sterke normative følelsene gjøre at forskeren mister fokuseringen på *hvorfor* praksis blir som den blir. Analysen blir for snever og overfladisk. Jeg brukte etter hvert også analysen av egne følelser bevisst som kilde til kunnskap fordi følelsesaspektet fremstod som sentralt for å forstå utformingen av psykiatrisk praksis.

Siden jeg ikke kan flykte fra min kliniske bakgrunn, ble jeg etter hvert mer opptatt av å benytte bakgrunnen på en måte som styrker datainnsamlingen og analysen av skjerming. Som Repstad (1997b:31) påpeker, kan det være fordeler med å forske i egen kultur fordi man kjenner de lokale kodene, og ved at man kan få mer åpne og ærlige svar fra informantene som i liten grad vil forstille seg. En slik ”innenfrakunnskap” om systemet kan også være god bakgrunn for relevante forskningsspørsmål og fortolkninger av situasjonen. Min kliniske bakgrunn kan gi kulturell kompetanse om systemet som beriker studien ved at jeg får lettere tilgang til akuttpostenes egen indre logikk. Jeg har erfart de praktiske problemstillingene som kan påvirke utformingen av praksis. I løpet av feltarbeidet opplevde jeg også at min bakgrunn kunne lette arbeidet med å finne en egnet forskerrolle på skjermingsrommet, og bidra til å skape en fortrolighet til aktørene som beriket datainnsamlingen.

2.5.2 Å finne en god rolle som deltakende observatør

En viktig side ved feltarbeidet var å finne en god rolle som deltakende observatør. Dette behovet ble forsterket fordi det lå særlige utfordringer i det å gjennomføre

deltakende observasjon inne på det tette skjermingsrommet. Utformingen av rollen innebar å finne gode observasjonssteder og arbeidsformer hvor jeg kunne se og lytte til det som foregikk, og samtidig ivareta etiske aspekter (Schatzman og Strauss 1973:52–69). Det å finne gode observatørformer innebar en kontinuerlig vurderingsprosess gjennom hele feltarbeidet.

Jeg evaluerte min egen forskerrolle etter forberedelsesukene i samarbeid med veileder, ledelsen og personalet på postene. Jeg gjorde også avtale med personalet ved begynnelsen av feltarbeidet om at jeg ikke skulle blande meg inn i behandlingsopplegget, og at både personale og pasienter kunne be meg gå ut av skjermingsrommet dersom de opplevde mitt nærvær som forstyrrende. Forskerrollen ble dermed utviklet i dialog. I tillegg forsøkte jeg å være vår for personalets og pasientenes verbale og nonverbale signaler slik at jeg kunne foregripe negative reaksjoner på min tilstedeværelse. Som hos Yngvar Løchen (1965:39) og Anne Solberg (1996:134) ble også min forskerrolle preget av det store sosiale skillet mellom personale og pasienter innenfor den psykiatriske institusjonen. Jeg måtte også ta hensyn til den skjøre tillitsrelasjonen inne på skjermingsrommet. Ved å ta så sterke hensyn til aktørenes ønsker mistet jeg muligens data om visse skjermingssituasjoner og pasientopplevelser. Samtidig åpnet en slik tilnærming muligheter for å samle data i situasjoner jeg ellers kunnet blitt nektet adgang til. På begge postene ga personalet i etterkant uttrykk for at denne tilnærming hadde vært viktig for å unngå å føle min tilstedeværelse som problematisk og belastende. De pasientene jeg spurte, svarte også at jeg ikke hadde opptrådt på en for belastende eller krenkende måte (se pkt.2.10).

Under feltarbeidet var jeg, utenom intervjuene, hovedsakelig tilstede på postene og på skjermingsrommet. Vaktrommet var også viktig med sine mange formelle og uformelle møter, der personalet vurderte og diskuterte pasientene. Videre var personalmøtene hvor man diskuterte skjerming sentrale for å få innsikt i den lokale avdelingskulturen og skjermingsideologiene. Jeg var også tilstede ved et legemøte og et møte i kontrollkommisjonen ved post A. På post B hadde jeg et uformelt telefonintervju med kontrollkommisjonens leder og advokat. For å få bedre oversikt over postenes ulike sosiale rom tilbrakte jeg også noe tid på stua i den åpne delen av posten, hvor jeg samtalte med pasientene og personalet. Videre fulgte jeg to sykepleiere og overlegen på post A gjennom en hel dag. Jeg rakk ikke å gjøre det

samme på post B, men jeg ba innehaverne av tilsvarende stillinger om å beskrive arbeidsdagen sin, for deretter å sammenlikne beskrivelsene med observasjonene på post A. Personalets håndtering av ulike situasjoner på åpen del av posten var trolig viktig for skjermingsforløpene til pasientene. Disse samhandlingsforløpene ble imidlertid lite observert da det var umulig å være to steder samtidig. Jeg fikk likevel noen inntrykk gjennom rapportene og tilstedeværelsen på åpen del av posten.

I løpet av en uke var jeg vanligvis fire dager på posten og en dag på kontoret eller hjemme for å ferdigstille og analysere feltnotater. I tillegg gjennomførte jeg intervjuer. Lengden på de daglige observasjonene varierte avhengig av situasjoner og databehov. I hovedsak var jeg lenger tilstede på postene i begynnelsen av feltarbeidet for å bli kjent. Dette ble fulgt av en mer detaljert observasjonsperiode av samhandlingsformene på skjermingsrommet. Da vekslet jeg mellom å observere i omtrent en time og å skrive feltnotater slik at jeg kunne gjengi samhandlingsmønstrene mer nøyaktig. På slutten av feltarbeidet og ved enkelte episoder var jeg lenger tid på postene for å studere lengre samhandlingssekvenser. Gjennom feltarbeidet forsøkte jeg å fange opp døgnvariasjoner ved å være tilstede omtrent tre timer gjennom hele døgnet frem til den første tiden etter nattevakten kom på. Totalt sett var jeg tilstede ved seks kveldsvakter og ti overganger fra dagvakt til kveldsvakt. Jeg var ikke tilstede på nattevakter og kun på en lørdagsdagvakt på post A. Opprinnelig hadde jeg tenkt å dekke døgnet og helgene bedre, men tiden var for knapp. Siden personalet og pasientene fremholdt at kveld, helg og natt er viktige tider for skjermingspraksisen, er dette en begrensning i studien.

Gjennom feltarbeidet skiftet jeg kontinuerlig mellom en passiv og en mer aktiv rolle, avhengig av situasjonen og behovet for data. Grunnet den ulike skjermingsorganiseringen på de to postene ble observatørrollen på skjermingsrommene også forskjellig. På post A, som hadde et skjermet avsnitt, ble jeg ofte sittende i en personalstol i kroken på gangen dersom jeg ikke satt sammen med pasienter og personale i hagen eller på dagligstua. Jeg var også kort innom pasientrommene når pasienter ønsket å snakke med meg der. Posisjoneringen gjorde at jeg ytre sett tok personalets rolle. Siden personalet oftest satt på gangen, foregikk det meste av samhandlingen der. Stolen på gangen var derfor et godt observasjonssted. Posisjonen gjorde det også mulig for pasientene og personalet å

trekke seg unna blikket mitt ved å gå inn på andre rom. Jeg har mest data om samhandlingsformene på gangen på post A. Dette preger avhandlingens fokusering.

På post B ble forskerrollen annerledes fordi skjermingsrommet var et tettere rom hvor personalet og pasienten oftest satt sammen hele tiden. Siden det kun var én ansatt inne på rommet sammen med pasienten, ble jeg mer synlig som forsker. Jeg hadde også en mer direkte effekt på samhandlingen ved at jeg endret relasjonens dyadiske preg. For å få en naturlig tilgang til rommet og redusere belastningen ved min tilstedeværelse måtte jeg innta en mer aktiv og deltakende forskerrolle ved å delta i samtale og enkle gjøremål. Jeg satt også i noen få tilfeller en kort tid alene på skjermingsrommet. Rommets lukkethet på post B førte imidlertid til at det var vanskeligere å få innpass der på en naturlig måte. I tillegg var det umulig å være tilstede på de to separate skjermingsrommene samtidig. Jeg har dermed noe færre direkte observasjoner av samhandlingssituasjoner inne på skjermingsrommene på post B. Jeg ”kjenner” det skjermede avsnittet på post A best. Dette preger nok avhandlingen ved at jeg lettere eksemplifiserer fra post A. Den aktive rollen på post B ga imidlertid verdifulle data ved at jeg fikk mer direkte erfaring med personalets arbeid.

I ettertid ble det sagt fra personalet og ledelsen på begge poster at jeg hadde glidd forholdsvis lett inn i virksomheten. Begge steder fikk jeg nøkkel eller nøkkelkort slik at jeg kunne bevege meg forholdsvis fritt på postene. Nøkkelen førte til at jeg raskere ble tilvant tvangen og medvirket trolig også til at flere pasienter identifiserte meg som nærmere personalet enn dem selv. Flere pasienter fortalte også at de ved første møte tok meg for å være en av personalet før jeg presenterte meg som forsker.

2.5.3 Feltrelasjoner

Jeg trivdes godt med personale og pasienter på begge poster. Gjennom feltarbeidet fikk jeg størst nærhet til miljøpersonalet. Jeg hadde flere samtaler med legene. Legene fremstod likevel noe mer fjerne da de var mindre tilstede på skjermingsrommet. Jeg ble mest kjent med de personene i personalgruppen som var kontakter for skjermingspasientene, og som satt mye inne på skjermingsrommet. Personalet reagerte ulikt på min tilstedeværelse. Mange var positive og ivrige i forhold til

prosjektet. De ville gjerne at jeg skulle bli med inn til pasientene og fortalte åpent om arbeidet på skjermingsrommet. Andre var mer distanserte, og noen få mer avvisende.

Kontakten med pasientene og deres reaksjoner på prosjektet og meg som forsker varierte. Den hurtige gjennomtrekken av pasienter på akuttpostene førte til at mange kun ble "navn" som jeg fikk en overfladisk kontakt med i forbifarten. Samtidig var det andre jeg fikk en mer kontinuerlig og nærmere relasjon til. Dette gjaldt særlig de pasientene som hadde lange skjermingsopphold og/eller lange opphold på posten. Flere pasienter var svært imøtekommende og interesserte i prosjektet og ville gjerne komme med sine fortellinger og synspunkter. Ingen av dem uttrykte negative synspunkter angående prosjektet som sådan. Noen sa det var fint at jeg observerte inne på skjermingsrommet slik at jeg kunne dokumentere skjermingspraksisen. Andre pasienter var mer likegyldige og uinteresserte i prosjektet. Disse tok mindre kontakt med meg eller avviste min tilstedeværelse i visse situasjoner. En pasient sa at hun hadde blitt noe usikker av å ha meg inne på skjermingsrommet i begynnelsen, men at dette gikk raskt over når hun ble mer kjent med meg. Noen få pasienter fortalte at de først hadde lurt på om jeg var "overlegen", "flink" eller en "besserwisser"-type siden jeg var forsker, men at de hadde blitt positivt overrasket da de ble kjent med meg. For noen få skjermingspasienter fikk jeg rollen som "advokat" eller som "videreformidler" til offentligheten om de krenkelser de mente seg utsatt for på skjermingsrommet. Jeg ble trukket inn som "tredje part" i konflikten. For ikke å miste tillit hos pasienter og personale understreket jeg i disse situasjonene min uavhengige rolle som forsker. Jeg forsøkte å gi forståelsesfull respons samtidig som jeg avgrenset diskusjonen ved å henvise til samtale etter skjermingsoppholdet. Denne strategien syntes hensiktsmessig for å bevare tillitsforholdet til både personalet og pasientene, slik at jeg kunne gjennomføre observasjonene. Strategien førte samtidig til at jeg mistet informasjon om pasientopplevelsene fordi samtalen ble avgrenset under skjermingsoppholdet, og fordi jeg i større grad ble identifisert med personalet.

Personalet og pasientene reagerte noe ulikt på min tilstedeværelse. I noen situasjoner syntes det som om personalet ble mer tilbakeholdne, stive og tause i kontakt med pasientene. Andre kunne bli ekstra bevisste på å opptre faglig korrekt. De av personalet som opplevde min tilstedeværelse som ubehagelig, trakk seg vanligvis unna meg ved å gå i andre rom eller være stille i intervjusamtalene for å unngå å bli

sitert. På direkte spørsmål om forskereffekter oppga flere i personalgruppen at de hadde forsøkt å opptre som vanlig da dette var prosjektets siktemål. De fortalte at det muligens hadde gått mer tid til uformell prat og til å lese aviser eller ukeblad om jeg ikke hadde vært tilstede. Pasientene reagerte tilsynelatende mindre på meg som forsker. Både de og personalet fremstod etter noen tid ofte mindre opptatt av min tilstedeværelse. Dette skyldes trolig at det vanligvis er vanskelig å være oppmerksom på forskeren samtidig som man skal ivareta sin egen situasjon eller utføre arbeidsoppgaver (Schatzman og Strauss 1973:58). Den stadige gjennomtrekken av nye personer på akuttpostene bidro også til å gjøre meg mer usynlig som forsker.

Jeg opplevde det til tider vanskelig å gå på tvers av de sosiale rollene som ansatt eller pasient i systemet, selv om dette gikk bedre enn antatt. I likhet med andre feltforskere som har studert psykiatriske institusjoner hadde jeg skiftende tilknytning til og sympatier med aktørene gjennom hele perioden (Løchen 1970:43, Solberg 1996:137). I den første tiden sørget jeg bedre for å ha tilstrekkelig avstand til personalet for å sikre nærhet til pasientene. Utover i feltarbeidet, og særlig på slutten da jeg var sliten, konvergente jeg noe ubevisst til personalet da dette var den letteste og behageligste rollen i det sosiale systemet. Samtidig fastholdt jeg min uavhengighet som forsker når jeg informerte pasientene. Informasjonsskrivet mitt var nyttig i denne forbindelse (også Sjöström 1997:69-70). Jo mer pasientene oppfattet at jeg hadde en uavhengig posisjon, jo friere uttrykte de sine vonde og negative opplevelser.

2.6 Feltnotater

Siden feltnotater er sentrale for å sikre kvaliteten på det innsamlede datamaterialet, brukte jeg mye tid til dette under hele feltarbeidet. Notatformen utviklet seg med erfaring og ble bedre over tid.

I tråd med anbefalinger (se bl.a. Schatzman og Strauss 1973:95) skrev jeg ikke notater med pasienter eller personale tilstede for å unngå å skape utrygghet. Det eneste unntaket var skriving under rapport og på noen personalmøter. Dette opplevde jeg som helt nødvendig for å få nøyaktige data om skjermingsforløp og vurderinger. Feltnotatene ble skrevet rett etter samhandlingsobservasjonene dersom jeg ville notere detaljerte forløp. I andre situasjoner skrev jeg ned sitater eller punkter i en notatblokk

for deretter å skrive utfyllende feltnotater samme dag eller påfølgende morgen. Jeg skrev også ulike type feltnotater (Lofland og Lofland 1995, Strauss og Corbin 1998). De mest omfattende er kronologisk nedskrevne observasjonsdata om hva som skjedde på postene. Disse notatene ble skrevet så konkret, detaljert og presist som mulig. I tillegg skrev jeg ”metodiske memos” om metodiske spørsmål samt ”analytiske memos” som omhandlet mine refleksjoner i tilknytning til observasjonene. Memos er korte notater med referanse til observasjonssituasjonen. Feltnotatene utgjorde et stort antall sider. Tross omfanget har de i etterkant vært gode å arbeide med.

2.7 Andre datainnsamlingsmetoder

Under feltarbeidet benyttet jeg også andre datainnsamlingsmetoder som intervju og skriftelig materiale. Jeg har dermed et rikt og blandet datamateriale fra de to postene. Fordelen ved et slikt datamateriale er at det kan bidra til å belyse skjermingsmetoden på en utfyllende måte. I ettertid er jeg fornøyd med det rike datamaterialet. Samtidig opplever jeg det som vel omfattende innenfor tidsrammen for doktorgradsprosjektet. Ulempen ved en bred datatilnærming er at den er tids- og arbeidskrevende. Derfor har det også blitt noe mindre tid til å gå i dybden av hver datainnsamlingsmetode og til å utnytte datamaterialet til fulle. Jeg har for eksempel utnyttet dataene om samhandlingsmønstrene på skjermingsrommet mindre enn jeg hadde ønsket.

Det varierte datamaterialet har komplisert og forlenget analyse- og skrivefasen. I tillegg har det store arbeidet med å systematisere empiriske data og det første valget om empiridrevet analysestrategi gitt mindre tid til teoretisk analyse. Dette har gitt avhandlingen et mer empirisk preg enn jeg hadde ønsket. Dette utgjør det ”ikke-ideelle” ved avhandlingen som jeg har måttet akseptere, gitt avhandlingens rammer. Sett i ettertid ville jeg avgrenset arbeidet ved å redusere den historiske og kliniske litteraturstudien, gjort datareduksjon på et tidligere stadium, begrenset antall intervjuer samt brukt mer overordnede og teoretisk pregede analysestrategier.

2.7.1 Intervjuer med ledelse og personal

På hver post utførte jeg individuelle intervjuer med ledelsen samt fokusliknende gruppeintervjuer med alle personalgruppene ved at deltakerne sammen diskuterte

temaer i tilknytning til skjerming (jf. Kitzinger 1994:103, Agar og MacDonald 1995:78). I tillegg ble det gjennomført et avsluttende gruppeintervju med miljøpersonalet bestående av ulike yrkesgrupper. Intervjuene tok en mer åpen form hvor de utarbeidede intervjuguidene kun tjente som ledesnor for samtalen (Lofland og Lofland 1995:78). Alle intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert.

Intervjuer med ledelsen vil si intervjuer med klinikkleder, oversykepleier på én post, overlege, avdelingssykepleier og assisterende sykepleier. Jeg intervjuet også en nyansatt assistentlege som fremstod som en spesielt god informant fordi han reflekterte mye over møtet med den psykiatriske kulturen. I tillegg intervjuet jeg en avdelingsleder ved naboposten som selv ønsket å diskutere skjermingsspørsmålet. Dette utgjorde til sammen ni intervjuer med ledelsesnivået og to ekstra intervjuer. Intervjuene varte fra tjue minutter til en time.

Gruppeintervjuene med personalet ble inndelt etter rollene som lege, sykepleier, hjelpepleier/omsorgsarbeider og ekstravakt. Hensikten med intervjuene var å få utdypende informasjon om personalets tenkning om skjerming og å se om skjermingsopplevelsene varierte mellom de ulike yrkesgruppene. Gruppeintervju gir generelt effektiv tilgang til flere aktørers synspunkter på et tema. I tillegg skulle samhandlingen i gruppen gi flere data om skjermingsdiskusjonen på postene (jf. Agar og MacDonald 1995:78). Hensikten med det avsluttende intervjuet var å utdype spørsmål og temaer som var dukket opp i løpet av feltarbeidet. Gruppeintervjuene utgjorde til sammen ti intervjuer med varighet på omtrent en time. De ble gjort med to til åtte personer, avhengig av personalgruppens størrelse og oppmøtet til intervjuet. Som Agar og McDonald (1995:79) også erfarer viste det seg nødvendig at jeg som forsker sikret tilstrekkelig oppmøte i den travle hverdagen på postene.

2.7.2 Samtaler og intervjuer med pasientene

Gjennom feltarbeidet hadde jeg ulike former for samtaler og intervjuer med pasientene. Jeg hadde mange uformelle samtaler. Jeg spurte også mange av de trettifem observerte pasientene hva de mente om skjermingsoppholdet. Det ble i tillegg gjennomført fjorten mer formaliserte, langvarige og utdypende intervjuer med pasienter etter intervjuguide. Fem av disse pasientene ble intervjuet på nytt etter cirka

tre måneder. De utdypende intervjuene utgjør sju pasienter ved hver post. De fleste ble tatt opp på bånd og transkribert. Antall intervjuer ble noe mindre enn planlagt da det kunne være vanskelig å fange opp pasientene før de ble utskrevet. De oppfølgende intervjuene etter tre måneder ble avsluttet da dette viste seg for tidkrevende, men de jeg hadde, var imidlertid nyttige datakilder. For å få likt antall pasienter til dybdeintervju på de to postene, valgte jeg å dybdeintervjue to pasienter på post B som hadde blitt skjermet i de påfølgende månedene rett etter feltarbeidet. De to intervjuene utgjorde viktige og korrigerende materiale for analysen.

De 35 observerte skjermingspasientene og de 14 pasientene som deltok i de utfyllende intervjuene, gjenspeiler akuttpostenes heterogene pasientbelegg (jf. pkt. 5.6). I dybdeintervjuene varierer pasientenes alder fra 18–61 år. Tre personer er fremmedkulturelle. Det er ni kvinner og fem menn. Sivilstatus og tilknytning til arbeidslivet varierer. Fire pasienter hadde diagnose knyttet til mani, åtte psykoselignende tilstander, herunder schizofreni, to pasienter var plaget med depresjon eller selvmordstanker. Jeg mangler lengre intervjuer med pasienter innlagt for ruspsykose eller personlighetsforstyrrelser da disse raskt ble skrevet ut. Pasientenes erfaring med psykiatrien varierte fra første gangs innleggelse til omfattende institusjonalisering over 30–40 år. Grad av funksjonstap var forskjellig. Kun et par av intervju pasientene var skjermet under frivillig paragraf. De resterende var skjermet under tvangsinnleggelse. Flere opplevde også tvangsmidler.

De utdypende intervjuene foregikk på pasientrom eller besøksrom, i hagen, på akuttposten eller ved andre poster eller institusjoner pasienten var overflyttet til. Intervjuene varte fra 15 minutter (ett intervju) til en halv eller en time. De oppfølgende intervjuene skjedde i park eller bolig og ved ett tilfelle som telefonintervju. Intervjuene varte opp til to timer fordi det ofte ble kaffe og uformelt prat i tillegg. Jeg var svært fleksibel i gjennomføring av pasientintervjuene som i hovedsak rettet seg etter pasientenes ønsker. Pasientene stod fritt til å fortelle det de ville. Erfaringsmessig var denne fleksibiliteten i tilnærmingen av stor betydning. Siden pasientenes dagsform svingte, var det viktig å kunne stille opp når de selv sa at de ønsket å bli intervjuet. For flere pasienter var det lett å delta i de mer formaliserte intervjuene. Noen ønsket imidlertid ikke formaliserte intervjuer, men stilte gjerne opp i mer uformelle samtaler om skjermingsopplevelser. En pasient som ba om å se

intervjuguiden før samtykke til intervju, uttrykte at denne guiden ”ikke passet ham”, men at han gjerne kunne si noe kort om skjermingsopplevelsene inne på pasientrommet. Da vi først satte oss ned, endte samtalen likevel med at vedkommende fortalte lenge og ivrig om skjermingsopplevelsene og møtet med psykiatrien. Fleksibiliteten bidro dermed til at jeg fikk innpass hos de mer reserverte pasientene, og hos dem som avsto formaliserte forskningsmetoder. Behovet for en fleksibel pasienttilnærming gjenspeilte seg også i forskningen.

De fleste pasientene sa ja til å bli intervjuet. Noen få avsto med begrunnelsen at de ikke orket på grunn av egne problemer, eller fordi de ikke orket å tenke tilbake på det vanskelige skjermingsoppholdet, lidelsen eller krenkelsen. De ville bare ”legge det bak seg.” Gjennomføringen av intervjuene gikk fint i alle tilfellene. Ingen fikk forverret sin tilstand etterpå. Noen ble slitne av å snakke lenge og konsentrert, men sa i ettertid at de ikke opplevde intervjuet unødig belastende. Et par av pasienter som gråt litt under intervjuet, sa at dette ikke var farlig, det var bare godt å få uttrykt følelser. Flere ga uttrykk for at de opplevde interessen for deres synspunkter som noe godt, og at intervjusituasjonen ga en fin mulighet til å få uttrykt synspunkter på skjerming og opphold i psykiatriske institusjoner. Andre fortalte at den åpne intervjusamtalen hadde hjulpet dem til å tenke gjennom egen situasjon.

2.7.3 Skriftlig materiale

Studier av skriftlig materiale i organisasjoner kan være en viktig datakilde til forståelse av disse organisasjonenes virksomhet (Atkinson og Coffey 1997, Hammersley og Atkinson 1997:183–184). Jeg har derfor gjennomgått prosedyrepermer og andre sentrale tekster fra postene som belyser skjermingspraksisen. I tillegg sjekket jeg mine egne notater med sykepleierrapportene for å sikre at jeg hadde nøyaktig informasjon om skjermingsforløpene. Grunnet tidsrammene for prosjektet har jeg ikke gått langt i tekstanalytisk retning. Tekstmaterialet har i størst grad bidratt til å supplere observasjonene og det øvrige datamaterialet.

2.8 Analyseprosessen

I likhet med annen kvalitativ forskning har min forskningsprosess ikke vært rettlinjert, men tatt form av en sirkulær prosess hvor jeg har forsøkt å syntetisere data og se etter mønstre som knytter problemstillinger, teorier og metoder sammen (Repstad 1997b:93, Solberg 1996:143–144, Leiulfsrud og Hvinden 1996:220). Den lange analyseprosessen skyldtes også kompleksiteten i datamaterialet. Forskingen gjenspeiler de vanskelige vurderingene som personalet står overfor i praksis.

Siden jeg hadde et stort datamateriale, var det innledningsvis viktig å få oversikt over og kjennskap til innholdet i dette. Den praktiske delen av analyseprosessen bestod først av rydding av feltnotater og transkribering av intervjuer for å systematisere og redusere dataene (Silverman 2000:143). Deretter leste jeg gjennom materialet på nytt og rettet opp mangler og feil for å øke påliteligheten i dataene. I tillegg skrev jeg ned ideer som fremkom under gjennomlesningen. Etter den innledende opprydningen utgjorde det nedskrevne datamaterialet noe over 1000 sider (500 sider observasjonsnotater og 500 sider transkriberte intervjuer). I tillegg kom metodiske og analytiske memos og skriftlig materiale fra postene. Jeg har i tråd med tenkningen innenfor Grounded Theory vektlagt en kontinuerlig sammenlikning av data innen og mellom postene som hovedstrategi i analysen (Glaser og Strauss 1965, Strauss og Corbin 1998). Jeg har også til en viss grad benyttet koding hvor jeg inndelte datamaterialet i ulike empiriske og teoretiske kategorier. Et utvalg av materialet ble så gjort til gjenstand for mer utdypende analyser. Kodingen har vært gjort både manuelt og med dataprogrammet Nudist 6. På bakgrunn av anbefalinger fra andre forskere valgte jeg å begrense kodingen fordi den kan ta uforholdsmessig mye tid (Buston 1997: pkt. 12.1–12.4, Leiulfsrud og Hvinden 1996:231). Jeg benyttet også andre kvalitative analyseteknikker som diagrammer, typologier og begrepskart (Lofland og Lofland 1995:197–201, Hammersley og Atkinson 1996:243–248).

Den første tiden gikk med til å få frem overordnede organisatoriske kjennetegn og samhandlingsmønstre på postene. Jeg analyserte så pasient- og personalintervjuene for å se på skjermingsideologiene og skjermingsopplevelsene. Deretter gjennomførte jeg samhandlingsanalyser av datamaterialet fra skjermingsrommet. For å lete etter sosiale mønstre fulgte jeg også skjermingsforløpet til hver enkelt pasient. I tillegg

studerte jeg pasientenes konkrete atferd som ledet til skjerming i personaldiskusjoner og rapporter. De enkelte elementene i datamaterialet ble så sammenholdt. Analysen av datamaterialet er dermed gjort ved ulike innfallsvinkler og på ulike analysenivåer.

Avhandlingens overordnede tanker og perspektiver vokste frem på flere måter. Den historiske litteraturstudien var innledningsvis viktig for å finne et sosiologisk perspektiv på skjermingsmetoden. Tanken om uroens- og tillitens problem vokste frem gjennom den historiske litteraturstudien og observasjonene på postene. De første tankene om skjermingsmetoden i forhold til konflikt og sosial responsivitet oppstod tidlig under feltarbeidet. Allerede i de første feltnotatene var jeg opptatt av konfliktene som et viktig trekk ved samhandlingen på skjermingsrommet. Jeg brukte også stadig det engelske ordet "responsiveness" for å beskrive min opplevelse av den manglende responsen på pasientenes ønsker og protester. Det var vanskelig å finne et norsk ord. Jeg kom så senere tilfeldigvis over et kurs kalt "Responsive Institutions and Conflict Preventions" som påpekte betydningen av institusjonell responsivitet for å løse konflikter i demokratiske samfunn.³ Dette ga kimen til tenkingen om responsivitet og begrepet "demokratisk responsivitet", som jeg lanserer senere i avhandlingen. De nitidige observasjonene av blikk- og taleformer var viktige for å gi ord og tanker til min tidligere fornemmelse av ubehag over praksis og min opplevelse av skjermingsrommet som en spesiell sosial situasjon. Ved å lese Goffmans beskrivelser av den normale interaksjonsorden ble samhandlingens "unormalitet" tydeligere. Langt senere fant jeg endelig begrepet "sosial responsivitet" hos Asplund (1987a). De overordnede tankene i avhandlingen vokste da gradvis frem og kom sent i analysen.

2.9 Tilbakemeldingsfasen

Tilbakemeldingen til feltet ble gitt ved at jeg tilbød og gjennomførte muntlige fremlegg ved postenes interne undervisning. I tillegg vil postene få kopi av avhandlingen. Postene har brukt prosjektet mitt noe ulikt i sitt utviklingsarbeid og forholdt seg noe ulikt til funnene i undersøkelsen underveis. Min generelle erfaring er at praksis kan ønske forskningen, men være ulikt forberedt på tilbakemeldingsfasen. Det er derfor viktig at forskeren planlegger tilbakemeldingsfasen nøye. Jeg erfarte

³ Kurset ble holdt ved International Peace Research Institute i Oslo (PRIO), juni 2004.

også at feltforskeren må være forberedt på at det vil være større avstand til feltet i tilbakemeldingsfasen enn under feltarbeidet. Forskerrollen og feltrelasjonene endres gjennom forskningsprosessens stadier.

2.10 Ethiske problemstillinger

Prosjektets tema og etnografiske tilnærming reiste mange etiske problemstillinger som måtte løses. Pasienter med psykiske lidelser er definert som en særlig sårbar gruppe i samfunnet. Sårbarheten forsterkes i skjermingssituasjoner hvor de er innlagt ved tvang, er spesielt dårlige og eventuelt har nedsatt samtykkekompetanse. Etnografisk forskning om bruk av tvang og maktbruk gir også mange etiske dilemmaer. Jeg har dermed stått overfor mange avveielser i forhold til de etiske retningslinjene (NEM 1994, De nasjonale forskningsetiske komiteer 1996, NESH 1999).

Datamaterialet er utformet og oppbevart i tråd med gjeldene retningslinjer. For å ivareta formelle etiske krav, er prosjektet meldt og kontrollert i samarbeid med Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Jeg hadde også en lang prosess med Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK) om feltarbeidet før prosjektet ble tilrådd. I løpet av prosessen utarbeidet jeg informasjonsskriv til pasienter og personale, og oppnevnte overlegene på postene som kliniske veiledere i tråd med kravene fra REK. Overlegene skulle også godkjenne min tilstedeværelse hos pasienter med nedsatt samtykkekompetanse og avgjøre om pasientene var klare for intervju. Jeg informerte også kontrollkomisjonene om prosjektet.

I ettertid opplever jeg prosessene med REK og NSD som nyttige fordi de hadde en oppdragende effekt og gjorde meg bedre forberedt til å møte etiske dilemmaer under feltarbeidet. Som andre forskere erfarte jeg samtidig at mange etiske dilemmaer under feltarbeid ikke kan løses byråkratisk siden de ofte er relasjonelle og prosessuelle i sin natur (Hammersley og Atkinson 1997:315, Mattingly 2005). Ethiske hensyn må også ivaretas gjennom forskerens kontinuerlige vurdering av sin opptreden i feltet og nedskrivningen av observasjonene. De formelle samtykkeskjemaene kunne for eksempel i noen tilfeller virke sosialt upassende og direkte skremmende dersom pasienten trodde de kunne få negative konsekvenser for utskrivelse eller tvangsbruk. Forskerens bruk av sosialt skjønn er dermed viktig for å ivareta de etiske kravene.

Et viktig og vanskelig etisk dilemma er knyttet til pasientens samtykke til forskning (Hammersley og Atkinson 1997:295–295, Skretting 1996, 1999). Dette gjaldt også mitt prosjekt. Jeg stod stadig overfor avveininger som jeg forsøkte å løse på best mulig måte. Det er ikke mulig å utdype alle disse avveiningene i avhandlingen. De fleste pasientene aksepterte min tilstedeværelse på skjermingsrommet, men det var også noen som ga uttrykk for at de ikke ønsket intervju, at jeg var inne på rommet eller deltok i møte med lege. I likhet med Sjöström (1997:69) opplevde jeg pasientenes avslag som en god bekreftelse på at det var mulig å reservere seg fra forskning innenfor institusjonen. Jeg opplevde også at mange pasienter godt forstod hensikten med prosjektet, men ønsket ulik grad av informasjon. Noen var imidlertid så forvirret at de ikke klarte å ta stilling til min tilstedeværelse. For å ivareta disse pasientenes integritet, var jeg spesielt varsom, holdt avstand til jeg hadde presentert meg og spurte også oftere om personalets vurderinger. Overfor pasientene opptrådte jeg som åpen forsker. Selv om ikke alle fullt ut forstod prosjektets innhold, var de fleste i stand til å bestemme om de ønsket tilstedeværelse av andre personer enn personalet og pårørende når jeg ganske enkelt spurte: ”Jeg er forsker og studerer bruk av skjerming. Får jeg lov til å være en stund? Du kan bare be meg gå ut om jeg forstyrrer.” Senere utdypet jeg informasjonen både skriftlig og muntlig dersom pasienten ønsket det. I min undersøkelse har pasientenes ønske om og evne til å delta i forskningen vært mer variert og større enn forskningskomiteens og personalets forhåndsantakelser tilsa. Sårbarhetsdimensjonen må selvsagt ivaretas, men en overdreven forsiktighet kan også gjenspeile en undervurdering og stigmatisering av personer med psykiske lidelser (Sjöström 1997, Freedman 2001, Marshall m.fl. 2001).

Etiske hensyn overfor sykehusene, personale og pasienter har preget skrivefasen. Dette problemet er særlig aktuelt innenfor etnografi som kommer så nær innpå en organisasjons uformelle liv. Som van Maanen påpeker, er etnografi skrevne gjenfortellinger av kulturer (eller aspekter av kulturer) som ”carries quite serious intellectual and moral responsibilities, for the images of others inscribed in writing are most assuredly not neutral” (Van Maanen 1987:1). Noen av personalet uttrykte også engstelse for medias håndtering av forskningsresultatene. De etiske hensynene om å ikke henge ut feltet er forsterket av avhandlingens fokusering på makt og tvangsutøvelse – slike temaer er ofte kontroversielle. Faren for uthengning forsterkes ved at personalets og pasientenes utsagn er spontane og muntlige og ikke ment for en

formell, offentlig rapport. Personalets velvilje og innsats er viktig for å få til en videreutvikling av de psykiatriske institusjonene. De bør derfor berømmes for sin innsats. Personalet står ofte oppe i vanskelige situasjoner det ikke finnes enkle svar på. Mange av problemstillingene i avhandlingen gjenspeiler samtidig samme dilemmaer som miljøpersonalet selv tok opp og diskuterte. Selv om man skal beskytte personalet, skal man derfor ikke undervurdere deres refleksjoner over egen praksis. Å stimulere til åpen dialog om problemstillingene kan derfor være til vel så mye hjelp for personalet som fortløselighet. Jeg har av den grunn valgt å ta med noen direkte beskrivelser av praksis for å gi bedre grunnlag for prinsipielle diskusjoner. For å ivareta feltet har jeg likevel forsøkt å balansere forholdet mellom diskresjon og det å formidle viktige forskningsfunn (Wolcott 2001). Jeg har videre fremhevet avhandlingens organisatoriske anliggende samt anonymisert ved å omskrive litt.

2.11 Skrivning av avhandlingen

Skrivingen har vært en viktig del av analyseprosessen (Becker 1986, Wolcott 2001, Fuglestad 1997). Grunnet begrensede rammer har jeg måttet konsentrere meg om noen utvalgte temaer. Min fortelling fra feltet er derfor bare én av flere mulige.

Innenfor den etnografiske forskningen finnes det ulike sjangere (van Maanen 1988, Wolcott 2001). Jeg har skrevet avhandlingen innenfor en mer deskriptiv tradisjon, hvor de empiriske funnene har størst plass, selv om jeg også benytter teoretiske begreper og perspektiver. Jeg har valgt en kombinasjon av en selvbekjennende og en mer tilbakeholden fortellerstemme. Siden avhandlingen ikke er en direkte komparativ analyse av de to postene, har jeg vekslet mellom å beskrive felles, overgripende problemstillinger og praksiser og å gjøre rede for ulikheter på de to postene når dette er viktig for å forstå skjermingspraksis.

2.12 Avslutning

I dette kapitlet har jeg redegjort for mitt valg av metodisk design for å besvare problemstillingene og ulike etiske dilemmaer gjennom forskningsprosessen. I neste kapittel vil jeg utdype avhandlingens teoretiske perspektiver og begreper.

3 Teoretiske perspektiver og begreper

3.1 Innledning

Hovedproblemstillingen i denne avhandlingen er skjermingsmetodens betydning og spenning mellom behandling, kontroll og tvang. Men hvordan skal man forstå behandlings- og kontrollbegrepet og spenningsforholdet mellom dem?

I dette kapitlet vil jeg utdype de teoretiske perspektivene og begrepene som legges til grunn for studien av skjermingsmetoden. Perspektivene utdypes videre gjennom avhandlingen. Jeg vil starte med å redegjøre for de sentrale begrepene jeg benytter – behandling, makt, kontroll og tvang – før jeg går inn i den samfunnsvitenskapelige debatten om sykehusenes spenning mellom behandling og kontroll. Jeg vil så diskutere forhold som kan påvirke dette spenningsforholdet. Avslutningsvis vil jeg utdype egen tenkning om responsivitetens betydning for skjermingsmetoden.

3.2 Behandling, kontroll, makt og tvang

3.2.1 Behandling

Innenfor helsevesenet blir medisinsk behandling ofte forstått som kurering eller reduksjon av sykdom, lindring av subjektiv lidelse eller bedring av funksjonsnivå. Sykepleien eller omsorgsarbeidet utgjør et viktig aspekt ved behandlingen og skal ha spesielt ansvar for den døgkontinuerlige ivaretagelsen av pasientene.

Behandlingsbegrepet er ofte et vanskelig og omdiskutert begrep når det gjelder psykiske lidelser. Dette gjenspeiles også i diskusjonen om skjermingsmetoden. Kompleksiteten i behandlingsbegrepet har sammenheng med uklarheten om hvordan psykisk helse og psykiske lidelser skal forstås og de etiologiske årsakene til psykiske lidelser. De psykiske lidelsene er også subjektive, emosjonelle og relasjonelle av natur. Dette gjør at problemstillingene i behandlings- og pleiarbeidet ofte vil være mindre konkret enn annet helsearbeid som for eksempel kirurgisk behandling. Et annet viktig aspekt ved de psykiske lidelsene som påvirker behandlings- og pleiarbeidet er lidelsenes særegne sosiale natur. De psykiske lidelsenes sosiale natur

viser seg for det første ved at lidelsen kan føre til ”skjøre selv” (jf. Album 1996:). Dette kan for eksempel skyldes forvirring, tankeforstyrrelser, depresjon, angst, dårlig selvtillit eller problemer med mistenksomhet overfor andre. Den psykiske lidelsen kan også føre til sterke følelser som frykt og sinne. Disse problemene kan forstyrre det sosiale selvet og lede til sosiale samhandlingsproblemer (Doubt 1996, Estroff 1989, 1991). Som jeg skal utdype litt senere i pkt. 3.4.1, kjennetegnes den psykiske lidelsenes sosiale natur for det andre ved at lidelsen kan føre til sosialt avvikende atferd som bryter den etablerte sosiale orden i samfunnet. Avviket eller annerledesheten kan også gi stigmatiseringsproblemer. Avviks- og stigmatiseringsaspektet ved de psykiske lidelsene fører til at spørsmålet om sosial orden blir et viktig aspekt som preger behandlingsinstitusjonen (jf. Hechter og Horne 2003:xiii). Det gjør også at uroens- og tillitens problem blir en særlig utfordring i behandlingsarbeidet, og at behandlings- og pleiearbeidet blir nært knyttet til spørsmål om sosial kontroll. Disse to aspektene ved de psykiske lidelsenes sosiale natur kan også samvirke ved at det skjøre sosiale selvet og samhandlingsproblemen kan forsterke tendensen til stigmatisering og diskreditering fra omgivelsenes side (Doubt 1996). Det gir også særlige utfordringer for personer med psykiske lidelser som ofte ønsker mer positive sosiale roller enn det omgivelsene gir dem, tross sine skjøre selv.

Uklarhetene i forståelsen av psykiske lidelser og lidelsens subjektive og sosiale natur har fått stor betydning for behandlingsforståelsen gjennom historien frem til i dag. Det uklare behandlingsgrunnlaget har ført til at behandlingspraksisene ofte har blitt påvirket av ideologer og de ”bilder” av psykiske lidelser som har eksistert innenfor den gitte, sosiale sammenheng (Langfeldt 1965:1, Perrow 1965:917, Goffman 1971:354). Behandlingsbegrepet vanskeliggjøres ytterligere fordi det per i dag finnes få behandlingsmetoder som kan *kurere* psykiske lidelser på samme vis som ved somatiske lidelser (Album 1972). I tillegg har den psykiatriske vitenskapen ofte vektlagt utvikling av diagnostiske klassifikasjonssystemer mer enn konkret behandlingsforskning. Tendensen gjenspeiles i den kliniske diskusjonen om akuttpostene, hvor det i dag foreligger usikkerhet om hva innholdet i akuttbehandling skal være, tross akuttpostenes sentrale plass i helsetjenesten.⁴ Disse forholdene fører til at vurderings- og arbeidsgrunnlaget for behandling og pleie innenfor de

⁴ Se bl.a. Lelliot 2006 og forskningsdiskusjonen ved The Sainsbury Center for Mental Health.

psykiatriske sykehusene ofte er mer diffust og komplekst enn innenfor somatikken. Dette vil jeg senere omtale som ”psykiatriens diffuse kunnskaps- og arbeidsgrunnlag”.

Det komplekse behandlingsaspektet påvirkes også av skillet mellom psykiatriens vekt på ytre symptomer på psykisk lidelse og funksjonsnivå og pasientens subjektive opplevelse av lidelse. Disse to aspektene kan sammenfalle. De kan også stå i et motsetningsforhold til hverandre fordi pasienten selv ikke opplever å lide eller har en annen oppfatning av lidelsen. I slike tilfeller kan det oppstå et vanskelig spenningsforhold mellom pasientens oppfatninger og omgivelsenes syn på pasienten (Goffman 1971:337–343). Dette påvirker spenningen mellom behandling og kontroll.

Skjermingsmetodens betydning som behandling og kontroll kan også påvirkes av ulike behandlingssyn innen fagfeltet, og mellom sykehusets behandlingsmålsetting og pasientens opplevelse av behandlingsbehov. Som det vil fremgå, var det for eksempel ofte en forskjell mellom akuttpostenes avgrensede og spesialiserte behandlingsforståelse og pasientenes ønsker om hjelp til livsprosjektet sitt. Det var også ulike syn på spørsmålet om kontrollens terapeutiske verdi. Disse forskjellene i behandlingsforståelsen var en viktig årsak til skjermingsmetodens spenning som behandling, kontroll og tvang. Gjennom avhandlingen vil jeg også vise hvordan behandlingsdimensjonen i stor grad preges av pasientenes ulike fortolkninger av sin lidelse. De reagerer også ulikt på samme behandling. Det sterke subjektive aspektet forsterker kompleksiteten i behandlingsbegrepet og gir sykehusinstitusjonen store utfordringer når det gjelder å respondere på pasientenes ulike forståelser og behov.

Det uklare og komplekse behandlingsbegrepet preger også de samfunnsvitenskapelige studiene av psykiske lidelser og psykiatriske institusjoner. Samfunnsvitenskapen har ofte hatt et mindre utviklet behandlingsbegrep enn kontrollbegrep. Behandling blir ofte omtalt på en mer deskriptiv eller implisitt måte som aktiv inngripen for å kurere lidelse, eller som veiledning og rehabilitering (se bl.a. Goffman 1961:7, 80).

De samfunnsvitenskapelige bidragene har videre ofte forstått behandling i mer snever forstand som terapeutiske metoder eller teknologier (Pilgrim og Rogers 1999:119). Behandling kan da forstås som ulike terapeutiske metoder eller teknologier rettet mot å kurere eller redusere lidelsen, som for eksempel ECT og samtalebehandling (jf. Perrow 1965:914f). De tidlige bidragene la også stor vekt på det sosiale miljøet og de

sosiale relasjonene som del av sykehusenes behandlingsmetoder (Stanton og Schwartz 1954, Caudill 1958, Belknap 1956:11). Dårlige sosiale forhold virket antiterapeutisk og sykdomsforsterkende. Disse sammenfalt med flere kliniske studier som var opptatt av det sosiale miljøets terapeutiske funksjon for å lindre pasientens psykiske lidelse. Som Perrow (1965:932) påpeker, forsøkte man å overkomme problemene ved den kustodielle institusjonen ved å skape en idé om en terapeutisk institusjon. Dette la grunnlag for en særegen tenkning om miljøterapi som viktig behandlingsmetode innenfor de psykiatriske sykehusene, som ikke gjenfinnes i den somatiske behandlingstenkningen på samme måte (se pkt. 4.2 og 4.4).

Innenfor samfunnsvitenskapen har avviksperspektivet også ført til at man ofte har forstått behandlingen som moralske praksiser (Pilgrim og Rogers 1999:119). Behandlingen av pasientene forstås som rettet mot normalisering av avvikende atferd. Dette synet kommer for eksempel til uttrykk i Sundins definisjon av sykehusenes behandling: ”Behandling (rehabilitering, resocialisation etc.) betecknar åtgärder med det långsiktiga målet att förändra sociala avvikare till socialt konforma personer” (Sundin 1970:27). Motstanden mot å se psykisk lidelse som sykdom har gjort at samfunnsvitenskapen i liten grad benytter medisinenes skille mellom sykt og friskt, men heller motsetningen normalitet/avvik (Sirnes 1999:36ff). Det moralske perspektivet har gjort at samfunnsvitenskapen ofte har forstått behandling innenfor institusjonen som uttrykk for kontrollerende og disiplinerende praksis. Man har i mindre grad analysert sykehusenes behandlings- og pleiemessige virksomhet som forsøk på å redusere pasientens subjektive lidelse eller bedre deres sosiale funksjonsnivå (Perrow 1965:938). Disse aspektene ved behandlings- og pleiearbeidet innenfor de psykiatriske sykehusene har dermed vært lite beskrevet.

Diskusjonen viser at spørsmålet om skjermingsmetodens behandlingmessige betydning inngår i en omfattende og kompleks diskusjon som er for stor til å utdypes tilstrekkelig innenfor avhandlingens rammer. Jeg vil likevel forsøke å innlemme de ulike aspektene ved behandlingsbegrepet siden jeg mener det er stort behov for å videreutvikle behandlingsbegrepet innenfor samfunnsvitenskapen. I studien vil jeg ofte forstå behandlingsaspektet ved skjermingsmetoden på en deskriptiv måte ved å beskrive hva feltet selv tenker er behandlingsaspektet ved skjerming, for eksempel gjennom skjermingsideologiene. Skjermingsmetoden gjenspeiler visse

behandlingssyn og behandlingssidealer når det gjelder hva som kurerer eller reduserer psykisk lidelse. Det kan imidlertid være en spenning i personalgruppen og mellom personalets og pasientenes forståelser av om skjermingsmetoden oppfyller denne behandlingssintensjonen. I tillegg vil jeg forstå skjermingsmetoden som en metode eller teknologi innenfor sykehusene som har behandlingssmessige siktemål. Jeg er mest opptatt av metodens betydning for å redusere subjektiv lidelse og støtte pasientens livsprosjekt enn ytre observerbart funksjonsnivå. Jeg vil også fokusere på skjermingsmetodens betydning for den døgnkontinuerlige sykepleien eller omsorgsarbeidet, og for miljøterapien innenfor sykehusene.

Den psykiske lidelsenes sosiale natur gjør også at skjermingsmetodens funksjon er nært forbundet med spørsmål om pasientens sosiale atferd. I avhandlingen vil jeg, i likhet med samfunnsvitenskapen forøvrig, forstå skjermingsmetodens funksjon som uttrykk for sosiale og moralske praksiser. Skjermingsmetoden har nær sammenheng med kontroll av sosialt avvikende atferd. Jeg vil samtidig også forstå den behandlingssmessige vektleggingen av pasientens sosiale atferd som en naturlig følge av den psykiske lidelsens sosiale natur. Siden den psykiske lidelsen er så sosial i sin natur, vil det være naturlig at behandlingen er rettet mot relasjonelle og samhandlingssmessige problemstillinger. Behandlingsformål som er rettet mot å hjelpe pasienten med vedkommendes sosial atferd og funksjonsnivå, er dermed ikke alltid uttrykk for disiplinerende intensjoner eller praksiser, selv om de også kan være dette. Det kan så stilles spørsmål om skjermingsmetoden har den ønskede behandlingseffekten, sett fra personalets og fra pasientenes side. Denne tenkningen innebærer at jeg i større grad enn vanlig innlemmer problemenes "faktiske" natur og den subjektive lidelsen for å forstå sykehusenes behandlings- og pleievirksomhet. Som jeg vil diskutere i avslutningskapitlet viser samtidig avhandlingen behovet for å integrere de ulike teoretiske aspektene på psykiske lidelser innenfor sosiologien på en bedre måte i tiden fremover.

3.2.2 Sosial kontroll, makt og tvang

Den psykiske lidelsen, de psykiatriske sykehusinstitusjonene og skjermingsmetoden er nært forbundet med spørsmål om sosial kontroll, makt og tvang. Jeg vil derfor kort diskutere noen aspekter ved begrepene som vil være sentrale i analysen av

skjermingsmetoden. Begrepene er nært forbundet med hverandre og vil benyttes som overlappende begreper.

Sosial kontroll er et vidt begrep som vil forstås på noe ulike måter i avhandlingen. I vid forstand inngår sosial kontroll som et vanlig aspekt ved sosial samhandling. Aubert definerer sosial kontroll i allmenn forstand som sanksjonering av atferd: ”Den prosessen som foregår når sanksjoner blir satt inn, blir kalt sosial kontroll” (Aubert 1987: 97). Goffman (1971:346–357) skiller sosial kontroll i tre dimensjoner: personlig kontroll, uformell kontroll og formell kontroll. Den mest vanlige formen for sosial kontroll er av uformell og hverdagslig karakter. Den personlige kontrollen er også en viktig side ved den sosiale kontrollen. Denne tar form av en kontinuerlig indre ”corrective cycle”, hvor den enkelte aktør selv innretter seg etter de sosiale situasjonenes krav til passende oppførsel. Å vise evne til selvkontroll for å skape en sosialt passende oppførsel er ofte viktig for tillitsaspektet i sosiale relasjoner.

I samfunnsvitenskapen er spørsmål om sosial kontroll ofte knyttet til den sosiale og moralske orden. Den sosiale orden gjenspeiler grunnleggende spørsmål om hvordan en samling individer kan klare å leve sammen på god måte (Hechter og Horne 2003: 27). For å skape en sosial orden vil det ofte benyttes ulike former for sosial kontroll, som for eksempel felles normer, regler, og makt av ulike slag. Innenfor funksjonalismen (se bl.a. Durkheim 1978/ 1897), og tildels også Goffman, som baserer sin tidlige tenkning på bidragene til Durkheim (Jacobsen og Kristiansen 2002:34-38) har sosial kontroll ofte blitt forstått som en positiv verdi fordi den forhindrer uheldige oppløsningstendenser i samfunnet. Den sosiale kontrollen kan medvirke til en sosial orden som skaper trygghet. På samme vis kan en sosial orden ha en positiv betydning innenfor sykehuset fordi den virker betryggende og samlende for virksomheten. Begrepet sosial kontroll omfatter samtidig også maktutøvelse som skal opprettholde sosial orden ved hjelp av overvåkning og disiplinering. Innenfor et slikt perspektiv har sosial kontroll ofte blitt forstått i mer undertrykkende forstand, nært forbundet med underordning og lydighet. Det er denne siden ved sosial kontroll som har blitt mest fremhevet i samfunnsvitenskapelige studier av psykiatriske sykehus.

De disiplinerende og overvåkende aspektene ved den sosiale kontrollen har særlig vært beskrevet av Michel Foucault. I boken *Overvåkning og straff* fra 1961 viser han

hvordan straffeformene i tidsrommet 1750–1825 endret seg fra brutale, fysiske avstraffelser til fengselsformer hvor innelukking, overvåking og disiplinerende teknikker ble sentrale (Foucault 1999b). Utviklingen bredte seg utover til andre sosiale institusjoner, for eksempel de psykiatriske institusjonene, som fikk et fengselsaktig preg. Gjennom de nye disiplinerings-teknikkene fremstod straffen som mindre åpenbar og mer legitim. Dette tilslørte straffens effekt på individene. Foucault (1999b:161) mener at disiplinering er nært knyttet til normaliseringsmakten. Denne tar form av normaliserende sanksjoner som preger alle relasjonene i systemet. Tanken om det normale er også et viktig aspekt ved tvangsmakten. Disiplinens kjennetegn er at den slår ned på en rekke atferdsmåter som de store avstraffelsessystemene regner som harmløse. I tillegg innebærer disiplin anvendelse av en rekke subtile avstraffelser fra lette legemlige straffer til ydmykelser. Dette gjør at straffen ofte får en dresserende effekt. ”Ved ordet avstraffelse må man forstå alt som kan få barna til å kjenne at de har gjort noe galt, alt som er i stand til å ydmyke dem og gjøre dem usikre; en viss kulde, en viss likegyldighet, et spørsmål, en krenkelse, en avsettelse” (Foucault 1999b:162). Disiplinen og dressuren har som funksjon å redusere avvikene ved å *korrigere* atferden gjennom ulike former for sanksjoner. Foucault (1999b:163–164) mener også, i likhet med Goffman (1961:51), at den sosiale kontrollen innenfor institusjonen er preget av et dobbelt system av virkemidler hvor belønningen og anerkjennelsen av korrekt atferd inngår som elementer i disiplineringsspraksisene. Disiplinerings-teknikkene er videre ofte rettet mot pasientens kropp:

Disse metoder, som muliggjør en omhyggelig kontroll av kroppens operasjoner, og sørger for at kroppens krefter stadig underkues og tvinges til å være føyelige og nyttige – dette er det som kan kalles 'disiplin' (Foucault 1999b:126–127).

Disiplinering er en effektiv metode for å sikre føyelighet uten å bruke fysisk vold.

Maktbegrepet er relatert til spørsmålet om sosial kontroll, men har en videre betydning. I avhandlingen vil jeg knytte an til Max Webers kjente definisjon av makt som ”et eller flere menneskers sjanse til å sette gjennom sin egen vilje i det sosiale samkvem, og det selv om andre deltakere i det kollektive liv skulle gjøre motstand” (Weber 1982:53). Makt, sosial kontroll og tvang kan ta form av overindividuelle strukturer eller teknologier. Foucault fremholder også at makt og kontroll har en mer prosessuell og relasjonell side. Den hverdagslige makten – maktens mikrofysikk –

fremkommer i den enkeltes kropp, atferdsmønstre, holdninger og læringsmønstre i dagliglivet (Foucault 1994:294). Personalet innenfor institusjonene kan anses som maktens ”mellommenn”. De utøver makt, men er selv underlagt maktstrukturene.

En viktig side ved Foucaults syn på makt som et relasjonelt og prosessuelt fenomen, og som er av relevans for skjermingsmetoden, er at maktforholdet forutsetter konflikt, kamp og motstandsmuligheter (Foucault 1994:329ff). Maktrelasjoner er strategiske, de har utgangspunkt i bestemte konflikter mellom personer som forsøker å påvirke hverandres atferd (gjengitt i Schaanning 1999: 329). Forsøk på makt vil bli møtt med forsøk på normativ, verbal og fysisk *motmakt* (jf. også Mathiesen 1982). Denne kan ha en mer planlagt eller spontan karakter. Den fysiske motmakten vil ofte innebære fysisk kamp mellom partene. En viktig side ved maktrelasjonen er også at den må ta utgangspunkt i en form for frihet. Friheten til å gjøre motstand skiller makt og *tvang*. Makten forutsetter en potensiell valgfrihet til å nekte eller til å gjøre opprør. Når vedkommende ikke har responsmuligheter (f.eks. er bevisstløs), er det ikke snakk om en maktrelasjon – den opptrer først når vedkommende er i stand til å foreta mottrekk av noe slag. Maktrelasjonen fordrer et subjekt. På samme vis vil en person, for eksempel en fange i lenker, ikke være i stand til å utøve motstand. I en slik situasjon er det snakk om en tvangsrelasjon. Fysisk tvang har en karakter som gjør at den kan fremstå som vold. Maktdimensjonen kommer også til syne gjennom *avmakt*. *Avmakt* er å være i en situasjon hvor man ikke ser noen utvei, midler eller muligheter til å endre sin situasjon eller å motsette seg andres viljeutøvelse overfor seg selv (Mathiesen 1982:64-65). Sosial kontroll, makt og tvangsaspektet gjenspeiler da ulike dimensjoner som jeg vil benytte i analysen av skjermingsmetodens betydning og spenning mellom behandling og kontroll. De ulike aspektene ved sosial kontroll og makt viser at opprettelsen av sosial orden kan skape vanskelige balanseproblemer mellom en god sosial orden og en sosial orden som skaper store omkostninger for det enkelte individ (Hechter og Horne 2003:29). Dette balanseproblemet har også, som jeg skal vise gjennom studien, vært et grunnleggende dilemma for sykehusene.

3.3 Sykehusenes spenning mellom behandling, kontroll og tvang

Som beskrevet i innledningskapitlet var den samfunnsvitenskapelige debatten opptatt av hvordan asylene, i motsetning til sin behandlingsmessige målsetting, ofte tok form

av fengselaktige og oppbevaringspregede institusjoner. Det største problemet ved disse sykehusene var at pleien av pasientene var for lite preget av aktiv behandling. Behandlingen bestod som oftest av gruppeaktiviteter hvor ufaglærte hadde ansvaret. Beslutningene til legene og sykepleierne var ofte basert på den informasjon om pasientene som ble gitt av disse ufaglærte, som ofte hadde en sterk posisjon og la premissene for arbeidet med de psykisk syke. De utviklet også en egen pleiekultur med egne arbeidsnormer. Pasientene hadde begrenset tilgang til det profesjonelle behandlingspersonalet. Flere bidrag påpeker at sykepleierne hadde en særlig uklar terapeutisk rolle i systemet (Belknap 1956:170, Perrow 1965:921f, Caudill 1958:336). De stod i en mellomposisjon mellom det profesjonelle behandlingspersonalet og de ufaglærte. Formålet med det sykepleiefaglige pasientarbeidet var særlig uklart i de åpne avdelingene. Pleie- og omsorgsarbeidet med pasientene utgjorde dermed det mest uklare og minst utviklede området for behandlingsarbeid innenfor institusjonen.

Disse forholdene bidro til at pleien av pasientene innenfor sykehusene ofte fikk et kustodielt preg (se bl.a. Stanton og Schwartz 1954, Busfield 1986). Dette gjaldt særlig de mest urolige avdelingene (Goffman 1961:166, Waal 1978). Den kustodielle pleien var oppbevaringsorientert og fengselspreget. Personalets arbeidsrolle fikk ofte et vokterliknende preg fordi deres hovedoppgave ble det rent overvåknings- og tilsynsmessig. Personalet skulle sørge for at pasientene gjorde som de hadde fått beskjed på en lydig og rolig måte, og at de overholdt institusjonens regler. Det ufaglærte arbeidet utgjorde i stor grad en ren atferdskontroll av pasienten gjennom ulike belønnings- og straffemåter (Belknap 1956:151ff, Caudill 1958:208). Den kustodielle pleien var nært knyttet til institusjonens kontrollfunksjon og stod i motsetning til optimistiske behandlingssidealer hos annet personale (Løchen 1965).

3.3.1 Det lukkede rom

En viktig side ved sykehusinstitusjonens behandlings- og kontrollpraksiser var også dens romlige ordninger. Gjennom historien har forskjellige romlige ordninger vært en viktig responsmåte overfor personer med psykiske lidelser. Som jeg skal vise i neste kapittel, har slike romlige ordninger vært knyttet til ulike funksjoner som sikkerhet, medisinsk behandling, pleie og lydighet innenfor institusjonen (pkt. 4.2.1). Goffman mener at de romlige ordningene utgjør en sentral ramme for det sosiale livet som

utspiller seg innenfor institusjonen, på de opptredelsesmuligheter man finner der, og for pasientens oppfattelse av seg selv (Goffman 1961:148, 150). De gjenspeiler også pasientenes ulike sosiale og moralske status innenfor institusjonen (ibid. 161–164). Rommene har derfor vært en viktig side ved sykehusenes sosiale utforming og behandlings- og kontrollpraksiser. Jeg vil her kort si noe om perspektivene på rommet i den tidlige sykehusdebatten. I neste kapittel vil jeg så utdype de romlige ordningene og perspektivene på rommets betydning.

De samfunnsvitenskapelige bidragene omtaler rommenes behandlingmessige betydning innenfor institusjonen (pkt. 4.2.1). De er samtidig oftere opptatt av rommenes betydning som sosial kontroll og tvang enn som behandlingsformål. Foucault (1994:225) mener for eksempel at rommene innenfor fengselet og de psykiatriske sykehusene inngår i mer generelle innelukkings- og disiplinerte praksiser. Rommene gjenspeiler reelle fysiske rom innenfor institusjonen. De utgjør også idémessige rom som symboliserer verdier, vurderinger og hierarkier. Det lukkede rommet innenfor institusjonen har ofte hatt stor betydning som moralsk teknologi for å kontrollere og straffe atferd som bryter med normative forventninger til passende atferd. Rommets kontrollerende funksjon er også nært forbundet med den kroppslige disiplineringen hvor individet tvinges til å underkaste seg og føye seg etter andres vilje (Foucault 1999b:125ff). Disiplinens rom er ofte asketiske og celleaktige i sin natur. Et viktig disiplinerte aspekt ved den romlige ordningen er separasjonen av individene fordi den gir oversikt og kontroll over det enkelte individ. I tillegg vil det ofte lages bestemte rangordninger innenfor rommet. Foucault beskriver også andre disiplinære teknikker som kan benyttes i forbindelse med rommet. Disse teknikkene er nøyaktig regulering av tiden gjennom ulike tidsskjemaer og detaljerte forskrifter for handlingenes forløp. I tillegg vil det ofte finnes forskrifter om hvordan individet skal bevege seg, hvilke gester som er tillatt, og hvilke gjenstander eller redskaper som kan benyttes. Disiplinen tar ofte form av lineær tid hvor vedkommende skal gå gjennom en utvikling. Hensikten med rommet er å skape et nyttig sted hvor flere funksjoner kan ivaretas. Rommet skal også bidra til sosial orden ved å omgjøre en uryddig eller farlig menneskegruppe til en ordnet mengde. Opplevelsen av uryddighet og farlighet påvirker dermed bruken av rommet som ordningsskapende metode.

Som jeg vil utdype i neste kapittel, mener både Goffman (1961:105,306) og Foucault (1999b:205) at isolatrommet utgjør det rommet innenfor institusjonen hvor pasienten har lavest sosial status. Isolatrommet utgjør ofte institusjonen mest lukkede rom og dens "bakside" som ikke blir vist for offentligheten. På isolatrommet er kontroll- og straffeaspektet mest fremtredende og pasientens avmektige status størst. Avstraffelsen kommer til uttrykk gjennom den fysiske frihetsberøvelsen og den påtvungne ensomheten. Hensikten med isolatcellen er total underkastelse og moralsk forandring. I tillegg skal den kontinuerlige observasjonen øke informasjonen om pasienten. Rommets lukkethet øker også faren for mer brutale avstraffelsesformer.

Bidragene fra denne tiden nevner ikke skjermingsrommet som en romlig ordning, siden skjermingsrommet er av nyere dato. Det er derfor usikkert hvorvidt skjermingsrommet gjenspeiler slike kontrollpraksiser.

3.4 Hva påvirker spenningen mellom behandling og kontroll?

I den tidligere samfunnsvitenskapelige debatten ble sykehusene kustodielle og motsetningsfylte praksiser sett i sammenheng med den psykiatriske institusjonens doble samfunnsmessige funksjon som behandling og kontroll av avvikende personer. Dette motsetningsfylte grunnlaget for sykehusinstitusjonen gjorde de sosiale relasjonene innenfor institusjonen komplekse og spenningsfylte (Caudill 1958, Løchen 1965). I tillegg diskuterte man betydningen av sykehusets organisatoriske, ideologiske, teknologiske og relasjonelle utforming.

I denne siste delen av kapitlet vil jeg utdype diskusjonen om disse ulike forholdene som grunnlag for analysen av skjermingsmetodens betydning og spenning mellom behandling og kontroll. I tillegg vil jeg utdype min tenkning om betydningen av uroens og tillitens problem samt responsivetsproblemet for skjermingsmetodens spenning mellom behandling og kontroll.

3.4.1 Uroens problem ved psykiske lidelser

Som beskrevet i pkt. 3.2.1 om behandlingsbegrepet, fører den psykiske lidelsens sosiale natur til at behandlings- og pleiearbeidet blir nært forbundet med spørsmålet

om sosial orden, problemet med sosial uorden og sosial kontroll. En viktig side ved de psykiske lidelsens avvikende atferd som har hatt stor betydning for ordensproblemet har vært atferd som betegnes som "uroelig" eller "utagerende". Gjennom litteraturstudien og feltarbeidet ble jeg opptatt av hvor sentralt spørsmålet om pasientenes urolige atferd har vært for sykehusenes utforming gjennom tidene og for bruk av institusjonens ulike rom, herunder skjermingsrommet. Beskrivelsen av urolig atferd går igjen som et kontinuerlig tema i de fleste studiene uansett fagområde. Som beskrevet i innledningskapitlet omhandler uroens problem både allmenne sosiale kjennetegn ved de psykiske lidelsene og en mer spesifikk atferd som betegnes som urolig. I den kliniske og samfunnsvitenskapelige litteraturen har pasientenes urolige atferd blitt forstått noe ulikt, enten som uttrykk for en indre tilstand eller som resultat av institusjonens undertrykkende og krenkende praksiser som bidrar til å produsere uro (jf. pkt.1.3 og kap. 4). I avhandlingen vil jeg forstå uroens problem som resultat av begge forhold. Årsakene til uro kan være forskjellige i den enkelte skjermingssituasjon. Disse to forholdene kan også samvirke. Gjennom avhandlingen vil jeg utdype den konkrete atferden som inngikk i betegnelsen "uroelig" atferd på postene, og uroens sosialt konstruerte og interaksjonelle side. I dette punktet vil jeg kort utdype min tenkning om sammenhengen mellom uroens problem og skjermingsmetoden.

Uroens problem gjenspeiler at psykiske lidelser kan føre til en personlig fremtreden og atferd som forstyrrer den etablerte, sosiale og moralske orden innenfor et gitt samfunn. Den sosiale orden kan defineres som

(...) a regular, stable environment for our action; a world in which the probabilities of events are not distributed as random, but arranged in a strictly hierarchy – so that certain events are highly likely to occur, others are less probable, some others virtually impossible (Bauman 1997:7).

Den sosiale orden bidrar til å institusjonalisere bestemte oppfatninger om hvordan sosial interaksjon skal og bør foregå. Den skaper sosiale og kulturelle forventninger til normal, passende atferd. På denne måten bidrar den sosiale orden til å skape forutsigbarhet i hendelses- og samhandlingsforløp (Hechter og Horne 2003:29). En avvikende og urolig atferd på grunn av psykisk lidelse eller konflikt ved tvang og krenkelse kan imidlertid forstyrre den forutsigbare, sosiale orden. Ordensproblemet

fører ofte til at omgivelsene vil forsøke å gjenopprette den sosiale orden gjennom bruk av ulike former for sosial kontroll. Bruk av lukkede rom, herunder skjermingsrom, kan på denne basis forstås som en metode sykehuset benytter for å opprettholde en forutsigbar og trygg, sosial orden. Uroens problem fører dermed til at skjermingsrommet får en viktig ordningsskapende og trygghetsskapende betydning.

Uroens problem ved psykiske lidelser vil ofte være av allmenn karakter fordi den avvikende atferden er kjennetegnet av brudd på mer hverdagslige og konvensjonelle normer for passende oppførsel (Goffman 1967:141).

In any case, there has been a general blindness to the following fact: very often the misconduct of the patient is a public fact, in that anyone in the same room with him would feel he was behaving improperly, and, if not quite anyone, then at least anyone in the same conversation (...) the misconduct is a public thing, potentially accessible and potentially a concern to any and all that might happen to enter the presence of the patient (Goffman 1967:139).

Denne allmenne siden ved avvikende og urolig atferd innebærer at lokal skjermingspraksis på postene ikke bare formes av psykiatriske behandlingssideologer, men også av mer allmenne, sosiale reaksjoner på psykisk avvikende og upassende atferd, herunder uro. Det allmenne sosiale aspektet kan også inngå som elementer i profesjonelle behandlingssideologier og teknologier og samvirke med disse.

Urolig atferd får ofte stor sosial betydning for forholdet mellom den syke og omgivelsene. Som det vil fremgå av neste kapittel var de sosiale omgivelsenes opplevelse av den urolige atferden som sosialt forstyrrende en viktig bakgrunn for opprettelsen av særegne institusjoner for psykisk lidende og for tvangsbruk. Urolig og avvikende atferd kan også lede til samhandlingsproblemer med omgivelsene. Foucault forklarer for eksempel konfliktene som oppstod innenfor fattighusene med at de gale skilte seg ut fordi de "ikke var i stand til å følge rytmen i det kollektive livet" (Foucault 1999:62). Goffman beskriver også i avslutningskapitlet "The Insanity of Place" i boken *Public Relations* fra 1971 hvordan alvorlige psykiske lidelser kan lede til samhandlingsproblemer innen familien og føre til at familiens indre, sosiale orden bryter sammen. Årsaken til bruddet skyldes at den syke ikke lenger fungerer i sine normale sosiale roller, som for eksempel foreldre, nabo, arbeidskollega eller økonomisk forvalter. Familien vil ofte reagere sterkt følelsesmessig dersom

vedkommende har en desorganisert atferd (også forstått som urolig atferd). Den avvikende atferden kan lede til skamfølelser hos familiemedlemmene og til sterk oppmerksomhet og vakthold av vedkommende. Familien vil imidlertid ofte ikke klare omsorgsbelastningen med å passe på pasienten kontinuerlig døgnet rundt over lengre tid. Dersom problemene blir tilstrekkelig store, kan de føre til et sammenbrudd i familien, som da vil søke hjelp på ulike måter. Sammenbruddet i den sosiale organiseringen er en viktig årsak til at familien kan velge å innlegge den syke med tvang. Gjennom innleggelsen overføres samhandlingsproblemene ved den psykiske lidelsen til en annen sosial plass hvor den desorganiserte og avvikende atferden lettere kan håndteres fordi den avgrenses til et mindre sosialt rom. Sykehuset kan derfor forstås som en av flere sosiale ”plasser” hvor den avvikende og urolige atferden skal håndteres og løses. Goffman mener at institusjonsoppholdet skal bidra til en redefinering av den syke slik at familiens sosiale organisering kan gjenopprettes. Hensikten med den psykiatriske diagnosen og sykehusoppholdet er å gjenskape vedkommende som et organisert og forutsigbart selv, som en person man kan forholde seg til på en mer ordnet og konstruktiv måte. Utformingen av institusjonen kan sees som et svar på disse prosessene før innleggelse. Innenfor de psykiatriske institusjonene blir samtidig disse prosessene enda mer komplekse på grunn av institusjonens tendens til diskreditering av pasientene.

Betydningen av uroens problem for sykehusenes virksomhet gjenspeiles også i andre studier (se bl.a. Stanton og Schwartz 1954, Belknap 1956, Caudill 1958, Goffman 1961, Perrow 1965). Avdelingene var ofte kjennetegnet av ”collective disturbances” (Stanton og Schwartz 1954, Caudill 1958:88, 107). Det oppstod jevnlig situasjoner som var preget av en emosjonell og sosial uro, hvor den etablerte sosiale orden ble brutt eller truet. Uroens problem førte til at spørsmålet om å ivareta den sosiale orden innenfor sykehusinstitusjonen ble et sentralt og tilbakevendende problem.

Uroens problem har også påvirket sykehusenes utvikling av teknologier og bruk av romlige løsninger, herunder skjermingsmetoden. Sykehusenes behandlingsmessige virksomhet har ofte vært rettet mot å redusere pasientenes urolige atferd. I tillegg har sykehusets arbeidsmessige side ofte vært rettet mot å håndtere eller løse problemer i tilknytning til urolig atferd. Dette synes å ha sammenheng med at uroens problem er nært knyttet til de praktiske sidene ved omsorgsarbeidet. Flere studier, inkludert

denne, viser at en sterk fysisk og følelsesmessig uro har stor sosial og praktisk betydning innenfor sykehusinstitusjonen. Uroen representerer det John Asplund kaller den ”konkrete sosialiteten”, som fordrer en umiddelbar respons fra omgivelsene, for eksempel ved selvskaade (Asplund 1987a:172).

Et annet viktig arbeidsmessig aspekt ved uroens problem, som gjenspeiles i Goffmans beskrivelser av familien, er at ivaretagelsen av en person med sterk og vanskelig, urolig atferd kan være ressurskrevende. Det ressurskrevende aspektet påvirker også sykehusenes behandlings- og kontrollvirksomheter, herunder bruk av tvangsmidler og lukkede rom. Kjersti Ericson (1974:24) viser for eksempel i sin historiske analyse at tvangsformene hadde sammenheng med tilgangen til materielle og sosiale ressurser i lokalsamfunnet og på sykehuset. Tvangsbruken, hvor de sinnssyke for eksempel var lenket til en stakk, var ofte et resultat av praktisk oppfinnsomhet for å redusere arbeidsbyrden. Tvangsbruken var dermed nært integrert med det praktiske tilsyns- og omsorgsarbeidet og knyttet til de ressursene som var tilgjengelige. Det arbeidskrevende aspektet ved urolig atferd kunne også føre til at personalet ble ensidig opptatt av å sikre rolig og føyelig atferd hos pasientene av arbeidsmessige og økonomiske hensyn (Goffman 1961, Foucault 1999b:187). Flere påpeker også at det arbeidsmessige aspektet førte til at sykehusenes virksomhet i for stor grad ble rettet mot å nøytralisere uroen. Blant annet Ericsson (1974:103) beskriver at undertrykkelsen av pasientene var kjennetegnet ved at mye berettiget protest fra pasientenes side ble ”roet ned”, og at tiltak for å roe dem ble kalt terapi, selv når disse tiltakene var mer rettet mot å avhjelpe personalets arbeidssituasjon. De arbeidsmessige aspektene ved urolig atferd var dermed en viktig årsak til institusjonens bruk av kontroll og til kustodielle praksiser.

De psykiske lidelsenes sosiale natur, og sykehusenes forsøk på å løse uroens problem, fører til at behandling, kontroll og tvang innveves i hverandre på mange ulike og komplekse måter. Denne kompleksiteten gjenspeiler seg også i skjermingsmetoden.

3.4.2 Tillitens problem

Skjermingsmetodens mer allmenne, sosiale betydning som ordningsskapende og trygghetsskapende metode kommer også til syne i det jeg har kalt *tillitens problem*

ved psykiske lidelser. Under feltarbeidet mitt fremstod tillitsaspektet som sentralt for sykehusets behandlings- og kontrollpraksiser, og for utformingen av behandlingsrelasjonen (pkt. 3.4.6). Tillitens problem har nær sammenheng med uroens problem fordi den avvikende og urolige atferden kan skape et problem med mistillit og utrygghet. Problemet kan forsterkes av psykiatriens diffuse og komplekse kunnskaps- og arbeidsgrunnlag. I studien fremstod skjermingsmetoden som en viktig metode for å løse tillitens, inkludert utrygghetens, problem ved de psykiske lidelsene. Disse aspektene vil utdypes gjennom avhandlingen. Jeg vil her kort peke på noen viktige aspekter ved tillit som legges til grunn i avhandlingen.

Tillit er et viktig kjennetegn ved menneskelivet. Spørsmålet om tillit og tillitens problem ved de psykiske lidelsene omhandler både en ontologisk, personlig, relasjonell og systemisk tillit. Luhman (1999:31) påpeker at det er nødvendig for en person å ha en grunnleggende, ontologisk tillit til den sosiale omverdenen for å kunne handle. Uten en slik grunnleggende tillit vil tilværelsen være preget av stor angst, lidelse og handlingslammelse. Mangel på en slik tillit skaper avmakt. En psykisk lidelse kan føre til at vedkommende får problemer med en grunnleggende ontologiske tillit til seg selv, og tilliten til den sosiale omverdenen kan svekkes, som for eksempel ved paranoide tanker og følelser eller sosial angst. Dette kan føre til avmaktsopplevelse som påvirker pasientens atferd og opplevelse av skjerming.

Tillit har også nær sammenheng med personlig tillit. Den personlige tillit omhandler evnen til å fremstå som personlig tillitvekkende. Denne tilliten skapes ofte gjennom selvframstilling: å fremstå utad som en person man kan regne med og ha tillit til. Goffman (1967, 1971) og Luhman (1999) fremhever også at tillit inngår som en sentral side ved sosial samhandling, og at samhandlingen ofte er rettet mot å etablere og vedlikeholde tillitsrelasjoner. Tilliten er dermed relasjonell i sin natur. Samhandlingsprosesser kan være tillitsoppbyggende, men også preget av brudd og tilbakeslag. Goffman (1967, 1971) mener at tillitsrelasjonen ofte skapes og opprettholdes gjennom gjensidig verdighetsformidling i den sosiale interaksjonen. Denne verdighetsformidlingen skjer ofte i sosiale situasjoner hvor to eller flere mennesker er fysisk tilstede for hverandre. I slike samhandlingssituasjoner benytter mennesker ulike *symboler* for å sende ut informasjon om sine hensikter, sosiale status og egenskaper som personer (Goffman 1963b:13ff, 1971, Album 1996:34-36).

Symbolene uttrykkes gjennom den sosiomaterielle strukturen, kommunikasjonsformene og gjennom gester, kroppsbevegelser og positurer. Plassering i rommet, ansiktsuttrykk og blikkontakt formidler også viktig sosial informasjon til andre. Symbolene bidrar til å definere den sosiale situasjonen man står overfor, og som samhandlingen skal være orientert i forhold til. Gjennom symbolene skapes relasjonens karakter av nærhet og avstand. Den symbolske utvekslingen er også sentral for om aktøren fortolker de andre som normale og tillitvekkende.

Goffman mener at den sosiale interaksjonsordenen ofte tar form av regelbaserte og ritualiserte samhandlingsformer. Bruk av regler og ritualer i samhandlingssituasjoner har ofte den hensikt å bekrefte egen og andres verdighet. I dette verdighetsarbeidet benyttes ulike former for ”støttende” og ”bøtende” sosiale utvekslinger for å skape en gjensidig, respektfull og tillitsfull interaksjonsorden (*supportive og remedial interchanges*, Goffman 1971:62–187). De støttende utvekslingene omfatter blant annet presentasjons- og høflighetsritualer som vil være kjennetegnet av elskverdighet og forekommenhet. De ”bøtende” utvekslingene er rettet mot å reparere utilsiktede krenkelser av den andre slik at tillitsrelasjonen kan gjenopprettes.

Denne tillitsbaserte interaksjonsordenen kan utfordres og svekkes ved psykiske lidelser på grunn av lidelsenes karakter som sosialt avvik. Den samfunnsmessige responsen overfor personer med psykiske lidelser har vekslet mellom medlidenhet og omsorg og mer mistillitspregede og diskriminerende reaksjoner. Som jeg skal utdype i kapittel 10, kan den avvikende og urolige atferden bryte med den forutsigbare samhandlingsordenen på en måte som fører til en engstelig, uforankret interaksjon eller alarmerende opplevelser av fare hos andre (Goffman 1963b:23ff og Goffman 1971:238ff). Dette forhold leder ofte til ”skjøre” tillitsrelasjoner som prøves å håndteres på ulike vis av personalet og pasientene. Ordensproblemet påvirker tillitsrelasjonen og kan lede til tillitsproblem.

I visse situasjoner kan samhandlingen derfor bli kjennetegnet av mistillitspregede relasjoner. Dette kan skyldes pasientens mistillit til psykiatrien som system. Mistilliten kan også skyldes det Goffman beskriver som diskreditering som en viktig side ved stigmatiseringsprosessene. Diskrediteringen vil ofte svekke vedkommendes mulighet for å fremstå som personlig tillitvekkende fordi han eller hun mister sin

menneskelighet, tillit og troverdighet (Goffman 1963b:12–13). Det er også en tendens til at stigmatisering fører til dannelser av stereotype bilder som bidrar til å depersonalisering av den enkelte. Den sosiale og kulturelle fortolkningen av personens avvikende atferd som henholdsvis ”mad” eller ”bad” (Helmann 1994:248) vil påvirke den moralske responsen og tillitsrelasjonen til vedkommende. Jo mer negativt pasientens fremtreden og egenskaper oppleves, jo mer misbilligende og diskrediterende reaksjoner vil oppstå. Goffman omtaler i boken *Stigma* (1963) kun i mindre grad stigmatiseringsprosesser innenfor institusjonen. I *Asylums* (1961) fremhever han at mentalsykehusets utforming og indre virksomhet ofte er resultat av diskrediterende praksiser overfor personer med psykiske lidelser. Diskrediteringen er også sentral for sykehusets kontrollerende og disiplinerende praksiser.

Tillit inngår da som en viktig aspekt ved makt- og kontroll. Grimen (2001:3617) påpeker også at tillitsrelasjonen kan få betydning for makt og kontroll fordi tilliten påvirker åpningen av handlingsrommet til den andre. Sosiale relasjoner er kjennetegnet ved at en person har frihet og mulighet for å handle annerledes enn det andre har mulighet for å styre. Tillit gjenspeiler derigjennom relasjonen til den andres frie handlingsrom. Grimen sier at når en person viser en annen tillit så

(...) opnar han eit handlingsrom som han ventar at den andre vil bruke i samsvar med ønska, interessene eller viljen hans. Tillit har ei retning, som er definert av det tillitsgjevaren ventar seg. Han er sårbar overfor andre sin moglege vonde vilje, men ventar at viljen er god. Det høyrer til situasjonsforståinga for tillit (Grimen 2001:3617).

Luhman (1999) mener at tillit er å erstatte en ytre usikkerhet overfor den andres frihetsrom med en indre sikkerhet. Dette bidrar til å redusere kompleksiteten i relasjonen. Tillit er dermed en viktig forutsetning for å gi den andre frihet til å handle på egen hånd, og blir derigjennom forbundet med sosial kontroll.

Tillitens problem ved psykiske lidelser kan også påvirke sykehusets systemiske utforming i forhold til kontroll og tvang. Luhman (1999) mener at tillit er sentral for utformingen av det sosiale systemet fordi den reduserer sosial kompleksitet ved å lette kommunikasjonen og den sosiale samhandlingen. Når mistillit etableres, vil det sosiale systemet ofte utarbeide en rekke omstendelige foranstaltninger som øker kompleksiteten og tungroddheten i systemet. På samme vis kan den juridiske

byråkratiseringen av psykiatrien og de omfattende reguleringene forstås som effekter (eller sosiale representasjoner) av grunnleggende tillitsproblemer i systemet. Disse tillitsproblemene gjenspeiler den skjøre tillitsrelasjonen til personer med psykiske lidelser. Tvangsutøvelsen kan forsterke tillitsproblemet fordi tvangen produserer konfliktreasjoner. Dette systemiske tillitsproblemet gjenspeiles i bruk av skjermingsmetoden og i metodens spenning mellom behandling og kontroll.

Uroens og tillitens problem gjenspeiler da mer allmenne, sosiale aspekter ved psykiske lidelser. Disse påvirker sykehusenes virksomhet som en særegen institusjonell plass hvor problemene skal håndteres og løses. De påvirker også sykehusets og skjermingsmetodens spenning mellom behandling og kontroll.

3.4.3 Sykehusenes strukturelle og organisatoriske utforming

I den tidligere samfunnsvitenskapelige debatten var flere bidrag opptatt av betydningen av sykehusets strukturelle og organisatoriske utforming for institusjonens spenning mellom behandling og kontroll. En viktig strukturell side ved den psykiatriske sykehusinstitusjonen som ble diskutert, var sykehusets preg av å være en total institusjon. Både Goffman (1961:6–12) og Foucault (1999b:205ff) mener at den totale institusjonen var en viktig faktor som bidro til å gi sykehuset dets fengselaktige og straffende preg. Den totale institusjon er kjennetegnet ved en altomfattende barriere mot sosial interaksjon med omverden og mot det å kunne bevege seg som man vil (Goffman 1961: 4–12). Denne isolasjonen innebærer at alle tilværelsens aspekter utføres på samme sted og under samme myndighet. Alle gjøremål gjøres i nærvær av en stor gruppe mennesker som behandles likt, og gjør det samme i fellesskap. Alle dagens rutiner er skjematisk og nøyaktig regulert. Gjøremålene håndheves i et system av formelle regler og etter en rasjonell plan som har til hensikt å oppfylle institusjonens offisielle mål. Den totale institusjonen er dermed lite innrettet mot den enkelte pasients behov. Det er også stor avstand og begrenset sosial bevegelighet mellom personalet og de innlagte. Pleien innenfor den totale institusjon får dermed ofte et kustodielt preget av stor avstand og lite dialog mellom personale og pasienter. Personalet har ofte pessimistiske bilder av pasientene. Avstanden bidrar til å opprettholde fiendtlige stereotypier. Pasientene er ofte avmektige og underlagt personalets krav om lydighet slik at pleien vil være mest preget av overvåkning og

dressur. Goffman (1961:14–35, 127–169) mener også at sykehusoppholdet innebærer en sosial og moralsk karriere for pasienten. Karriere defineres her som ”in a broadened sense to refer to any social strand of any person's course through life” (Goffman 1961:127). Karrieren omhandler både personens indre selvbilde og selvidentitet og vedkommendes offisielle, sosiale posisjon. Goffman mener at innleggelsen i det psykiatriske mentalsykehuset innebærer en degraderende karriere som fører til et fall i personens sosiale og moralske status. Dette påvirker pasientens vurdering av seg selv og relasjon til andre, samt vedkommendes offisielle status utad. Fallet i status og innskrenkningen i personligheten etableres allerede ved den sosiale isolasjonen mot omverden, som fratrar pasienten hans eller hennes normale sosiale roller, og ved innleggelsesprosedyrene hvor pasienten blir fratatt personlige eiendeler. Tap av verdighet forsterkes under institusjonsoppholdet ved tap av privatliv, av å måtte oppholde seg på rom av dårlig kvalitet og av daglige ydmykelser og sosial isolasjon. Dette bidrar til ytterligere krenkelse av pasientenes identitet.

Belknap (1956) mener også at problemene til de psykiatriske sykehusene i hovedsak var knyttet til organisatoriske forhold. Sykehusene var kjennetegnet av lite materielle og personellmessige ressurser og lite effektiv ledelse. Det profesjonelle personalet, inkludert sykepleierne, brukte en stor del av tiden til administrative oppgaver og lite til direkte pasientarbeid. Dette bidro til å redusere sykehusenes behandlingsmessige funksjon. Sykehusorganiseringen førte også til at behandlingsaspektet ble nedtonet, og at de profesjonelle mislyktes i sine forsøk på å gjøre terapeutisk arbeid. Problemet viste seg tydelig i spriket mellom den formelle og den uformelle siden ved systemet. Formelt sett skulle sykehuset drive behandling. Men dette var vanskelig fordi rollene til behandlerne i liten grad var rettet mot direkte behandling av pasientene. Den hierarkiske utformingen av sykehuset førte til at pasientene hadde lavest sosiale status. De ufaglærtes situasjon ble preget av en blanding av lav sosial status og stort ansvar for pasientene. De måtte ofte håndtere mange vanskelige og stressende situasjoner uten tilstrekkelige ressurser. Dette bidro til å skape en arbeidskultur som vektla orden og kontroll på posten mer enn det direkte behandlingsarbeidet. Belknap (1956) mener at så lenge den sosiale og organisatoriske strukturen forble den samme, var det vanskelig for profesjonelle å endre sykehusenes virksomhet i behandlende retning.

3.4.4 Sykehusenes kunnskapsgrunnlag, ideologier og kultur

I debatten fremhevet man også betydningen av sykehusenes kunnskapsgrunnlag, ideologier og kultur for behandlings- og kontrollpraksiser (Perrow 1965:914).

De interaksjonistiske studiene forstod ofte kunnskapsgrunnlaget som ideologier. Ideologi kan defineres som “a 'logic' of ideas, indicating that the groups who hold various ideologies perceive and understand the world in a certain consistent way” (Thwaites m.fl. 2002:158). Ideologi inngår i aktørenes virkelighetsforståelser. Det interaksjonistiske ideologibegrepet er preget av et pragmatisk kunnskapssyn hvor man vektlegger betydningen av sosial samhandling og opplevelsen av praktisk nytte for kunnskapsdannelsen (Skagestad 1978, Smith 1998). Ideologier kan forstås som programmer eller rasjonale for handling. De inngår også i aktørenes rammeforståelse av situasjonen og påvirker aktørenes definisjon av den sosiale situasjonen de står overfor og skal samhandle i forhold til (jf Goffman 1986). Ideologier gjenspeiler ikke bare overordnede kunnskapsformer, men vil fortolkes innenfor en lokal sosial og kulturell sammenheng. Strauss m.fl. viser for eksempel hvordan de psykiatriske sykehusene gjenspeilte de profesjonelle ideologiene, definert som “*a shared or collective set of psychiatric ideas*” (Strauss mfl 1982/1964:8). Sykehusenes ideologier var samtidig influert av mange ulike kunnskapskilder, herunder kunnskap fra praksis som utvikles lokalt innenfor sykehuset. Organisasjoner er arenaer hvor kunnskap og ideologier settes ut i livet gjennom arbeid, og klargjøres, modifiseres og endres innenfor en lokal sammenheng. Ideologiene er også knyttet til aktørene som ”ideologibærere”, som handler og samhandler på basis av disse ideene.

Ut fra et slikt perspektiv vil kunnskapsgrunnlaget til skjermingsmetoden gjenspeile både profesjonelle ideologier og mer lokale ideologier om skjerming på postene. De overordnede, profesjonelle skjermingsideologiene vil gjøres til gjenstand for lokal fortolkning og preges av postens avdelingskultur forøvrig. Personalet på en post kan ha sammenfallende eller ulike ideologier om skjerming. Ulikhetene kan føre til forskjellige fortolkninger av behandlings- og arbeidsrollen på skjermingsrommet, noe jeg senere vil omtale som personales ulike ”rolletyper”. Ulikhetene kan også føre til maktkamper om hvilke ideologier som skal være rådende.

3.4.5 Sykehusenes teknologier og arbeidsmetoder

En annen forklaring på sykehusenes spenning mellom behandling og kontroll er deres teknologier og arbeidsmetoder. Perrow (1965:913) mener at hovedårsaken til sykehusenes problemer var det teknologiske systemet. Begrepet teknologi defineres som ”en samlebetegnelse på alle de arbeidsmetoder og teknikker som tas i bruk for å nå de mål organisasjonen sikter mot” (oversatt til norsk i Repstad 1997:127). Perrow (1965:913f) vektlegger derigjennom de arbeidsmessige sidene ved behandlingen i sykehusorganisasjonen. Han mener at sykehusets største problem på denne tiden var at behandlingsteknikkene innenfor psykiatrien var for lite utviklet. Utviklede teknologier, som for eksempel psykoterapi, var begrenset brukt. Det var dessuten et grunnleggende problem at det fantes lite dokumenterte effekter av de behandlingsmetodene som var i bruk, som for eksempel miljøterapi. Sykehusbehandlingen var derfor ofte preget av kulturelle antakelser om behandlingseffekter, mer enn demonstrerte og dokumenterte effekter. Mangelen på dokumenterte og effektive behandlingsteknikker var det største problemet i tilknytning til sykehusets formål som behandlingsinstitusjon, og dette var hovedårsaken til at sykehusene fortsatte sin kustodielle praksis, tross endringsforsøk. Perrow mener også at teknologiproblemet var av større betydning enn de sosiale strukturene og kulturen innenfor institusjonen. Man kan ikke endre mål for sykehuset eller sosiale strukturer uten å erstatte dette med andre mål eller teknologier. Dersom det ikke gjøres, vil virksomheten forbli den samme. Dette mener han var det grunnleggende problemet med de nye idealene om miljøterapi og det terapeutiske samfunn på denne tiden. Innføringen av miljøterapi som behandlingsprinsipp i sykehusene var mer preget av ideologi enn av nye arbeidsmetoder. Man endret ideologier og sosiale strukturer uten å innføre grunnleggende andre teknikker. Dette førte til at de nye idealene om miljøterapi uintendert bidro til å opprettholde og understøtte den kustodielle organisasjonen. I likhet med Løchen (1965) sier Perrow samtidig også at den nye ideologien om miljøterapi støtte an mot de gamle kontrollstrukturene i sykehusene. Dette skapte store spenninger i organisasjonen.

Skjermingsmetoden kan på tilsvarende måte forstås som en teknologi som inngår i sykehusenes og akuttpostenes teknologiske handlingsrepertoar. Metoden er i dag svært utbredt. Den fremstår samtidig som en mindre utviklet teknologi fordi den er

ideologidrevet uten at det foreligger tilstrekkelig systematisk forskning om metodens behandlingmessige effekter. Det er usikkert om skjerming utgjør en ny teknologi, eller om den gjenspeiler nye idealer uten at arbeidsmetodene har blitt endret.

3.4.6 Samhandlingsrelasjoner og sosial responsivitet

Den tidligere diskusjonen om maktens relasjonelle og prosessuelle side og tillitens problem leder frem til spørsmålet om samhandlingsrelasjonenes innvirkning på skjermingsmetodens betydning for spenningen mellom behandling, kontroll og tvang.

Den tidligere samfunnsvitenskapelige debatten var som tidligere nevnt opptatt av de sosiale relasjonenes betydning for sykehusenes behandlings- og kontrollpraksiser (jf. pkt. 3.2.1). Innenfor den kliniske forskningen har man også i de senere årene vektlagt den store behandlingmessige betydningen av relasjonen mellom behandler og pasient (se bl.a. Hubble m.fl. 1999, Rønnestad 2000). Betydningen av kvaliteten på den sosiale relasjonen for behandlingsrelasjonen er også fremhevet av Astrid Skatvedt (2001) i hennes studie av rusinstitusjonen. I tillegg viser flere studier av pasienters opplevelse av tvang at den sosiale konteksten påvirker både opplevelsen av å bli utsatt for tvang og opplevelsen av tvang som krenkende eller ikke-krenkende (se bl.a. Olofsson 2000). På samme vis kan kvaliteten på samhandlingsrelasjonen få betydning for skjermingsmetodens utforming som behandling og kontroll, og for pasientenes opplevelse av skjermingsmetoden.

I avhandlingen vil jeg vise at utformingen av den sosiale responsen pasienten får, kan bidra til å understøtte skjermingsmetodens betydning som behandling, kontroll og tvang. Dersom pasientene klarer å respondere aktivt på pasientens ønsker og behandlingsbehov, kan dette styrke sykehusets og skjermingsmetodens behandelende funksjon. På motsatt vis kan manglende eller krenkende responsformer forsterke opplevelsen av skjerming som unødig tvang og straff.

For å utdype viktigheten av den sosiale responsen overfor pasienten, vil jeg knytte an til begrepet "sosial responsivitet". Den svenske sosiologen Johan Asplund definerer begrepet sosial responsivitet slik:

Tänk er två personer, vilka er inbegripna i någon form av samvaro eller samspel eller samfärd. Vad den ena personen gör er ett gensvar på vad den andra personen nyss har gjort. Detta gensvar föranleder i sin tur ett gensvar från den andre personens sida, etc. Det är dette växelspel jag vill beteckna som social responsivitet (Asplund 1997:12).

Asplund mener at sosial responsivitet er et elementært trekk ved den menneskelige tilværelse. Det er vanskelig å forstå sosialt liv uten denne responsiviteten. Begrepet sosial responsivitet henviser også til sin motsats, nemlig asosial responsløshet. Å ikke respondere på andres utsagn eller handlinger er nært knyttet til responsiviteten og tar også form av et sosialt symbol overfor den andre.

Asplund (1987b:22) skriver også i boken *Om hilsningsceremonier, mikromakt og asosial pratsamhet* at sosial responsivitet påvirker maktrelasjonene på mikronivå, for eksempel gjennom kommunikasjonsformene og hilsningsseremoniene. Som Goffman også påpeker (1971:74), vil hilsningsritualene ofte bekrefte en persons verdighet eller det motsatte. Det å ikke hilse – å ikke respondere – vil ofte oppfattes som en krenkelse for den andre. Å ikke respondere på vanlig måte påvirker tillitsrelasjonen.

Responsløsheten virker også som en effektiv sanksjon eller straff for den som tar initiativ til kontakt. Dette gjør at responsløshet også kan benyttes som sanksjon for å fremtvinge underkastelse.

3.4.7 Sykehusorganisasjonens responsivetsproblem

Den sosiale responsiviteten på organisatorisk nivå påvirker også skjermingsmetodens betydning og spenning som behandling og kontroll. Som Asplund (1987ab) skriver i sine bidrag om sosial responsivitet, kan denne være både uformell og formell. Det kan også trekkes et skille mellom responsivitet på individuelt og organisatorisk nivå.

Disse nivåene kan samsvare, men også stå i et spenningsfylt forhold til hverandre.

Asplund (1987a:12) mener at mennesket vil ofte være spontant og sosialt responsivt overfor andre. Den asosiale responsiviteten vil dermed lettere skapes på formelt, organisatorisk nivå. Mennesker kan læres opp til å bli mer responsløse gjennom den organisatoriske sammenhengen de står i. Dette aspektet er også fremhevet av Kari Wærness (1999) som viser hvordan helsetjenestens organisatoriske utforming kan redusere personalets sosiale responsivitet overfor pasientenes lidelse. Dette bidrar til skape inhumane og krenkende praksiser.

I avhandlingen har jeg videreutviklet tenkningen om sosial responsivitet på organisatorisk nivå til å bestå av det jeg senere vil kalle *behandlingsmessig og demokratisk responsivitet*. Den behandlingsmessige responsiviteten omhandler sykehusorganisasjonens evne til å respondere i forhold til den enkelte pasients ønsker, problemer og behov for hjelp. Den demokratiske responsiviteten er nært knyttet til den psykiatriske institusjonens bruk av kontroll, makt og tvang, og omhandler spørsmålet om institusjonen klarer – så langt som mulig ut fra pasientens tilstand – å ta hensyn til pasientens egen vurdering av tvangens hensiktsmessighet.

Som jeg vil forsøke å vise i denne avhandlingen hadde skjermingsmetodens spenning som behandling, kontroll og tvang nær sammenheng med det jeg omtaler som *sykehusets responsivetsproblem* – det å ikke klare å imøtekomme den enkelte pasients ønsker og behov i tilstrekkelig grad. Dette viser seg blant annet i kløften mellom skjermingsideologiene, personalets og pasientens opplevelser i denne studien. Når responsivetsproblemet økte, ble ofte sykehusoppholdets og skjermingsmetodens behandelende dimensjon redusert og det disiplinerende kontrollaspektet mer fremtredene. Årsaken til responsivetsproblemet har sammenheng med alle forholdene som er beskrevet tidligere i kapitlet. Den psykiske lidelsens diffuse og subjektive karakter samt akuttpostenes heterogene pasientbelegg stiller store krav til sykehusets evne til å respondere på pasientenes ulike behov.

Responsivetsproblemer kan forsterkes av organiseringen eller mangelen på tilstrekkelige og effektive teknologier. Postenes håndtering av uroens problem og tillits problem påvirker også responsiviteten overfor pasienten. Mistillit kan bidra til å undergrave en anerkjennende respons, noe som forsterker opplevelsen av skjerming som straff, mens tillit kan øke opplevelsen av omsorgsfull ivaretagelse.

Organisasjonens ideologiske kunnskapsgrunnlag og kultur vil også ha stor betydning for responsiviteten. Gjennom ideologiene skapes personalets oppfatninger av pasientenes behandlings- og kontrollbehov. Disse kan sammenfalle med pasientenes oppfatninger eller ikke. I denne forbindelse er jeg også opptatt av viktigheten av *refleksivitet* for institusjonens responsivitet overfor pasientene. De refleksive prosessene kan være på både individuelt og organisatorisk nivå. Refleksivitet i sosial samhandling er kjennetegnet ved at den enkelte aktør reflekterer over den andres reaksjon på sin handling, og innlemmer denne reaksjonen i den senere responsen til

den andre (se bl.a. Mead 1976/1934:120ff, Garfinkel 1967 gjengitt i Mehan 1979:63). Refleksivitet i profesjonell og organisatorisk forstand omhandler refleksjoner over de rammer man tenker og arbeider innenfor – som selvrefleksjon over egen forståelse og praksis (jf. Bourdieu 2002:60). Denne bruken av begrepet er beslektet med begreper som ”reflekterende praktiker” eller ”lærende organisasjoner” (Argyris og Schön 1978, Schön 1991). Den organisatoriske responsiviteten blir påvirket av personalets refleksjon over egen praksis, som igjen påvirkes av utformingen av organisasjonens kunnskaps- og informasjonsarbeid. Refleksiviteten påvirker sykehusets og personalets evne til å respondere på pasientenes ulike ønsker og behov.

3.5 Avslutning

I dette kapitlet har jeg utdypet avhandlingens teoretiske perspektiver og begreper. Jeg har også diskutert ulike forhold som kan påvirke skjermingsmetodens betydning og spenning som behandling og kontroll. Jeg har også lansert tenkningen om den sosiale responsivitetens betydning for skjermingsmetoden og sykehusets responsivitetsproblem. I neste kapittel vil jeg utdype skjermingsmetoden ved å se på skjermingsmetodenes historiske og profesjonelle sammenheng før jeg går over til den empiriske studien av skjermingsmetoden i de to akuttpostene.

4 Skjermingsmetodens historiske, kliniske og helsepolitiske sammenheng

4.1 Innledning

I dette kapitlet vil jeg belyse skjermingsmetodens betydning og spenning mellom behandling og kontroll ut fra en bredere historisk og sosial kontekst. Jeg vil se på skjermingsmetodens historiske fremvekst i relasjon til utviklingen av de psykiatriske institusjonene og de lukkede rommene. I tillegg vil jeg beskrive skjermingsmetodens profesjonelle og helsepolitiske kunnskapsgrunnlag, som påvirker de lokale skjermingsideologiene på postene. Fremstillingen vil også vise den store betydningen uroens problem har hatt for sykehusutviklingen og skjermingsmetodens fremvekst.

4.2 Tidsrommet før de psykiatriske asylene på 1800-tallet

I oldtiden og gjennom middelalderen ble personer med psykiske lidelser oftest ivaretatt i private hjem av slekten, eller så var de fattige omstreifere. Utover på 1600- og 1700-tallet begynte utbyggingen av sosiale institusjoner (deriblant fattighus og tukthus) i Europa. Det kom etter hvert en økende etterspørsel etter særegne institusjoner for personer med psykiske lidelser (Foucault 1999a, Busfield 1986, Scull 1989, 1993, Blomberg 2002). Den økte etterspørselen var resultat av samfunnsmessige moderniseringsprosesser som førte til at familien i mindre grad tok på seg omsorgsansvaret for familiemedlemmet (Ericson 1974). I tillegg oppstod et press fra de sosiale institusjonene om særskilte institusjoner på grunn av de psykiske sykes manglende arbeidsevne, særegne samhandlingsproblemer og urolige atferd (Foucault 1999a, Blomberg 2002).

Utviklingen førte til opprettelsen av de første hospitalene for psykisk syke på kontinentet utover på 1600- og 1700-tallet. Ifølge Blomberg (2002) kom institusjonsutviklingen i Norge noe senere og var mindre omfattende. Den første institusjonalisering av personer med psykiske lidelser i Norge skjedde med ”dårekistene”. Disse ble etablert på 1500-tallet som særskilte rom i arresten eller i andre offentlige bygninger og sosiale institusjoner for voldsomt urolige gale. Den økte

tendensen til institusjonalisering av personer med psykiske lidelser førte så til en utbygging av dårekistene gjennom 1700-tallet til større ”døllhus”.

4.2.1 De første formene for lukket rom

I tiden før institusjonene kom, håndterte slekten urolige og uhåndterlige familiemedlemmer med hjelpemidler som kjellere, uthus, lenker eller tau (Ericson 1974, Blomberg 2002). Det var også vanlig å benytte mekaniske tvangsmidler og lukkede rom i form av bur, eneceller og isolatrom innenfor de første hospitalene og døllhusene i Europa (Foucault 1999a, Busfield 1986, Alty og Mason 1994, Jönsson 1998). Atskilte eneceller og isolater tok ofte form av ”mørke rom” innenfor anstalten og var plassert i kjeller eller på loftet, ofte med lite lys og uten vinduer. Alternativt kunne isolatet være nakne og strippede rom hvor pasientene ofte oppholdt seg nakne. I tillegg ble det benyttet vanlige enerom i hjemmet eller hospitalene.

Arrestrommet og dårekisten ble først benyttet overfor de mest voldsomme og urolige personene som utgjorde en sikkerhetsrisiko for andre eller seg selv. Det lukkede rommet var tilknyttet en *sikkerhetsfunksjon* som skulle forhindre skade på vedkommende og omgivelsene. Utbyggingen av de offentlige institusjonene førte imidlertid til at bruken av dårekisten ble utvidet til pleietrengende eller kun sosialt forstyrrende personer. Dårekisten ble også i økende grad benyttet som metode for å straffe ulydig og støyende oppførsel innenfor de nye sosialinstitusjonene. Etter hvert fikk dermed det lukkede rommet en utvidet *pleiefunksjon* og en *disiplinerende funksjon* innenfor institusjonen for å sikre lydighet og rolig atferd (Blomberg 2002).

Det synes også som om rommet tidlig var knyttet til en *medisinsk behandlingsfunksjon*, selv om omfanget av behandlingstenkningen er ukjent. Det oppstod tidlig en tro på rommets helbredende betydning for psyken (Whitfield 1996, Alty and Mason 1994). I oldtiden skulle rommet behandle den psykiske lidelsen ved å gi søvn og hvile. Rundt 1700-tallet ble rommets helbredende betydning knyttet til Locke’s psykologi om at reduksjon av lys og lyd reduserer opphisselse (Digby 1988, Perrow 1965). Den somatiske psykiatrien fra 1800-tallet videreførte så tanken om at arkitekturen ville virke helbredende ved å skape en kroppslig og miljømessig regelmessighet som skulle bedre den indre tilstand (Edginton 1994).

En stor andel av psykiaterne på 1700- og 1800- tallet forsvarte tvang og isolat som behandling fordi tvang kunne være helbredende, livreddende og skadereducerende. I tillegg kunne det straffende elementet ved de mørke rommene inngi frykt hos pasienten slik at vedkommende fikk en mer rolig og passende atferd. Bruk av det straffende elementet ved isolatrommet gjaldt særlig urolige og rasende, maniske pasienter med lavest sosial status innenfor hospitalene (Foucault 1999a, Busfield 1986, Tomes 1988). Non-restraint-bevegelsen i Storbritannia, samt markante leger som Pinel og personer innen moral-treatment-bevegelsen, var generelt kritiske til bruk av fysiske tvangsmidler som behandlingsmetode. De aksepterte imidlertid bruk av isolat for å forebygge skade da isolatet ble ansett som det mest humane tvangsmidlet. Isolat eller bortvisning fra fellesmiljøet ble også ansett som en behandlingsmetode for aggressiv, urolig og forstyrrende atferd (Busfield 1986, Digby 1988, Alty og Mason 1994).

I likhet med Goffmans (1961:161–164) beskrivelse av asyllets romlige ordninger (pkt 3.3.1) gjenspeilte hospitalenes romlige ordninger den sykes ulike moralske og sosiale status. Eneværelset med tilsyn var en mer generell behandlings- og pleieform i tiden, både privat og offentlig. Buret, de mørke enecellene og isolatet representerte på sin side ofte lav sosial og moralsk status (Busfield 1986, Blomberg 2002, se også pkt. 3.3.1). Personer med særlig urolig og grisete atferd ble i minst grad ansett som menneskelige og ofte beskrevet i animaliserte bilder, hvor de hadde sunket ned på dyrenes nivå (Foucault 1999a). Den urolige atferden fikk dermed stor betydning for personens sosiale status og for bruk av romlige ordninger. Forestillingene om at de gale var insensitive for omgivelsene, reduserte den sosiale responsivitet overfor pasientenes subjektive lidelse ved behandling og tvang. Dette gjorde pasienten mer utsatt for inhumane og voldelige behandlingsformer (Perrow 1965:917). Også i Norge var det kritikk av forholdene for personer som var innesperret i mørke eneceller i dårekistene eller dollhusene (jf Blomberg 2002, Lysnes 1982). Kritikken la et viktig politisk grunnlag for å erstatte dollhusene med medisinske asyl.

4.3 De psykiatriske asylenes i tiden 1850–1970

De første offentlige psykiatriske sykehusene ble etablert på slutten av 1700-tallet og begynnelsen av 1800-tallet i Europa og USA (Busfield 1986). Det første sykehuset i

Norge var Gaustad asyl i 1855. I tiden fremover vokste antallet og størrelsen på asylene kraftig og forble høy frem til den begynnende deinstitutionaliseringen fra slutten av 1950- tallet og særlig på 1970-tallet (Hagen 1992, Pedersen 2002). Det var lite fagutdannet personale ved asylene gjennom hele perioden (Ericson 1974:119), imidlertid kom det en begynnende profesjonalisering av pleiepersonalet fra 1910-tallet ved en større økt andel sykepleiere og etableringen av en kortvarig pleierutdannelse ved Gaustad sykehus i 1912 (Lysnes 1982, Waal 1978, Hagen 2001). Man fremhevet også asylenes behandlingsformål ved å skifte navnet på personalet fra ”voktere” til ”pleiere” (Waal 1978:36).

De psykiatriske asylene var i hovedsak basert på en medisinsk, somatisk psykiatri, selv om de også ble påvirket av andre behandlingsretninger i tiden. Den somatiske psykiatrien forble enerådende frem til cirka 1960. De psykiatriske sykehusene tok form av en medisinsk asyltradisjon. En sentral side ved tenkningen innen asyltradisjonen var troen på atskillelse fra samfunnslivet og innelukking i institusjoner som behandlingsform (Blomberg 2002). Institusjonaliseringen skulle virke helbredende ved å utgjøre et miljøskifte og ved å skjerme fra de sosiale omgivelsene, som ofte ble tillagt skadelig effekt for tilstanden. Å fjernes fra det vanlige sosiale livet og familien inngikk som viktige elementer i den medisinske institusjonstenkningen. Det regelmessige og ordnede livet innenfor asylene skulle også bedre den psykiske lidelsen og føre til roligere atferd. Det ble ofte ansett som uheldig å samtale for mye med pasientene om lidelsen (jf. Wimmer 1936, Langfeldt 1951). Samtalebehandling og dialog med pasienten var lite vektlagt (Aaslestad 1997). Det ordnede og regelmessige livet ble skapt gjennom en regelbasert organisering av institusjonen. Denne organiseringsformen innebar et omfattende reglement med bruk av husregler og nøyaktige inndeling av døgnet med spesielle tider for utlufting, måltider og ulike former for aktiviteter. Reglene skulle bidra til å skape en sosial orden av behandlingmessig betydning. Den regelbaserte organiseringen bidro samtidig til å gi asyllets preg som total institusjon (pkt 3.4.3). Den gjenspeilte også mer allmenne organiseringsformer innenfor institusjoner med kontrollformål som skole, barnevern- og sosialsektoren (jf. Foucault 1999b, Augestad 2003). Den regelbaserte organiseringsformen fortsatte gjennom hele tidsperioden, både internasjonalt og i Norge (Stanton og Schwarz 1954, Goffman 1961, Løchen 1965, Skålevåg 2002).

Innføringen av miljøterapien på 1960-tallet utfordret imidlertid denne organisasjonsstrukturen.

At asylene skulle behandle akutte, psykiske tilstander skapte raskt et problem. Asylene både i USA og i Europa ble overfylt av pleietrengende og langvarig syke pasienter (Perrow 1965, Waal 1978, Busfield 1986). Tilsvarende tendenser kjennetegnet også sykehusene i Norge, selv om omfanget av problemet er usikkert (Ericson 1974:86f, Skålevåg 2002). Utviklingen førte til at asylene forlot sine opprinnelige optimistiske behandlingsmål om å være helbredelsesanstalter for kurerbare syke til å bli mer oppbevaringspregede og kustodielt pregede pleieanstalter (se også pkt 1.1 og 3.3). Det kustodielle preget ble forsterket av asylenes bakgrunn i fattigpleien og av at de fleste pasientene var innlagt med tvang. Den kustodielle utformingen av asylene fortsatte utover på 1900-tallet, og den pleiemessige virksomheten forble i stor grad den samme, tross nye behandlingssideologier og helsepolitiske programmer (Aaslestad 1997, Jönsson 1998, Skålevåg 2002:82–83). På 1920-tallet kom imidlertid en begynnende endring i synet på sosial isolasjon som god behandling gjennom asyllegenes rapporter om ”anstaltsdemensen” (Wimmer 1936). Diskusjonen om institusjonene ble så forsterket av asylkritikken på 1950- og 60-tallet.

Som tidligere nevnt fikk uroens problem stor betydning for asylenes utforming og virksomhet. Uroens betydning viste seg ved at asylavdelingene ofte ble inndelt etter pasientens atferd som rolig, urolig, rasende og/eller grisete (Austad og Ødegård 1956, Jönsson 1998, Goffman 1961, Skålevåg 2002, Astrup m.fl. 1980). Både internasjonalt og nasjonalt var det vanlig å bruke forflytning av pasienter mellom ulike typer avdelinger og eventuelt isolatrom i henhold til deres rolige eller urolige atferd (bl.a. Goffman 1961:148–151,166–167, Skålevåg 2002:85–87). Denne forflytningen mellom institusjonens rom gjenspeilte pasientens sosiale og moralske status og utgjorde en viktig del av privilegiesystemet som skulle fremme en lydige og rolige atferd. Det var stor mangel på effektive metoder for å håndtere pasientenes uro frem til 1930-tallet. Behovet for å redusere pasientenes uro var derfor et sentralt mål og en viktig drivkraft bak utviklingen av nye behandlings- og pleieformer innenfor asylene, som varme- og kuldepakninger, lobotomi, insulin-komaterapi og ECT-behandling (jf. Wimmer 1936, Langfeldt 1951). I lærebøkene synes det som om psykiatriens sterke vekt på reduksjon av ytre, urolig atferd overskygget den empatiske responsen på

pasientens subjektive redsel og lidelse under behandlingen, som for eksempel ved ECT eller varmebadene (bl.a. Langfeldt 1951:115,119). Den subjektive lidelsen blir kun nevnt i bisetninger og fikk liten betydning for evalueringen av behandlingsmetodene. På 1950-tallet ble bruken av de tidligere metodene erstattet av nye psykofarmaka. Ifølge beskrivelser førte disse til at uroen og støyen i avdelingene ble mindre enn tidligere (Busfield 1986, Hatløy 1986). Samtidig kunne medisinenes popularitet føre til et nytt problem med ukritisk bruk av medikamenter for å skape rolig atferd (bl.a. Langfeldt 1965, Waal 1978).

4.3.1 De lukkede rom innenfor asylene

De første asylene var ofte bygget som ganger med eneceller (rom) for pasientene (Astrup m.fl. 1980, Skålevåg 2002). Overbelegget førte til at det fra århundreskiftet internasjonalt og i Norge ble etablert flermannsrom og sovesaler– også kalt vaktsaler – ved asylene (Retterstøl 1974:38). Disse rommene skulle gi flere sengeplasser og gjøre det lettere å føre kontinuerlig tilsyn med flere pasienter samtidig. Ifølge Jönssons beskrivelse fra Sverige førte innflytelsen fra den voksende psykiatriske vitenskapen til at vaktsalene på begynnelsen på 1900-tallet også ble tillagt en medisinsk funksjon (Jönsson 1998:84–101). Vaktsalene ble da omformet til lyse sovesaler etter mønster fra de somatiske sykehusene. Den psykiatriske pasienten skulle være sengeliggende under kontinuerlig oppsyn. Sengeleiet og tilsynet skulle sikre at pasientene var rolige. I tillegg skulle vaktsalen styrke den medisinske observasjon av pasientene og benytte den i diagnostisk øyemed. Vaktsalene skulle også medvirke til helbredelse ved å skape et isolert og stille miljø med ro og hvile for den isolerte. Ensomheten hadde en terapeutisk mening. Vaktsalene videreførte dermed behandlingstenkningen om rommets helbredende betydning.

Det ble allerede fra asylenes begynnelse også benyttet eneværelse, enecelle og isolat i behandlingen og pleien av pasientene (Busfield 1986, Tomes 1988, Alty og Mason 1994, Skålevåg 2002). I tillegg ble det benyttet ulike former for tilsyn, som for eksempel fast vakt. Enecellene og isolatrommene kunne bli plassert nært vaktsalen. Plasseringen skulle gi mulighet for isolasjon uten at man tapte pasienten av sikte (Jönsson 1998). Det er også beskrevet eneceller, isolatrom eller isolatganger for de uroligste pasientene som var plassert på siden av eller i ytterkanten av avdelingene.

Disse hadde ofte mer kummerlige sosiale forhold kjennetegnet ved urenlige forhold og mye roping og skriking (Austad og Ødegård 1956, Hatløy 1986).

Bruk av romlige ordninger hadde ulike begrunnelser. I lærebøkene understrekes nødvendigheten av fast tilsyn med pasienter som stod i fare for selvmord (se bl.a. Langfeldt 1951:335). I tillegg inngikk enecellen og isolatet som en viktig behandlings- og pleiemetode for pasientenes urolige atferd (Skålevåg 2002). Rommets betydning som en av flere metoder for å håndtere uro kommer frem i Wimmers lærebok i psykiatri:

Hospitalbehandling vil meget ofte være fornøden, først og fremmest ved Urotilstande, Stupor, stærk paranoid Optagethed med uheldige sociale Udslag, osv. Sengelejet, undertiden Vandsengen virker i Reglen beroligende; Isolation i Eneværelse (med omhyggelig Overvaagen) kan undertiden være nødvendig over meget larmende, aggressive Patienter. Her er ofte ogsaa Sedativa, tit de stærkeste og i høje Doser, paakrævede, desværre ofte med bedskeden Effekt. Store Somnifendoser til Fremkaldelse af "Dauerschlaf" er anvendt ved voldsom kataton Uro (Kläsi), ofte med god Virkning, men desværre sjældent vedholdende (Wimmer 1936:373).

Som det fremkommer av sitatet, inngikk uroen som et viktig symptom på den psykiske lidelsen. Skålevåg (2002:68) finner derfor at bruken av enecellen ikke bare utgjorde disiplinering ved ulydig atferd, men også var et svar på pasientens symptomer på lidelsen. Rommene var både et disiplinært rom nært knyttet til normaliseringsmakten, og et terapeutisk virkemiddel. Jönsson (1998:37ff, 95 og 128ff) finner også at asyllets indre rom og bruk av cellen frem til 1970 både har disiplinerende og praktiske, pleiemessige aspekter. Han mener samtidig at cellen og isolatrommets betydning ikke var så knyttet til overvåkning som Foucault beskriver, men mer til fysisk kontroll (Foucault 1999b, se også pkt. 3.3.1). Bruk av cellerommet skyldtes at den romlige isoleringen minsket risikoen for omgivelsene – den begrenset støyen, utsondringene og luktene i det lukkede rommet og lettet kontrollen med pasientens kropp. Isoleringen skulle romliggjøre en kropp, dens lyder, ukontrollerte rørelser og utsondringer. Bruken av cellen og isolatrommet gjenspeilte også ofte en mer defensiv opplevelse av tvangens og isoleringens nødvendighet fordi pasientens urolige atferd utgjorde en trussel mot institusjonens sosiale orden (Jönsson 1998:272). Den sosiale isoleringen av pasienten skulle bidra til å gjenetablere den sosiale orden innenfor institusjonen. Isolatrommet og cellen var dermed sentrale, ordningsskapende metoder. Jönsson finner også, i likhet med Goffman (1961, se også pkt. 3.3.1), at

isolat- og cellerommet hadde størst likhet med den totale institusjon. Rommet var preget av sirkulær tid og stillstand, sirkelende om de samme daglige rutiner, nøye regulert etter klokken. Dagsplaner og skjemaer var et av de mest grunnleggende trekk ved måten asylet fungerte på. Disse skjemaene utgjorde en viktig motsats til pasientens ukontrollerbare atferd ved å sikre forutsigbarhet og orden.

Ifølge Digby (1988) og Jönsson (1998) forsvant tenkningen om vaksalen og isolatet som terapeutisk metode utover på 1900-tallet. Rommene ble da en uproblematisert del av institusjonens praktiske virksomhet. Isolatet ble i hovedsak benyttet fordi det ble ansett som en effektiv metode å håndtere de urolige pasientene på innenfor de overfylte, kustodielle asylene. Frem til 1970-tallet var isolatrommet det mest lukkede og kummerlige rommet, relatert til den forlatte og gammeldagse pleien av pasientene. Det fengselsaktige ved isolatet stod i motsetning til de mer optimistiske og fremskrittrettede helsepolitiske programmene og den psykiatriske vitenskapens behandlingstenkning. Det er usikkert om bruken av isolat gikk tilbake på 1950-tallet på grunn av de nye medisinene.

4.4 Sykehusutviklingen etter 1970-tallet: Akuttpostene og skjermingsrommet vokser frem

Som følge av en rekke samvirkende faktorer økte nedbyggingen av asylene kraftig fra 1970-tallet av i hele den vestlige verden (Pedersen 2002). Nedbyggingen ble fulgt av utbyggingen av en desentralisert spesialisthelsetjeneste med etablering av distriktpsikiatriske sentre (DPS) og økt kommunalt ansvar for personer med psykiske lidelser. I perioden, og særlig det siste tiåret, har andelen profesjonelt utdannet personale innenfor sykehusene økt betydelig (Hagen 1997, 2001).

Utviklingen førte til flere endringer av de tidligere sykehusinstitusjonene i Norge. For det første gjorde redusert liggetid og avtagende pasientbelegg at asylavdelingene ble omgjort til mindre enheter med pasientrom i stedet for vaksaler. I løpet av 1970-tallet skjedde det også endringer i den generelle sykehusstrukturen som forsterket utviklingen (Pedersen 2002). Den nye strukturen kom som følge av *Lov om sykehus mv* av 19.06.1969, nr. 57, som trådte i kraft i 1970 og Stortingsmelding nr. 9 (1974–

75), *Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen*. Strukturendringene innebar at asylene og klinikkavdelingene ble integrert i spesialisthelsetjenesten på linje med de somatiske sykehusene og tok form av en medisinsk sykehusspesialitet. Det ble også innført øyeblikkelig hjelp-plikt for den psykiatriske spesialisthelsetjenesten, og sektorisering som opptaksprinsipp for alle sykehus. Sykehusutviklingen førte til en endring av pasientbelegget ved de psykiatriske sykehusene, særlig ved de tidligere klinikkavdelingene. Disse avdelingene som før hadde drevet behandling og pleie av pasienter med moderate psykiske lidelser, fikk nå ansvar for personer med alvorlige psykiske lidelser (Vaglum m.fl. 1984).

Endringene førte til at stadig flere fylker etablerte psykiatriske akuttavdelinger ved de tidligere asylene og ved de somatiske sykehusene. Utbyggingen ble forsterket i Stortingsmelding nr. 25 (1996–97), *Åpenhet og helhet*, som fremhevet at akuttavdelingene skulle være de viktigste avdelingstypene innen spesialisthelsetjenesten i tiden fremover. Utviklingen førte til at akuttposter ble den mest fokuserte og sentrale avdelingsformen innenfor psykiatrisk sykehustjeneste fra 1980-tallet og frem til i dag. Etableringen av akuttpostene innebar en sykehusutvikling med vekt på spesialisert, medisinsk behandling av akutte tilstander. Langvarig omsorg og pleie skulle foregå utenfor sykehusinstitusjonene. Vektleggingen av kortvarig behandling av akutte tilstander ble forsterket av sykehusenes tiltakende vekt på økt produksjon og rask pasientgjennomstrømning.

Endringene i sykehusstrukturen representerte ikke noe brudd med asyltradisjonens vekt på tvangsinnleggelse og tvangsmidler som viktige behandlingsformer, selv om andelen frivillige innleggelse har økt i perioden. Den sterke vektleggingen av tvang som behandlingsform fra asyltiden ble videreført til dagens akuttavdelinger og sikkerhetsavdelinger (Hagen 1992, Pedersen m.fl. 2004).

Akuttpostene overtok også gradvis oppgavene med å ivareta urolige pasienter. Tendensen til å overføre pasienter kun på grunnlag av urolig atferd kom i konflikt med idealet om akuttpostenes spesialiserte behandlingsoppgaver (Hagen 1992). Omstruktureringen av sykehusene førte dermed til et nytt avdelingssystem som førte til at akuttpostene fikk sentral betydning som ny, institusjonell plass for håndteringen av avvikende, urolig atferd (jf. Goffman 1971, se også pkt.3.4.1). Etableringen av

akuttpostene la grunnlag for en ny, sosialt plass hvor uroen utspiller seg og håndteres. Samtidig fører etableringen av akuttpostene til en ny sosial kontekst som påvirker den sosiale konstruksjon av pasienter med urolig atferd.

I løpet av 1970-tallet skjedde det også endringer internt i sykehusene og innenfor den psykiatriske vitenskapen som påvirket det ideologiske kunnskapsgrunnlaget til akuttpostene. Denne utvikling førte også til skjermingsmetodens fremvekst. Som beskrevet tidligere var de psykiatriske sykehusene på 1960-tallet og begynnelsen av 1970-tallet, om enn i varierende grad, påvirket av den sosioterapeutiske ideologien og idealene om det terapeutiske samfunn (Strauss m.fl. 1981/1964, Løchen 1965, Retterstøl 1974, Måseide 1975, Astrup m.fl. 1980). I tillegg var innflytelsen fra psykodynamisk ideologi et viktig element i den nye miljøterapien (Ericson 1974:128). Den sosialterapeutiske miljøterapien la stor vekt på gruppebehandling, tverrfaglig samarbeid og demokratisering av institusjonen gjennom flatere personalstruktur og økt pasientdelaktighet.

Ut fra litteraturgjennomgangen synes det som spenningen mellom de nye, optimistiske behandlingsidealene og den kontrollpregede asyltradisjonen på 1960-tallet øker i løpet av 1970-tallet, og forsterkes av den nye sykehusstrukturen. Ifølge den kliniske litteraturen i Norge førte de nye miljøterapeutiske behandlingsidealene på 1960- og 1970-tallet til en forholdsvis beskjeden endring av sykehusinstitusjonene på landsbasis. De somatisk orienterte psykiaterne var ofte skeptiske til idealene om det terapeutiske samfunn. Asylets grunnleggende medisinske orientering og den tradisjonelle anstaltkulturen ble derfor videreført. Som Perrow (1965: 924–925) påpeker, ble den grunnleggende organiseringen av sykehuset og dets teknologiske metoder mindre endret i praksis enn hva ideologiene skulle tilsi (pkt 3.4.5). Waal (1980) forteller at idealene om miljøterapi også førte til at de mest urolige og vanskelige pasientene ofte ble oppfattet som minst interessante og skjøvet til avdelinger med lite ærgjerrige behandlingsopplegg og mye ufaglært personale. De urolige pasientene hadde fortsatt lav sosial status og var nærmest knyttet til den kustodielle pleien tross nye behandlingsidealene. Den behandlingsoptimistiske miljøterapien var dermed i minst grad rettet mot de mest urolige pasientene.

De nye idealene førte i hovedsak til omfattende, tverrfaglig møtevirksomhet i personalgruppen og gruppemøter med pasientene (Langfeldt 1965, Waal 1980, Vaglum m.fl.1984). Ifølge bidragene som omtaler denne tiden og Retterstøl (1974:67–68) var møtene viktige fora for samtaler med pasientene. I møtene kunne også pasienten ta opp konflikter og mer negative reaksjoner på behandlingen. Anledningen til å ta opp negative behandlingsreaksjoner førte blant annet til åpenlys pasientkritikk av tvangsinnleggelsene og det regelorienterte regimet på posten. Konfliktstemningen på møtene førte til klager fra personalgruppen, som opplevde spenningen følelsesmessig belastende. Møtene førte til angst og usikkerhet hos personalet som måtte svare for klagene fra pasientene, og til økte konflikter i personalgruppen. På møtene ble de latente spenningene i organisasjonen manifeste.

Flere bidragsyttere (se bl.a. Retterstøl 1974:52, Vaglum m.fl. 1984) beskriver også gruppemøtene som mindre egnede behandlingsformer for de nye pasientene som ble innlagt på akuttavdelingene. Pasienter med alvorlige tilstander og urolig atferd mestret ikke kravene til sosial delaktighet. Konfliktstemningen kunne også virke provoserende og angstskapende. Flere psykiatere mente derfor at pasientene trengte mer avlastende og mindre krevende og konfronterende behandlingsformer: ”Dypt depressive pasienter, akutt urolige pasienter og pasienter med svære insuffisienstilstander bør ha anledning til å få hvile ut noen tid i et mer regressivt regime” (Retterstøl 1974:73). Den nye pasientgruppen økte spenningen internt på postene og skapte behov for å finne nye organiseringsformer og teknologier.

4.4.1 Skjermingsrommet blir sentral metode innenfor akuttpostene

Som beskrevet i innledningskapitlet (se pkt. 1.3.1) har Norge hatt en noe annen isolattradisjon enn internasjonalt. I Norge var isolat og fastvakt på enerommet de viktigste formene for lukkede rom innenfor sykehusene frem til begynnelsen av 1970-tallet. De negative holdningene til isolatbruken førte til restriksjoner i 1977,⁵ og disse ble ytterligere forsterket i nye forskrifter fra 1983: ”Isoleringen skal i så fall vanligvis ikke vare mer enn 2 timer, og kan maksimalt vare inntil 4 timer dersom det er

⁵ Psykisk helsevernlov av 1961, endret ved lov av 15. april 1977, nr. 28, trådte i kraft 1. mai 1977.

personale tilstede i rommet”.⁶ Lovens restriksjoner vanskeliggjorde bruk av isolat innenfor postene. Dette medvirket muligens til å presse frem en alternativ romlig løsning til isolatet – skjermingsmetoden – på et tidligere tidspunkt enn andre land.

I litteraturen som omtaler 1960- og 1970-tallet finnes det kunnskapselementer som gjenfinnes i skjermingsmetoden utover på 1980-tallet. Disse kunnskapselementene omfatter asyltradisjonens vekt på isolering fra den ytre sosiale verden som behandling. I tillegg omtales også en mer spesifikk ”stimulitenkning” i tilknytning til psykose innenfor den somatiske psykiatrien på 1950- og 1960-tallet (Langfeldt 1951, 1965). Stimulitenkningen var vanlig i den internasjonale isolatdebatten fra 1970-tallet (Alty og Mason 1994, Gutheil 1978). I tillegg fikk læringsteorien på 1950- og 1960-tallet stor betydning for tanken om ansvarliggjøring og grensesetting (Perrow 1965:945). Innenfor de norske sykehusene på 1970-tallet ble isolering på enerom begrunnet med behovet for stimulireduksjon, struktur, grensesetting og ansvarliggjøring av pasienter (Sørhaug 1977, Aaslestad 1997:147–161). Disse kunnskapskildene inngår i den senere skjermingsideologien. I likhet med Augestads (2003) studie av kunnskaps- og teknologiutviklingen innenfor gymnastikkfaget i skolen, gjenspeiler skjermingsmetoden både nye og gamle kunnskapstradisjoner som blir modifisert, utvidet og sammensatt på en ny måte.

Skjerming blir ikke omtalt i lærebøkene i tidsperioden før 1970-tallet. Det beskrives at ordet skjerming ble benyttet som et mer uformelt begrep på postene på midten av 1960-tallet når man ønsket å ta en urolig pasient bort fra det sosiale fellesskapet (Vaglum m.fl.1984). Skjermingsbegrepet og skjermingsmetoden omtales for første gang i læreboken til Ingebjørg Løkensgard, *Psykiatrisk sykepleie* (1977:81 -85). Skjerming blir her forstått som skjerming mot krav, inntrykk, egen atferd og av omgivelsene (grensesetting). Deretter blir skjerming stadig mer omtalt og utdypet som sykepleiefaglig metode i sykepleielitteraturen fra midten av 1980-tallet og frem til i dag (se bl.a. utviklingen i Hummelvoll 1982,1988, 1992, 1997, Strand 1990). Omtalen av skjerming øker i tråd med profesjonaliseringen av den psykiatriske sykepleien fra 1980-tallet, men blir i liten grad nevnt i lærebøkene i psykiatri før skjerming omtales

⁶ I § 2 i forskrifter om begrenset adgang til bruk av tvangsmidler og forbud mot korporlig refselse innen psykisk helsevern, helsevernet for psykisk utviklingshemmede og helsevernet for epileptikere. Sosialdepartementet, rundskriv I-1035/83 av 15. juli 1983 om sykehusloven og loven om psykisk helsevern.

kort i 2003 i forbindelse med den nye lovregulering om tvunget, psykisk helsevern (Dahl m.fl. 2003: vedlegg). Det synes dermed som skjermingsmetoden har stått nærmere sykepleien enn den teoretiske psykiatrien.

Skjermingsmetoden fremstår ikke som etablert, profesjonell metode innenfor postene på 1960-tallet, selv om den i noe grad benyttes. Utover på 1970-tallet og begynnelsen av 1980-tallet kom det imidlertid et *brudd* som medfører at skjerming blir en av de viktigste behandlingsmetodene innenfor akuttpostene. Utviklingen kan sees ved at skjermingstenkningen dukker opp som begrep i journalene ved Gaustad på slutten av 1970-tallet og forsterkes på 1980-tallet (Aaslestad 1997:154–161). Hummelvoll's (1988:146–163) studie fra 1984 viser at skjerming var vanlig praksis ved flere (men ikke alle) poster på denne tiden, ofte på vanlige pasientrom. Det ble så i økende grad etablert egne skjermede avsnitt på postene. I 1989/90 brukte i alt 80 av 143 avdelinger skjerming. Metoden ble benyttet i betraktelig omfang og med til dels lang varighet (Høyser og Drange 1991, 1994) for å øke ytterligere fremover.

4.4.2 Skjermingsmetoden fremvekst: Ullevål sykehus som eksempel

Endringene i sykehusutviklingen fra slutten av 1970-tallet, med innføringen av skjermingsmetoden som viktig metode på akuttpostene, er mest utdypende beskrevet i en sentral og senere hyppig referert lærebok fra 1984, *Institusjonsbehandling i moderne psykiatri. Fra et gruppeorientert til et individorientert terapeutisk samfunn*. Den er redigert av psykiaterne Per Vaglum, Sigmund Karterud og Jarl Jørstad og består av ulike bidrag fra psykiatere og sykepleiere tilknyttet Ullevål sykehus (senere kalt Ullevål-modellen).

Bakgrunnen for innføringen av nye behandlingsprinsipper blir i bokens forord relatert til sykehusenes tap av prestisje innenfor en ideologi om desentralisert psykiatri, og den interne spenningen som oppstod på postene som følge av nytt pasientbelegg etter den nye sykehusorganiseringen på 1970-tallet. Ordensproblemet hadde blitt forverret som følge av omgjøringen til akuttposter med flere dårlige og urolige pasienter enn tidligere. Spenningen førte til utbrenthet hos personalet, som slet med å ivareta postens orden, og med å følge opp pasientene på en tilfredsstillende måte. Ny organisering av akuttpostene med innføring av skjermingsmetoden skulle både øke

sykehusenes behandlingsmessige status og løse det arbeidsmessige problemet for personalet ”som har behov for å skape oversikt og struktur i sin kaotiske arbeidssituasjon” (ibid.:35). Skjermingsmetoden inngikk dermed i revurderingen av det organisatoriske grunnlaget for behandlingen og særlig for pleiearbeidet på posten.

Ifølge Vaglum, Karterud og Jørstads bok (s. 11-23) hadde endringene også sin bakgrunn i diskusjoner innenfor den psykiatriske vitenskapen internasjonalt og i Norge. Den sosioterapeutiske ideologien ble i økende grad kritisert av de somatisk og psykoterapeutisk orienterte psykiaterne på 1960-tallet og utover på 1970-tallet. Psykoterapiutdanningen for psykiatere i Norge førte til innføringen av psykodynamisk tenkning hos legene på akuttpostene. Denne utviklingen la et viktig grunnlag for etableringen av det som her kan kalles en *somatisk-psykoterapeutisk* eller *psykodynamisk ideologi*. Ideologien bestod av både somatiske/biomedisinske, psykoterapeutiske og psykodynamiske kunnskapselementer og gjenfinnes i journalene fra denne tiden (Aaslestad 1997). Den fikk stor betydning for skjermingsmetodens kunnskapsgrunnlag. I tillegg ble den nye tenkningen preget av medisinsk psykoseforskning og avdelingsmiljøforskningen ved Ullevål.

På bakgrunn av disse faktorene lanserte bidragene i boken nye prinsipper for organisering av akuttposter, til etterfølgelse for andre. De nye prinsippene skulle bidra til å terapeutisere institusjonen ytterligere gjennom innføringen av en ”et individorientert miljøterapi”. Den nye modellen skulle utgjøre en ny helhetlig tenkning om posten og erstatte både den kustodielle asyltradisjonen og den tidligere gruppeorienterte behandlingsmodellen i det terapeutiske samfunn (ibid:20). Prinsippene om det individorienterte terapeutiske samfunn var basert på et individualisert medisinsk og psykoterapeutisk kunnskapsgrunnlag. De nye behandlingsprinsippene innebar også et skifte i det ideologiske synet på miljøterapi. Terapien skulle ikke lenger være basert på en gruppeorientert, sosioterapeutisk modell, men være mer individuelt basert og mer fleksibel i forhold til pasientenes ulike tilstander og behov. Det ble videre foreslått en omorganisering av akuttpostene. Den nye organisasjonsstrukturen skulle bedre psykosebehandlingen og løse problemene i tilknytning til det nye pasientbelegget med flere dårlige og urolige pasienter på postene. Organiseringen inngikk i behandlingsteknologien. Akuttpostene burde utgjøre små, oversiktlige, forutsigbare og strukturerte enheter med lavt nivå av

sinne og aggresjon. Postene er best tjent med ”orden, organisasjon og programklarhet, hvor hovedinnholdet i disse begrepene er struktur” (ibid:114). De nye organisasjonsprinsippene innebar også færre personalmøter og gruppemøter – i stedet skulle man ha et kort morgenmøte med informasjon til pasientene.

Kommunikasjonen med pasientene skulle i hovedsak dreie seg om praktiske formål og ikke være utdypende samtaleterapi. Asyltradisjonens lave vekt på samtale som terapi ble dermed videreført i de nye idealene for sykehusorganisering.

Innføringen av en individterapeutisk miljøterapi innebar også kritikk av demokratiseringsidealene innenfor det terapeutiske samfunn, som hadde vektlagt en flatere og mer tverrfaglig beslutningsstruktur samt gruppemøter med pasientene. Denne demokratiseringsmodellen ble kritisert for å være lite funksjonell fordi den ga en uklar rolle- og myndighetsstruktur som slo uheldig ut på postene ved å forverre ordensproblemet (ibid:20–23). I den nye modellen for akuttpostenes organisering og miljøterapeutiske arbeid ble demokratiseringsidealene nedtonet. De nye organisasjonsprinsippene skulle følge lovpålagte, demokratiske prinsipper. Samtidig skulle beslutningsstrukturen utgjøre en funksjonell, hierarkisk struktur hvor ”det endelige makt- og ansvarsforhold ligger i overlegens hender” (ibid:21). Innføringen av et slikt medisinsk hierarki som organisasjonsprinsipp innebar en revitalisering av de psykiatriske sykehusenes organisering etter mønster fra somatiske sykehus med overlegen øverst og pasienten nederst i systemet. Det ble ikke lansert alternative organisasjonsmodeller for demokratisering som kunne styrke pasientens stilling. Det nye perspektivet representerte implisitt en motstand mot demokratisering av de psykiatriske sykehusene. Etableringen av den nye individbaserte miljøterapien førte også til at spørsmålet om demokratisering av sykehusinstitusjonene forsvant.

I nevnte bok beskriver sykepleiere fra postene på Ullevål hvordan innføringen av den individorienterte miljøterapien endret den pleiemessige virksomheten.

Omorganiseringen førte, ifølge en sykepleier, til at møtene ble omgjort til mer lukkede personalmøter (ibid:111–112). Den nye møteorganiseringen førte til større avstand mellom personalet og pasientene. Den strukturelle endringen som forsterket avstandsforholdet påvirket, ifølge samme sykepleier, også personalets bilder av pasienten. Personalet fikk en sterkere opplevelse av pasientene som ”farlige” og ”suicidale” enn tidligere, som følge av personaldiskusjonen på rapportmøtene hvor

pasientene ikke lenger var med. Sykepleieren mente at dette førte til økt bruk av unødvendig kontroll. Omorganiseringen med økt avstand til pasientene gjorde at tillitens problem ble forsterket. Som ledd i den nye miljøterapien ble også bruken av ”individuelle avtaler” og ”grensesetting” viktige behandlings- og pleieformer. Omorganiseringen bidro, ifølge sykepleieren, til å redusere uroen og volden, men skapte også økt konflikt med pasientene. Avgrensningen av miljøterapien til individuelle avtaler og skjerming førte dessuten til vansker med å skape innhold i behandlingsopplegget i den åpne delen av posten. Omorganiseringen løste dermed ikke problemet med en usikker terapeutisk rolle for sykepleien i åpen del av posten, slik dette er beskrevet i tidligere studier (se pkt. 3.3.3).

Innføringen av individbasert miljøterapi innebar at skjerming ble etablert som sentral behandlingssideologi og metode. I nevnte bok begrunnes etableringen av skjermingsmetoden med en revitalisering av den historiske behandlingstenkningen om rommets helbredende betydning. Skjermingsmetoden blir beskrevet som en vesentlig annerledes metode enn bruken av isolat. Den skulle gi en mer human behandling av de urolige pasientene enn isolatet. Isolatet beskrives da som en inhuman tvangsmetode, mens skjerming er positivt og humant (ibid:204–212).

Innføring av skjermingsmetoden påvirket bildene av den psykotiske pasientens sosiale og menneskelige natur og behandlingsbehov. En psykotisk pasient blir nå forstått som en pasient som ”i *psykologisk forstand* har opphørt å eksistere som egen person” (ibid:206). Dette gjør at pasienten har ”skjermingsbehov” og ”for en stor del krever individuell skjerming og oppfølging”. Akuttposten må derfor ha ”gode betingelser for skjerming og stimulibegrensning ved akutte psykotiske forvirringstilstander” (ibid:94). De behandlingmessige begrunnelsene for skjerming blir, i tillegg til tenkningen om stimuli og grensesetting, i stor grad relatert til psykodynamisk tenkning om forstyrrelser i egofunksjonen eller egoutviklingen. Skjerming skal erstatte pasientens realitetsbrist og ”indre kaotiske verden”, og personalet skal utgjøre pasientens ”hjelpe-ego”. I tillegg blir skjerming også beskrevet som en ny tilsynsordning som skal sikre personalets kontinuerlige tilstedeværelse. Metoden gjenspeiler dermed både en ny behandlingssideologi og ny ideologi for pleiearbeidet av pasientene (se pkt. 3.3.4). På denne basis blir skjerming definert som en

(...) metode som tar utgangspunkt i den akutt-psykotiske pasientens behandlingsbehov.(...) Det skjer ved at en personalmedlem oppholder seg sammen med pasienten i et oversiktlig og begrenset miljø (som regel pasientens rom), og den har elementer av grensesetting og struktur. Samtidig skal den være stimulusbegrensende uten å være depriverende (Vaglun m.fl. 1984.:205).

Behandlingsformålet med skjerming er ”at pasienten så snart som mulig på ny kan fungere som en person i psykologisk forstand, gjenvinne autonomi og kontroll over seg selv og sitt forhold til omgivelsene” (ibid:208). Skjermingsrommet skal dermed være en behandlingsmetode som bedret pasientens indre psykiske lidelse. I tillegg skal den skåne medpasienter for pasientens oppløste og urolige atferd. Ullevål-modellens vekt på det romlige aspektet ved skjerming, slik det fremkommer i sitatet overfor, synes å være en medvirkende faktor til at skjerming fra 1980-tallet gradvis utvikles til å bli en mer avgrenset, romlig metode.

Skjerming ble opprinnelig etablert som behandlingsmetode for akutte psykoser og ved urolig atferd ved psykoser. I boken beskrives imidlertid en prosess der en optimistisk tro på metoden fører til gradvis utvidet bruk overfor flere psykotiske pasienter, andre diagnostiske tilstander og urolige pasienter: ”Etter hvert som vår forståelse og erfaring har økt, bruker vi skjerming mer aktivt og bevisst, ikke som et alternativ til ’den egentlige behandlingen’, men som ’the treatment of choice’” (ibid:207).

Skjermingsmetoden blir en dominerende metode i praksis. I tillegg til økt omfang skjer det en videreutvikling av skjermingsmetodens innhold som påvirker relasjonen til pasientene: ”Spesielt grensesetting og skjerming av pasienter er viktig å videreføre i detalj, også holdningsmessig, slik at ikke misforståelser oppstår” (ibid:106).

Økningen i skjermingsbruk førte til at hver post etter hvert fikk fire skjermingsrom. Disse var først enerom, men ”siden rommene var små, fant de det hensiktsmessig å utvide korridoren til et skjermingsområde” (ibid:207). Skjermingsavsnittet vokste dermed frem som følge av en optimistisk, profesjonell tro på metoden, kombinert med at skjerming var en praktisk løsning i den daglige virksomheten.

4.5 Det profesjonelle kunnskapsgrunnet om skjerming

Endringene fra 1970-tallet førte til en revitalisering av den somatisk medisinske asyltradisjonen som nå innlemmet en psykoterapeutisk orientering. Det sosialpsykiatriske perspektivet forsvant gradvis og ble i hovedsak videreført innenfor

de nye, desentraliserte tjenestene. De optimistiske holdningene til skjermingsmetodens terapeutiske funksjoner innenfor klinikken fortsatte i tiden fremover, og samsvarer med den økte bruken av skjerming på postene. Etter lovreguleringen av skjerming som tvang i ny psykiatrilov av 1999, ser man imidlertid en begynnende diskusjon om metoden innenfor de kliniske fagene (bl.a. Legeforeningens gjennombruddsprosjekt for redusert tvang i psykiatrien, Vatne 2003).

4.5.1 Skjermingsideologien innenfor den psykiatriske sykepleien

I litteraturen blir skjerming knyttet til flere ulike, men også overlappende kunnskapstradisjoner innenfor psykiatrisk sykepleie. Skjermingsmetoden er dermed knyttet til både den medisinske og psykodynamisk pregede sykepleien. Skjerming er også preget av den tidlige asyltradisjonen og det læringsteoretisk perspektivet ved å inngå i tenkningen om *grensesetting* som skal stoppe og korrigere urolig og uhensiktmessig atferd (Løkensgard 1977, Thorsnes 1979, Sørhaug 1977, Vatne 2003). Selv om grensesettingens straffende potensial kommenteres i lærebøkene til Løkensgard og Thorsnes, fremstilles grensesetting og skjerming som en god behandlingsmetode og ikke som tvang.

Skjermingstenkningen som ble lansert ved Ullevål sykehus, ble ytterligere forsterket i den sentrale læreboken av Liv Strand, *Fra kaos til samling* (1990). Boken har hatt stor betydning for skjermingstenkningen frem til i dag. Skjerming blir også her hovedsakelig forstått som behandling, og plassert innenfor en somatisk, psykodynamisk tradisjon med vekt på forstyrrelser i egofunksjonen. I tillegg inkluderes i noen grad eksistensielle kunnskapselementer. Tenkningen om skjerming videreføres som en utvidet form for grensesetting, som skal gi innsiktslæring og stans av uhensiktmessig atferd. Bildene av skjermingspasienten er basert på psykodynamisk tenkning og språk. Dette kommer for eksempel til syne i sentrale utsagn som at skjermingspasienten må ha ”øyeblikkelig behovstilfredstillelse” eller vil drive med ”splitting” av personalgruppen. Den psykotiske pasienten defineres også som et menneske som lider under stor grad av uforutsigbarhet, angst og mangel på kontroll. Skjerming skal utgjøre et egostyrkende tiltak overfor psykotiske pasienter som er i ”kaos” ved å redusere de stimuli vedkommende utsettes for. Sykepleieren

skal fokusere på forutsigbarhet for pasienten fordi denne skaper den oversikt og trygghet pasienten trenger for å kunne samle seg og øke sine mestringmuligheter.

I de senere årene har Jan Stensland Holte kommet med et nytt sykepleiefaglig bidrag (2000, 2001, 2003, se også pkt. 6.4.3). Han forsøker å skape et noe annet terapeutisk grunnlag for skjermingsmetoden ved å løsrive skjermingsmetoden fra den korrigerende og regelbaserte asyltradisjon og innføre et mer eksistensielt og omsorgsbasert kunnskapsgrunnlag. Dette sykepleieperspektivet innebærer en mer samtale- og dialogorientert sykepleie. Lidelsesaspektet fremheves som det mest sentrale hjelpeaspektet ved sykepleien. Det fremholdes at skjerming både kan lindre og skape lidelse gjennom frihetsberøvelse og krenkelse. Holte har dermed en mer blandet forståelse av skjerming som behandling og tvang.

I løpet av 1990-tallet har det vært en økende volds- og sikkerhetsdiskurs i samfunnet, også innenfor sosial- og helseinstitusjonene, deriblant i psykiatrien (Wifstad 1991, pkt. 6.4.4). Dette gjenspeiles også i den kliniske litteraturen, særlig i tilknytning til sikkerhetsavdelingene, men etter hvert også i tenkningen om akuttposter (se bl.a. Bjørkly 1995, 1997, Krøvel m.fl.1997). Fokuseringen på vold, farlighet og sikkerhet har ført til at skjerming i økende grad har blitt relatert til sikkerhetsdimensjonen. Skjermingsmetoden skal både bidra til å forhindre utagering ved å redusere eskalerende uro og løse problemer i tilknytning til aggresjon, utagering og vold.

4.6 Den helsepolitiske og juridiske debatten om skjerming

Skjerming var en hyppig brukt metode innenfor institusjonene på slutten av 1970-tallet og utover på 1980-tallet. I motsetning til bruken av isolat vakte skjermingsmetoden på denne tiden liten helsepolitisk debatt. Skjerming blir ikke nevnt i offentlige dokumenter før på 1980-tallet (se vedlegg 2). Den første diskusjon om skjerming finnes i NOU 1988:8, *Lov om psykisk helsevern uten eget samtykke*, som omhandler bruk av tvang innenfor psykisk helsevern. I den offentlige utredningen gjenspeiles klinikkens positive syn på skjerming som behandling og ikke som tvang. Forsøk på lovregulering av skjerming ble dermed avvist med den begrunnelse at skjerming er en naturlig behandlingsmetode og ikke kan sammenliknes med tvangsbruken og faren for misbruk som ved isolering.

I motsetning til det som gjelder i dag, anses det heller ikke som isolering og dermed tvangsmiddel at en pasient blir låst inne på eget rom sammen med kvalifisert pleiepersonale. Dette kan etter omstendighetene være et naturlig ledd i behandlingen av pasienten og det representerer et inngrep av vesentlig mindre dramatisk karakter enn innelåsning hvor pasienten er helt alene. Det er dessuten så ressurskrevende for institusjonen at det heller ikke er nevneverdig grunn til å frykte at det blir benyttet i utide. (...) Derimot er det etter utvalgets oppfatning grunn til å sette stramme grenser for bruk av isolering i enerom. Det er her tale om et meget alvorlig og svært ofte traumatisk inngrep, hvor det også ikke sjelden vil være en ikke ubetydelig fare for direkte behandlingsmessige skadevirkninger. Faren for misbruk er også betydelig. I utkastet til forskrifter er det derfor foreslått at isolering i enerom bare skal kunne skje for inntil 2 timer av gangen (NOU 1988:8:148).

I tiden mellom NOU fra 1988 og Odelstingsproposisjon nr. 11 (1998–1999) øker imidlertid den helsepolitiske debatten om skjerming. Ifølge odelstingsproposisjonen skyldtes den nye fokuseringen på skjerming i departementet at pasientklagene på skjerming til pasientorganisasjoner og helsemyndigheter ble flere. Disse pasientenes praktiske erfaring med å bli skjermet stod i motsetning til den optimistiske tenkningen om skjermingsmetoden som god behandling innenfor det profesjonelle kunnskapsgrunnlaget. Spenningen førte til en begynnende endring i synet på skjermingsmetoden som behandling eller tvang innenfor helsepolitikken. Den optimistiske metodeforståelsen ble erstattet med en begynnende pessimisme. Debatten førte til at skjerming over 48 timer ble lovregulert i den nye psykiske helsevernloven av 1999 som omhandler etablering og gjennomføring av tvunget, psykisk helsevern.⁷ Loven trådte i kraft i 2001 og førte til en formalisering av skjerming over 48 timer gjennom skjermingsvedtak. Skjermingsvedtaket skal fattes av overlege eller klinisk spesialist og har en varighet på tre uker. Det ble gitt klagemulighet til kontrollkommissjonen. Skjermingsmetoden ble også påvirket av den nye loven som innfører restriksjoner for bruk av telefon, for brevveksling og besøk, samt ransaking. Etableringen av skjerming som romlig metode innenfor akuttpostene forsterkes samtidig helsepolitisk gjennom lovgrunnlaget som fremholder at institusjoner som benytter tvunget helsevern, skal ha skjermingsmuligheter.⁸ Det doble forholdet til skjermingsmetoden som tvang opprettholdes i lovgrunnlaget.

⁷ Lov av 2. juli 1999, nr. 66, om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (den psykiske helsevernloven) samt forskrifter.

⁸ Forskrift om godkjenning av institusjoner som skal ha ansvar for tvunget psykisk helsevern av 3. november 2000, § 4, g.

Høringsuttalelsene til odelstingsproposisjonen gjenspeiler ulike syn på skjerming som tvang innenfor klinikken, forvaltningen og organisasjonene. Departementets konklusjon var preget av den rådende oppfatningen innenfor klinikken på denne tiden.

Departementet tar sikte på å regulere det som i dagens psykiatri går under betegnelsen skjerming. Ved skjerming får pasienten ikke ta del i aktiviteten i avdelingens fellesmiljø på vanlig måte, men holdes helt eller delvis avskjermet fra resten av pasientene og det personale som ikke tar del i behandlingen av pasienten. Skjerming har tidligere ikke vært lovregulert. I praksis har hensynene bak denne typen tiltak enten vært av behandlingsmessig eller miljømessig karakter. På den ene siden vet man at begrensning av inntrykk i mange tilfeller har positiv effekt på pasientens symptomer. På den andre siden er det i enkelte tilfeller nødvendig å skåne de andre pasientene fra ukritisk og støyende atferd fra svært dårlige pasienter. Skjerming er ikke et tvangsmiddel. I mange tilfeller vil skjerming være et tiltak som kan forebygge at det oppstår nødsituasjoner som nødvendiggjør bruk av tvangsmidler. I situasjoner hvor personalet for eksempel observerer tiltagende uro eller angst hos pasienten, kan skjerming på et tidlig tidspunkt motvirke at pasientens tilstand forverres og kommer til uttrykk gjennom aggressiv atferd. Skjerming benyttes i dag som et terapeutisk virkemiddel for den enkelte pasient. Siktemålet er å motvirke kaos, samle og roe ned pasienten gjennom et begrenset miljø for pasienten. Dette gjøres ved å avgrense kontakt med det øvrige samfunn gjennom besøks-, telefon- og brevrestriksjoner, å regulere utgangen av avdelingen eller at pasienten må oppholde seg på lukket avsnitt eller eget rom. Skjerming benyttes også av personalet av miljøterapeutiske hensyn for å avlaste andre pasienter for en pasients uro eller ukritiske atferd (Odelstingsproposisjon nr. 11, 1998–1999, punkt 8.3).

Som det fremgår av sitatet, ble skjerming fortsatt nært knyttet til behandlingskriteriet og er sterkt preget av psykiatriens kunnskapsutvikling. Departementet tar også for gitt at man vet dette hjelper uten at det forligger dokumentert behandlingsforskning om metoden. Departementets forståelse legger samtidig størst vekt på urolig og sosialt forstyrrende atferd. Vektleggingen av urolig atferd som kriterium ble forsterket i den nye psykiatrilovens § 4-3 som regulerer skjerming:

Dersom pasienten under opphold i en enhet lider av sterk uro eller har utagerende atferd, kan den faglig ansvarlige (jf. § 1-4)) 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.

Departementet understreket imidlertid at uroen må være av kvalifisert art, og at spørsmålet om skjermingsbruk skal være gjenstand for faglig vurdering. Gjennom urokriteriet blir skjermingsmetoden mer eksplisitt knyttet til avvikende og urolig atferd og til skjerming som en ordningsskapende metode på postene.

I forslag til endring av psykiatriloven i 2006 med ny forskrift for skjerming, høringsnotatet til lovendringen og i Tiltaksplanen for reduksjon av tvang og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern av 2006 fremhever departementet i enda sterkere grad at skjerming har likheter med isolatet og kan oppleves som tvang av pasientene. Det foreslås en strengere lovregulering av skjermingsbruk.⁹ Samtidig opprettholdes de tidligere argumentene for skjermingsmetodens behandlingmessige betydning og de underliggende bildene av pasientene. Departementets forståelse av skjerming fremstår dermed som tvetydig og ambivalent.

4.7 Avslutning

Den historiske beskrivelsen viser hvordan de romlige ordningene gjennom tidene har utgjort en viktig side ved sykehusenes indre virksomhet. Bruken av rommene i behandlings- og kontrolløyemed har ofte blitt preget av uroens problem og sykehusenes stadige strev med å opprettholde en sosial orden innenfor institusjonen. Utformingen av de lukkede rommene har fulgt utviklingen til de psykiatriske institusjonene. Fremveksten av skjermingsmetoden fra slutten av 1970-tallet gjenspeiler et behandlingmessig paradigmeskifte med innføring av en individorientert miljøterapi på akuttpostene. De nye behandlingssidealene innebærer en omorganisering av postene hvor skjerming blir innført som et sentralt, behandlende organisasjonsprinsipp. De nye behandlingssidealene og omorganiseringen skulle løse ordensproblemet på postene ved bedre pasientbehandling og arbeidsmiljø for pasienten. Samtidig kommer det til syne en spenning mellom behandlingssidealer og kontroll fra 1990-tallet gjennom den helsepolitiske debatten om skjerming. I hvilken grad gjenspeiles denne spenningen i de to akuttpostenes praksis under mitt feltarbeid?

⁹ Odelstingsproposisjon nr. 65 (2005–2006), *Om lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v.* Lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v. nr. 65, 2005–2006. Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern (2006).

5 Skjermingsmetodens kontekstuelle sammenheng: sykehuset og postene

5.1 Innledning

I dette kapitlet vil jeg innlede analysen av skjermingsmetodens betydning og spenning mellom behandling og kontroll på de to akuttpostene der jeg gjorde mitt feltarbeid ved å beskrive akuttpostenes organisatoriske og ideologiske utforming mer generelt. Jeg vil også se hvorvidt de to akuttpostenes utvikling og utforming gjenspeiler gamle og nyere trekk ved de tidligere asylene.

I likhet med hva andre studier av isolatbruk og skjerming viser (se pkt. 1.3.1), var den lokale utformingen av skjermingsmetoden på de to postene jeg studerte, preget av likheter, men også av store forskjeller. Det var også forskjeller i skjermingspraksis mellom de ulike akuttpostene internt i det enkelte sykehus. Skjermingsmetoden fikk dermed også en lokal form. Forskjellene i bruk av skjerming på de to postene var ikke et direkte resultat av pasientens indre tilstand, men hadde sammenheng med mer omfattende sosiale prosesser utenfor og innenfor postene. For å forstå skjermingsmetoden må man derfor se denne i en videre sosial og organisatorisk kontekst enn pasientens tilstand alene.

5.2 Akuttpostenes historie: gamle og nye tradisjoner forenes

Som beskrevet i forrige kapittel ble de psykiatriske asylene og psykiatriske klinikkavdelingene omgjort til en felles medisinsk spesialisthelsetjeneste fra 1970-tallet. Denne omorganiseringen førte til etablering av akuttavdelinger. Både post A og B i min undersøkelse er resultater av denne utviklingen. De to postene ble omgjort til mindre akuttposter med økt medisinsk spesialisering og profesjonalisering av personalet. De var i ulik grad påvirket av samordningen med den somatiske spesialisthelsetjenesten.

Post A hører hjemme på en institusjon med lang tradisjon som storbyasyl. Ut fra personalets beskrivelser ser det ut til at den var en av de ”urolige postene” ved asylet før den ble omgjort til lukket akuttpost for mange år siden. I de senere årene har

posten gjennomgått en omorganisering som har forsterket tilknytningen til den somatiske spesialisthelsetjenesten. Omorganiseringen har gitt en sterk dreining mot medisinsk spesialisering.

Post B befinner seg på en institusjon utenfor en småby, også denne institusjonen med lang tradisjon som asyl. I de siste tiårene har institusjonen utviklet seg i retning mot en mer eksplisitt, medisinsk spesialisthelsetjeneste. Sykehuset hadde imidlertid en tettere tilknytning til det eldre asylet. Denne utviklingen gjorde at post B var noe mindre preget av medisinsk spesialisering enn post A. Posten hadde tidligere vekslet mellom å være lukket og åpen subakutt post. Under feltarbeidet mitt var posten i ferd med å videreutvikles som lukket akuttpost. Denne utvikling innebar opprettelse av et skjermet avsnitt etter at mitt feltarbeid var ferdig.

De eldre mentalsykehusene og asylene var ofte preget av dårlige materielle vilkår. De to postene jeg besøkte, hadde noe forskjellig materiell standard. Dette påvirket også utformingen av skjermingsrommene. Post A var ombygget etter nye idealer for akuttposter, var relativt nyoppusset og hadde god materiell standard. Ombyggingen hadde imidlertid ført til trangere lokaler enn tidligere. Post B var på sin side fortsatt preget av det eldre asylet, med eldre og dårligere fasiliteter, men med større fellesarealer enn på post A. Siden begge var lukkede poster, ble ytterdøren til postene alltid holdt låst. Behovet for å lette det praktiske arbeidet med å holde oversikt over pasientene og besøkende ble fremholdt som en viktig forklaring på lukningen av post B. Postene fremstod dermed i stor grad som strukturelt lukkede systemer som har likhet med de lukkede asyldelingene. Den strukturelle lukketheten bidro også til å gi postene likhetstrekk med den totale institusjon (se pkt. 3.4.3). Akuttpostene var imidlertid annerledes enn de beskrevne sykehuspostene på 1950- og 1960-tallet fordi den raske pasientgjennomstrømningen, samarbeidet med andre tjenester og økt andel frivillig innlagte pasienter førte til en større åpning mot omverden.

Som jeg skal utdype i dette kapitlet, var postenes ulike historie som henholdsvis lukket eller åpen post en viktig faktor for å forstå postenes ulike kulturer og deres lokale utforming av skjermingsmetoden. Den strukturelle lukkingen av en post har dermed stor betydning for postens indre virksomhet og samhandlingsdynamikker. Postenes ulike historiske bakgrunn førte også til at spenningen mellom eldre og nye

sykehustradisjoner og skjermingsmetodens utforming ble noe forskjellige. Post A kan, ut fra personalets fortellinger, synes å ha vært sterkt preget av den kustodielle asypleien (pkt. 1.1 og 3.4). Avdelingskulturen var også preget av postens tidligere arbeidsmiljøproblemer som hadde å gjøre med at den var stor og overfylt. Dette minner om tidligere asyler (se pkt. 3.4 og 4.3). Ifølge personalet hadde post A tidligere hatt mye overbelegg. Posten hadde også problemer med å rekruttere og beholde fagutdannet personale. Sykepleiergruppen bestod av unge og uerfarne pleiere som var redde for pasientene og for ansvaret når de var alene på vakt. Sykepleierne på denne tiden, og som fortsatt var her, ble i hovedsak opplært av ekstravakter med sterk posisjon på posten. Ifølge ledelsen og miljøpersonalet var det også ofte konflikter med pasientene – mye ”utagering” – og personalskader forekom ofte. En ansatt som hadde arbeidet over flere år på posten, fortalte at det hadde utviklet seg en avdelingskultur med stor avstand og nesten ”fiendskap” mellom personalet og pasientene. Personalet fortalte også at det hadde vært mange konflikter og voldelige episoder i tilknytning til skjermingsavsnittet. Ut fra beskrivelsene synes det som om pleien på det gamle skjermingsavsnittet hadde et kustodielt og vokterliknende preg. Relasjonen mellom pasienter og personale var preget av fiendebilder, stor avstand og gjensidig mistillit. Som jeg skal komme tilbake til, førte problemene til at posten i de senere årene hadde jobbet aktivt med å endre sitt arbeidsmiljø. Dette hadde ført til en positiv utviklingsprosess med bedre bemanning og mindre arbeidsmiljøproblemer.

På post B var det ingen spesiell historisk fortelling i personalgruppen om tidligere problemer som preget avdelingskulturen på tilsvarende vis som på post A. Postens historiske bakgrunn som tidvis åpen subakuttpost, og avdelingsleders bakgrunn fra en åpen post, synes imidlertid å påvirke postens avdelingskultur og bruk av skjerming.

5.3 Postenes størrelse og personellsammensetning

Post A var en lukket akuttpost med tolv sengeplasser inkludert tre sengeplasser på et skjermet avsnitt, post B en lukket akuttpost med elleve sengeplasser inkludert to separate skjermingsenheter med plass til én pasient hver. Post A hadde kun enerom, mens post B i noe større grad benyttet tomannsrom.

Personalgruppen på postene bestod av 30–40 personer. Den medisinske legetjenesten bestod på post A av to overleger og to assistentleger, på post B av en overlege og to assistentleger eller studenter med legelicens. Legedekningen ved post B var generelt dårligere enn på post A da det var vanskeligere å rekruttere leger til dette sykehuset. Den store gjennomtrekken av uerfarne assistentleger i utdanningsstillinger ble fremholdt som et generelt problem av miljøpersonalet på begge poster. Miljøpersonalet på post A var imidlertid godt fornøyd med sine erfarne assistentleger i tiden under feltarbeidet. Mangelfulle legeressurser kunne da fortsatt føre til at den medisinske behandlingsdimensjonen ble redusert, til tross for medisinsk spesialisering av sykehuset (jf. Belknap 1956, pkt.3.4.3).

Det var også ansatt aktivitør eller ergoterapeut. Post B hadde noe større innslag av tverrfaglig arbeid ved at sosionom og psykolog var ansatt. Akuttpostene fremstod imidlertid i hovedsak som medisinske poster med lite bredt tverrfaglig samarbeid.

Personalet som hadde ansvar for det døgkontinuerlige pleien og omsorgsarbeidet med pasientene, bestod på begge poster av sykepleiere, hjelpepleiere og ekstravakter. Disse ble vekselvis betegnet som ”miljøpersonale” ut fra en miljøterapitenkning og ”sykepleiere og hjelpepleiere” i tråd med helsetjenesten forøvrig. I motsetning til i de eldre asylene bestod miljøpersonalet på akuttpostene av mange profesjonelt utdannede (se pkt. 3.4 og Belknap 1956). Dette samsvarer med den økende profesjonaliseringen av de psykiatriske sykehusene i de siste tiårene (pkt 4.4). I likhet med utviklingen innenfor de somatiske sykehusene hadde andelen sykepleiere økt kraftig, og hjelpepleiergruppen var blitt redusert de siste årene. På begge poster var det nå lett å rekruttere sykepleiere til stillingene, og begge poster hadde både relativt nyutdannede sykepleiere og mer erfarne. Omtrent halvparten hadde videreutdanning i psykiatrisk sykepleie. Andelen eldre, erfarne hjelpepleiere var noe større på post B enn på post A. Profesjonaliseringen gjorde at sykepleierne deltok mer aktivt i den direkte pleien av pasientene enn det som er beskrevet om asylene, selv om de brukte mer tid på administrative oppgaver enn miljøpersonalet forøvrig. Den ufaglærte og mer kustodielt pregede kulturen som blant annet Goffman (1961) og Belknap (1956, pkt. 3.4.3) beskrev, var mindre fremtredende, selv om den fortsatt var der. Det var imidlertid fortsatt hyppig bruk av ufaglærte ekstravakter på kveld, natt og helg på begge poster. Ekstravaktene ble særlig brukt på skjermet avsnitt (se pkt. 7.4).

Postenes bemanning med hensyn til miljøpersonale var omtrent lik. På grunn av akuttpostenes skiftende pasientbelegg hadde begge poster organisert bemanningen fleksibelt ved å ha en fast grunnbemanning. Man økte så bemanningen ved behov. På hverdager hadde begge poster en grunnbemanning på åtte personer samt ledelse. Det var fem personer på kveld og tre personer på natt. I helgene var bemanningen noe mindre, og minst på post B. Miljøpersonalet var i hovedsak fornøyd med bemanningen og mer fornøyd enn ledelsen. Flere ansatte sa imidlertid at det kunne bli noe knapt med personale utenom dagtid dersom de hadde urolige pasienter. Særlig på post B uttrykte man misnøye med personaldekningen i helgene dersom der var urolige pasienter. Vurderingen av arbeidssituasjonen og bemanningsbehovene ble altså nært knyttet til urolige pasienter. Dette gjenspeiler trolig uroens arbeidskrevende natur.

Inndelingen av posten i åpent og skjermet avsnitt fikk betydning for bruk av miljøpersonale på posten som helhet. For eksempel kunne prinsippet om alltid å være to personal tilstede på skjermingsavsnittet av sikkerhetshensyn føre til at personalet på skjermingsavsnittet ble sittende passive der inne i rolige perioder, mens personalet ute på åpent avsnitt hadde en hektisk arbeidssituasjon.

5.4 Ledelse, informasjons- og beslutningsstruktur og fagutviklingsarbeid

Ledelses- og beslutningsstrukturen hadde stor betydning for utformingen av skjermingsmetoden på postene og for bruken av skjerming. Siden informasjons- og beslutningsstrukturen fremstod som sentral for utformingen av skjermingsmetoden, vil den bli utdypet senere i avhandlingen (se bl.a. pkt. 7.5).

Sykehusene var kjennetegnet ved en hierarkisk organisering og ledelsesstruktur. I likhet med spesialisthelsetjenesten forøvrig, hadde begge poster innført enhetlig ledelse på klinikknivå. Stillingen som oversykepleier var fjernet eller omgjort til en mer rendyrket faglig stilling. Særlig på post A ble det fortalt at ledelsesstrukturen og samordningen med den somatiske spesialisthelsetjenesten hadde ført til mindre tverrfaglig samarbeid, sterkere medisinsk hierarki og medisinsk spesialisering. Under feltarbeidet var det fortsatt todelt ledelse på postene.

Begge poster hadde gjennomført ulike former for faglig utviklingsarbeid. Post A hadde frem til nå, fokusert mest på å utvikle ordningsskapende rutiner og prosedyrer gjennom kvalitetssirkler for å bedre situasjonen i posten, noe som hadde bedret arbeidsmiljøet. De hadde også gjennomført et prosjekt for å redusere beltelegging. Personalet på post B hadde hatt flere faglige utviklings- og evalueringsprosjekter, deriblant skjerming. På post B hadde assisterende avdelingssykepleier også en mer aktiv fagutviklende funksjon. Dette syntes å skape et mer aktivt fagutviklingsarbeid på post B. Utformingen av fagutviklingsarbeidet påvirket postenes virksomhet og avdelingskultur. Den fikk betydning for personalets faglige selvsikkerhet og postenes refleksive prosesser over egen virksomhet, også når det gjaldt skjermingsmetoden.

Klinikk- og avdelingsledelsens syn på skjerming og tvang betydde mye for bruken av skjerming på postene, slik det også er vist innen tvangs- og isolatforskningen (se Visalli og McNasser 2000, pkt. 1.3.1). Ledelsen påvirket postenes målsetting med hensyn til hvor mye skjerming man ønsket å bruke. På begge postene fortalte avdelingsledelsen også at det var spesielt vanskelig å kvalitetssikre det miljøterapeutiske arbeidet på skjermingsrommet, særlig når pasientene var urolige:

Sånn som nå så har vi jo en pasient som utagerer sånn, og da har vi noen problemer der for da føler jeg at personalet deler seg i to. Altså når pasienten utagerer, så klarer vi ikke få til det, for da synes jeg at det kanskje kan bli litt lite faglighet i noen vurderinger her altså.

Slik flere av de historiske beskrivelsene viser, var det vanskeligst å sikre kvaliteten på pleien av urolige pasienter. Uroen førte til at personalet lettere mistet de faglige perspektivene av syne slik at pleien fikk et kustodielt og straffende preg (se pkt. 3.4.1 og 4.2.1). Problemene med kvalitetssikring ble forsterket av rommets lukkede karakter og vanskeligheten med informasjon om det som skjedde der inne. Kvalitetssikringen ble også vanskeliggjort fordi det var vanskelig å imøtegå personalets oppfatning av reaksjonene som rimelige, grunnet pasientens atferd.

Reidun: Er det vanskelig å kvalitetssikre, synes du at du får god oversikt over kvaliteten på skjermet? Leder: Ja, veldig vanskelig. Reidun: Å få oversikt? Leder: Fordi at ja, ettermiddager og helger, man får ofte kryptiske meldinger i lang tid etter på, vet du hva som skjedde da? Da kan det jo ha gått flere måneder. Det er min utilstrekkelighet altså (...) nei, jeg vet ikke hva man kan gjøre jeg, vi har jo prøvd, å gå mye mer aktivt inn som behandlere (...) Reidun: Hva er de glippene? Leder: Nei, vi har for eksempel at de har sittet foran døra til pasienten og holdt benet på døra og

ikke latt pasienten komme ut, og såne ting. Det skal ikke skje, det må jo være et helvete for pasienten å oppleve det. Det er det jo å ta såne behandlingsmøter, å ta det opp med vedkommende og (sukk), men så skjer det jo igjen da. Reidun: Det er vanskelig å få bukt med? Leder: Ja, og så er det jo så mange grunner til at man må gjøre det, man kommer jo aldri til den samme forståelse. Og så er det jo bemanning.

Personalets argumentasjon om nødvendigheten av væremåten på grunn av pasientatferd, gjorde det vanskelig for ledelsen (som for helsemyndighetene) å sette standarder og ta kontroll over praksis på skjermingsrommet. Pasientenes avvikende og urolige atferd forringet legitimiteten til kravene om human behandling.

Ledelsesproblemet ble også påvirket av en usikkerhet om muligheten for alternative arbeidsmetoder. Det syntes videre som problemet ble ytterligere forsterket av mangel på organisatoriske rutiner for å sikre kvalitet i forhold til skjerming på postene.

Problemene med endring av personalets praksis skyldes muligens også at skjermingsrommet har en strukturell tilknytning til den kustodielle pleien, hvor pasienten har lavest sosial status (se pkt. 7.6). Denne organisatoriske sammenhengen gjør det vanskelig for ledelsen og personale å endre praksis med få, avgrensede tiltak eller oppfordringer. En reduksjon av disse praksisene vil da kreve en omorganisering og videreutvikling av pleiarbeidet på posten mer generelt, og overordnet støtte til avdelingslederne og personale for å videreutvikle den interne virksomheten.

5.5 Samarbeid med andre

Desentraliseringen av den psykiatriske helsetjenesten de siste tiårene gjorde at begge akuttpostene hadde utstrakt samarbeid og kontakt med andre tjenestetilbud innenfor og utenfor sykehuset. En stor del av akuttpostenes virksomhet omhandlet vurdering og oversendelse av pasienter til andre poster, institusjoner, DPS og kommunehelsetjenesten. Postenes virksomhet ble derigjennom nært forbundet med forflytning av pasienter, også de urolige. Ved post A var det god tilgang til DPS og polikliniske tjenester. Dette manglet delvis ved post B. Mangelen på alternative tjenestetilbud medvirket trolig til overbelegg på post B, som hadde mange pasienter med moderate psykiske lidelser.

Som jeg skal vise senere, påvirket tilgangen til andre tjenestetilbud utenfor akuttposten også skjermingsforløpene (se bl.a. pkt. 8.4). Bruken av skjermingsrommet

hadde dermed, som tidligere rom innenfor institusjonen, nær sammenheng med omverdenen i og utenfor institusjonen (Jönsson 1998:20). Desentraliseringen påvirket også utformingen av forflytningen i avdelingssystemet og pasientkarrieren ved at flere pasienter stadig sirklet mellom ulike tjenestetilbud og hjemmet. Det desentraliserte tjenestetilbudet kunne også gjøre at bruken av tvang overfor en pasient gikk på tvers av ulike institusjoner og tjenestenivåer. Denne tendensen gjorde at skjermingsforløpene kunne inngå i mer langvarige og institusjonsovergrepene former for tvangsbruk (se pkt. 8.4.2).

5.6 Pasientbelegg og pasientheterogenitet

Akuttpostene skulle i tråd med sektoriseringsprinsippet betjene alle voksne over 18 år i sektoren (byområder eller fylker med tilhørende kommuner) med behov for øyeblikkelig eller akutt psykiatrisk hjelp (se pkt. 4.4).

Som ved akuttposter generelt de senere årene, var utviklingen ved de to akuttpostene preget av en stadig økning i antall innlagte pasienter (Helsetilsynet 2003). På post A var økningen de siste to årene på henholdsvis 7 og 12 prosent, på post B på omtrent 33 prosent. Post A fortalte at de hadde lite problem med overbelegg siden man hadde god tilgang til andre avdelinger innen og utenfor sykehuset. På post B var overbelegget periodevis et stort problem. På grunn av dette var antall pasienter på de to postene omtrent likt i observasjonsperioden, selv om post B hadde én sengeplass mindre. På begge poster hadde det vært en kontinuerlig nedgang i liggetiden – på post A i gjennomsnitt cirka åtte dager i 2002 og 2003, på post B cirka elleve til tretten dager i samme tidsrom. Det var stor spredning i liggetid for den enkelte pasient på postene, fra én og to dager til flere uker og måneder. Én pasient hadde vært innlagt ett år på post B. Den lave snittliggetiden, og derav raske pasientgjennomstrømningen, gjorde at postenes hverdagsvirksomhet i stor grad var rettet mot å sikre seg oversikt over pasientene og pasientflyten på postene. Plikten til øyeblikkelig hjelp førte også til at situasjonen på postene, avhengig av tilstrømningen av pasienter og deres tilstand, var kjennetegnet ved hurtige og til tider store svingninger i aktivitet både på åpen del av posten og på skjermingsrommet. Det ble lagt inn flere pasienter som ikke personalet kjente fra før på postene. På grunn av sektoriseringen var imidlertid mange pasienter kjent fra tidligere innleggelser.

Akuttfunksjonen førte til at pasientbelegget på de to postene var kjennetegnet av stor ”pasientheterogenitet”, både med hensyn til pasientenes alder (17–80 år i perioden), sosial og etnisk bakgrunn, type psykiske problemer, varigheten av de psykiske problemene og omfanget av eventuelle funksjonshemninger. Noen pasienter hadde raske endringer i tilstanden, mens andre brukte lang tid eller ikke ble bedre. Min registrering av de innlagtes diagnoser og problemstillinger i observasjonsperioden viser at akuttpostene hadde en stor andel pasienter med psykoser og schizofreni. På begge poster var det innlagt noen få pasienter med diagnosen manisk tilstand (litt flere på post A enn på post B). Post B hadde en større andel pasienter med angst, depresjon og selvskadeproblematikk, og denne gruppen var i perioden like stor som andelen pasienter med psykose og schizofreni. På begge poster ble det innlagt pasienter med diagnosen personlighetsforstyrrelser og en liten andel pasienter med rusutløste psykoser. Pasientenes ulikhet gjenspeiler deres ulike behov.

Den raske gjennomstrømningen av pasienter, pasientens heterogenitet og svingningene på postenes aktivitetsnivå gjenspeilte seg også i personalets beskrivelse av det karakteristiske ved akuttpostene: ”Det varierer veldig, pasientene er så forskjellige. Det endrer seg så fort.” Eller i utsagn som: ”Det er veldig sånn flytende prosesser på en måte.” Personalet fremholdt også at det heterogene pasientbelegget førte til at akuttpostens rolle varierte i forhold til den enkelte pasient.

Pasientbelegget var derfor mer flerfoldig enn hva den spesialiserte målsettingen for akuttpostene tilsier. Den store pasientheterogeniteten på akuttpostene medførte også store krav til fleksibilitet og behandlingsmessig responsivitet overfor den enkelte pasientens ulike behov.

5.7 Akuttpostenes ideologiske grunnlag: behandling og miljøterapi

Behandlingstenkningen innen sykehuset har ofte vært rettet mot spesielle teknologier eller det sosiale miljøets terapeutiske betydning gjennom begrepet miljøterapi (se pkt. 3.2.1). Skjermingsmetoden var et resultat av endringer i ideologiene om miljøterapi (se pkt. 4.4.1 og 4.4.2). Hvilken tenkning om behandling og miljøterapi preger de to akuttpostene jeg observerte, og hvordan virker skjermingsmetoden inn på postenes behandlingstenkning mer generelt? På begge steder ble akuttpostenes

behandlingsfunksjon beskrevet som utredning, diagnostikk og behandling av "akutte tilstander". Ledelsen og personalet uttrykte sitt syn på behandling ut fra et eklektisk og pragmatisk kunnskapssyn hvor de benyttet flere overordnede psykiatriske ideologier i sin daglige praksis (jf. Strauss m.fl. 1981/1964, pkt. 3.4.4). Postenes kunnskapsgrunnlag var mest preget av den somatisk-psykoterapeutiske ideologien (se pkt. 4.4.2). På begge poster ble pasientens tilstand og behandlingsbehov oftest knyttet til en medisinsk eller psykoterapeutisk forståelse, gjerne i psykodynamisk retning. Det medisinske perspektivet hadde sterk innflytelse på begge poster og ble understøttet av postenes tilknytning til spesialisthelsetjenesten. Det sosiale aspektet ved psykiske lidelser og behandling var mer underordnet. Samtidig var det ideologiske forskjeller som bidro til å skape ulike skjermingspraksiser. Post A hadde i perioden i hovedsak (tross individuelle variasjoner) medisinske og sterkt psykodynamisk orienterte overleger og assistentleger. Sykepleieledelsen og sykepleierne var ofte mer medisinsk orienterte. Post B hadde på sin side en medisinsk-psykoterapeutisk orientert overlege og en mer eksistensiell og psykodynamisk orientert sykepleieledelse og sykepleiergruppe.

Den medisinske psykiatrien innebar en generell, biomedisinsk orientering hos personalet. Det ble lagt vekt på symptomer, diagnoser, medisiner og individualisert behandling. I tillegg skulle personalet tilrettelegge de praktiske og sosiale forholdene ved pasientens hjemmesituasjon: "Det er selvfølgelig at symptomene skal på en måte dempes. Du skal få i gang medisiner, du skal få ryddet opp eventuelt i sånn der leiligheter, og sosiale ting ute." Den psykodynamiske forståelsen førte til at akuttpostenes behandlingsformål i større grad ble definert som å hjelpe pasienter i akutte "krisetilstander". De psykodynamisk orienterte legene og miljøpersonalet vektla også at behandlingen ikke bare skulle omfatte ytre symptomer og medisiner, men at personalet skulle prøve å "forstå" pasientens subjektive mening med sine problemer og sin atferd.

Innenfor psykiatrien har det vært vanlig med tre hovedoppfatninger av tvang (Ray m.fl. 1996): 1) Tvang sees på som en god behandlingsmetode som kan bidra til å bedre psykisk helse og forebygge skade. 2) Tvang sees på som potensielt krenkende og skadelig metode som bør reduseres mest mulig. Samtidig kan tvang i visse tilfelle

være nødvendig for forhindre skade. 3) Tvang er alltid skadelig og skal derfor ikke benyttes overhodet.

Innenfor postene fantes det også ulike ideologier når det gjaldt tvangsbehandling. De grunnleggende oppfatningene av tvangsbruk påvirket synet på skjermingsmetoden som behandling og tvang. Som i andre studier (se bl.a. Wynn 2003, Olofsson 2000) fant jeg at bruk av tvang generelt var akseptert av personalet selv om den var et tilbakevendende tema på postene. Tvangsbruken var en normalisert og selvfølgelig hverdagslig praksis på de to akuttpostene. Kontrasten mellom personalets avslappede forhold til tvangsbruken og pasientens sterke følelsesmessige reaksjoner på tvangen var ofte stor. Flere personale fremholdt samtidig at tvang var noe de "ikke liker å gjøre". Tvangsutøvelsen synes også å påvirke personalets selvopplevelse av å være verdige og ærefulle yrkesutøvere (se pkt.10.6.1). Mine initiativ til å snakke om tvang i intervjuene kunne dermed bli møtt med noe taushet og ubehag fra personalets side. (jf. Vatne 2003). Det var også store variasjoner i personalets holdning til tvang og kontroll som behandling. Noen mente at ytre kontroll var en viktig kilde til trygghet for pasientene, og at tvang var viktig for å forebygge skade. Andre i personalgruppen fremholdt på sin side at tvang kunne være antiterapeutisk fordi den kunne virke "traumatisk" eller "regredierende". Synet på tvang som behandling og som et gode eller onde påvirket bruken. Post B var, i tråd med avdelingskulturen generelt, mest preget av den oppfatning at tvangsbruk er lite ønskelig, og at det er mulig å redusere tvangsbruken ved alternative tiltak. På post A uttrykte ledelsen og personalet oftere tvang og ytre kontroll som et godt og nødvendig tiltak i behandlingen. Den mer positive holdningen kom blant annet til syne ved at personalet oftere understreket at pasienten trengte kontroll, og at pasienten selv ofte ba om kontroll og tvang (se pkt. 6.3.3). Den psykodynamiske tilnærmingen til legene på post A førte på den andre siden til sterk vekt på frivillige innleggelses for å kunne etablere en mer terapeutisk og samarbeidende relasjon til pasientene.

Lege: Om jeg nå hadde vært litt offensiv mot de pasientene vi har inne nå, så ville det jo bare vært tre stykker som hadde vært på tvang og resten hadde vært på frivillig. (...) Det er regresjonsfremmende å bli lagt inn på tvang (...) Hvis de har vært noen dager på tvang, og så gjør om til frivillig, så blir det veldig ofte en endring. Reidun: Hva er den endringen? Lege: Altså, man går mer fra en sånn hva skal jeg si fra en "hersker, underdanig"-greie, til et mer samarbeidende samspill.

Vekten overlegen og legene la på frivillighet, fikk stor betydning for den høye andelen frivillige innleggelser på post A. Vektleggingen av kontroll var derigjennom mer knyttet til kontroll av postenes indre virksomhet i møte med pasientene. Som jeg skal utdype senere, endret den psykodynamiske ideologien og synet på frivillig behandling seg også noe i møte med skjermingsrommet (pkt.6.4.2).

Den medisinske spesialiseringen av sykehusene hadde ført til at den sosioterapeutiske ideologiens innflytelse var blitt kraftig redusert både på post A og post B de siste tiårene. Den tidligere gruppebehandlingen var erstattet med individbasert behandling, hvor vektleggingen av sosialpsykiatrisk miljøterapi var kommet mer i bakgrunnen.

Reidun: Så det har endret seg en del dette da gjennom 1980- og 1990-tallet?

Sykepleier: Ja, vi var jo mye mer i grupper før. (...) Miljøterapien er ikke fremtredende i... Det er så individuelt behandlingsopplegg. (...) Miljøterapien har kommet mye mer i bakgrunnen.

Begge poster var samtidig fortsatt opptatt av miljøterapi. Denne var imidlertid nå preget av den individorienterte miljøterapien som ble innført på akuttpostene på 1980-tallet (se pkt. 4.4.2 og 5.7). Denne tenkningen påvirket, som jeg skal beskrive i neste kapittel, også skjermingsideologiene. På post A beskrev avdelingsledelsen og personalet postens ideologi om miljøterapi på en måte som likner Ullevål-modellen. Personalet vektla særlig "struktur" og "forutsigbarhet" som viktige prinsipper for behandling og pleie. Som en sykepleier sa: "Det blir mer på en måte som det å kunne strukturere dagen for pasientene. For når de er psykotiske inni seg, så trenger de en ytre struktur. Det blir en viktig del av sykepleien." Postens organisering og sosiale miljø skulle dermed fortsatt ha en terapeutisk funksjon (jf. Perrow 1965, se pkt. 3.2.1). Særlig grensesetting og korrigerende ble fremhevet som sentrale mål for sykepleien. En sykepleier svarte følgende på spørsmålet om personalet går inn i pasientens problemer på en utdypende måte: "Det er jo bare å skape struktur og grenser for å korrigere atferd og dempe symptomer før de skal videre. Her er de jo i veldig kort tid, ingen langtidsavdeling."

Det ideologiske grunnlaget for miljøterapien på post B skilte seg fra post A, selv om det også var overlappende tenkning på de to postene. Som på post A bestod miljøterapien på post B hovedsakelig av en individbasert miljøterapi. Tenkningen om

grensesetting og korreksjon av atferd var også tilstede på denne posten, men her var man mindre influert av Ullevål-modellen. Post B hadde gjennomført et utviklingsprosjekt i år 2000, som resulterte i at posten utarbeidet sin formelle miljøterapienknning ut fra heftene utgitt av Stiftelsen Psykiatrisk Opplysningsfond (Stiftelsen Psykiatrisk Opplysningsfond 2001, Tveit m.fl. 2000). Gjennom denne tilnærmingen relaterte posten seg til John Gundersons bidrag om miljøterapi (Gunderson 1978). Gunderson har en medisinsk forståelse som likner Ullevål-modellen, men fremhever i større grad at miljøterapien må differensieres fordi pasientene kan ha ulike behov, blant annet i forhold til stimuli og struktur. Akuttpostens skal organiseres ut fra sentrale miljøterapeutiske prinsipper som *beskyttelse, støtte, struktur, engasjement og gyldiggjøring*. Disse miljøvariablene må så tilpasses den enkelte pasients tilstand og behov. Post B hadde gjennom sin lokale ideologifortolkning valgt ”støtte” og (særlig) ”beskyttelse” som viktigste prinsipper for miljøterapi og skjerming (se pkt. 6.4.3). Det fantes dermed en grunnleggende forskjell i den lokale miljøterapienknningen på akuttpostene: en *beskyttelses- og støttende skjermingsideologi* på post B versus en *struktur-, grensesettings- og korrigeringsideologi* på post A. Disse forskjellene fikk stor betydning for postenes lokale skjermingsideologier og samhandlingspraksis på skjermingsrommet.

I de siste tiårene har det vært mye fokusering på brukermedvirkning, forstått som både vekt på brukernes perspektiver, demokratisering av tjenestene og pasientmedvirkning, innenfor de offentlige helseprogrammene. Hofseth (2002) og Alm Andreassen (2004:388) finner imidlertid at brukermedvirkningsideologien i sykehusene var begrenset og mindre konkretisert i den hverdagslige praksis. Som beskrevet i pkt. 4.4.2 ble innføringen av individbasert miljøterapi på akuttpostene også knyttet til en nedtoning av demokratiseringsidealene innenfor det terapeutiske samfunn til fordel for en medisinsk hierarkisk beslutningsstruktur. I hvilken grad var da brukerperspektivet tilstede på de to akuttpostene? I løpet av feltarbeidet spurte jeg aldri direkte om synet på brukermedvirkning. Det er dermed uklart hvordan personalet forholdt seg til denne nye ideologien. Mange var også opptatt av pasientens opplevelser og behov uten å betegne dette som brukermedvirkning (jf. Hofseth 2002). I postenes hverdagslige samtaler var synet på pasientene som brukere mest merkbart i ledelsen. Det ble gjennomført brukerundersøkelser ved postene, særlig ved sykehus 2, deriblant på post B. I likhet med de overfornevnte studiene preget ideologien om

brukermedvirkning likevel i mindre grad postenes avdelingskultur og arbeidsmetoder selv om dette varierte noe. Pasientene hadde også begrenset myndighet til å bestemme innholdet i behandlingen og pleien. I likhet med hva man fant i de tidligere studiene av psykiatriske sykehus, var behandlingsidealene om brukermedvirkning minst tilstede i den direkte pleien av pasientene, selv om dette varierte med den enkelte ansatte (bl.a. Belknap 1956, Løchen 1965:117, pkt. 1.1 og 3.4). Jo lengre man beveget seg nedover i personalhierarkiet og til den konkrete utformingen av behandling og pleie på akuttpostene, jo svakere ble idealene om brukermedvirkning. Det kunne også skje at personalet forsøkte å ”gjennomhulle” eller patologisere pasientens argumentasjon mer enn å komme dem aktivt i møte (jf Goffman 1961:152–160). Dette gjaldt særlig situasjoner hvor personale hadde et konfliktfylt eller mistillitspreget forhold til pasienten. Det fantes dermed fortsatt en spenning i sykehusorganisasjonen mellom idealer om aktiv deltakelse fra pasientens side og den eldre og mer kustodielt pregede asyltradisjonen. På postene var det størst spenning mellom idealene om brukermedvirkning og den tradisjonelle asylpleien i tilknytning til skjermingspasientene. Begge steder brøt for eksempel mitt informasjonsbrev kraftig med kulturen og rutinene på skjermingsrommet, hvor det var få informasjonsrutiner overfor pasientene. Akuttpostenes praktiske hverdagsliv vektla altså i mindre grad brukermedvirkning til fordel for en mer tradisjonell hierarkisk tradisjon. Pasientrollen, særlig på skjermingsrommet, var fortsatt ofte preget av en underordnet og avmektig posisjon uten aktiv medvirkning i behandlingen.

På akuttpostene fantes det samtidig en ny spenning mellom behandlingsoppgaver og sykehusorganisasjonen som ikke ble omtalt på samme vis i asylene. I likhet med sykehusdebatten forøvrig fortalte personalet at det organisatoriske behovet for rask pasientgjennomstrømning kunne redusere omfanget av og kvaliteten på behandlingsarbeidet. Som vist i andre internasjonale studier (Rhodes 1991) synes vektleggingen av rask pasientgjennomstrømning å medføre risiko for en målforskyvning av akuttpostenes virksomhet til spørsmålet om å frigjøre plass på posten til neste pasient. Dette kunne føre til utstøtningsprosesser av pasienter som personalet egentlig opplevde trengte et lengre opphold. En sykepleier svarer følgende på spørsmålet om når man vurderte pasienten klar for å komme ut av skjermingsrommet:

Akkurat det der med oppløsning av skjerming, det er mer eller mindre en bevisst prosess hos oss, for trykket har vært så stort på akuttavdelingen. (...) Vi har åpnet skjerminger, eller avsluttet skjerminger fordi det har vært mer ekstreme behov, og derfor er det ikke riktig å si på en måte at vi hele tiden har bevisste faglige grunner for at vi oppløser en skjerming. (...) Men oppløsningen av dem skjer også mer eller mindre ubevisst da. Sånn faglig sett. Egentlig kunne vi ønsket at den skulle vært der lenger, men det kan vi ikke tillate oss fordi behovet er større for en som kommer inn.

Behovet for rask gjennomstrømming påvirket dermed også de sosiale prosessene i tilknytning til skjerming.

I tidligere forskningsbidrag kan man lese at sykepleiernes terapeutiske rolle var mest uklar på åpent avsnitt (se pkt. 3.4 og 4.4.2, Caudill 1958:168). Dette gjorde at de ofte trivdes med arbeidet på de lukkede postene. Sykepleierne på de to akuttpostene hadde på samme vis ofte større vanskeligheter med å definere innholdet i sykepleien på det åpne avsnittet enn på skjermingsrommet. Denne tendensen kan ha sammenheng med at det er knyttet et sterkere og mer eksplisitt kunnskapsgrunnlag til skjermingsmetoden enn til akuttpostens sykepleiefaglige virksomhet forøvrig. Arbeidet på åpen del av posten får et mer diffust og praktisk preg. Skjermingsmetodens eksplisitte faglige grunnlag bidrar til å gi en tydeligere og mer avgrenset arbeidsrolle. Dette kan være en medvirkende forklaring på sykepleiernes positive opplevelse av metoden, til tross for flere pasienters protester mot skjerming som tvang og krenkelse. De behandlingsmessige og arbeidsmessige aspektene ved skjermingsmetoden står i et motsetningsfylt forhold til hverandre (se pkt. 10.5).

5.8 Akuttpostenes teknologiske handlingsrepertoar

Som beskrevet innledningsvis i avhandlingen kan skjermingsmetoden forstås som en del av akuttpostens generelle *metodiske handlingsrepertoar* eller teknologiske system for å løse de oppgaver og problemstillinger posten står overfor (se pkt.1.4.1 og 3.4.5). Det teknologiske systemet påvirker sykehusenes spenning som behandling og kontroll (Perrow 1965:913). Hva kjennetegnet så teknologiene på post A og post B, og i hvilken grad gjenspeiles disse gamle og nye arbeidsmetodene internt i sykehuset? Hvordan inngår skjermingsmetoden i det øvrige teknologiske repertoaret?

De viktigste arbeidsmetodene på akuttpostene var bruk av diagnostisk observasjon og vurdering, medisiner, skjerming og overføring til andre tjenestetilbud. Som på 1950-tallet (Belknap 1956) var det en spenning mellom sykehusets formelle målsetting om medisinsk utredning og det faktiske omfanget av dette arbeidet. På akuttpostene ble det direkte arbeidet med pasientene begrenset på grunn av legenes voksende administrative oppgaver grunnet den omfattende lovreguleringen, byråkratiseringen av sykehusvirksomheten og den raske pasientgjennomstrømmingen. Som flere har beskrevet, gikk det mye tid til møter og uformelt personalsnakk på postene (Goffman 1961, Sørhaug 1977, Lorem 2005). Disse møtene var også preget av innføringen av individuell miljøterapi som omgjorde avdelingsmøtene til rene personalmøter (se pkt. 4.4.2). Møtediskusjonene og den uformelle praten påvirket postens refleksive prosesser og fikk stor betydning for personalgruppens bilder av pasienten og skjermingsforløpene. De refleksive prosessene var, tross variasjoner, kjennetegnet ved at postene i begrenset grad innlemmet pasientenes egne synspunkter på behandlingen og tvangsbruken på en aktiv måte. Det var også få organisatoriske rutiner som underbygget en slik praksis. Dette generelle trekket ved postenes refleksive arbeid fikk stor betydning for responsiviteten overfor skjermingspasientenes ønsker og vurderinger (se pkt. 7.8.)

Skjermingsmetoden utgjorde en av de viktigste teknologiene sammen med medisiner og miljøterapi. Som på asylene skulle innleggelsen på akuttposten ha en behandlende funksjon ved å gi sosial avlastning og hvile. Begge akuttpostene brukte tvangsinnleggelse og tvangsmidler som medisiner eller belter. Det ble imidlertid ikke brukt isolering på postene under feltarbeidet mitt. Omorganiseringen av sykehusene hadde ført til en nedtoning av asyltradisjonens vekt på aktivitetstilbud (se pkt. 4.3.1). Det metodiske handlingsrepertoaret var blitt forsterket gjennom omgjøringen av postene til spesialiserte medisinske akuttposter. Aktivitetstilbudet var størst ved post B, som hadde videreført flere av aktivitetstilbudene fra asyltiden. Disse tilbudene ble også i noe større grad benyttet overfor skjermingspasientene. Tiden på postene utenom behandlingssamtalene ble derfor ofte preget av dødtid eller fylt av enkle gjøremål, turer og uformelt samvær i fellesrommene.

Som i asylene inngikk samtale i liten grad som arbeidsmetode innenfor akuttpostene (se pkt. 4.3). Personalet snakket uformelt med pasientene om problemene deres, men

dialogbaserte og samtalebaserte arbeidsformer var lite utviklet innenfor sykehuset. Særlig var det lite bruk av samtalepregede metoder på skjermingsrommet (se pkt. 9.3.3). På post A, som hadde bedre legedekning og mer systematiske rutiner, var det flere legesamtaler. Miljøpersonalet begrunnet egne, avgrensede samtaler på ulike måter. For det første var ikke samtalebehandling en konvensjonell behandling, slik det fremkom i personalets svar på spørsmål om slik behandling: ”Dette er ikke noe vi driver med.” Disse kulturelle oppfatningene synes å følge asyltradisjonen, hvor samtalebehandling av pasient og familie var lite vektlagt (se pkt. 4.3). Tenkningen om pasientsamtaler var også preget av Ullevål-modellen (se pkt. 4.4.2). Denne anbefalte at samtaler på akuttposter i hovedsak skulle være praktisk orienterte siden pasientenes dårlige tilstand gjør at de ikke klarer samtaleterapi eller en mer åpen og komplisert samtale. Personalet på de to akuttpostene, og særlig på post A, uttalte ofte at pasienter på akuttposter, og særlig på skjermingsrommet, ikke ville tåle mer åpne og frie samtaler. Legene vektla også i mindre grad samtale med skjermingspasientene. En lege uttrykte seg slik: ”Samtalene med pasientene blir noe kortere der inne fordi pasientene er dårligere, og tåler ikke helt de lange samtalene.” Det ble videre fremholdt av personalet, særlig på post A, at det var riktig å begrense samtalene med pasientene på akuttpostene fordi målet var å ”samle” pasientens psyke. Denne tanken ble ofte uttrykt i utsagnet ”man skal lukke igjen og ikke åpne opp”. Åpne, dialogbaserte samtaler kunne øke pasientens forvirring og uro. Den korte liggetiden på akuttpostene førte også til at personalet fant det lite tjenelig å gå inn i dype samtaler med pasienten og familien. Man ville da sette i gang prosesser det ikke var tid til å følge opp. Akuttpostenes strukturelle utforming bidro dermed til å redusere bruken av samtale som behandlingsmetode.

Som i asyltradisjonen og den individbaserte miljøterapien var arbeidet med pasientene på postene organisert ved husordensregler og individuelle avtaler.

Regelorganiseringen var særlig uttalt på post A. Begge akuttpostene hadde også videreført asylenes bruk av *utgangsstatus* og *tilsynsstatus* i behandling og pleie av pasientene (se f.eks. Stanton og Schwartz 1954, Sørhaug 1977). Utgangsstatus regulerte pasientens frihet til å gå ut av posten på egen hånd eller sammen med personalet. Tilsynsstatus gjenspeiler ”tilsynet” som en sentral side ved pleien (se pkt. 3.4.3). Bruken av tilsynsstatus var viktig for å få organisert miljøpersonalets arbeid i forhold til tilsynet med den enkelte pasient, for eksempel *tilsyn hvert kvarter, tett*

tilsyn eller *fotfølging*. Pasientens tilsynsstatus avgjorde hvor tett personalet skulle følge opp. Skjermingsmetoden inngikk på begge poster som en av flere tilsynsstatuser og utgjorde en av de sterkeste formene for tilsyn sammen med fotfølging og fast vakt. Dette viser hvor nært skjermingsmetoden er knyttet til den døgkontinuerlige og tilsynsmessige siden ved personalets arbeid. Forskjellene i utformingen av tilsynsstatusene på de to postene påvirket også bruken av skjerming. På post B, som i minst grad benyttet skjerming, brukte man for eksempel oftere fotfølging og tett tilsyn på åpent avsnitt (se pkt.8.2 og 10.6.1).

Akuttpostenes teknologiske repertoar hadde store likhetstrekk med den tidligere asyltradisjonen. I tillegg var de preget av de nye prinsippene for organisering av akuttposter, som ble innført på 1980-tallet. Metodene var mer justeringer av tidligere metoder enn vesentlig annerledes teknologier og ideologier, slik den nye sykehusorganiseringen skulle tilsi. Det finnes imidlertid noen viktige endringer. Den lave liggetiden og raske gjennomstrømningen av pasienter hadde stor betydning for utformingen av behandlingen og kontrollen. Den påvirket også i stor grad postenes sosiale relasjoner og indre dynamikk. Aktivitetstilbudet var redusert. I tillegg var isolatrommet borte. Skjermingsmetoden utgjorde en av de mest sentrale teknologiene innenfor akuttposten, i kombinasjon med andre tvangsmetoder. Den inngikk også i videreføringen av tilsynsordningene.

5.9 Avdelingskulturen og personalets relasjon til pasientene

Avdelingskulturen var, som jeg implisitt skal utdype senere, sentral for utformingen av arbeidet på postene og for den lokale skjermingspraksisen. Med avdelingskultur sikter jeg til postens grunnleggende verdier, virkelighetsoppfatninger og lokale ideologier (Repstad 1997:123). Det var særlig tre aspekter som gjorde de to postenes avdelingskultur forskjellig: ulike syn på regler, faglig selvsikkerhet samt nærhet og avstand til pasientene. Disse forskjellene gjenspeilte også arbeidsmessige forhold, som for eksempel beslutningsstrukturen samt postenes ulike håndtering av usikkerheten i arbeidet og ordens- og tillitsproblemet i møte med pasientene (se kap.10).

5.9.1 Ulik regelorientering og sammensetning av rolletyper på postene

Innenfor asyltradisjonen og den totale institusjon var bruk av husordensregler, som et relativt formelt sett av regler og forordninger, en viktig side ved institusjonens utforming (Goffman 1961:49–50). Husordensreglene inngikk fortsatt som en viktig del av sykehusinstitusjonens interne virksomhet, og var et viktig aspekt ved behandlingstenkningen og kontrollpraksisene på de to akuttpostene. Synet på bruk av husordensregler hadde stor betydning for postenes interne samhandlingsprosesser og avdelingskultur og påvirket, som vi skal se i de neste kapitlene, utformingen av skjermingsmetodens spenning mellom behandling og kontroll på postene.

Vekten på husordensregler var samtidig noe ulikt fokusert på de to postene og personale imellom. Begge steder var det en spenning i personalgruppens syn på regler og grensesetting som likner blant annet Caudills (1958) og Løchens (1965:123ff) beskrivelser fra tiden rundt 1950- og 1960-tallet (se pkt. 3.4.3). De ulike syn på bruk av regler preget også personalets ulike *rolletyper* i utformingen av yrkesrollen på posten og på skjermingsrommet. Rolletypen hang ofte sammen med en grunnleggende tenkning om pasienten, utformingen av behandlingen og pleien og hvilke normer som var viktige å overholde i arbeidet. De ulike rolletypene gjenspeiler den psykiatriske institusjonens spenning mellom behandling og kontroll og dens diffuse og mangetydige kunnskaps- og arbeidsgrunnlag (se pkt. 3.2.1). Dette mangetydige grunnlaget åpnet opp for ulik rollefortolkning av arbeidet. Personalets rolletyper hadde mønstre som gikk på tvers av postene og utdanningsbakgrunnen deres. Selv om rolletypene var preget av lokal sosialisering, synes valg av rolletype også å henge sammen med den enkeltes subjektive opplevelse av å være kontrollutøver. I tillegg ble valg av rolletype påvirket av de ulike opplevelsene av struktur og kontroll som positive, trygghetsskapende faktorer. Dette likner hva Moxnes (2002/1978:43) beskriver i sin studie av angsten innenfor det psykiatriske sykehuset.

Personalet på de to postene kan skilles i fire idealtypiske rolletyper. Den enkelte kunne være mer preget av én rolletype enn andre, men personalet kunne også gå ut og inn av ulike rolletyper i de ulike skjermingssituasjonene, avhengig av rammeforståelsen av situasjonen. Rolletypene utgjorde for det første en mer *tradisjonell vokterorientert rolletype* slik de kustodielle vokterne innenfor asylet er

beskrevet (se pkt. 3.4 og 4.3). I likhet med vokterrollen i fengselet (Basberg 1999) kunne denne vokterrollen være preget av en omsorgsholdning overfor pasientene. Rolletypen var imidlertid også preget av institusjonens utøvende kontrollfunksjon. Den hadde ofte pessimistiske og mistillitspregede bilder av pasientene. Rolletypen vektla ofte avstand til de innlagte og var også mer positiv til bruk av kontroll og tvang. De pessimistiske bildene ble forsterket av at det ufaglærte og mannlige personalet ofte fikk ansvaret for den fysiske kampen med pasientene. Eksempel på dette er utsagn som: "Får de (pasientene) en mulighet, så klapper de til deg." Den andre rolletypen kan beskrives som *en profesjonell regelorientert rolletype*. Denne rolletypen var ofte basert på en grensesettings- og korrigeringsideologi og var nærmere knyttet til institusjonens kontrollfunksjon. Også denne var kjennetegnet av mer pessimistiske og mistillitspregede bilder av pasientene, med en mer positiv holdning til bruk av kontroll og tvang som behandling. Både mannlige og kvinnelige sykepleiere distanserte seg likevel noe mer fra pleierollens preg av fysisk kamp. Denne rollen skilte seg også fra den vokterpregede rolletypen ved i større grad å etterspørre faglige begrunnelser for regelbruken. En sykepleier forklarte dette om regler: "Og da må jo jeg begrunne det overfor 'Knut' (annen sykepleier) før han går og setter de grensene. (...) Jeg kan jo ikke bare si at jo, det er fordi det er sånn. Det går jo ikke, det vil ikke Knut godta." Når sykepleierne ikke fant akseptable faglige begrunnelser for en regel, ble kontroll- og tvangsaspektet i arbeidsrollen opplevd som mindre legitimt. Sykepleierne vekslet også oftere mellom et "korrigerende" og et "anerkjennende" perspektiv (jf. Vatne 2003, pkt. 6.4.2 og 9.3.2). Som jeg skal utdype senere lette flere også etter mer krediterende måter å sette grenser på for å unngå dens straffende preg (pkt. 6.4.2). Denne flertydigheten i oppfatninger kan fortolkes som uttrykk for sykepleiernes tradisjonelle mellomposisjon i systemet. De både lever etter og prøver å overskride den kustodielle asyltradisjonen ved å integrere denne med grunnverdiene i profesjonell sykepleie. Begrunnelsen skulle gjøre tvangen mer legitim ved å fagliggjøre den. Den tredje rolletypen kan kalles *en fleksibel rolletype* som tok mer avstand fra kontrollfunksjonen. Den var nærmere knyttet til institusjonens behandlingsfunksjon enn de to første rolletypene og likner Løchens beskrivelse av personale med optimistiske behandlingsidealer (Løchen 1965:123ff). Personale med denne rolletypen ønsket mindre regelbaserte arbeidsformer overfor pasientene, og de var preget av mer optimistiske og tillitsbaserte bilder av dem. Ofte hadde de mer differensierte bilder av pasientens farlighet. De nedtonet ofte sikkerhetsfokuseringen

og opplevde bruk av tvang som mindre ønskelig. De ønsket også mer fleksibilitet i arbeidet overfor pasientene og større mulighet for å bruke individuelt skjønn i stedet for regelhåndhevelse. Den fjerde rolletypen kan kalles *en usikker rolletype*. Disse pleierne var usikre på hvordan arbeidsrollen skulle utformes og skiftet atferd i forhold til hvilke kollegaer de var inne på skjermingsrommet med.

Ulikhetene i rolletype internt på postene kunne føre til samarbeidskonflikter, spenninger og maktkamper i personalgruppene. Noen av disse likner Caudills beskrivelse av "collective disturbances" innenfor de gamle sykehusavdelingene (Caudill 1958:88, 107, se pkt. 3.4.3). De to lokale postkulturene ble også preget av hvilken rolletype som hadde størst makt til å definere rammeforståelsen av skjermingssituasjonen. På post A, som hadde flest personale med regelorientert rolletyper, var praksis mer rettet mot kontroll enn på post B, hvor flere hadde en fleksibel rolletype. Sammensetningen av ledelse og personale med ulike holdninger til regler fikk derfor stor betydning for den lokale avdelingskulturen.

Betydningen av reglene og ulike syn på reglene for postenes avdelingskultur og interne samhandlingspraksiser kan illustreres ved noen eksempler. På post A hadde vektleggingen av struktur og forutsigbarhet ført til at posten i større grad var preget av mer ordningsskapende regler og prosedyrer enn post B. Den sterke vektleggingen av orden hadde ført til en ryddigere arbeidssituasjon for personalet og til mer systematisk oppfølging av pasientene. Postens orden ble fremholdt som noe positivt av personalet og av noen pasienter. Vektleggingen av regler gjenspeilte samtidig at posten var preget av mer regelorienterte rolletyper i ledelsen og personalgruppen enn post B. Flere i personalgruppen beskrev posten som en rigid post. Den sterke regelorienteringen ble ofte begrunnet med behovet for sikkerhet, eller at regler hadde en terapeutisk verdi for pasientene, og det ble ofte understreket at personalet måtte overholde reglene nøye og likt overfor pasientene. En stor del av personalets arbeidstid gikk med til å diskutere den riktige måten å overholde reglene på overfor pasientene. Viktigheten av å overholde regler og avtaler ble ofte understreket av ledelsen og miljøpersonalet overfor nyansatte på posten. Det var også mye intern kontroll for å sikre at personalet overholdt reglene. Dersom så ikke skjedde, ble dette raskt påtalt av overlegen, ledelsen eller øvrig personale. Dette gjaldt særlig skjermet avsnitt.

Den sterke vektleggingen av regeloverholdelse kom til syne i en episode under feltarbeidet. Episoden la grunnlag for uro og konflikt i personalgruppen. I løpet av en helg hadde det forekommet noen brudd på reglene fra personalets side i oppfølgingen av pasientene på skjermet og ute på posten. Pasientene på skjermet avsnitt hadde fått sitte sammen og snakke på stua, og den ene pasienten hadde fått spise middag ute da hun var rolig og ønsket dette. Disse beslutningene ble foretatt på bakgrunn av personalets skjønnsmessige vurdering. Den skjønnsbaserte beslutning brøt imidlertid med reglene om at oppløsning av skjerming skulle gjøres i teamet på hverdager (se pkt. 7.5). På mandag ble det så funnet en PC-ledning som en pasient hadde med ved innleggelse og en stein inne på et pasientrom på åpent avsnitt. En ekstravakt kom oppbrakt inn og viste frem gjenstandene. Dette gjorde også ledelsen og annet personale følelsesmessig oppbrakt. Situasjonen førte til et ekstraordinært personalmøte hvor ledelsen og overlegen understreket betydningen av å overholde reglene. Hendelsen førte også til at en ekstravakt ikke ville sitte inne på skjermet avsnitt ”da det ikke var orden på noen ting”. På samme vis fortalte en sykepleier hvordan hun hadde ”grøsset” da hun så pasientene på skjermet avsnitt snakke med hverandre. Det regelorienterte personalet fortolket også dette som at det nå var kaos på posten og at det ”skled helt ut”. Det oppstod sterke følelsesmessige reaksjoner i personalgruppen når den regelbaserte ordenen ble brutt. Opplevelsen av kaos og utrygghet ble lett aktualisert på posten.

Personalets diskusjon viser, som jeg skal utdype i kapittel 10, reglenes viktige ordnings- og trygghetsskapende funksjon (pkt. 10.6.1). I likhet med Caudills (1958:74) fortolkning synes det som diskusjonen i personalgruppen også ble forsterket av usikkerheten i behandlingsteknologien om regler er viktige eller ikke. Denne usikkerheten kom til syne på post A hvor den tradisjonelle forståelsen av regler var blitt utfordret den siste tiden gjennom kritikk fra naboposten og enkelte i personalgruppen. Kritikken synes å skape spenning og usikkerhet. I løpet av perioden spurte for eksempel flere av personalet som hadde vært lenge på posten, om jeg som forsker var enig i at posten var for ”streng” i forhold til regelbruk. Uenigheten viste seg også ved at personale med en mer fleksibel rolletype ikke lot seg overbevise av argumentene om at regler var viktige av terapeutiske og sikkerhetsmessige hensyn. Den rigide regelhåndhevelsen ble opplevd som lite human i møtet med pasientene. Dette viste seg under et gruppeintervju hvor en sykepleier kom med følgende utsagn:

Jeg tror at du blir... Du går inn i et system som du har gått i så lenge så, og jeg tror at når du kommer som ny, så tror jeg du kan se ting litt annerledes. Og som du (annen sykepleier) sier, hvis den dagen kommer at du blir truet, så vil du kanskje få en helt annen holdning til det her med sikkerhet og sånn. Men per dags dato så synes jeg, som jeg tidligere har sagt, jeg synes det er veldig rigid. Jeg skjønner absolutt at det skal være en del faste regler og sånne ting, men vi klarer ikke være fleksible i forhold til de pasientene som er der. Og det synes jeg er et kjempeproblem. Det kommer jeg kanskje til å ha helt til den dagen jeg kanskje blir truet med et eller annet, eller slått ned, eller hva som helst. Men det er tross alt mennesker vi behandler, ikke sant. Og det synes jeg ikke alltid vi gjør her.

Den regelorienterte tilnærmingen ble dermed kritisert for å være for lite positiv og human i tilnærmingen til pasientene.

Post B var generelt preget av en løsere organisasjonsmessig struktur enn post A. Den løse strukturen kom også til uttrykk i personalets vurderinger: "Kulturen er romsligheten, jeg opplever vel at vi kan være liberale her, det kan være litt løssluppet i perioder, litt mindre struktur kanskje enn jeg i perioder ønsker meg." Under observasjonsperioden fremstod også postens avdelingskultur som mindre streng og mer romslig enn på post A. Den løsere strukturen kunne samtidig føre til "glipper" i tilsynet av pasienten eller informasjonsflyten på posten, herunder beskjeder til pasienter på skjermingsrommet. Disse glippene ble også bemerket av pasienter i intervjuene. Det ble muligens også oftere snakket om at personalet hadde blitt påført skader, selv om det ikke finnes nøyaktige tall for å sammenlikne dette. På post B var også regeldiskusjonen å finne på posten. Denne spenningen viste seg i ledelsens beskrivelse av gjentakende temaer som: "Rus, Regler. Jeg hadde en sånn tanke om at om gruppen var blitt delt i to, da ville den ene personalgruppen si at de vil ha regler og regler og regler og den andre ville si at vi vil synse litt, så blir det to ytterpunkter, altså." Den regelbaserte organiseringen var imidlertid langt mindre enn på post A, både når det gjaldt omfang av husordensregler og vektleggingen av regeloverholdelse. I flere situasjoner fremholdt man derimot viktigheten av å kunne tenke fleksibelt og å gjøre individuelle vurderinger.

Post B hadde tidligere vært mer regelorientert. I første observasjonsperiode var for eksempel retningslinjer i bruk og akseptert, året etter var de borte. Personalet fortalte at endringene i den regelbaserte organiseringen skyldtes uintenderte resultater av en omorganisering av rapportsystemet på posten. Overgangen til pleieplan hadde ført til

at det løse arket med pasientens avtaler ble for tungvint. Man gikk over til et system hvor man omformulerte oppfølgingen av pasientene fra ”retningslinjer” og ”avtaler” til mer generelle ”sykepleietiltak”. Endringen førte til, ifølge avsluttende gruppeintervju med personalet, at den strenge regelhåndteringen i samhandling med pasientene, også på skjermingsrommet, ble redusert: ”Det er mye mindre den type jobbing nå altså, vi har tiltak, men det er mer rom for de individuelle vurderingene og ikke så rigid.” I ettertid ble dette opplevd som positivt av personalet fordi det skapte en mindre streng væremåte og mindre konflikter med pasientene (se pkt. 9.3.2). Samtidig ga også personalet uttrykk for at den regelorienterte tenkningen fortsatt kunne være tilstede på posten på uformelt nivå. Som i dette gruppeintervjuet:

Sykepleier 3: Vi har jo de tiltakene. Hjelpepleier 5: Men de er ikke så rigide nå lenger.(...) Det er ikke så mange, vi kunne jo ha ti punkter, nå har du jo kanskje tre som er nedfelt i tiltakene, så der har det skjedd en forandring egentlig i avdelingen. (...) Sykepleier 6: Og før var det jo av en halv times varighet. Sykepleier 3: Ja. Sykepleier 6: Ja, sånn helt. Sykepleier 3: Ja, spørsmålet er om vi har det litte grann, at vi bruker det selv om vi ikke setter det ned på papiret og da, at det er der på en måte. Hjelpepleier 5: Ja, men jeg synes allikevel at de der retningslinjene som ble satt på fredag og som skulle gjelde til mandag (hermer strenghet) Det var helt sånn... (ler oppgitt, flere ler). Sykepleier 6: Så skulle vi ha underskrift, og det var flere som ikke skrev ned, (...) så skulle det man lage en kopi som de (pasientene) skulle forholde seg til ikke sant (felles latter igjen).

Retningslinjene som før hadde fremstått som svært viktige for personalet, på liknende måte som på post A, ble nå gjenstand for latter og hoderisting over egen praksis. Når reglene først var borte, erfarte personalet at regel- og retningslinjebruken ikke var en hensiktsmessig eller nødvendig arbeidsform. Nedtoningen av regler førte til at avdelingskulturen på post B fremstod mindre preget av kustodiell asylpleie enn på post A. Det var imidlertid også personale på post B som ønsket en regelorientert arbeidsform. Siden de regelorienterte rolletypene ikke hadde samme maktposisjon, fikk disse størst betydning i væremåten hos den enkelte i møtet med pasienten.

5.9.2 Faglig selvsikkerhet

En annen viktig forskjell mellom de to postenes avdelingskultur som påvirket skjermingsmetodens betydning som behandling og kontroll, var miljøpersonalets faglige sikkerhet. Som jeg skal utdype i kapittel 10, var den faglige sikkerheten, i likhet med reglene, viktig for tryggheten i arbeidet og påvirket behovet for ytre

kontroll. Personalet på post A fortalte at postens tidligere historie med mange nyutdannede sykepleiere og mye ufaglært personale hadde ført til at personalgruppen hadde vært preget av mindre faglig selvtilit enn på andre poster de kjente til. Det faglige nivået var nå bedret som følge av en mer stabil personalsituasjon og et langt bedre arbeidsmiljø. Under observasjonsperioden strevde imidlertid posten med å skape en mer faglig aktiv miljøpersonalgruppe. Det syntes også som posten fortsatt hadde selvidentitet som posten med de ”nye” sykepleierne. Behovet for regler ble derfor ofte forklart med sykepleiernes uerfarenhet, selv om en stor andel sykepleiere nå hadde vært der i mange år. Problemet viste seg også på rapportmøtene hvor miljøpersonalet ofte forholdt seg tause og passive i vurderingen av pasientene. De var også mer usikre i forhold til å vurdere pasientens skjermingsbehov (se pkt.7.5). Når de uttalte seg, var de ofte opptatt av praktiske forhold ved postens virksomhet. Til tross for ledelsens og legenes oppfordringer, forble miljøpersonalet ofte passive og tause.

På post B var personalkulturen annerledes. En større andel av miljøpersonalet hadde en mer aktiv og selvsikker væremåte. De utfordret også oftere legenes vurderinger. Denne personalkulturen hadde angivelig i noen tilfeller ført til at leger hadde følt seg overkjørt. Den mer aktive og selvsikre faglige identiteten førte samtidig til at miljøpersonalet deltok mer aktivt i faglige vurderinger av pasientenes tilstand og behandlingsbehov.

5.9.3 Nærhet og avstand til pasientene

Som tidligere beskrevet (se pkt. 3.4.6) var relasjonen mellom personale og pasienter på posten av stor betydning for utformingen av skjermingsmetoden som behandling og kontroll. Samhandlingsrelasjonene mellom personale og pasienter var preget av stabile mønstre. Personalets relasjoner til pasientene var samtidig ofte mer dynamiske og varierte enn hva tidligere studier viser. I likhet med det som er fremkommet i andre studier av psykiatriske institusjoner (se bl.a. Sørhaug 1977 og Aaslestad 1997), kunne personalets omtale av pasientene være preget av uhøflighet eller mistillit. Som jeg skal utdype senere, var det imidlertid også stor grad av engasjement og positiv omsorgsholdning til pasientene blant personalet.

Et aspekt ved avdelingskulturen som påvirket personalets relasjon til pasientene, var de underliggende bildene av pasientene på posten, og hvorvidt disse bildene var preget av tillit eller mistillit. Pasientbildene påvirket også graden av samhandlingsmessig involvering fra personalets side. Som beskrevet innledningsvis, hadde post A en forhistorie som var preget av store arbeidsmiljøproblemer og til dels fiendtlige holdninger til pasientene. Personalet fortalte at relasjonene til pasientene hadde bedret seg etter omorganiseringen. Det syntes imidlertid som om postens avdelingskultur fortsatt kunne være preget av pessimistiske og avstandspregede holdninger som gjenspeilte en viss grad av mistillit til pasientene. Dette trekket ved avdelingskulturen viste seg også i postens skjermingspraksis. Selv om det ikke gjaldt alle, var det flere enn i post B som betonte viktigheten av å holde avstand til pasientene. Det var flere uttalte normer, eksempelvis at man av sikkerhetsgrunner ikke måtte gi ut personlige opplysninger. Vektleggingen av avstand kunne bli begrunnet ut fra at pasientene var potensielt farlige og regredierende (i utnyttende forstand), eller at nærhet til pasientene kunne føre til at de knyttet seg for sterkt til posten og dermed ble vanskelige å utskrive.

Selv om personalets relasjon til pasientene på post B kunne ha likheter med dem på post A, hadde posten generelt sett mer åpne, differensierte og tillitsbaserte bilder av pasientene. Posten hadde heller ikke tilsvarende negative historiske erfaringer som post A. Post B hadde også en mindre avstandspreget relasjon til pasientene. De forskjellige pasientrelasjonene preget også skjermingspraksis. Forskjellene kom til uttrykk gjennom utsagn som gjenspeilte en nærere relasjon til pasienten. Dette kunne være utsagn i rapporten eller i uformell samtale: ”Jeg har så hjerte for han.” ”Stakkars, han er så redd.” Personalet la også mindre vekt på viktigheten av ikke å fortelle om sitt eget liv (som bosted, familie), de pratet med pasientene dersom det falt seg naturlig. De var også mindre opptatt av å beskytte sine egne territorier ved å få pasienten raskt ut av personalets områder, som for eksempel vaktrommet.

Bruken av skjermingsmetoden som behandling og kontroll var også preget av personalets allmenne reaksjoner på avvikende og urolig atferd, slik dette har vært beskrevet i andre studier (Goffman 1971, Flygare 1999, Vatne 2003, se også pkt. 3.4.1). Personalets følelsesmessige reaksjoner kunne være preget av ubehag og

skamfølelser ved avvikende atferd i kulturen mer generelt. I tillegg ble deres reaksjoner formet av de lokale holdningene til avvikende atferd på postene.

Personalets sosiale respons overfor den enkelte pasient varierte fra sterke omsorgsytringer til svake eller sterkt diskrediterende utsagn om pasienten (jf. også Vatne 2003). I praksis syntes det som om visse sosiale normbrudd førte til ulik grad av negative reaksjoner hos personalet. Det var for eksempel særlig sterke, sinte og misbilligende reaksjoner på ”barnslig” oppførsel eller brudd på seksuelt passende oppførsel ved å opptre flørtende overfor personalet. Urolig og ”grisetete” atferd hos pasienten økte faren for diskrediterende holdninger. Jo mer pasientens avvik skapte vanskelige moralske følelser hos personalet, for eksempel i form av moralsk indignasjon og avsky, jo større betydning fikk følelsene for personalets tillit til pasienten og for diskrediteringen av vedkommende (jf Goffman 1963b, Helman 1994, pkt. 3.4.2). Den negative reaksjonen på pasientens fremtreden og atferd kunne føre til at samhandlingsprosesser både på åpne og skjermede rom på posten ble preget av mistillit og konflikt. I slike situasjoner mistet ofte personale sin empatiske innstilling til pasienten (Goffman 1963b:15). Pasienten tapte også sin troverdighet. I et tilfelle førte det for eksempel til at miljøpersonalet ikke trodde på pasientens fortelling om sin sosiale angst: ”Den som flørter (med personalet), har ikke angst.” Ved sterk grad av diskreditering var forholdet til pasienten preget av åpenlys mistillit og sterke avvisende og fiendtlige holdninger. Den avvisende holdningen kunne også forplante seg gjennom samhandlingen i hele personalgruppen: ”Alle er i mot henne.” (se også pkt. 10.4.1). Mistillitspregede og diskrediterende holdninger kunne føre til et sterkere ønske om å bruke kontroll eller tvang overfor pasienten, eller at man ønsket å korrigere pasienten i mer straffende betydning. Slike spontane straffereaksjoner i personalgruppen kunne tidvis skape bekymring hos ledelsen og personale fordi det reduserte pleiekvaliteten (se pkt. 6.4.2).

Disse moralske reaksjonene hos personalet – som kan kalles *en moralske responsivitet* – kunne også påvirke ønsket om bruk av skjerming, og skjermingsmetodens mening som behandling og sosial kontroll. Denne tendensen samsvarer med hva Chrichton (1997) fant i sin studie når det gjaldt sammenhengen mellom isolatbruk og pleiepersonalets respons på pasienters upassende oppførsel. Slik oppførsel førte til personalets ønske om isolering fordi man ville kontrollere og begrense pasientens

handlingsrom. På samme vis kunne pasientens avvikende atferd i noen situasjoner føre til at personalet ønsket å skjerme vedkommende for å begrense det sosiale handlingsrommet eller beskytte pasienten mot å blamere seg sosialt (se pkt. 8.5). I noen få tilfeller med sterke, diskrediterende reaksjoner kunne personalet benytte skjerming på en mer straffende måte. De følelsesmessige ønskene om å straffe kunne overskygge mer profesjonelle vurderinger av skjermingsbruk. Skjermingsrommet ble da, i likhet med de tidligere former for lukkede rom, benyttet som sosial eksklusjon i straffende og disiplinerende øyemed (se pkt. 3.2.2, 3.3.1 og 4.2.1).

Noen av de ansatte på post B pekte selv på betydningen av personalets bruk av skjerming som reaksjon på avvikende atferd. De fortalte at det hadde vært en intern diskusjon på posten i forbindelse med ønsket om å redusere skjermingsbruken. Posten hadde kommet frem til at personalet måtte ha større grad av ”toleranse for galskap og uro på posten”. Bruken av skjermingsrommet var dermed knyttet til spørsmålet om hvordan personalet skulle respondere på avvikende atferd som brøt med sosial orden. Skjermingsmetoden var nært forbundet med den psykiske lidelsenes sosiale natur. Personalet fortalte også at skjermingsmetoden innebar vanskelige avveininger mellom det å vise toleranse for avvikende atferd hos en pasient og det å ta hensyn til det sosiale fellesskapet på åpen del av posten, hvor medpasienter eller personale kunne oppleve den avvikende og eventuelt urolige atferden som ubehagelig og belastende. Dette dilemmaet peker mot siste punkt i kapitlet om skjermingsmetoden som en ordningsskapende metode.

5.10 Ordensproblemet på postene

I likhet med tidligere studier (bl.a. Goffman 1961, Aaslestad 1997, Jönsson 1998 og Skålevåg 2002) utgjorde det sosiale ordensproblemet og pasientenes urolige atferd en sentral side ved akuttpostenes praktiske hverdagsliv. Begge akuttpostene var opptatt av å beskytte og vedlikeholde den sosiale orden på posten. Postene opplevde samtidig ordensproblemene noe forskjellig og løste dem noe ulikt (se pkt.10.3 og 10.6.1). Uroens problem var dermed også ulikt sosialt konstruert på de to postene.

En viktig årsak til at pasientens urolige atferd fikk så stor betydning, var at atferden ofte truet den sosiale orden innenfor postene. Ifølge personalets beskrivelser av de

tidligere ordensproblemene på post A, skyldtes de et samspill mellom pasientenes tilstand og de organisatoriske arbeidsforholdene. En leder som arbeidet på posten på denne tiden, sa følgende:

Leder: Og det gjorde noe med personalet. Altså for det første, når det er så mange pasienter samlet på et brett som er dårlige, så er det ikke bra. De påvirker hverandre, og det blir veldig lite forutsigbarhet. Personalet var frustrert så det var et veldig sånn høyt aggresjonsnivå og lite forutsigbarhet i avdelingen, og det er ikke noe godt psykose... Jeg vet ikke om du kjenner til den der undersøkelsen som Svein Friis, den ward atmosphere scale. Reidun: Ja, jeg kjenner litt til den. Leder: Hvor på en måte det som kjennetegner et godt psykosemiljø er dette med at det er lavt aggresjonsnivå og at det er forutsigbarhet. Det var det ikke før. Vi hadde de dårligste psykosemiljøene i avdelingene. Da vi omorganiserte, da kan du si at da forsvant noe av det for det ble en mer sånn... Vi hadde ledige plasser. Vi hadde ikke overbelegg. Vi fikk litt mer prosedyrer som gjorde at ting ble forutsigbart og kom på skinner.

I likhet med diskusjonen om uroens problem på postene på 1970-tallet, førte ordensproblemene både til en vanskelig behandlings- og arbeidssituasjon og til uttrykk og sinne i personalgruppen. Dette førte til streven etter mer kontroll (jf. Breeze og Repper 1998).

På akuttpostene var det også rolige perioder og pasienter uten urolig atferd. I travle perioder med mange urolige pasienter kunne imidlertid ordensproblemet føre til bekymring hos ledelsen fordi personalet ble slitne og sykemeldte. Miljøpersonalet fremholdt også at det å skape orden og struktur som svar på pasientens kaotiske og ustrukturerte verden, var krevende og til tider belastende. Urolig atferd kunne også få stor sosial betydning for postens indre liv. I løpet av feltarbeidet kunne jeg for eksempel observere hvordan urolig eller problematisk atferd kunne prege hele postens følelsesklima. Det viste seg blant annet i et langvarig skjermingsforløp på post B. I ukene da pasienten var sterkt urolig, var stemningen i personalgruppen oppkavet, stresset og konfliktpreget. Når pasienten ble bedre og roligere, ble også det følelsesmessige klimaet i posten mer avslappet og gladere.

Trusselen mot den sosiale orden på postene var særlig stor dersom flere pasienter var urolige samtidig, og uro på posten førte ofte til bekymring for en eventuell smitteeffekt pasientene imellom. På begge poster var for eksempel to spesielt travle perioder kjennetegnet ved at flere pasienter *samtidig* kastet møbler rundt seg, slo etter personalet, gikk nakne rundt, løp, ropte, prøvde å skade seg ved å kutte seg eller

henge seg i privatklærne. Disse urolige periodene var kjennetegnet av en sterk følelsesintensitet hos både medpasienter og personale. Pasientene var fortvilet, sinte, redde og forvirrede, og personalet på sin side stresset, sinte, oppjagede og engstelige. Ved en episode på post B var personalet fortvilet fordi de mistet oversikten og følte de ikke klarte å ivareta pasientenes sikkerhet og trygghet. Personalet var derfor opptatt av å forhindre at situasjonen på posten utviklet seg til en mer omfattende uro.

Bekymring for uro var en årsak til at personalet kunne bli opptatt av å kontrollere en situasjon som kun var preget av litt urolig atferd. På samme vis som den psykiske lidelsen kan true samfunnets og familiens sosiale organisering (Goffman 1971:335–390, se også pkt.3.4.1), fikk problemene med avvikende og desorganisert atferd stor betydning for postens hverdagslige praksis. Personalets bekymring når de ikke fikk fulgt opp pasientene tilstrekkelig, ble forsterket av mulighetene for alvorlige og dramatiske situasjoner med selvskade, selvmord eller vold.

Akuttpostenes virksomhet var dermed kontinuerlig rettet mot å bevare eller gjenopprette en ”normal” sosial orden. Postenes virksomhet ble også preget av hvordan man håndterte spenningene som oppstod når pasientens aktive avvikende og urolige handlinger forstyrret den sosiale organiseringen av den sosiale ordenen (Goffman 1971:357). Postene vekslet mellom å løse denne spenningen ved å øke toleransen for pasientens avvikende atferd, eller å iverksette ulike kontrolltiltak. Behovet for kontroll og kontrollpraksisene gjenspeilte også maktens positive og produktive side (jf. Foucault i Schaanning 1999:326) slik at man unngår en belastende avmaktssituasjon. Personalet trengte å komme i en offensiv posisjon for å ta kontroll over situasjonen slik at positiv og trygg sosial orden kunne gjenetableres.

For å løse ordensproblemet på postene ble det også viktig å flytte pasienten over på skjermingsrommet. Denne overflyttingen skulle gjenopprette den sosiale orden på posten. Skjermingsmetoden fremstod dermed som en ordningsskapende og trygghetsskapende metode på samme vis som Jönsson beskriver (Jönsson 1998, se pkt. 4.3.1).

5.11 Avslutning

I dette kapitlet har jeg beskrevet skjermingsmetodens nære sammenheng med sykehuset og akuttpostene forøvrig. I likhet med de historiske beskrivelsene hadde skjermingsrommet innenfor de to akuttpostene en viktig ordens- og trygghetsskapende betydning i møte med uroens og tillitens problem. De arbeidsmessige aspektene ved skjermingsmetoden fremstod som sentrale.

Utformingen av akuttpostene var sterkt preget av behandlingsidealene til den individorienterte miljøterapien fra 1980-tallet. Til tross for sykehusendringer bar akuttpostenes praksis fortsatt preg av asyltradisjonen, særlig når det gjaldt den praktiske pleien. Samtidig var institusjonaliseringen av pasientene kortere, og den raske pasientgjennomstrømningen påvirket postenes indre virksomhet og kultur. Det var heller ikke isolatrom på postene, og det ble ikke benyttet isolering under feltarbeidet. Det synes som om skjermingsmetoden, i kombinasjon med ulike tvangsmidler, har overtatt for bruk av isolat. Skjermingsrommet representerte i dag det mest lukkede rommet på postene. Tross optimistiske behandlingsidealer var skjermingsrommet også det rommet på postene hvor det kunne være vanskeligst å sikre at pleien ikke fikk et diskrediterende og straffende preg. Akuttpostene gjenspeiler dermed både gamle og nye spenninger mellom behandling, kontroll og tvang i sykehusene. Disse spenningene påvirket også bruken av skjermingsmetoden på postene, og gjenfinnes i skjermingsideologiene som vil utdypes i neste kapittel.

6 Skjermingsideologier på postene

6.1 Innledning

Som det fremgår av diskusjonen foran, var det ideologiske kunnskapsgrunnlaget viktig for skjermingsmetodens betydning og spenning mellom behandling og kontroll. Ideologiene gjenspeiler behandlingstenkingen og behandlingsidealene for skjermingsmetoden. Disse skaper rasjonalet for å benytte skjerming som behandling og kontroll og påvirker personalets rammeforståelse av skjermingssituasjonen.

De to akuttpostenes skjermingsideologier var preget av både overordnede behandlingsideologier og lokal fortolkning (se pkt. 3.4.4). Forskjellene i postenes lokale skjermingsideologier bidro til å forme ulike skjermingspraksiser. I dette kapitlet vil jeg først belyse noen generelle oppfatninger av skjermingsmetoden, slik de fantes hos personalet på postene. Jeg vil deretter utkrystallisere fire ulike skjermingsideologier. De fire ideologiene blir beskrevet atskilt og idealtypisk for å tydeliggjøre forskjellene som var med på å skape ulike skjermingspraksiser på postene. I hverdagen utgjorde skjermingsideologiene ofte mer varierte og parallelle kunnskaps- og meningssystemer som personalet brukte på ulike måter i ulike situasjoner og ved ulike pasienttilstander.

6.2 Utvikling av skjermingsmetoden på postene

På begge poster hadde skjermingsmetoden vært benyttet såpass lenge at det kunne være vanskelig for personalet å huske hvordan skjermingsmetoden ble innført. På post A syntes det som skjermingsmetoden hadde lang tradisjon (i hvert fall fra 1980-tallet), uten at noen kunne forklare meg bakgrunnen for postens skjermingspraksis. En sykepleier svarte for eksempel på mitt spørsmål om når posten begynte med skjerming: ”Ja, men det vet jeg jo ikke da. Det har jo vært sånn i årevis.” Utformingen av skjermingsmetoden på posten ble skapt mens posten hadde en sterk tilhørighet til det gamle asyllet. Det hadde ikke vært noen prinsipiell diskusjon om skjermingsmetoden ved omorganiseringen de senere årene. Ut fra personalets beskrivelser kan det imidlertid synes som omorganiseringen hadde ført til en mer systematisk utbygging av det skjermede avsnittet enn tidligere.

Post B hadde en kortere skjermingstradisjon. Ifølge personalet som hadde vært ansatt lengst, var det vanskelig å tidfeste eksakt når man begynte med skjerming. Noen anslo det til begynnelsen av 1990-tallet. Ifølge personalet ble ordet ”skjerming” imidlertid brukt flere år før dette. Skjerming var likevel ikke utviklet som en spesiell teknologi før på denne tiden. På spørsmål om hva som ble benyttet før skjermingsmetoden, relaterte personalet skjermingsmetoden til de andre formene for tilsynsordninger med pasientene, særlig fastvaktordningen. En ekstravakt forteller: ”Det var vel en slags skjerming tidligere og, men det ordet... Jo vet du hva vi kalte det, vi kalte det fast vakt.” Fastvaksordningen hadde imidlertid i mindre grad vært begrunnet ut fra tanken om stimulireduksjon, derimot ut fra behovet for ”å passe på pasientene”.

Skjermingsmetoden ble også relatert til tidligere bruk av isolat:

Ekstravakt: Nei, jeg vet ikke. Det het ikke skjerming før. Det het ikke. Da var man på isolat da vet du. (...) Hjelpepleier: Det jo sånn at da jeg gikk på X (annet sykehus) i praksis i nitti, da hadde de skjerma rom, eller glattcelle da. Da var det inn der og madrass på gulvet liksom.

På post B var utviklingen av skjermingsmetoden også preget av en endring av skjermingsforståelsen mot det som Kielberg (2003) kaller ”fysisk skjerming”. Denne endringen av postens skjermingsforståelse gjenspeiler muligens en generell tendens til at skjermingsmetoden blir preget av fysisk innelukkning (se pkt. 4.4.2). Tidligere hadde det vært mer vanlig å forstå skjerming i utvidet forstand som ”alt som kan hjelpe pasienten til å finne ro”. Ifølge personalet innebar da skjerming at pasienten fikk oppholde seg der han eller hun syntes det godt og beroligende å være. Personalet tok oftere pasienten ut når pasienten følte rommet for trangt. Prinsippet var å skaffe pasienten indre ro eller la vedkommende være på rolige steder. Denne forståelsen var fortsatt tilstede, men ble lite realisert i den daglige praksis.

Hjelpepleier: Men jeg må si at skjerming kan være så mange ting liksom. Altså, du kan dra til (et skogsområde i nærheten), gå tur i åsen. Det er skjerming. Du kan gå tur her bare du ikke oppsøker der det er mye folk. Så det er mange måter å skjerme på egentlig. Reidun: Som dere bruker også? Hjelpepleier: Ja, vi har da brukt (skogområdet). Har ikke gjort det på mange måneder nå. Ekstravakt: Ikke siden jeg begynte her. Reidun: Men hagen bruker dere kanskje? Hjelpepleier: Hagen bruker vi. Men vi var flinkere til dette før. Da dro vi til (skogen) og gikk turløypa. Dro på hytta. Kjempefint.

I tråd med at posten hadde utviklet seg mot en mer spesialisert akuttpost, hadde skjermingsmetoden i økende grad tatt form av fysisk innelukking på skjermingsrommet. Den nye skjermingspraksisen hadde større likheter med praksisen på post A. Selv om flere i personalgruppen fortsatt hevdet at skjerming kunne og burde foregå andre steder, var dette mindre brukt. Personalet fortalte også at det hadde vært en tendens til lavere toleranse for uro. Dette hadde ført til at personalet endret relasjonene til pasientene mot mer kontroll og skjerming. Personalet forsøkte, som nevnt i forrige kapittel, å utvikle større toleranse for uro og avvikende atferd på posten, og å finne alternative arbeidsmetoder for å redusere skjermingsbruken. Denne toleransen kunne imidlertid være vanskelig å gjennomføre i praksis over tid. Det syntes også som postens skjermingsideologier ble preget av to tildels motstridende prosesser. På den ene siden forsøkte man å redusere bruken av skjerming. På den andre siden ønsket personalet å øke antall skjermingsplasser ved å bygge et eget skjermingsavsnitt. Utbyggingen ble begrunnet med ønsket om å bedre arbeids- og skjermingsbetingelsene (se pkt.10.6). Personalets økende orientering mot skjermingen avsnitt gjenspeilte også den ytre påvirkning gjennom helsepolitiske signaler om utformingen av akuttpostene.

6.3 Generelle oppfatninger om skjerming som behandling og tvang

Den langvarige bruken av skjerming på begge poster gjorde at skjermingsmetoden på mange måter fremstod som en rutinisert og naturliggjort metode, som en ”verden-tatt-for gitt” av personalet. Lovreguleringen av skjerming (se pkt. 4.6) hadde samtidig ført til usikkerhet når det gjaldt spørsmålet om metoden skulle forstås som behandling eller tvang. Den behandlingsmessige betydningen av skjerming var dermed ikke entydig og kunne romme ulike spenninger i forhold behandling og kontroll.

Ledelsen og personalet på begge poster hadde, i likhet med den profesjonelle skjermingsideologien og Wynns studie av personalholdninger i sykehus (se Wynn 2003, pkt. 1.3.1), ofte en positiv holdning til skjerming som behandlingsmetode. En sykepleier sa dette: ”Men det er jo klart at det fungerer. Det fungerer jo veldig bra med én til én kontakt og lite stimuli på psykotiske pasienter.” Den positive holdningen til skjermingsmetoden hos personalet ga et potensial for å benytte mer skjerming.

I motsetning til den profesjonelle skjermingsideologien, som har en mer entydig optimistisk holdning til skjerming, var det ledere, leger og miljøpersonale på begge poster som fremhevet at skjerming ikke alltid synes å ha god behandlingseffekt.

Hjelpepleier 2: Du ser innimellom at de, i hvert fall de som er en del forvirra og at du ser at de er veldig engstelig, at de faller mer til ro når de kommer inn på skjerma. Også har du de som blir sinte og. Reidun: Så det varierer. Hvem er det som liker det best? Hjelpepleier 3: Kanskje de paranoide. De føler seg tryggere der. Mindre å forholde seg til ikke sant. Færre folk og mindre ting.

Noen mente også at skjerming i visse situasjoner kunne være direkte unødvendig, uhensiktsmessig og forsterke uroen hos pasienten. Langvarig skjerming kunne også gi dårligere behandlingseffekt fordi skjermingsrommet la så sterke begrensninger på pasientens og personalets handlingsmuligheter:

Hjelpepleier: Ja, det har noe med tiden å gjøre. Jeg opplever det at hvis det går for lang tid, så tror jeg faktisk ikke det er fruktbart. Reidun: Hva er det som gjør at det ikke blir fruktbart da? Hjelpepleier: Nei, da får ikke pasienten nok utfordringer. Vi får ikke testa, han får heller ikke testa seg selv.

Pasientene kunne også bli skjermet lenger enn personalet vurderte som hensiktsmessig på grunn av beslutningsstrukturen på posten hvor man avventet legens avgjørelse (se pkt.7.5).

Ekstravakt 1: Jeg tror nok de fleste som har vært her, har trengt det i en periode, men noen kan nok gå litt lenger (Ekstravakt 2: Uhm), og det er noen ganger jeg i hvert fall har lurt på om de har noe godt av å være der etter hvert. Ekstravakt 1: Men det er mye også legens avgjørelse.

Noen leger ga uttrykk for bekymring for at passiviteten ved skjerming kunne føre til at pasienten begynte å produsere hallusinasjoner som selvstimulering. Det var i slike tilfeller viktig å få pasienten inn i et mer stimulerende miljø med målrettede aktiviteter. På post B ble det også uttrykt bekymring fra ledelsenes side for at skjerming kunne føre til en "nedadgående spiral", kjennetegnet ved tiltakende uro og nedsatt funksjon, og dermed mer bruk av medisiner, belter og skjerming. Ledelsen ønsket derfor å se på alternative behandlingsmetoder. Det var også flere av personalet, særlig de med fleksibel rolletype, som strevde med skjermingsmetodens preg av kontroll og straff. Dette aspektet stod i motsetning til profesjonelle verdier og kunne gi rollekonflikter.

På post B ble det også nevnt at det var kommet et annet pasientbelegg på akuttpostene enn de tradisjonelle psykosene og maniske tilstandene som akuttposten var organisert i forhold til, for eksempel pasienter med selvskading eller personlighetsforstyrrelser. Av mangel på alternative metoder på akuttposten, benyttet man de samme gamle behandlingsteknologiene, herunder skjerming, selv om man i visse situasjoner anså andre behandlingsformer som mer tjenelige.

6.3.1 Skjermingsmetodens generelle behandlingmessige formål: uro, miljøterapi og døgnkontinuerlig pleie

I likhet med de profesjonelle ideologiene om skjerming inngikk pasientens urolige atferd som et viktig aspekt ved skjermingsmetoden på begge poster. Det var særlig den urolige atferden som gjorde det viktig å skjerme pasientene. Det å være psykotisk eller å høre stemmer var derfor ikke alltid tilstrekkelig grunn til å bli skjermet.

Pasienten måtte i tillegg være spesielt urolig eller utagerende:

Reidun (...) Altså hvis dere får meldt en psykotisk pasient, legges denne automatisk inn på skjermet? Alle (i kor) Nei. Hjelpepleier 2: Nei, de må være utagerende. Reidun: De må være utagerende? Hjelpepleier 2: Ja. Reidun: Det er et viktig kriterium? Begge: Ja, veldig.

Pasientens rolige atferd var også ofte et viktigere kriterium for å komme ut av skjermingsrommet enn at pasienten var vurdert som ikke-psykotisk.

Hjelpepleier 3: Ja, hvis de har vært rolige over en litt lengre tid liksom. De kan fortsatt høre stemmer, for eksempel. Reidun: Så det å høre stemmer er ikke kriteriet? Alle: Nei. Reidun: Det er mest ro? Alle: Ja. Hjelpepleier 4: At de tåler at vi sier at de må dempe seg litt, uten at det blir en episode ut av det.

Ifølge personalets utsagn synes det som om urolig pasientatferd ikke bare omhandlet en avvikende atferd som kunne skilles fra indre lidelse. Pasientens urolige atferd inngikk som ett av flere symptomer på pasientens indre lidelse. Reduksjon av uro var på tilsvarende vis et tegn på at den indre forvirringstilstanden og den selvdestruktive atferden hos pasientene var bedret:

Lege: (...) Over tid så vurderer jeg bedringen ut ifra la oss si at det er en psykose, de psykotiske symptomer avdempes, at uroen avdempes og selvdestruktiv atferd, kutting

og slikt dempes. Men kanskje tydeligst på de som er psykotiske at forvirringen og uroen rundt de psykotiske symptomene avdempes.

Problemet med pasientens urolige atferd var dermed en sentral årsak til skjerming. Skjerming skulle samtidig ikke bare kontrollere pasientens atferd, men også bidra til å bedre pasientens *indre* psykiske tilstand (se pkt. 3.4.1 og 6.3.1). Den urolige atferden representerte dermed både en vanskelig sosial atferd og symptom på mental lidelse (Goffman 1967, Jönsson 1998, Skålevåg 2002, pkt. 4.3.1). Ved urolig atferd ble kontroll og behandlende formål overlappende aspekter (jf. pkt. 3.4.1).

På begge poster var skjermingsmetodens behandlingmessige formål, som i Ullevål-modellen, nært integrert med miljøterapien. En lege forteller:

Lege: Behandlingsaspektet med skjerming er først og fremst miljøterapeutisk. Det aspektet med at det er mye mer forutsigbart der inne, det er færre impulser. Du har flere rundt deg hvis ting blir vanskelig. Reidun: Da blir ikke legene så viktige på en måte, i det? Lege: Nei, og det ser du veldig tydelig hvis du flytter en ut for tidlig, så forsvinner vedkommende i miljøet og går og vandrer. Du har ikke kontroll lenger, og pasienten blir mer og mer utrygg. Der inne er det miljøaspektet ved det som er behandlingen.

Som jeg skal vise litt senere, var det samtidig ulike fortolkninger av den terapeutiske funksjonen til det sosiale miljøet og skjermingsrommet.

Innelukkingen på skjermingsrommet skulle også muliggjøre et tettere tilsyn med pasienten fra personalets side, som en leder forklarer:

De som trenger skjerming, er de som er så kaotiske, er så fragmenterte og oppløste at de trenger en-til-en-kontakt og å bli ivaretatt med mye personale rundt seg og med reduserte stimuli for å få de til å føle seg trygge og få de til å roe seg og samle seg til de er i stand til å bli konfrontert med en større åpen post. Hvor det på en måte er flere pasienter, det er mer som skjer og det er litt mer uforutsigbart der og litt mindre oversiktlig det som skjer, og det er en veldig viktig funksjon vi har for folk som er veldig dårlige. Altså, hensikten er det at vi er nødt til å overta ansvar for folk til pasienten selv er i stand til å ta ansvar for seg selv og klarer å forholde seg til en vanlig åpen post.

Skjermingsmetoden skulle bedre de arbeidsmessige betingelsene for å ivareta et tett tilsyn av pasientene. Arbeidsorganiseringen skulle også ha en behandlingmessig funksjon for å redusere pasientens utrygghet og forvirring. De behandlingmessige og arbeidsmessige aspektene ved skjermingsmetoden var integrerte aspekter.

Den medisinske observasjon av pasientene var en viktig oppgave ved vaktalen innenfor asylene på begynnelsen av 1900-tallet (Jönsson 1998:92, se også pkt. 4.3.1). På de to postene jeg observerte, var det noe ulik oppfatning av om skjerming skulle ha en slik medisinsk funksjon. På post A, som generelt hadde en mer medisinsk forståelse, ble skjerming begrunnet med økte muligheter for observasjon og medisinsk diagnostikk av pasientene. En sykepleier uttrykte seg slik: ”Jeg tenker at det er for å kunne, altså, være i såpass mye nærkontakt at man lettere kan se symptomer da. For når man er sammen og i situasjoner, så vil det ofte dukke opp noen sykdomstegn.” På post B ble spørsmålet om skjerming i mindre grad knyttet til medisinsk observasjon og diagnostikk. Dette ble begrunnet med at det var vanskelig å gjøre en riktig vurdering av pasientene på skjermingsrommet. Det var viktigere å se pasienten i en aktiv, sosial sammenheng for å se problemer og funksjonsnivå. Man brukte heller ikke skjerming for å avdekke en mulig psykose hos pasienter som ble innlagt på posten på samme vis som på post A: Reidun: Skjer det noen gang at dere bruker skjerming for å få frem noe psykotisk? Sykepleier 1: Nei. Sykepleier 2: Nei, da bruker vi tett tilsyn, oppfølging av kontakt. Skjermingsmetodens behandlingsformål gjenspeilte den medisinske funksjonen som ble tillagt vaktalen. Denne behandlingmessige funksjonen til skjermingsmetoden varierte imidlertid på postene.

6.3.2 Skjerming som tvang

På postene var det ambivalente oppfatninger innen alle yrkesgruppene om skjerming skulle forstås som tvang. Ambivalensen fremgår også av dette svaret:

Ekstravakt 2: Jo, det er ikke tvang på samme måte. Nei, det er i grunnen ikke, man kan ikke si at det er noen tvang å komme på skjerming, men pasientene føler jo det.
Ekstravakt 3: Å ja.

Det var også ulik forståelse av hvorvidt skjerming som kontroll og tvang var negativt eller positivt for pasientene. Argumentasjonen for eller mot skjerming som tvang fulgte ofte den samme argumentasjonen som postenes tvangsideologier forøvrig (jf. pkt. 5.7). På post A ble skjermingsmetoden i mindre grad forstått som tvang. I de tilfellene der skjerming ble definert som tvang, ble tvangen ofte sett på som en mer positiv og nødvendig side ved behandlingen av pasientene. På post B ble skjerming oftere forstått som tvang. Personalet fremholdt også i noe større grad tvangens

antiterapeutiske, krenkende og potensielt traumatiserende karakter. I hvilken grad postene benyttet seg av skjerming som metode, avhang av om personalet så på metoden som et gode som eller uheldig tvang man burde unngå.

Ifølge personalet hadde lovreguleringen av skjerming fra 2001 ført til en endret forståelse av metoden. Der skjermingsmetoden tidligere hadde blitt sett på som en god metode som man ikke stilte spørsmål ved, hadde man nå fått en forståelse av at skjerming også kunne være tvang. Endringen i oppfatning hadde ifølge begge poster ført til redusert bruk. Den sterkeste effekten av lovendringen var etableringen av en høyere terskel for bruk av skjerming. En lege på post A sa følgende:

Jeg tror vel ikke at den (loven) har fått så veldig betydning unntatt akkurat dette her med disse vedtakene om skjerming og sånn. Det som er positivt er jo at vi har blitt mer kritiske til bruken kanskje, også, du ser jo det, sånn som hun ene maniske dama som var på skjerming først, som ble flyttet ut, og det går jo helt fint. Altså, det er veldig mange som vi tidligere kanskje automatisk ville skjermet, og som vel kanskje kunne profittert på det, men hvor det går greit å ikke være skjermet også.

På post B hadde den varslede lovreguleringen ført til at posten opplevde større behov for å begrunne skjermingsbruken og for å redusere den. De hadde dermed gjennomført flere langvarige fagutviklingsprosjekter for å kvalitetsutvikle og redusere bruken av skjerming ved å endre personalets holdning til skjerming og utvikle en mer eksplisitt kunnskapsbase for skjermingsbruk. Utviklingsarbeidet hadde, ifølge ledelsen, bidratt til cirka 25–30 prosent reduksjon av skjermingsbruk og beltebruk. Reduksjonen skyldtes særlig at posten hadde redusert de rutiniserte og vanebaserte holdningene til å skjerme pasienter for å få ned skjermingsbruken. Dette fremkommer også i beskrivelsen av skjermingsprosjektet på posten: ”En endring av holdningen i personalgruppen til enkelte pasienter med kroniske lidelser, og som tidligere ved reinnleggelse, nærmest automatisk var blitt plassert på skjermingsenhet.” Loven hadde altså ikke ført til radikale endringer, men bidratt til å skape en bevissthet hos personalet som reduserte tendensen til rutinemessig bruk av skjerming.

6.3.3 Skjermingsmetodens tvetydighet: Skjerming er bra, men pasientene protesterer

Selv om personalet var positive til skjerming, fortalte både ledere, leger og miljøpersonale at pasientene ofte protesterte verbalt og fysisk på skjermingen, og at mange opplevde skjermingen som frihetsberøvelse.

Reidun: Så det er hele bredden de klager på, hele skalaen? Leder: Ja, spesielt skjerming, medisinerer, overflytting. Reidun: Er det de tre områdene som peker seg ut? Leder: Ja. Reidun: Hva er det de klager på når det gjelder skjerming, at de vil ut? Leder: Ja, de vil ha frihet. Reidun: Så det er ikke det som skjer innenfor på skjermet. Leder: Nei, det er kjedelig, de vil ut og spise sammen med de andre, det er det med frihetsberøvelsen som de klager på.

Protesten mot skjerming var også tydelig under mine observasjoner og i intervju samtaler med pasientene (se kap.10 og 11). Det fantes altså på postene, som i den helsepolitiske debatten (se pkt. 1.1 og 4.6), en betydelig spenning mellom personalets behandlingssidealer og positive vurdering av skjermingsmetoden og de negative tilbakemeldingene fra pasientene.

Som jeg skal utdype i pkt. 7.8, fikk pasientenes subjektive opplevelse av skjerming forholdsvis liten betydning for personalets tenkning om skjermingspraksis. Dette trekket samsvarer også med kunnskapsdannelsen innenfor asyltradisjonen (se pkt.4.3). I praksis førte pasientens protester relativt sjelden til noen endring av skjermingsideologiene eller opphør av skjermingen. Innholdet i pasientprotestene ble ofte lite utdypet og diskutert. Responsen var mest preget av at personalet forsøkte å finne gode begrunnelser for nødvendigheten av skjermingstiltakene. Det var viktig å ”informere” eller ”forklare” pasienten hvorfor vedkommende ble skjermet. Dersom pasienten ikke aksepterte begrunnelsen, kunne protesten bli fortolket som et resultat av at pasientene ”ikke hadde innsikt” eller ”skjønte” hvor bra skjerming er. Spenningene ved skjermingsmetoden ble også løst ved å fremheve at pasientene ”ofte takket etterpå”, eller ”ba om å bli skjermet” (eller lagt i belter), enten fordi de ikke hadde hatt kontroll eller fordi de da slapp skammen over egen blamerende oppførsel i etterkant. Pasientenes belastninger under skjermingen ble da oppveid av at man sparte dem for lidelse i etterkant. Skjermingsmetodens meningsbetydning som tvang eller behandling kunne dermed endre karakter over tid. Selv om tidsfaktoren hadde en del å si for pasientenes opplevelser, var personalets fortellinger om pasientenes

takknemlighet mer fremhevet enn det pasientene fortalte i intervjuene, og det jeg selv observerte under feltarbeidet.

6.4 Fire skjermingsideologier på postene

Ved siden av de generelle oppfatningene av skjerming som behandling og tvang, var det fire ulike skjermingsideologier på postene. Som det vil fremgå av ideologiene, gjenspeiler disse sykdomsforståelsen og behandlingsidealene. De gjenspeiler også teorier om pasientens menneskelige og moralske natur (jf Goffman 1961:85–91). Det ideologiske grunnlaget bidro derigjennom til å forme postenes underliggende bilder av skjermingspasientenes personlige selv og deres kjennetegn som sosiale personer (jf. Jönsson 1998:15, se også pkt. 1.1).

6.4.1 Skjerming som reduksjon av stimuli

I likhet med de historiske beskrivelsene og de profesjonelle skjermingsideologiene i lærebøkene (se pkt. 4.5) var tenkningen om at personer med psykotiske eller andre urolige tilstander har behov for reduksjon av stimuli, sentral på de to akuttpostene. Tenkningen om stimulireduksjon var den mest overgripende skjermingsideologien. Skjerming ble på denne basis, som på post A, definert formelt som ”regi/kontroll av inntrykk”. På begge poster innebar tenkningen om stimulireduksjon at skjerming prinsipielt sett kunne gjennomføres andre steder dersom dette innebar stimulireduksjon, for eksempel på pasientrommet på åpent avsnitt. Prinsippet om stimulireduksjon innebar også at det ikke alltid var nødvendig at personalet skjermet pasienten dersom pasienten ”skjermte seg selv” ved å gå inn på sitt eget rom eller holde seg unna fellesmiljøet. Selvskjermingen kunne føre til at pasienten slapp skjerming på skjermingsrommet. I praksis ble imidlertid skjerming oftest gjennomført på skjermingsrommet fordi personalet tok initiativ til det.

Stimulitenkningen på postene ble i liten grad problematisert, den fremstod som en selvfølgelig og konvensjonell oppfatning på alle personalnivåer, fra ekstravakter til ledelse. Hva som skulle gjelde som stimuli, var imidlertid noe uklart, fra hverdagslige forklaringer om at man vil ” redusere inntrykk” til mer utvidede profesjonelle vurderinger. Viktigheten av stimulireduksjon ble ofte begrunnet med gode, praktiske

erfaringer – at skjerming bidro til å redusere forvirring og uro. Kun én lege knyttet skjerming til en spesifikk, medisinsk somatisk begrunnelse for stimulireduksjon. Denne vurdering innebar også en avveining i forhold til problemet med stimulideprivasjon:

Reidun: Hvorfor tror man det å redusere stimuli er det som skal til for å bli bedre? (...). Lege 1: Det bygger vel mer på empiri, i så måte at det er vår erfaring at pasienten roer seg i skjermingssituasjoner. Lege 2: Ja, og det er ikke bare vår erfaring men mangeårig erfaring i fagmiljø. Men det er klart at man ser jo også delirbehandling selv om det er enklere å se det der fordi det er en ren organisk tilstand. En konfusjonstilstand der kapasiteten til hjernen, behandling av sanseinntrykk og omsetning til handling er forstyrret, da går det særlig på oppmerksomhetsfunksjonen. Der kan vi se det veldig tydelig at hvis det blir for mye stimuli, vil det forverre den delirøse, eller konfusjonstilstanden, forvirringstilstanden. Og da kan man se det i forhold til organiske komponenter. Men det er også sånn at det skal ikke være for lite stimuli heller, så det blir en sånn avveining at om man legger de i et sterilt rom uten stimuli i det hele tatt så blir de også verre, men jeg tror man kan se det samme, i hvert fall ved psykoser. Psykoser har ofte på en måte et klart organisk korrelat, og at man da tenker seg at hvis man har en psykotisk kaotisk verden, så er oppmerksomhetsfunksjonen også påvirket i noen grad i hvert fall.

Som det fremgår av sitatet, ble spørsmålet om stimulireduksjon oftest knyttet til psykosebehandling. I likhet med tenkningen i Ullevål-modellen, var begrunnelsen for å redusere stimuli utvidet til å omfatte pasienter med andre diagnoser, særlig maniske tilstander (se pkt. 4.4.2). Prinsippet om stimulireduksjon kunne også benyttes ved mer uspesifikke tilstander som å ”være oppløst”, ”være urolig”, eller at pasientene ikke tålte det åpne, sosiale samværet på posten. Bruk av skjerming ved uspesifikke tilstander var mest vanlig på post A, da post B hadde forsøkt å stramme inn bruken av skjerming ved generell urolig atferd dersom denne ikke skyldtes en psykotisk tilstand.

Stimuliideologien ble også knyttet til de fysiske egenskapene ved skjermingsrommet og syntes å følge den langvarige tradisjonen innenfor psykiatrien om rommets betydning for helbredelse av indre tilstander (jf. Edginton 1994, Sasson 1998, se også pkt. 4.2.1). Skjermingsrommets interiørmessige utforming skulle redusere stimuli og derigjennom ha en samlende og roende effekt på pasientens indre psykiske tilstand. Det stille skjermingsrommet skulle også gi ro og hvile. Mange pasienter hadde ofte sovet lite før innleggelsen og var slitne. Søvn og hvile hadde dermed viktig helbredende effekt for den innlagtes psykiske tilstand.

Et annet viktig behandlingsaspekt som inngikk i stimuliideologien, var at man skulle bedre pasientens tilstand ved å redusere vedkommendes tilgang til sosiale stimuli. I tråd med Ullevål-modellens anbefalinger (se pkt. 4.4.2) skal stimulireduksjonen skje ved å trekke pasienten ut fra deltakelse i vanlig sosialt samvær for så å skape et særegent miljø for pasienten inne på skjermingsrommet. Pasienten skal i hovedsak kun ha kontakt med personalet. Miljøskiftet skal hjelpe ham eller henne til å få mer oversikt over situasjonen og redusere forvirring, angst og uro.

Tenkningen om stimulireduksjon på postene synes å følge behandlingstenkningen om psykosier (se pkt. 4.4.1). I tillegg til dette synes stimuliideologien å ha sammenheng med asyltradisjonens generelle vekt på sosial isolasjon fra vanlige sosiale omgivelser som viktig behandlingsform ved psykiske lidelser. Den sosiale isolasjonen skal følges opp av en spesiell utforming av postens indre miljø (se pkt. 4.3). I tråd med en slik tenkning ble skjerming sett på som en ytterligere forsterkning av institusjonalisering mer generelt. Denne argumentasjonen blir imidlertid nå knyttet til en eksplisitt tenkning om stimuli. En lege fortalte:

Jeg tenker meg dette som en sånn hierarkisk ordning av skjerming. Det å komme inn i en psykiatrisk avdeling det er jo i og for seg et skjermingstiltak i seg selv. Man tas ut av et miljø ute, og plasseres inn i et nokså begrenset miljø med vesentlig reduserte ting, antall ting, å forholde seg til. Og hvor vi vil ha en mye større kontroll på relasjonelle forhold, hvilke inntrykk fra utenverdenen pasienten tar inn. (...) så reduserer vi ytterligere stimulinivået ved å flytte vedkommende inn på skjerming, hvor de ikke har tilgang til fjernsyn, få personell og få andre pasienter. Ved manikerne (...) Så tenker vi at her må vi redusere antall muligheter ytterligere, og så flytter vi de inn.

Skjermingsmetoden inngår dermed i en mer overordnet tenkning om institusjonaliseringens behandlingmessige betydning. Tenkningen gjør også at skjermingsmetoden får samme funksjon som isolatet ved å utgjøre institusjonens mest sosialt isolerte rom (pkt. 3.3.1).

Stimuliideologien var også sentral ved beslutningen om å oppheve skjermingsbruken slik at pasienten kom ut av skjermingsrommet. På begge postene var man opptatt av ”å løse opp skjermingen” gradvis, ved ”å prøve ut pasienten på posten”. Overgangen til et mer åpent sosialt miljø og deltakelse i det sosiale liv på avdelingen skulle gå gradvis, og følge pasientens ”modenhet” og evne til ”å tåle” et større sosialt miljø. Den gradvise skjermingsoppløsningen skulle også sikre at pasienten selv eller

personalet opprettholdt atferdskontrollen. Spørsmålet om uro var viktig for å komme ut av skjermingsrommet og forbli ute – personalet tenkte at urolig atferd gjenspeilte pasientens indre tilstand. Dersom pasienten ble ”høy”, ”skrudde seg opp” eller ble mer forvirret og urolig ute på åpent avsnitt, ble vedkommende ført tilbake til skjermingsrommet og eventuelt nektet utgang av skjermingsrommet på en stund. Denne praksisen ble ofte kalt å ”stramme inn på skjermingen”.

6.4.2 Skjerming som struktur, grensesetting og korrigerende avferd

En annen viktig ideologi på postene var hva jeg har kalt en *struktur-, grensesettings- og korrigerende skjermingsideologi*. Ut fra denne ideologien skulle skjerming bedre pasientens tilstand ved å skape struktur og ved å grensesette og korrigere pasientens avvikende atferd. Denne skjermingsideologien var viktigst på post A. Ledelsen, legene og ledende sykepleiere støttet en slik tenkning. Det var imidlertid ansatte, og særlig nyansatte sykepleiere og leger, som ønsket en skjermingsideologi mer preget av fleksibilitet (se pkt.5.9.1). Post B hadde en annen grunnleggende skjermingsideologi som jeg skal omtale i neste punkt. Ulikhetene mellom disse to ideologiske ståstedene medvirket til forskjellig skjermingspraksis på postene.

Skjermingsideologien på post A hadde nær sammenheng med ideologien om miljøterapi på posten. Man støttet seg i stor grad til en miljøterapiideologi som liknet Ullevål-modellen (se pkt. 4.4.2 og 5.7). Dette viste seg i postenes prosedyrepermer og i samtaler med sykepleiere som henviste til litteratur fra Ullevål-miljøet. I tillegg refererte sykepleierne ofte til Liv Strands (1990) bok om skjerming, *Fra kaos til samlings* (se pkt. 4.5.1). Posten hadde omformet denne kunnskapstradisjonen til en særegen, lokal skjermingsideologi som gjenspeilte avdelingskulturens vekt på regler og kontroll av pasientene forøvrig.

Ut fra postens offisielle beskrivelser av skjermingsprosedyrene var det ikke etablert spesifikke kriterier for hvilke pasienter som skulle skjermes. Skjermingsmetoden kunne brukes overfor pasienter med diagnosene psykose, mani og selvskaade/suicidfare og i situasjoner hvor det forelå svikt mellom pasientens indre tilstand og ytre krav.

Årsaken til pasientens behov for skjerming ble i postenes skriftelige materiale forklart med at slike pasienter ofte er i kaos, er urealistiske og har liten evne til å gjøre valg:

Pasienten er ofte i et kaos av tanker og følelser. De er ofte ambivalente og urealistiske i sitt forhold til virkeligheten. De blir derfor ofte handlingslammet i valgsituasjoner. Vi kan hjelpe pasienten til å velge ved å se på fordeler/ulempes. La ikke pasienten få følelsen av valgmulighet, hvis han ikke kan få velge. Respekt for de valg pasienten tar (forutsatt at det er bestemt at de skal få velge selv).

Innenfor posten hadde dermed mange av personalet – på samme vis som i Ullevål-modellen – den oppfatning at pasientens psykiske lidelse var kjennetegnet ved tap av indre selvkontroll på grunn av en akutt oppløst og forvirret tilstand. Grunnet tapet av selvkontroll var det, ifølge personalet og postens skriv, også fare for utagering i form av for eksempel urolig atferd.

På bakgrunn av denne tenkningen var det behandlingsmessige formålet med skjermingen at den skulle hjelpe pasienten til å gjenvinne indre selvkontroll. Skjerming skal ”begrense faktorer som bringer pasienten ut av kontroll”, og målet med skjerming er at ”pasienten gjenvinner kontroll”. Skjermingen skal bidra til å redusere pasientens indre kaos ved å ”samle” pasienten og gi økt selvkontroll ved å tilpasse den indre tilstanden til de sosiale omgivelsenes krav. For å redusere de sosiale kravene i omgivelsen skal man skape et stimulibegrensende miljø preget av ”høy grad av struktur og forutsigbarhet”. Dette miljøet skal skapes gjennom ”stramme rammer”, noe som vil øke pasientens trygghet og derigjennom også pasientens indre kontroll. Metoden ble derigjennom nært knyttet til kontrollaspektet som man mener har en viktig behandlingsmessig betydning ved å avlaste pasienten. Den ytre kontrollen skal erstatte pasientens manglende selvkontroll. Disse bildene av pasientenes selv og forståelsen av behovene til personer med psykiske lidelser bidro til å integrere skjermingsmetodens behandlingsaspekt med kontrollaspektet.

For å skape høy grad av struktur og stramme rammer for pasientene benyttet posten ulike metoder. For det første hadde man utviklet omfattende husregler på skjermet avsnitt (se pkt. 7.6). I tillegg skulle det skapes et strukturert og begrenset sosialt miljø gjennom personalets holdninger og kommunikasjonsmåter overfor pasientene. Vektleggingen av forutsigbarhet førte til at posten hadde utformet og beskrevet egne kommunikasjonsteknikker på skjermet avsnitt. Ifølge anvisningene skulle trygghet

skapes gjennom personalets holdninger. Disse holdningene skulle være: "Aksept, Bry seg og Grensesette." Kommunikasjonen skulle tilstrebe et enkelt samtaleinnhold for å lette oversikten for pasienten. Det ble også fremhevet at personalet skulle ha en rolig fremtreden. Samtalene skal være praktiske, her-og-nå-orientert og samværet gjerne preget av taushet fra personalets side: "Å gjøre tilværelsen enkel og oversiktlig ved en rolig fremtreden. Vi er tilstede, er tilgjengelige, ofte er taushet riktig metode."

"Taushet/styrte gjennomtenkte korreksjoner på psykotisk atferd/språk. Balanse mellom nærhet og avstand." Ved langtidsskjerming kunne man bruke et større utvalg teknikker for å hjelpe pasienten til å tåle mer stimuli. Det ble også vektlagt en nøye styrt regulering av nærhet og avstand i møtet med pasientene for å unngå invadering av pasienten og for å skape en sikkerhetssone mot pasienten. Personalet skulle ha "stor sensitivitet for nærhet, obs. kroppsspråk, unngå brå bevegelser, rolig fremtreden. Være bevisst pasientens behov for å være alene. Tenk sikkerhet for personalet."

Alternativt: "Ikke snakke om ting som provoserer pasienten. Unngå privat snakk."

Disse ideologiske kunnskapselementene om hvordan samtaler med skjeringspasienter skulle være, fikk stor betydning for samhandlingsformene inne på det skjermede avsnittet (se kap. 9).

I likhet med de profesjonelle skjeringsideologiene, innebar vektleggingen av skjerming som struktur også grensesetting (se pkt. 4.5.1 og Vatne 2003). I postens skriftelige materiale kan man lese: "I en skjerings situasjon arbeider personalet ofte med områder hvor skjerming og grensesetting sammenfaller." Formålet for behandling og sykepleie på skjermet avsnitt ble da i stor grad å sette grenser for pasienten, noe som skulle underbygge de stramme rammene i skjerings situasjonen. Grensesettingen skulle også gjøres gjennom å "korrigere" pasienten. Behandlingstenkningen ved grensesettingen og korrigeringen var at dette skulle hindre uønsket atferd og skape trygghet for pasienter som hadde mistet sin indre kontroll. Grensesettingen skulle imidlertid tilpasses den enkelte pasients tilstand og symptomatferd. En sykepleier forklarte:

Tenkte jeg bare skulle si det her med å behandle individuelt. Hvis det er en maniker eller en oppløst psykose som flyr inn og ut av døra hele tiden og skaper veldig mye uro, så er ikke det, da setter vi foten ned. Da må vi grensesette. Da er det bra hvis vi klarer å få holdt den pasienten i ro, og få samla seg. Men hvis det er en pasient med veldig mange negative symptomer som trekker seg tilbake, legger seg under dyna, da

er det jo positivt om han kommer ut og setter seg i stua og tar en prat. Det er eksempel på individuell behandling da.

Grensesettingsaspektet var dermed viktigst for utadrettede og urolige pasienter, og knyttet til formålet om å sikre rolig atferd. Grensesettingens vekt på korrigering bidro imidlertid til å knytte skjermingsmetoden tettere til kontrollfunksjonen.

Rasjonalet for å benytte skjerming og grensesetting som behandling ble også begrunnet ut fra en psykodynamisk behandlingstenkning. Denne synes å gjenspeile innflytelse fra somatisk-psykoterapeutisk ideologi (se pkt. 4.4.2 og 5.7). I likhet med beskrivelser i tidligere studier (Goffman 1961:89, Ericson 1974), fikk den psykodynamiske tenkningen, kombinert med tenkningen om psykopatologi, stor betydning for de underliggende bildene om pasientenes menneskelige og moralske natur, og relasjonens karakter mellom pasienten og personalet. Skjermingspasientene ble ofte beskrevet med psykodynamiske begreper. Ifølge postens offisielle skjermingsideologi skulle personalet være ”containere for pasientens projeksjoner av egne problemer på omgivelsene”. Det ble også, formelt og uformelt, fremhevet at pasientene ”manglet sykdomsinnsikt” eller hadde ”manglende selvinnsikt”.

Tenkningen om pasientens manglende selvinnsikt og projisering av egne problemer til omgivelsene bidro til å understøtte viktigheten av strenge rammer og grenser. Det hendte også at personalet på begge poster brukte barnemetaforer i omtale av pasientene. I likhet med det Vatne (2003:121) finner i sin studie, kunne også oppfatningen av pasienten som et barn på post A bli begrunnet i en psykodynamisk tenkning om pasientens svikt i egoutviklingen eller egofunksjonen (jf. Strand 1990:74–130, pkt. 4.5.1). Denne svikten førte til at pasientene var som barn som ofte ville manipulere omgivelsene dersom de ikke fikk strenge regler og grenser. I tillegg trengte de faste og strenge grenser for å være trygge. Denne tenkningen kommer frem i begrunnelsen for postens strenge skjermingsregime:

Det er noe med at hvis du er veldig dårlig, så vil du på samme måte som... Altså, du trenger den tryggheten veldig klart... Altså, hvis du kjenner på at dette kan manipuleres så er det det samme som en fireåring som kjenner på at det ikke er noen faste grenser. Det skaper utrygghet. Det også er dynamisk forankret. Hvis du er veldig dårlig så skal du vite at i dag kan du gå én tur, jeg kan ta to telefoner. Jeg kan få én røyk i halvtimen. Sånn er det.

I praksis kunne tenkningen om pasientene som barn med behov for grensesetting også bli relatert til viktigheten av å ansvarliggjøre dem. Skjermingsmetodens behandlingmessige funksjon ble dermed knyttet til den tidligere tenkningen om ansvarliggjøring som fantes innenfor asylene (Sørhaug 1977). Spørsmålet om å ansvarliggjøre pasienten var tilstede på begge poster, men ble sterkest vektlagt på post A. Personalet forklarte ansvarliggjøring med at man skulle "stille krav", for eksempel ved å forlange at pasienten tørket opp etter seg når vedkommende sølte, eller sanksjonere pasienter som ikke fulgte husordensreglene. Ansvarliggjøringen skulle forhindre regrediering hos pasienten, derfor skulle man ikke gi for mye hjelp: "Da blir de jo på toårsnivå med en gang." Tenkningen om ansvarliggjøring og grensesetting stod imidlertid i et spenningsforhold til de generelle yrkesnormene i sykepleiefaglig omsorgsarbeid. Denne spenningen viste seg også i interne diskusjoner hvor flere nyansatte reagerte på det erfarne personalet som for strengt og lite omsorgsfullt. En erfaren sykepleier sa følgende: "Det synes jo de nye sykepleierne var forferdelig, at vi ber pasienten om å tørke opp selv."

Som jeg skal utdype i avslutningskapitlet (pkt. 12.5) kan vekten på ansvarliggjøring forstås som behandlings- og pleiemessige tiltak rettet mot å øke pasientenes funksjonsnivå. De underliggende bildene av pasientene innenfor grensesettings- og ansvarliggjøringsideologien kunne, som sitatene ovenfor viser, samtidig være ledsaget av underliggende pessimistiske bilder av pasientene. De ble også ofte ledsaget av mer mistillitspregede utsagn om pasientene. I likhet med Vatnes studie (2003), var det en tendens på begge poster til at grensesetting og korrigerende innbar et mindre anerkjennende syn på pasientene. Det syntes som om tenkningen om grensesetting og korrigerende hadde tilknytning til den eldre kustodielle asyltradisjonen, og representerte en videreføring av denne, om enn i et nytt, profesjonelt og psykodynamisk språk. I spørsmålet om grensesetting og korrigerende kom også spenningen i skjermingsmetoden mellom behandling og en mer disiplinerte form for sosial kontroll tydeligst frem. Denne spenningen viste seg også i personalets egen bekymring for at skjerming og grensesetting kunne få en straffende form. Straffeproblemet ble dermed også diskutert på postene som i sykepleierlitteraturen (se pkt. 4.4.1). Det straffende preget stod i motsetning til idealene om skjerming og grensesetting som en behandlingsmetode som skulle bidra til å samle pasienten og skape trygghet. Posten forsøkte da å skille grensesettingens og skjermings

behandlende aspekt fra straffeaspektet. Denne tendensen kommer også til uttrykk i postens skrifter: ”Skjerming er ikke straff, og skal ikke oppfattes som en straffemethode, men en hjelp for pasienten til å gjenvinne kontroll/mestre tilværelsen bedre”. Distinksjonen mellom straff og behandling skal skapes gjennom en holdning hvor ”vi signaliserer at *vi aksepterer pasienten som person, men ikke alltid atferden*”. Innholdet i samhandlingsrelasjonen skulle dermed bidra til å endre skjermingsmetodens meningsbetydning og redusere spenningsforholdet mellom behandling og straff. Personalet fortalte samtidig at det i praksis kunne være vanskelig å skille disse to aspektene. Ledelsen oppga også at det kunne være vanskelig å få bukt med personalets bruk av grensesetting og skjerming på en hardhendt, diskrediterende og straffende måte for å sikre at pasientene var rolige eller fulgte postens regler. Det straffende preget ble også beskrevet som et problem:

Jeg er så glad du spør om dette da det er mange som ser på skjerming som straff, og det vil jeg ikke at det skal være. (...) Det er vel de som selv legger opp til straffeopplegg for pasienten, som ser skjerming, som bruker det som et sånt middel, (pause) og det er en skikkelig utfordring vi har, å ta det opp på personalmøtet og snakke om hvordan vi vil at skjerming skal være.

Ledelsens oppfordringer var imidlertid ikke tilstrekkelig for å forhindre at grensesetting og skjerming ble brukt på en straffende måte. Det samme problemet fantes på post B. Vatne (2003) beskriver også i sin studie fra en annen akuttpost at det kunne være vanskelig for sykepleierne å knytte grensesetting til omsorg og et anerkjennende perspektiv på pasienten. Dette skaper et spenningsforhold i yrkesutøvelsen. Problemet gjenspeiles i en sykepleiers fortelling på post A:

De er ikke så klare på å sette grenser. For det å kunne sette grenser på, hva skal jeg si, en human og rolig og høflig måte, på en måte, det er utrolig viktig. For det har så mye å si hvordan du tiltaler pasienten, og hvordan pasienten føler seg forstått. (...) Her er det hele tiden en vurderingssak, og den vurderingen lærer du ikke i løpet av et par uker. Det kan ta flere år, og i tillegg er de veldig usikre på hvordan de skal sette grensene, og blir veldig uklare i det de sier. Når du er uklar i kroppsspråket ditt, så blir jo pasienten urolig. Det er ikke lett å sette grenser, det er kjempevanskelig.

På begge postene strevde man med å snu miljøterapien om grensesetting fra kustodielle praksiser til å samsvare med mer optimistiske behandlingsidealer.

Den grensesettende, korrigerende og regelorienterte skjermingsideologien på post A stod også i forholdsvis skarp kontrast til legenes vektlegging av frivillighet og fortolkning av pasientens indre mening med situasjonen ute på den åpne delen av posten (se pkt. 5.7). Legenes behandlingsforståelse endret seg i møte med skjermingsrommet, hvor de ble mer opptatt av kontroll av pasientens ytre atferd og bruk av regler som behandlingsmetode ut fra mer pessimistiske og kustodielt liknende bilder av pasientene. Mulige forklaringer på dette fenomenet kan være at skjerming utgjør en klinisk kunnskapstradisjon hos legene – de blir sosialisert inn i postenes lokale skjermingsforståelse. Flere leger hadde jobbet som ekstravakter før og under medisinstudiet og var preget av den tidligere sosialiseringen til psykiatrien som ufaglærte. Som Goffman beskriver (1963) gjenspeiler den kliniske psykiatrien ofte sykehusinstitusjonens strukturelle og praktiske utforming. Disse omgjøres så til profesjonelle kunnskapsformer. Legenes begrensede tilstedeværelse på skjermingsrommet og psykiatriens diffuse kunnskapsgrunnlag førte også til at legene ble svært åpne for miljøpersonalets fortellinger om de skjermede pasientene (jf. Belknap 1956, pkt. 3.4 og 3.4.3).

Skjermingsmetodens nære tilknytning til den døgkontinuerlige pleien av pasientene gjorde også at legene ofte vurderte skjermingsmetoden i forhold til om denne bedret miljøpersonalets arbeidssituasjon. I likhet med det som fremkom i Olofssons (2000) studie om legers syn på tvang, ble legenes syn på skjerming preget av deres lojale og empatiske holdninger til miljøpersonalets arbeidssituasjon. Uro- og utageringsproblemet førte også til at legene aksepterte en mer kustodiell tilnærming hos miljøpersonalet. Det ble viktigst å opprettholde ytre ro på skjermingsrommet, selv om dette brøt med en mer optimistisk, psykodynamisk behandlingsforståelse av pasientene og behandlingen.

Lege: Optimalt sett så tenker jeg at personalet skal drive en del forlengelse av det som foregår i timene med legen. Altså, sykepleier er med, og hvis man da på en måte får fatt i noe av det som er kjerneproblemet til den pasienten. (...) Det er samtaler som krever en god del kunnskap. Jeg tror nok at hvis man ikke er obs på det, så kan det å være sykepleier på en sånn avdeling som det her, dreie seg veldig mye om atferd og symptomer. Altså, når pasienten har angst, så ringer vi legen og spør om han skal ha beroligende medisiner. Pasienten er utagerende, vi må komme og kontrollere den. Det kan fort bli veldig sånn. Reidun: At de blir opptatt av atferden? Lege: Ja, og ikke å forstå atferden. Ikke forstå hva som ligger bak, og på en måte gå bak atferden og prøve å hjelpe pasienten til å forstå hvorfor det er som det er. Det tenker jeg. Optimalt

sett så skal det være sånn. Reidun: Mens de må være mer praktisk orientert også, for å få avdelingen til å gli? Altså, de blir opptatt av atferden i den forstand om det er ro i avdelingen eller ikke? Lege: Ja, og det er klart at det må de være. Jeg tenker jo at jeg har en mye mer takknemlig jobb. Jeg sitter ikke på skjermet syv timer hver dag. Jeg kan tenke meg at det er grusomt slitsomt. Jeg kjenner ikke på trusler og utageringer, og sånt. Jeg kommer innom, og det er på en måte en litt sånn høytidsstund. Nå er legesamtalen, da skjerper pasienten seg. Utagering skjer forferdelig sjeldent da. Er det noe som blir ømtålig, så kommer utageringen etterpå. Så jeg skjønner veldig godt at de er veldig opptatt av det.

Legenes bilde av personalets vanskelige arbeidssituasjon gjenspeilte delvis miljøpersonalet opplevelser, men miljøpersonalet fremhevet også at det å sitte på skjermet avsnitt kunne være preget av rolige perioder, og at møtet med pasientene kunne oppleves berikende og faglig interessant. Det positive aspektet ved relasjonen til pasientene og miljøpersonalets opplevelser av dilemmaer i tiknytning til tvangspraksis kunne dermed bli underfokuset. Legene kunne da overidentifisere seg med de problematiske aspektene i pleiearbeidet. Samtidig kunne det være vanskelig for legene på begge poster å vektlegge en alternativ, frivillig behandlingstilnærning til urolige pasienter da ønsket fra miljøpersonalet om kontroll og tvang var sterkt i slike situasjoner (se pkt. 10.5.2 og Wynn 2003).

6.4.3 Skjerming som beskyttelse og støtte

Som på post A var skjermingsideologien på post B preget av det medisinske perspektivet på skjerming og tenkningen om stimulireduksjon. Samtidig hadde denne posten valgt et annet faglig ståsted for miljøterapi (se pkt. 5.7), et syn som gjenspeilte seg i postens formelle og uformelle skjermingsideologi. I tillegg til inspirasjonen fra Gunderson (1978) hadde posten hentet ideer fra en mer eksistensiell, humanistisk tenkning om skjerming (se Holte 2000, 2003 og pkt. 4.5.1). Som ved de andre skjermingsideologiene tenker Stensland Holte at skjermingsmetoden skal avhjelpe pasientens angst ved hjelp av fysisk avskjerming. Han kritiserer imidlertid den medisinske skjermingsideologien for å være for reduksjonistisk, regelorientert og paternalistisk. Den tidlige "vokterrollen" skal erstattes av "omsorgsrollen" som vektlegger nærhet og forståelse for pasientens indre verden, basert på dialog. Pasientens psykiske problemer gjør samtidig at man må utøve en mild paternalisme.

Selv om post B ikke brukte alle aspekter ved de profesjonelle bidragene, førte disse likevel til at postens lokale skjermingsideologi var preget av det jeg kaller en *beskyttende og støttende skjermingsideologi*. Denne lokale skjermingsideologien preget mange i personalgruppen. Det var noen som støttet seg til skjerming som regelbasert grensesetting, men disse synspunktene fikk sjeldnere gjennomslag.

På posten skulle skjerming i hovedsak benyttes overfor pasienter med psykotisk og manisk tilstand. Pasientens skjermingsbehov ble også definert gjennom spesifikke kriterier for å skjerme og å løse opp skjerming, utarbeidet gjennom skjermingsprosjektene på posten. Man hadde også forsøkt å utarbeide mer konkrete behandlingskriterier for skjerming enn lovens kriterium om ”sterk uro”, da urokriteriet ble opplevd som for diffust (se pkt. 4.6). Bruk av skjerming ble avgrenset til pasienter med sterkest grad av symptomer og lavest funksjonsnivå, operasjonalisert ved en GAF-score på under 30.¹⁰ Posten hadde også utarbeidet kriterier for oppløsning av skjerming for å hindre langvarig skjerming dersom det ikke var behandlingsmessig grunnlag for dette: ”Skjerming vurderes opphevet når pasienten er i en slik tilstand at en oppnår god kontakt, at pasienten har tilstrekkelig kontroll over egen atferd samt at vedkommende kan forholde seg til enkle avtaler.” Skjermingskriteriene skulle forhindre at pasientene ble værende på skjermet rom når metoden ikke lenger hadde noen direkte behandlingfunksjon.

Skjermingsmetodens behandlingmessige funksjon skulle være ”beskyttelse” og ”støtte” overfor redde og dårlige pasienter. I likhet med skjermingsideologien til post A, skulle metoden også her gi pasienten trygghet ved tettere oppfølging fra personalets side. Beskyttelsen skulle også forhindre at pasienten blamerte seg ute på posten. Trygghet skulle imidlertid i mindre grad gis ved ytre kontroll med ”stramme rammer” og grensesetting, derimot mer ved personalets nærvær. Personalet fremhevet ofte at de skjermet fordi ”pasienten trenger å ha noen inne hos seg”. Eller som beskrevet i rapporten: ”Urolig og utrygg med en gang personalet er vekk fra han.” Personalet på post B vektla altså i større grad trygghet gjennom nærvær enn struktur.

¹⁰ GAF står for Global Assessment of functioning (norsk: global vurdering av funksjonsevne). Bruk av GAF innebærer at posten vurderer en pasient ut fra et GAF skåringsskjema som skal gi en oversikt over pasientens symptombilde og psykososiale fungering (Stiftelsen Psykiatrisk Opplysningsfond 2001).

Som i Ullevål-modellen og på post A definerte miljøpersonalet ofte dagens skjerming som det å måtte være inne på et fysisk avgrenset skjermingsrom sammen med personale: ”Hvis de bare får være på rommet, så blir det definert som skjerming.” Den fysiske innelukkingen skilte skjerming fra andre tilsynsmetoder som fotfølging og fast vakt for pasienter som kunne gå fritt rundt på posten. Hvis pasienten kunne være sammen med andre pasienter, var vedkommende i prinsippet ikke skjermingstrengende. Vektleggingen av fysisk innelukking hadde sammenheng med skjermingsmetodens tilknytning til stimulireduksjonen. På samme tid som posten ville redusere lengden på skjerming, var det noen ansatte som tenkte at skjerming måtte foregå over en viss tid for å ha effekt. En lege uttalte: ”Jeg opplever mer at pasienten har en profitt av skjerming når det er en kontinuitet i skjermingen over en viss tid.” Posten kunne dermed i noen skjermingssituasjoner innstille seg på og forvente et lengre skjermingsforløp. Dette medvirket muligens til at skjermingsforløpene på posten kunne bli lange (se pkt. 8.2).

Skjermingsideologien på post B innebar et annet syn på hvordan personalet skulle samhandle med pasientene. Det var få regler vedrørende kommunikasjon og få anvisninger om særskilte samtaleteknikker overfor skjermingspasientene. Selv om personalet nevnte det å begrense og forenkle samtalen, fantes det ingen regler om å bruke avstand, taushet og styrte korreksjoner overfor pasientene. Dette medvirket trolig til at kommunikasjonsformene på skjermingsrommet ble forskjellig på de to postene (se pkt. 9.3.3).

Ideologien om skjerming som behandling og kontroll har likhetstrekk med de tidligere beskrevne ideologiene. Personalet på post B hadde samtidig noe annerledes bilder av pasientens menneskelige natur og sosiale selv. På denne posten kunne også pasienten bli forstått som å være uten indre kontroll og utprøvende. Det ble imidlertid lagt langt større vekt på pasienten som ”engstelig” og ”redd” på grunn av sin indre psykiske tilstand. Pasientens angst kunne føre til utagering. Skjermingsideologien var imidlertid i mindre grad preget av generelle, pessimistiske bilder av skjermingspasienten. Holdningene til skjermingspasientene fremstod også som mer differensierte i forhold til den enkelte pasient og skjermingssituasjon på post B. Dette gjorde at bildet av skjermingspasientene var mer preget av tillit. Den oppfatningen at pasientene på skjermingsrommet ofte var så dårlige at de ikke var i stand til å tåle en

mer konfronterende, grensesettende og korrigerende behandlingsform, var også sterkere, og man var mindre opptatt av å benytte ansvarliggjøring overfor skjermingspasientene. De underliggende bildene av pasientene bidro til å nedtone kontrollaspektet og spenningen mellom behandling og kontroll. Grensesetting, ansvarliggjøring og bruk av avtaler kunne imidlertid bli aktualisert ved maniske tilstander eller urolig atferd og skape tilsvarende spenningsforhold som på post A.

Forskjellene på de to skjermingsideologiene påvirket personalets rammeforståelse av skjerming som en ”kontrollsituasjon” eller som en ”omsorgssituasjon”. Denne forskjellen i definisjon av skjermingssituasjonen fikk stor betydning for relasjonen til pasientene og tilnærmingen til pasientene på skjermingsrommet.

6.4.4 Skjerming som voldsreducerende og sikkerhetsmessig tiltak

Som påpekt i mange samfunnsvitenskapelige studier er samfunnsutviklingen kjennetegnet av en stadig økende vektlegging av risiko og sikkerhet (Giddens 1991, Beck 2005/1986). Dette gjelder også sosial- og helsesektoren. Selv om sikkerhetsdimensjonen alltid har utgjort en viktig side ved psykiatrien og de lukkede rommene (Blomberg 2002, pkt. 4.2.1), har flere bidrag fremhevet at det har vært en økende sikkerhetsfokusering innenfor psykiatrien i de senere årene (bl.a. Wifstad 1991, Laurance 2003). Gjennomgangen av faglitteratur om skjerming viser også at skjermingsmetoden i økende grad har blitt relatert til volds- og sikkerhetsaspektet det siste tiåret (se pkt. 4.5.1). Denne utviklingen kan gjenspeile mer overordnede samfunnstrender. Wifstad (1991:4) mener også at den økte fokuseringen på sikkerhet og vold på akuttposter skyldes at tenkningen på sikkerhetspostene har forplantet seg til akuttpostene. Han mener at den økte vektleggingen av sikkerhetstiltak gjør at behovet for kontroll og kontrolltiltak på sykehuspostene øker, også på en uheldig måte. I hvilken grad var skjermingsmetoden knyttet til sikkerhets- og voldsaspektet på de to postene jeg besøkte, og hvordan påvirket dette aspektet skjermingsmetodens betydning for spenningen mellom behandling og kontroll?

På begge akuttpostene ble skjermingsmetoden relatert til spørsmålene om vold og sikkerhet. Det var også utviklet flere sikkerhetsrutiner og sikkerhetstiltak på postene. Likevel var synet på vold og sikkerhet ulikt og påvirket skjermingsmetodens

kontrollfunksjon på forskjellig vis. Selv om post B ofte snakket om problemer med utagering på posten, hadde post A en sterkere ideologisk fokusering på faren for vold og viktigheten av sikkerhet. Sikkerhetsforanstaltningene gjennomsyret også den arkitektoniske utformingen av det nye skjermingsavsnittet. Fokuseringen på sikkerhet kom til uttrykk i utsagn fra ledelse og miljøpersonale: ”Man må tenke sikkerhet hele veien.” Vektleggingen av sikkerhet gjenspeilte avdelingskulturens mer pessimistiske bilder av pasientene som (potensielt) utagerende. I tillegg synes det som struktur- og grensesettende skjermingsideologien var nærmere knyttet til sikkerhetstenkningen enn den beskyttende og støttende skjermingsideologien på post B. Det var også en større organisatorisk nærhet mellom sikkerhetsavdelingen og akuttavdelingen ved sykehuset som påvirket tenkningen på posten. Personalet sammenliknet ofte pasientene på akuttpostene med pasientene i sikkerhetsavdelingene. Det var også større diskusjon om ulike metoder for sikkerhetskontroll på posten.

I personalets diskusjoner om sikkerhet ble spenningen mellom behandling og kontroll ofte fremtredene. Denne tendensen samsvarer med Laurances (2003) studie.

Personalet på både post A og post B fremhevet at det var vanskelig å balansere sikkerhetshensyn med en tillitsbasert sykepleie. For mye sikkerhetsfokusering kan reduserte kvaliteten på pasientomsorgen. Denne spenningen ble utdypet i et gruppeintervju på post A i forbindelse med forslag om å innføre bruk av detektor på posten fordi en pasient hadde tatt med seg kniv inn der. Dette sier en sykepleier:

Det er vel noe med det at behandling og sikkerhet, det er ikke alltid sånt som går hånd i hanske. Det går ofte på tvers av hverandre. Så man må på en måte finne en gyllen middelvei der, for at hvis vi skal få folk bedre så kan vi ikke kun tenke sikkerhet. Da klarer vi ikke å behandle folk. Så man må finne en gyllen middelvei, hvor vi føler oss sikre og hvor vi likevel klarer å behandle folk på et ordentlig vis. Det er en balansegang, og den er vanskelig.

På post B var skjermingsmetoden samtidig mindre relatert til sikkerhetsideologien enn post A. Flere ansatte uttrykte, i likhet med noen sykepleiere på post A, motstand mot å overføre volds- og sikkerhetstenkningen fra sikkerhetsavdelingene til akuttpostene. De mente det ikke passet for deres pasientbelegg og at for kraftig fokusering på vold og sikkerhet kunne skade behandlings- og omsorgsrelasjonen til pasientene. Personalet ga også i større grad uttrykk for bekymring over at pasientene opplevde sikkerhetstiltakene som krenkende, for eksempel det å måtte spise middag med

plastbestikk. Slik potensiell krenkelse førte til at personalet i visse situasjoner forsøkte å redusere de rutinebaserte sikkerhetsforanstaltningene, for eksempel ved å bruke vanlig bestikk og tallerken til middag. Denne praksisen ble begrunnet med at ”man kan vurdere litt, en rolig og innadvendt pasient kan eventuelt spise med vanlig bestikk”. Posten valgte dermed mer differensierte sikkerhetsløsninger overfor den enkelte pasient, basert på mer differensierte bilder av pasientene. Dette var også lettere å gjennomføre fordi man hadde separate skjermingsrom. Å utvide pasientens handlingsrom gikk ofte bra og førte til mer tilfredshet hos pasientene. I noen situasjoner førte imidlertid tilgangen til materielle gjenstander at pasienten brukte disse mot personalet i konfliktsituasjoner, for eksempel dobørsten.

6.5 Avslutning

I dette kapitlet har jeg diskutert behandlingssidealene på de to postene samt behandlingstenkningen om skjermingsmetoden. Jeg har vist at postene hadde dels like, dels ulike skjermingsideologier. De ulike lokale ideologiene fikk betydning for lokale forskjeller i synet på skjermingsmetoden. Begge poster var sterkt influert av stimuliideologien. Post A var mest preget av skjerming som struktur, grensesetting og korrigerende samt som voldsforebygging og sikkerhetstiltak. Post B benyttet i størst grad beskyttelses- og støtteideologien.

Skjermingsmetoden var preget av optimistiske behandlingssidealer. I beskrivelsene skimtes imidlertid en spenning mellom behandling, kontroll og tvang, særlig knyttet til ideologien om skjerming som struktur, grensesetting og korrigerende. Som den helsepolitiske debatten, viste også personaldiskusjonen en spenning mellom personalets positive opplevelse av skjermingsmetoden og pasientens protester. Dette spenningsforholdet blir tydeligere når vi ser på samhandlingen inne på skjermingsrommet i kapittel 9 og pasientenes uttalelser i kapittel 11.

7 Organisering av skjerming på postene

7.1 Innledning

Flere bidrag i den tidligere sykehusdebatten har forklart sykehusenes spenning mellom behandling og kontroll som resultat av sykehusenes strukturelle og organisatoriske utforming (se pkt. 3.3.1). Den organisatoriske utformingen, ofte i form av en total institusjon med kustodielt preg, stod i motsetning til optimistiske behandlingssideologier, og vanskeliggjorde de profesjonelles muligheter til et mer humant og aktivt behandlingsarbeid (Belknap 1956).

I dette kapitlet vil jeg belyse skjermingsmetodens betydning og spenning mellom behandling og kontroll ved å se på den strukturelle og organisatoriske utformingen av skjerming på postene. Det foreligger per i dag få systematiske undersøkelser av skjermingsorganisering på akuttposter (se pkt. 2.0), og de som finnes, har for det meste beskrevet skjerming avsnitt (Reinholdtsen 1997, Vatne 2003, Karlsson 2004). Jeg vil se på om det foreligger et språk mellom behandlingssidealene og den faktiske organiseringen av skjerming på postene som kan forklare skjermingsmetodens spenning som behandling og tvang. Dette innebærer også spørsmålene om skjermingsrommets likhet med de tidligere rommene innenfor institusjonen og pasientens sosiale og moralske status på skjermingsrommet.

7.2 Skjermingsrommet arkitektoniske og interiørmessige utforming

Et viktig aspekt ved skjermingsmetodens strukturelle og organisatoriske utforming er dens nære tilknytning til institusjonens sosiomaterielle struktur. Østerberg (1982) fremholder at materielle strukturer er en viktig side ved samhandlingsformene, og inngår i handlingens meningssammenheng: ”Men samfunnet er ikke bare en sosial, men en sosiomateriell virkelighet.(...) Handlings- og atferdmønstrenes meningssammenhenger utgjør en sosiomaterie for så vidt som de er sammenvevet med materiellstrukturene” (Østerberg 1982:136). De romlige og sosiomaterielle sidene ved skjermingsrommet bidro på samme vis til å gi skjermingsmetoden dens sosiale mening. Den fysiske utformingen av skjermingsrommene la også en viktig

ramme for maktrelasjonene inne på skjermingsrommet, og påvirket pasientens opplevelser av skjerming (se pkt. 11.5.6). I tråd med Goffmans (1961:248–250) beskrivelse av institusjonen utgjorde skjermingsrommets fasiliteter viktige sosiale symboler som bidro til å understøtte den sosiale og moralske karrieren til pasienten og vedkommendes sosiale identitet. Den arkitektoniske og interiørmessige utformingen av skjermingsrommet var nært forbundet med postenes kontrollpraksiser og spenning mellom behandling og kontroll (jf. Foucault 1999b, Sørensen 2006, se pkt. 3.3.1).

De to postene hadde organisert skjermingen forskjellig. **Post A** var inndelt i *et åpent avsnitt og et skjermet avsnitt* adskilt av dør med et glassvindu. Det skjermede avsnittet bestod av tre pasientrom med dusj og toalett. Det var også en gang med plass til to–tre personalstoler, et lagerrom for pasienteiendeler, en dagligstue med liten hage, et røykerom og belterom med vindu i døren. I tillegg til det skjermede avsnittet kunne de to nærmeste pasientrommene ute på åpent avsnitt benyttes som ”lett-skjermingsrom”.

Post B bestod også av en åpen del og av skjermingsrom. Skjermingsrommene utgjorde imidlertid *to separate skjermingsromenheter*. Begge lå forholdsvis nær vaktrommet, selv om det ene var plassert i ytterkanten av avdelingen og lå mer isolert. Hver skjermingsromenhet bestod av tre rom; et lite soverom, en stue og et bad. Et rom hadde egen hage. Det var ingen felles oppholdsrom for skjermingspasientene slik det var på post A. Rommene hadde vanlig dør slik at man ikke kunne se ut av eller inn på skjermingsrommet. Dette gjorde det mer vanskelig å få innsyn enn på post A.

På postene kunne skjermingsrommene omgjøres til vanlige pasientrom dersom personalet ikke anså noen av pasientene som skjermingstrengende. Dette gjaldt særlig post B som kunne ha lengre perioder uten pasienter som ble skjermet. Skjermingsorganiseringen på post B ga en mer fleksibel bruk av postens rom.

Som beskrevet i forrige kapittel førte stimuliideologien til den oppfatning at skjermingsrommet skulle ha en bestemt interiørmessig utforming (se pkt. 6.4.1). I tillegg skulle skjermingsrommet ivareta sikkerhetsmessige hensyn. Denne tenkningen gjorde at skjermingsrommene var annerledes enn den åpne delen av postene. På post A var det skjermede avsnittet holdt i helt lyse farger, mens den åpne posten hadde mer fargerike rom. Det skjermede avsnittet hadde ikke bilder på veggene eller andre

pyntegjenstander. Oppholdsrommene fremstod derfor som forholdsvis hvitt og nakent til tross for nytt interiør. Pasientrommene var på samme vis hvite og svært sparsommelig møblert. Det var også mye bruk av glass. Dette ga det skjermede avsnittet et gjennomsiktig preg. Også på post B var skjermingsrommene malt i lyse farger og var uten pyntegjenstander og bilder. På det skjermede avsnittet på post A var det i tillegg et helt nakent belterom med vindu inn fra gangen slik at alle kunne se rommet. Sengen stod alltid ferdig oppredd med belter. Post B oppbevarte derimot beltesengen i kjelleren og flyttet den opp ved behov. Det var ikke TV, radio eller CD-spiller på skjermingsrommene på noen av postene. På rommene var det også visse sikkerhetsforanstaltninger, mest systematisk gjennomført på post A.

På begge poster bidro arkitekturen og interiøret til å understreke det åpne avsnittet og skjermingsrommets ulike sosiale preg. De utgjorde viktige sosiale symboler som formidlet informasjon til pasientene om deres sosiale identitet. Utformingen bidro til å befeste skjerming som en omsorgssituasjon eller en tvangssituasjon, for eksempel gjennom belterommet (se pkt. 11.5.6). Rommenes ulike sosiale betydning ble også understreket av de ulike samhandlingsformene. De åpne avsnittene var området for sosialt samvær og prat. Stemningen ble understreket av vanlige møbler, glade farger og tilgang til TV og radio. Rommenes forskjellighet bidro til å befeste dem som to ulike ”sosiale verdener” og til å underbygge den ulike sosiale og moralske statusen pasientene hadde der (Goffman 1961, se også pkt. 3.3.1).

7.3 Den lukkede døren: Skjermingsrommet blir et lukket rom

Goffman (1961: 4–12) mener at et sentralt trekk ved den totale institusjon er isolasjonen mot omverden og den manglende muligheten til å bevege seg fritt (se også pkt. 3.4.3). Dette trekket ved institusjonen var tydeligst ved isolatet. Også Jönsson (1998) fremhever at døren og låsen bidrar til å prege rommets sosiale betydning og funksjon. Dette gjenspeiles også i skjermingsmetoden. På begge poster var det vanlig å holde døren til skjermingsrommet låst eller lukket hele tiden.¹¹ Den fysiske innelukkingen ble understøttet av at skjermingspasientene ofte hadde status ”ikke

¹¹ Ut fra egen erfaring vil jeg si at en slik praksis kan være noe annerledes på andre akuttposter. Der veksler man i større grad mellom åpen og lukket dør til skjermingsrommet etter pasientenes tilstand. Det mangler imidlertid oversikter over akuttpostenes praksis på dette området på landsbasis.

utgang”, eller ”utgang med følge”, det vil si at de fikk begrensede turer på området. Senere i skjermingsforløpet kunne det forekomme hjemmebesøk med følge. Det var imidlertid svært sjelden at en pasient fritt kunne bevege seg ute på posten eller utenfor institusjonen under skjerming.

På post A benyttet man nøkkelkort. Dette innebar at kun personalet kunne gå fritt ut og inn av skjermingsrommet. Skjermingspasienten måtte ha tillatelse fra personalet og låses ut fra skjermet avsnitt. Vinduene var holdt låst slik at pasientene ikke kunne rømme gjennom disse. På post B var dørene til skjermingsrommene i prinsippet ikke låst, men lukket. Vinduene kunne i visse tilfelle åpnes dersom pasienten ønsket dette, og det ble vurdert som forsvarlig. Mangel på utsikt gjennom døren ga rommet et tydeligere preg av sosial isolasjon og stimulireduksjon fordi man i liten grad så medpasienter og annet personale. Dersom pasienten ofte forsøkte å gå ut av skjermingsrommet, kunne personalet låse døren mens de selv var inne på rommet for å lette det praktiske arbeidet med pasienten. I praksis var det dermed heller ikke mulig for skjermingspasientene å forlate skjermingsrommet uten tillatelse fra personalet. Og dersom en pasient nektet å gå inn på skjermingsrommet etter en tur ute på posten, kunne det føre til at vedkommende ikke fikk komme ut av skjermingsrommet igjen eller ble ført tilbake til skjermingsrommet med verbal eller fysisk makt (se pkt. 9.2.4).

Den låste eller lukkede døren reduserte pasientenes muligheter for sosial deltakelse i vanlig sosialt liv. Lukkingen bidro dermed til at skjermingsmetoden tok form av sosial isolasjon eller en sosial marginalisering av pasienten som likner isolatrommets funksjon i større grad enn det behandlingsideologiene fremhever. Det isolerte preget ble forsterket ved at skjermingsrommet også utgjorde det Goffman (1963:228) kaller ”det forbudte området” innenfor institusjonen, hvor man ikke kan bevege seg fritt. Andre pasienter og pårørende (med sjeldne unntak) hadde ikke tillatelse til å gå fritt inn på rommet. Innelukkingen og den sosiale isolasjonen bidro til å forsterke skjermingspasientenes særegne sosiale og moralske rolle.

På begge poster førte denne skjermingsorganiseringen også til at pasientene i praksis var holdt fysisk innesperret. Skjermingsmetoden ble dermed i praksis en tvangsmessig frihetsberøvelse i det øyeblikk pasienten ønsket å komme ut av skjermingsrommet, men ble nektet dette. Den låste døren bidro til å gjøre skjermingen til en potensiell

makt- og tvangsform på strukturelt nivå (se pkt. 3.2.2). Tvangspreget ble forsterket av at mange av skjermingspasientene ofte også ble utsatt for annen tvangsbruk (se pkt. 8.4.2). Selv om deres subjektive opplevelse av innelukkingen og den sosiale isolasjonen varierte, var den strukturelt nedfelte innelukkingen på skjermingsrommet den viktigste årsaken til pasientens opplevelse av skjermingen som fengsel og til deres protest mot skjerming som tvang (se pkt. 11.4).

7.4 Sammensetning og bruk av personale

I den tidligere sykehusdebatten fremholdt blant annet Belknap (1956, se også pkt. 3.4 og 3.4.3) at personalorganiseringen var et sentralt aspekt som påvirket spriket mellom sykehusets behandlingsidealer og faktiske praksis. Behandlingsdimensjonen ble ofte redusert ved at det var få profesjonelt utdannede og flest ufaglærte nærmest pasientene. Isolatrommet var i tillegg kjennetegnet ved fravær av personale slik at pasienten ble overlatt til den totale ensomhet. Hva kjennetegnet så skjermingsrommets sammensetning og bruk av personale, og hvordan påvirket dette skjermingsmetodens spenning mellom behandling og kontroll?

En viktig side ved skjermingsmetoden som skulle adskille den fra isolatet, var den kontinuerlige tilstedeværelsen av personale inne på skjermingsrommet (pkt. 4.4.2). På de to akuttpostene var det også vanlig at personalet satt kontinuerlig inne på skjermingsrommet. Tilstedeværelsen av personalet var mest fremtredende på post B hvor personalet satt inne på samme rom som pasienten og ikke på gangen som på post A (pkt. 9.2). Tilstedeværelsen av personale var på post A kjennetegnet ved at vanligvis tre til fire ansatte i løpet av døgnet byttet på å sitte inne på skjermet avsnitt en time av gangen. I prinsippet skulle det av sikkerhetshensyn alltid sitte to personer sammen. I perioder kunne det, ved uro, være tre personer på skjermet avsnitt. På post B byttet vanligvis to til tre personer på å sitte inne en time av gangen på hvert skjermingsrom. Vanligvis satt kun én person på hvert skjermingsenhetsrom. Dersom pasienter var urolige eller utagerende, kunne det sitte to personer på rommet. I likhet med post A økte man antall personer inne på skjermingsrommet til man hadde kontroll over situasjonen. På begge poster kom også andre fra personalgruppen innom for en kort periode dersom skjermingspersonalet hadde andre gjøremål. Gjennom en dag kunne det derfor være mye personale innom skjermingsrommet.

På begge poster ble det benyttet både sykepleiere, hjelpepleiere og ekstravakter inne på skjermingsrommet. Man tilstrebet bruk av faste primær- og sekundærkontakter for pasientene, og man forsøkte også å ivareta personalets ønsker med hensyn til hvor de helst ville være. Pasientene hadde på sin side i liten grad mulighet for å velge miljøkontakt og lege. Personalsammensetningen varierte fra vakt til vakt. Post A hadde i liten grad formulert retningslinjer for bruk av personale inne på skjermingsrommet. Andelen ekstravakter var forholdsvis stor. På post B var det en uttalt målsetting at fagutdannet personale skulle sitte inne på skjermingsrommet da skjerming ble ansett som en av de mest krevende oppgavene på akuttposten. En sykepleier uttalte: ”Bytter på, helst færrest mulig da. Prøver å få til det, og helst primærkontakter hvis de er tilstede, og helst fagpersoner.” Bruk av faglærte skulle også ivareta informasjon til pasienten. I prinsippet skulle man unngå at ufaglærte eller uerfarne satt mye alene på skjermingsrommet. Dette ble ifølge personalet fulgt til en viss grad, selv om det i observasjonsperioden også var flere ufaglærte ekstravakter alene på skjermingsrommene. Denne tendensen var særlig tydelig på kveld, natt og helg. Bruk av ekstravakter inne på skjermingsrommet var aktuelt når det faglige utdannede personalet deltok på postens mange møter. Ekstravaktene ble da ofte eneste personale igjen på posten og på skjermingsrommet.

I likhet med andre undersøkelser var kjønn en viktig side ved utformingen av skjermingsmetoden (jf. Vatne 2003:175f). På begge poster ønsket man å bruke både mannlig og kvinnelig personale inne på skjermingsrommet. I tilfeller med svært urolige eller potensielt voldelige pasienter, var det imidlertid en tendens til at menn, uansett utdanning, ble brukt. Behovet for menn, og da gjerne mannlige ekstravakter, gjorde at de mer profesjonelle behandlingsidealene kunne bli tilsidesatt. Begrunnelsen var at fysisk styrke var nødvendig for å sikre sosial orden på posten og trygghet for personalet. Flere av de ansatte på post B ønsket imidlertid å komme bort fra tendensen til kun å bruke mannlig personale overfor urolige pasienter fordi dette forsterket tendensen til å skape ”mannssamfunn” på skjermingsrommet. Forsøket på å få inn kvinner kan fortolkes som postens forsøk på å redusere skjermingens kustodielle preg, siden menn lettere fikk en vokterliknende funksjon (se pkt.10.4.1). Posten opplevde imidlertid at ønsket om bruk av kvinnelig personale på skjermingsrommene var vanskelig å imøtekomme fordi kvinnene trakk seg unna fysisk urolige pasienter hvis det var fare for å bli slått eller sparket (jf. Wynn 2003). En sykepleier uttrykte seg

slik: ”... og er du ikke over med pishen, så er det bare menn igjen. Og det er vi ikke særlig glad i.”

Legene og miljøpersonalet var de mest sentrale yrkesgruppene når det gjaldt bruk av skjermingsmetoden på postene (Wynn 2003:455, se også pkt. 1.3.1). Øvrig behandlingsspersonale var i liten grad benyttet under skjerming. På post B ble aktivitør, sosionom og psykolog mer benyttet. Det tverrfaglige teamet økte bredden i de aktive behandlingstiltakene på skjermingsrommet, selv om disse også var begrenset. Selv om legene var sentrale beslutningstakere ved bruk av skjerming, og dessuten samtalte med pasienter inne på skjermingsrommet, hadde de en mer perifer rolle enn miljøpersonalet. Skjermingsmetoden utgjorde i relativt liten grad en eksplisitt medisinsk behandlingsmetode som legene diskuterte seg imellom. Som en lege uttrykte det: ”Det (skjerming) er ikke så mye tema på legemøtene.”

Miljøpersonalet fikk derfor en sentral betydning for den praktiske utformingen av skjermingen. En ekstravakt bekreftet også min oppfatning av legenes noe mer perifere rolle ved å svare følgende: ”Her inne er det oss som styrer.” På begge poster var legene også forholdsvis lite tilstede inne på det skjermede rommet. Dette var mest merkbart på post B grunnet dårligere legedekning og mindre systematisert organisering av legenes rolle på skjermingsrommene enn på post A, der legene hadde hyppigere behandlingssamtaler med skjermingspasientene de hadde ansvaret for. I tillegg forsøkte post A å gjennomføre en ordning hvor (over-)legene gikk innom skjermet avsnitt morgen og ettermiddag for å snakke med personalet og gi råd og støtte. Legenes tilstedeværelse ble opplevd positivt av miljøpersonalet. Deres samtaler med skjermingspasientene var likevel – på begge poster – begrenset. Legenes tilbaketrukkede rolle førte til at skjermingspasientene, særlig på post B, kunne ha dager uten samtale med lege, eller at legesamtalen var svært kort. Dette fraværet av legenes direkte arbeid med pasientene bidro til å redusere skjermingsmetodens behandlingmessige betydning, også for pasientene (pkt. 3.4.3 og 11.6).

Sammensetningen av personalet viser at profesjonaliseringen av sykehusene forplanter seg inn i skjermingsrommet ved bruken av flere profesjonelle sykepleiere (pkt. 4.4 og 5.3). I likhet med hva andre studier av akuttposter viser, var samtidig også skjermingsrommets virksomhet preget av ufaglærte (Vatne 2003, Reinholdtsen 1997). En slik praksis førte - som i asyltradisjonen - til at de ufaglærte med minst

vurderingskompetanse og beslutningsmyndighet fikk en sentral rolle i det direkte arbeidet med skjermingspasienten. I likhet med Reinholdtsen (1997) etterspurte de ufaglærte i større grad regler som støtte i arbeidet inne på skjermingsrommet som erstatning for profesjonell kompetanse (se også pkt. 10.6.1). Dette ønsket understøtter likheten med de kustodielle asylene. De ufaglærte hadde samtidig, som det øvrige personalet, ulike rollestiler (se pkt. 5.9.1). Ønsket om regler og kontroll kunne vel så mye bli fremmet av de profesjonelt utdannede. Noen pasienter fortalte også at ekstravaktene hadde en viktig betydning fordi de representerte kontakt med den sosiale verdenen utenfor. Deres menneskelige omsorg betydde også mye for pasientene. Dette bekrefter verdien av allmenne menneskelige omsorgsrelasjoner for behandlingssituasjonen (se pkt. 3.4.6). Ekstravaktene kunne bidra til å bekrefte pasientenes normale og verdige selv. Ulempen var at de ikke kunne arbeide profesjonelt og målrettet for å behandle og rehabilitere lidelsen. En pasient forteller:

Pasient: Jo man opplever at noen er veldig hyggelige, men så føler du at samme hva du snakker med dem om, så er de faktisk ikke kommet så langt (ler) i faget at de kan utnytte det til ens fordel. En ser noen ganger at det man har satt pris på i psykiatrien er de som bare kommer dit og som foreløpig ikke har noen særlig utdanning. Det er de som man i det hele tatt har følt at man kan holde ut litt. Reidun: Hva er det de har gjort for noe da? Pasient: Nei, de har vært menneske mot en i forhold til alle de andre.

Ekstravaktene hadde altså en mer nyansert rolle enn tidligere beskrevet. Samtidig stod bruken av dem i motsetning til sykehusenes målsetting og idealer om å drive akutt spesialisert behandling.

7.5 Informasjons- og beslutningsstruktur i forhold til skjerming

Som Goffman (1961:9) og Belknap (1956:80,170) skriver, er informasjons- og beslutningsstrukturen en viktig side ved institusjonens organisatoriske utforming, som påvirker sykehusenes behandlingsevne. Den påvirker også relasjonen mellom personalet og pasientene, pasientenes sosiale og moralske status og deres mulighet for å ha oversikt og kontroll over sin egen situasjon. Beslutningsprosessens betydning for isolatbruk er også påpekt av Mason (1997).

På samme vis fikk informasjons- og beslutningsstrukturen stor betydning for utformingen av skjermingsmetoden som behandling og kontroll. Utformingen av

informasjons- og beslutningssystemet fikk også stor betydning for postenes reflekseive prosesser og dermed for personalets responsivitet overfor pasientens opplevelse av skjerming og ønsker om å komme ut av skjermingsrommet (se pkt. 3.4.6 og 9.4.1).

På begge poster ble spørsmålet om pasienten skulle skjermes, i hovedsak vurdert og besvart av personalet, men ledelsen og legene var med på å treffe beslutningene om å skjerme eller å løse opp skjermingen på rapportmøtene. Siden ledelsen og legene deltok lite i den direkte behandlingen av skjermingspasientene, baserte deres beslutninger seg ofte på den informasjonen som miljøpersonalet presenterte på møtene. I likhet med hva Belknap beskriver (1956) (se også pkt. 3.4.3), førte også organiseringen her til at miljøpersonalets fortolkninger og beskrivelser fikk stor betydning for utformingen av skjermingsbehandlingen. Sykepleierne var samtidig mer delaktige enn tidligere. Som jeg skal vise i slutten av kapitlet, førte utformingen av beslutnings- og informasjonssystemet til at pasientens egne ønsker og vurderinger i liten grad inngikk i personalets refleksjoner over deres behandlings- og skjermingsbehov. Pasientenes tilbakemeldinger fikk ofte begrenset kunnskapsmessig og informasjonsmessig verdi. Pasientenes vurderinger ble også i liten grad trukket inn i beslutningene. Dette forsterket den allerede svake brukermedvirkningen ved skjerming utover de formelle klageordningene (se pkt. 5.7).

På post A var beslutningssystemet om skjerming basert på at vurderingene og beslutningene skulle gjøres av hele personaltemaet på posten under rapport- og behandlingsmøtene. "...også det at vi løser ikke opp hvis det ikke er et team. Team-jobbing er kjempeviktig." Teambeslutninger var særlig viktig ved oppløsning av skjerming, tvang eller restriksjoner – dette skulle ikke gjøres av enkeltindivider. Det var i noen grad tillatt at den enkelte ansatte strammet inn restriksjoner og skjermingsregimet til pasientene, men ikke å slippe opp: "Du kan godt stramme inn regler hvor det er en pasient som du merker blir dårligere, men du løser ikke opp." Hovedbegrunnelsen for at man ikke skulle løse opp regler, restriksjoner eller skjerming alene, var vurderingsaspektet i arbeidet. En leder uttrykte det slik:

Jo, fordi det er ikke noen vurdering du klarer å ta alene. Det trengs flere vurderinger på det, det trengs en lege med i bildet, som har hatt en inngående legesamtale med pasienten, og flere personell som kan komme med sine observasjoner. For det er kjempevanskelig å vurdere pasienten. Kanskje du synes den er manisk, også sier en

annen at ”nei, det er en helt vanlig tilstand.” Kanskje du er vant til at pasientene for eksempel er litt maniske, det kan være.

Beslutningssystemet på post A førte også til at alle avtaler og ønsker som pasienten hadde, skulle vurderes av pasientens kontaktperson på vakt. Det øvrige personalet på skjermet avsnitt kunne bare imøtekomme enkle forespørsler. Større beslutninger skulle henvises til lege eller kontaktperson, eventuelt diskuteres på morgenmøtet, da endringer i avtaler og skjerming ble fastlagt der. På begge poster kunne vakthavende lege i prinsippet oppheve skjermingen dersom det ikke var lovhjemmel for å bruke skjerming. Assistentlegene på post A (også på post B) fortalte samtidig at de kviet seg for å løse opp på kveldsvakt og helg, dersom de ikke kjente pasienten. Personalet opplevde det mer risikabelt å åpne det fysiske og sosiale handlingsrommet for pasienten enn å lukke det.

Beslutningssystemet kunne føre til at pasienten i visse tilfeller måtte vente over flere vakter eller døgn før beslutninger i forbindelse med skjerming og avtaler ble tatt. Selv om pasienten endret tilstand, og miljøpersonalet på vekten vurderte pasienten som ikke skjermingstrengende, kunne vedkommende forbli skjermet på grunn av tregheten i informasjons- og beslutningssystemet. Synet på skjerming som god behandling forsterket tendensen til at det ikke ble et viktig mål å få pasienten raskt ut av skjermet avsnitt. En sykepleier svarte følgende på spørsmålet om denne tregheten var et problem: ”Men skjerming er ofte veldig god behandling på veldig mange, så man har ikke noe å tape på å vente en natt før man eventuelt diskuterer det med flere. Da blir det mer riktig, og du får flere synspunkter.” Det trege beslutningssystemet fikk imidlertid stor betydning for samhandlingsforløpene, responsiviteten overfor pasientene og for pasientenes skjermingsopplevelser (se pkt. 9.3.4 og 9.4.1).

På post B hadde personalet vært opptatt av å endre beslutningssystemet rundt skjerming for å få ned omfanget og lengden. Deres tidligere beslutningssystem liknet systemet slik det var på post A, men det var enda sterkere knyttet til primærkontakten. Som en hjelpepleier fortalte, hadde beslutningssystemet tidligere ført til at skjermingsoppholdet ble unødig forlenget:

Du kan si at hvis primærkontakten går på fredag og kommer tilbake igjen på tirsdag og du i løpet av helgen ser markant forskjell i bedring, så må man kunne ha så mye innsikt hver enkelt som er på jobb at det kan gjøres en vurdering, en selvstendig vurdering der og da, uavhengig av å vente. For jeg har opplevd det at jeg har vært på sommerferie og kommet opp, det har vel vært en fjorten dager – tre uker etterpå. Hvor da - på samme tid var primærkontakten borte - og så har de ikke gjort noe med retningslinjer med skjerming eller noen ting – helt låst.

Personalet ble passivisert på grunn av manglende beslutningsmyndighet.

Som løsning på dette problemet hadde posten endret beslutningsstruktur.

Myndigheten til å avslutte restriksjoner og løse opp skjerming var blitt desentralisert til primærkontakten, som kunne være en sykepleier eller en hjelpepleier. Videre kunne ansvarlig sykepleier på vakt beslutte å løse opp skjerming eller oppheve skjerming i samråd med øvrig personale. Et prinsipp var at beslutningstaker skulle kjenne pasienten godt. Posten desentraliserte da beslutningsmyndigheten til det personalet lenger ned i hierarkiet som samhandlet direkte med pasienten. Sykepleieren eller hjelpepleieren som hadde ansvaret for skjermingspasienten fikk myndighet til å tilpasse skjermingen den enkelte pasient der og da. Man hadde også innført en rutine der skjerming kunne bli oppløst til enhver tid, også på kveldstid og i helgene. Dette skulle forhindre at pasienten forble på skjermingsrommet uten behandlingsgrunnlag. Denne rutinen ble gjennomført i tiden jeg var på posten. Som posten selv sa, var dette prinsippet imidlertid ikke alltid lett å gjennomføre.

Også på post B var det lettere å beholde kontroll enn å gi slipp på kontroll. Det å vedlikeholde fokuseringen på begrenset skjermingsbruk synes å være en utfordring. Som i Perrows (1965:921) beskrivelser av isolatbruken var det forholdsvis lett å få pasienten inn på skjermingsrommet, men det kunne være en langt mer langsom og møysommelig prosess å få vedkommende ut igjen. I likhet med erfaringene fra Legeforeningens ”Gjennombruddsprosjekt” (Mathiesen og Føyn 2002) var det forholdsvis lett å redusere tvangsbruk når man fokuserte på det, men det var en tendens til at tvangsbruk lett ble tatt i bruk igjen når fokuseringen forsvant. Tendensen kan ha sammenheng med at det fortsatt er mer uttalte institusjonelle praksiser med innelukkning enn med kontrollopløsning og åpning av pasientenes handlingsrom innenfor psykiatriske sykehus (Sjöström 1992). Dette generelle trekket ved institusjonen gjenspeiles i skjermingsmetoden, hvor oppløsningsfasen, eller det å

slippe pasientene ut av skjermingsrommet, er mer omstendelig og fremstår som vanskeligere og mer risikabelt enn å lukke pasientene inne.

De ulike beslutningssystemene viser også at skjermingsmetoden er nært knyttet til personalets oppfatning av risiko og angst for å gjøre feilvurderinger, med de konsekvenser det kan få (se pkt. 10.2). På post A fremhevet for eksempel noen av personalet at individuelle avgjørelser kunne være farlige eller uheldige fordi de lett kunne bli for tilfeldige og dermed føre til skade på pasienten eller andre, gi økt uro eller skape frustrasjon over ulik personalpraksis. På post B brukte personalet hverandre dersom det var snakk om å slippe opp skjerming eller tvang. Personalet fremhevet samtidig at det å løse opp skjerming ikke trengte å være farlig da personalet hadde kontinuerlig oversikt over hvordan det gikk med pasienten: ”Om pasienten blir urolig, er det jo bare å stramme inn igjen.” Farlighets- og risikoaspektet ved oppløsning av skjerming var mer nedtonet. Videre anså personalet ikke skjermingsvurderingen som så vanskelig. En kontakt som kjente pasienten godt, kunne godt klare å gjøre en slik vurdering i samråd med de andre som var på vakt. Disse forskjellene i syn på vurdering gjenspeilte postenes ulike avdelingskulturer i forhold til faglig selvsikkerhet og bruk av individuelt faglig skjønn (se pkt. 5.9.2).

7.6 Den regel- og avtalebaserte organiseringen av arbeidet

Som tidligere beskrevet var en regel- og avtalebasert organisering en viktig side ved asyltradisjonens behandlingstenkning (Blomberg 2002, se også pkt. 4.3). Goffman (1963) og Foucault (1999b) mener på sin side at reglene, avtalene og restriksjonene heller inngikk som en sentral del av institusjonens kontrollpraksiser og disiplinerende virksomhet (pkt. 3.2.2 og 3.4.3). De bidro også til å forsterke pasientens lave status og avmektige rolle. Kritikken av sykehusenes restriksjonsbruk på 1970-tallet førte til en påfølgende begrensning av sykehusenes mulighet til å benytte restriksjoner gjennom lovgivningen, blant annet uttrykt i psykiatriloven av 1999. I hvilken grad gjenspeilte skjermingsmetoden denne siden ved asyltradisjonen, og hvordan påvirket dette skjermingsmetodens betydning og spenning mellom behandling og kontroll?

Som det fremgår i de forrige kapitlene, vektla postene bruk av regler, avtaler og restriksjoner i ulik grad. Post A anså disse som en viktig del av behandlingen på

skjermingsrommet. Post B reduserte på sin side vekten på regler og avtaler i den tiden mitt feltarbeid pågikk. De ulike synspunktene gjenspeilte seg også i den praktiske organiseringen av skjerming på postene. På post A var organiseringen sterkt regelbasert. Det førte til at samværet og samhandlingsformene inne på skjermet avsnitt var mye regulert og kontrollert. Reglene bestod av både generelle og særegne husregler som ifølge prosedyrepermen skulle utgjøre de ”grunnleggende regler for hva som er tillatt for skjermede pasienter.” Skjermingsreglene var formalisert, nedfelt i prosedyrepermer og hengt opp som plakater inne på skjermet avsnitt. I tillegg forelå det et uttall av uformelle sosiale regler og normer om hvordan personalet skulle oppføre seg på skjermet avsnitt (se kap. 10). Posten gjorde også mye bruk av *avtaler* med pasientene i form av ”dagsplaner” og ”kveldsplaner”. Slike planer skulle regulere døgnrytmen til pasientene og inneholdt tidspunkter for måltider, søvn, turer, røyk, samtaler med leger, besøk og annet. Omfanget av reguleringen varierte noe i forhold til den enkelte pasient. For noen, særlig ved maniske tilstander, kunne denne planen være regulert i 10–30 minutters intervaller. Alle i personalgruppen skulle forholde seg til pasientens avtaler som basis for beslutninger. Avtalene kunne bli nedtegnet sammen med pasientene, men ble ofte bestemt av personalet alene på rapportmøtene.

På post B var det også generelle rutiner for hvordan skjerming skulle foregå, ofte ikke så ulike rutinene på post A. Samhandlingen mellom pasienter og personale på skjermingsrommet var likevel i langt mindre grad formalisert, regelstyrt og kontrollert. Det ble, som tidligere beskrevet, også i langt mindre grad brukt retningslinjer eller dagsplaner dersom ikke pasienten var spesielt urolig eller krevende (se pkt. 5.9). I visse tilfeller ble det brukt en ukeplan. Personalet tok mer spontane beslutninger om aktiviteter, avhengig av den konkrete skjermingssituasjon. Denne spontaniteten gjenspeilte seg blant annet i svaret på spørsmålet om hva som skulle skje gjennom dagen på skjermingsrommet: ”Man ser det an.” Innholdet i pasientens dag var mindre regulert og styrt enn ved post A.

Selv om postene var forskjellige, fantes det noen mer generelle og sammenfallende rutiner for hvordan skjerming skulle foregå. På begge poster ble det i utgangspunktet benyttet alarm, plastutstyr og plastbestikk inne på skjermingsrommet. Pasientene hadde ikke tilgang til TV, radio eller CD-spiller uten ved særlige avtaler. De kunne

eventuelt lese aviser eller ukeblad, bruke penn og blyant. Regelen var at de skulle spise alene på rommet unntatt under skjermingens oppløsningsfase.

I følge personalet hadde den nye psykiatriloven ført til mindre bruk av brev-, telefon- og besøksrestriksjoner under skjerming enn tidligere. Restriksjoner på de to postene var også færre enn hva jeg erfarte som sykepleier på ulike akuttposter på begynnelsen av 1990-tallet. Men fremdeles gjaldt restriksjoner vedrørende pasientenes eiendeler og kontakt ved omverden – telefoner og eiendeler ble oppbevart på lager eller ute på vaktrommet. Pasienten fikk i liten grad ha private eiendeler, som klær, smykker og mobiltelefon, på skjermingsrommet. På post B kunne pasienten få ha noe mer personlige klær på rommet og noen få eiendeler etter en skjønnsbasert vurdering. Slik beskrives dette av en hjelpepleier på post A:

Så godtar vi litt, øring og klokke og sånn, vi tar kanskje i første omgang og beholder klokka ikke sant? Det er en fin gullklokke, og vi sier vi er redde for at du skal miste den, at vi finner den på badet eller noe annet. Og de godtar det, og det har gått en stund så blir de bedre, og så får de det tilbake og kan ha det der inne. Så det er hele tiden, så vurderer vi veldig mye. Så det er jo helt annerledes nå enn det var for noen år siden da, for da prøvde vi liksom mer at de ikke hadde noe på rommet, og at vi prøvde å ha kontroll over de tingene så de ikke mistet det.

Ved fare for selvmord eller utagering ble potensielt skadelige gjenstander fjernet. Hos pasienter med maniske tilstander reduserte man også antallet gjenstander slik at ”de ikke har for mye”. Begrensningene ble da ikke nødvendigvis gjort av sikkerhetshensyn, men for å redusere pasientens handlingsmuligheter, grunnet den overaktive atferden. Av sikkerhetsgrunner skulle skjermingspasientene ikke ha sigaretter eller fyrstikker. Omfanget av røyking ble ofte styrt av personalet (særlig på post A). Pasientens eiendeler ble rutinemessig gjennomgått for å fjerne skadelige gjenstander. Det var forbudt for pasienten å være i vaskerommet og på kjøkkenet.

På det skjermede avsnittet på post A var det to mer lokale husordensregler som fikk stor betydning for samværs- og samhandlingsformene på skjermet avsnitt. Ifølge disse skulle pasientene i utgangspunktet være på pasientrommet eller på fellesrommene. Prosedyrepermen bekreftet dette: ”Korridoren skal ikke brukes som oppholdsrom.” Begrunnelsene ble relatert til de trange, arkitektoniske forholdene på det nylagede skjermingsavsnittet og behov for avstand når man hadde inne aggressive pasienter (se

pkt. 9.2.1 og 10.3). Under observasjonene syntest det imidlertid som om reglen om ikke å være på gangen tok en mer automatisert form som gjaldt alle pasienter, uansett tilstand eller samhandlingssituasjon. Personalet begrunnet da regelen med at det skulle være rolig på det skjermede avsnittet og at ”en regel er en regel”.

På post A var det også en regel om at pasientene på skjermet avsnitt ikke skulle snakke sammen. Begrunnelsen var at det kunne bli et problem å ha pasienter med ulike tilstander og behov samlet innenfor såpass små og lukkede rom. Personalet ville beskytte pasientene mot å bli sett av andre i en avvikende og blamerende atferdssituasjon, dessuten beskytte andre pasienter på skjermet avsnitt som kunne reagerte på medpasientenes avvikende og blamerende atferd.

Sykepleier 1: Nei, altså det går litt på det å skjerme de fra andre pasienter da. Altså, det kan være en begrunnelse for å ha de på skjerma, at de ikke skal omgås andre pasienter. Fordi at de er så forskjellige at de kan lett sette griller i hodet på hverandre hvis de... Sykepleier 3: Men jeg tenker på sånn som nå, for eksempel at den ene er veldig aggressiv og den andre er veldig engstelig, hvor vi helt tydelig ser at de påvirker hverandre ved at den ene blir veldig, veldig redd ikke sant, og altså, at de spiller noe ut, og kanskje... Noen har en tendens til å overinvolvere seg i en annens problemer, kan vi jo se, og vi tenker at de skal få lov til å bruke tiden på seg selv når de er dårlig. Noen har veldig omsorg, vil så veldig ha omsorg for andre, og det er jo i utgangspunktet en positiv egenskap. Men det kan gå dårlig hvis du er veldig dårlig selv. Sykepleier 1: Det er stort sett ikke noe problem, for en dypt deprimert suicidal person vil ikke synes det er noe stas å ha en blomstrende psykotisk person ved bordet sitt, som bare prater svada og psykotiske utsagn. Og det er jo forståelig.

På post B var det heller ikke vanlig praksis at pasientene fikk snakke med medpasienter mens de var skjermet.

De ulike restriksjonene underbygget skjermingsrommets preg av sosial isolasjon fordi de skapte kommunikasjonsbarrierer mot omverden (Aubert 1985, se også pkt. 1.4.1). Kommunikasjonsbarrierene viste seg også ved besøksbegrensningene knyttet til skjermingsrommet og spesielt til belterommet. På post A hadde besøkende ikke lov til å komme inn på skjermet avsnitt, men ble henvist til besøksrommet. Posten hadde også opprettholdt det syn at taushetsplikten i psykiatrien innebærer at man ikke skal gi informasjon til pårørende. Tenkningen førte til en mer restriktiv holdning til informasjon når pårørende henvendte seg til posten:

Sykepleier: Problemet er jo det at vi kan jo ikke si noe særlig. Du føler jo at de (pårørende) alltid har et veldig behov for å vite ting, også kan vi som miljøpersonell ikke si noe ting egentlig, til voksne pasienter. Reidun: Dere sjekker det ikke ut (med pasienten) om du får lov til å si noe, som i somatikken, eller er det generelt at man ikke kan si noe? Sykepleier: Nei, generelt så sier vi ikke noen ting. Vi sier at det her kan jeg ikke uttale meg om, vi kan snakke at om pasienten har sovet og spist og sånn, men jeg kan ikke gå noe mer inn i det enn det for vi har jo taushetsplikt, og den er jo veldig streng her.

Dette synet på taushetsplikten bidro til å underbygge en lukket virksomhet. På post B så man dette noe annerledes. Skjermingspasientene kunne også prinsipielt sett motta besøk på skjermingsrommet dersom personalet mente de var i stand til dette.

Åpenheten overfor pårørende og inkluderingen av dem var dermed noe større. Men også her var det en tendens til at skjermingsmetoden tok form av en individualisert metode som ikke inkluderte pasientens behov for å ha kontakt med andre mennesker. Skjermingsorganiseringen bidro dermed til å skape en sosial avstand mellom pasient og pårørende. Man kunne også opprettholde en sosial avstand i situasjoner hvor både pasient og pårørende ga uttrykk for at de ønsket kontakt med hverandre, og i tilfeller hvor pasienten ga uttrykk for at pårørende var viktig for å redusere angst og utrygghet. Selv om det fantes rutiner for familiesamtaler, for eksempel på post A, ble slike samtaler i liten grad gjennomført. Flere ansatte beklaget imidlertid at de ikke fikk arbeidet bedre med familiene til pasientene. Organiseringen av behandlings- og pleiarbeidet og avdelingskulturen vanskeliggjorde et aktivt arbeid på dette området.

Den begrensede kontakten med omverdenen befestet skjermingsrommet som et sosialt lukket rom og bidro - sammen med den lukkede døren - til å gi skjermingsmetoden preg av sosial marginalisering eller sosial eksklusjon, som likner rommene innenfor asyllet (Jönsson 1998). Den sosiale marginaliseringen preget pasientenes opplevelse av skjerming (se kap. 11). Den regelbaserte og avtalebaserte skjermingsorganiseringen gjenspeilte også i større grad behandlingstenkningen i asyltradisjonen og asylenes interne organisering enn hva sykehusreformene skulle tilsi. Den regelbaserte organiseringen gjorde at skjermingsmetoden, til tross for sine nye og optimistiske behandlingssidealer, i praksis hadde større likheter med den totale institusjon og isolatrommet enn det som fremkommer i skjermingsideologiene (Goffman 1961, se også pkt. 3.4.3). Likheten med den totale institusjon og isolatrommet viste seg ved at skjermingsrommet var det sosialt sett mest isolerte rommet på posten. Den lukkede døren innebar at pasienten ble holdt innelukket, og at alle døgnetts aktiviteter foregikk

på samme område. Selv om det var lempet noe på restriksjonene, var tap av personlige eiendeler fremdeles en vesentlig side ved innleggelsen og oppholdet på skjermingsrommet som bidro til å begrense pasientenes personlige og normale, sosiale identitet. Den omfattende bruken av regler og restriksjoner bidro til å gi pleiarbeidet mer preg av kustodialitet og kontroll enn behandlingsintensjonene tilsa.

Den regel- og avtalebaserte organiseringen var også et viktig aspekt i det strukturelle maktgrunnlaget på skjermingsrommet. Maktrelasjonen tok form som en mer tradisjonell maktutøvelse basert på en hierarkisk struktur hvor personalet var overordnet pasientene (jf. Weber 1982, Goffman 1961, se pkt. 3.3.1). Over- og underordningsforholdet kunne gjenspeile seg i personalets språk (jf. Østerberg 1982). Som det fremkommer i sitatene ”bestemte” personalet hvilke eiendeler de skulle ”tillate” pasienten å beholde. De ”ba” også pasienten om å gå inn på rommet, og de ”ga beskjed om hva pasienten skulle gjøre”. Dette strukturelle maktforholdet var sentral for skjermingsmetodens spenning som behandling og kontroll. Som jeg skal diskutere i neste kapittel, viste imidlertid skjermingsforløpene også mer mangfoldige behandlings- og kontrollpraksiser enn skjermingsorganiseringen kunne tyde på.

7.7 Ivaretagelsen av skjermings formelle og juridiske aspekter

På postene var håndteringen av de formelle skjermingsvedtakene noe forskjellig grunnet ulikheter i synet på skjerming som tvang eller behandling, og usikkerhet med hensyn til hvordan loven skulle fortolkes. I tillegg kunne lovreguleringen gi opphav til forvirring hos personalet fordi skjermingsmetoden i praksis overlappet andre tilsynsordninger som ikke ble knyttet til spørsmålet om tvang på samme måte.

På postene rådde det usikkerhet om skjermingsmetoden skulle betraktes som en ren behandlingsmetode som kunne benyttes overfor frivillig innlagte pasienter, eller om skjerming var tvang som bare kunne utøves overfor tvangsinnlagte pasienter. Det var derfor en viss uenighet om et skjermingsvedtak måtte føre til omgjøring av frivillig innleggelse til tvangsinnleggelse, eller om pasienten fortsatt kunne være på frivillig paragraf. På post A måtte pasientene enten velge skjerming frivillig eller bli overført til tvangsparagraf eller nødrett for å bli skjermet. Posten fattet vanligvis ikke vedtak om skjerming selv om denne foregikk over 48 timer dersom pasienten ikke uttrykte

aktiv protest mot å bli skjermet. En i personalgruppen forklarte dette: ”Hvis pasienten synes det er greit å ha et begrenset miljø å forholde seg til, og ikke gir uttrykk for at han...” Det forekom mer bruk av skjerming utover 48 timer på post A enn det som ble nedfelt som formelle skjermingsvedtak. På post B ble skjerming, grunnet en tydeligere tvangsdefinisjon, nesten automatisk formalisert som tvangsvedtak og hovedsakelig benyttet overfor tvangsinnlagte pasienter. En pasient som var innlagt på frivillig paragraf, ble også under feltarbeidet mitt overført til tvungen psykisk helsevern for at de formelle aspektene ved skjermingen skulle bli riktige.

På postene var det i varierende grad nedfelt formelle registreringsrutiner for skjermingsvedtak, og det var ingen formell registrering av skjermingsbruk under 48 timer. Mine registrerte skjerminger av pasienter over 48 timer er flere i observasjonsperioden enn det jeg fikk oppgitt av ekspedisjonen, særlig ved post A. Disse praksisene på postene synes å bekrefte det generelle problemet med å få nøyaktige oversikter over omfanget av formell og uformell skjermingsbruk på akuttposter (Pedersen m.fl. 2004). Underrapportering av skjerming var også tilfellet ved registreringen av formelle klager på skjerming. Det var stort sprik mellom omfanget av pasientens uformelle klager og antall formelle klager registrert av kontrollkommisjonene og formidlet i rapportene til de statlige helsemyndighetene under feltarbeidet. Spriket hadde sammenheng med at en del pasienter ikke visste at skjerming var en særegen metode man kunne klage på, siden skjerming er et mer ukjent behandlingstiltak for folk flest. Klager på skjerming inngikk også ofte i pasientens klage på tvangsinnleggelsen. Videre var det en tendens til at travle advokater underkommuniserte klagen på skjerming i forhold til klagen på tvangsinnleggelsen da de brukte korte standardformuleringer i klagebrevne.

7.8 Organiseringens betydning for responsivetsproblemet

Som jeg allerede har nevnt, og skal utdype videre, var mangelen på respons overfor pasientenes ønsker og protester mot skjerming, et sentralt tema under feltarbeidet (se pkt. 2.8 og 6.3.3). Dette responsivetsproblemet forsterket pasientenes opplevelse av skjerming som tvang og straff (pkt. 9.4.1 og 11.5.7). Personalets tendens til ikke å respondere mer aktivt på pasientens protest mot tvangen, eller gå inn i mer grundige refleksive prosesser rundt hensiktsmessigheten ved tvangsbruken, medvirket også til å

redusere institusjonens demokratiske responsivitet. Men i hvilken grad ga skjermingsorganiseringen og postenes teknologiske handlingsrepertoar personalet muligheter for behandlingsmessig og demokratisk responsivitet overfor pasientens subjektive ønsker og vurdering av sine tvangs- og behandlingsbehov?

Helsemyndighetene har forsøkt å løse tvangs- og tillitsproblemet innen psykiatrien ved å styrke pasientens rettigheter, lovregulere tvangsbruken og gi pasientene muligheter til å klage på behandlingen. Dette gjelder også skjermingsmetoden. Under feltarbeidet så jeg at personalet var opptatt av å ivareta pasientenes formelle rett til å klage på tvang og skjerming. Ifølge personalet på begge poster så man nå mer positivt på klageordningene og kontrollkommisjonens rolle enn tidligere. Post A hadde utviklet et slags samarbeid med kontrollkommisjonen de senere årene. Om dette sa overlegen: ”Ja, vi har blitt mye mer fleksible i forhold til kontrollkommisjonen.” Kontrollkommisjonen hadde gått fra å være en negativ kontrollør til en samarbeidspartner. Personalet på post A fortalte også at målet om mest mulig frivillig behandling reduserte motstanden mot offentlig innsyn. Tidligere hadde tvangsbruken gjort at man gikk i forsvar fordi man ”følte at det man drev med, ikke var helt bra”. Personalet fremhevet nå fordelene ved at kontrollkommisjonen kunne gå inn som ”tredje part” og derigjennom avgjøre konflikter mellom personale og pasienter. Kontrollkommisjonens vurdering representerte også en trygghet i tvilstilfeller fordi kommisjonen måtte ta ansvaret dersom noe gikk galt når man slapp opp tvangen. Dette ansvaret gjaldt også skjerming. Risikoopplevelsen ble dermed mindre. Under feltarbeidet synes det som om klagemulighetene kunne bidra til å redusere pasientens opplevelse av avmakt ved tvangsinnleggelse, skjerming og annen tvangsbruk. Klagemulighetene bidro til å øke legitimiteten ved pasientenes protest. Deres formelle klager på skjerming førte imidlertid bare unntaksvis til at skjerming ble opphevet.

Personalets responsmåte overfor pasientenes protester og klager på skjerming var preget av ønsket om å ivareta pasientens formelle, juridiske rettigheter. Det var derfor sjeldnere at personalet sammen reflekterte over hvorvidt pasientens ønsker og protest kunne tyde på at skjerming ikke var en hensiktsmessig behandling. Protesten ble dermed kun i mindre grad innlemmet i den behandlingsmessige responsiviteten overfor pasienten (se også pkt. 11. 5.7 og 11.6). Vektleggingen av de juridiske sidene ved tvangsbehandlingen kunne få den uintenderte effekten at personalet overlot

pasientens protest mot skjerming og tvang til kontrollkommisjonen. Den juridiske formaliseringen kunne dermed bidra til å understøtte akuttpostenes mangel på organisatoriske rutiner og kommunikasjonsformer for å ivareta pasientens opplevelser av skjerming og eventuelle protest mot denne. Tendensen til at man kun i noe grad gikk inn i dialog med pasienten om innholdet i protesten viser seg blant annet i denne samtalen med noen sykepleiere:

Reidun: Hvordan løser dere protestene på skjerming, hvis de protesterer aktivt da? Hva gjør dere da? Sykepleier 1: Hva mener du med aktivt? Reidun: Altså, hvis de blir sinte og sier ”hvorfør må jeg være her?”, kaster et glass i gulvet. Jeg må bare prøve å tenke... Sykepleier 1: Vi har plastikkglass der da så... Reidun: Ja, eller... Men kaster vann på gulvet da for eksempel Dere kan vel se for dere noen sånne protestsituasjoner? ”Jeg vil ikke være her”, roper, begynner å gråte for eksempel. Jeg bare prøver å se for meg hva jeg har sett denne uka her. Har dere noen tanker om hvordan dere løser... Sykepleier 1: Det kommer igjen på en måte på hvordan protesten utarter seg. Hvis de kaster en stol etter oss, da er det beltelegging. Men hvis de heller ut et glass på gulvet, så er ikke det belteleggingsgrunn. Sykepleier 3: Det oppfattes ikke som en trussel. Reidun: Hva gjør dere da? Sykepleier 1: Nei, hvis det er altså... Hvis det er en alvorlig personlighetsforstyrret som trenger litt sånn, som ikke er lov å si, men som heter atferdsterapi, så ber vi de ofte om å tørke opp det her selv og vise litt ansvarlighet. Mange av de er jo veldig tilregnelige. Mens andre ganger så blir det jo å sette seg ned og prate med de. Sykepleier 3: Forklare de hvorfor de er på skjerming. (...) Sykepleier 1: Men, det er jo mange som ikke skjønner hvorfor de i det hele tatt er innlagt her. Selv ikke på åpent. De skjønner veldig lite av det som foregår. Når du er psykotisk så har du en helt annen virkelighetsoppfatning enn det vi har. De ser og hører ting helt annerledes enn det vi gjør. Så det skal ikke ventes annet heller, at de skal skjønne det fullt ut, det er jo helt... (...). Reidun: (...) Endrer dere skjerming i løpet av dagen eller kvelden? Altså, nå tenker jeg i løpet av døgnet. Skjer det? Sykepleier 1: At vi kan stramme inn på... (blir avbrutt) Reidun: Ja, stramme inn eller evt. slakke opp. At hvis en pasient opplever seg, jeg tenker på protesten, opplever seg plaget. (...). At dere regulerer det litt selv da, uten å snakke med legen? Sykepleier 1: Det skal helst ikke skje. Jeg har blitt lært opp til egentlig at vi kan stramme inn, men ikke løse opp.

Personalet var mer opptatt av å opprettholde skjerming enn av å løse opp skjerming som følge av pasientens klager.

Fokuseringen på opprettholdelse av skjermingen viste seg også i legenes arbeid i de tilfeller der pasientene protesterte mot skjerming. På postene fikk ofte legene rollen som konfliktløser når pasientene protesterte på skjerming. De fleste legene var mer opptatt av å opprettholde skjermingen enn av å imøtekomme pasientens ønsker om å slippe ut av skjermingsrommet. Noen leger og en del miljøpersonale uttrykte imidlertid at pasientens protest førte til at de forsøkte å få vedkommende ut av skjermingsrommet. En lege svarte følgende på spørsmålet om pasientens protester

gjør at man opphever skjermingen: ”Nei, det tror jeg ikke. Fordi når man først går til et såpass stort inngrep som dette med skjerming, så bør man ha så mye kunnskap om pasienten på forhånd at det er vanskelig at det skal komme opp nye momenter i en ny pasientsamtale.” For å opprettholde skjermingen kunne legene også ta i bruk en mer paternalistisk maktform hvor de brukte sin autoritet som lege til å forklare pasienten at vedkommende trengte skjerming, som en annen lege uttrykte i dette sitatet:

Reidun: Så når dere får protestene, så går det mer på at dere går inn og argumenterer for viktigheten av det for pasienten. Er det sånn dere løser de protestene? Lege 2: Argumenter kan man godt kalle det, jeg sier vi forklarer. Reidun: Ja, dere løser det ved å begrunne det? Lege 2: Ehh.... som regel så er det da en avgjørelse som er tatt sånn at det er ikke noe argumentasjon i den forstand at det vil resultere i en annen vurdering. Dette er noe man gjør med autoritet.

Som det fremgår av sitatet bidrar den tradisjonelle maktutøvelsen, basert i en hierarkisk maktstruktur, til å forme legens respons til pasienten. Denne responsen samsvarer med den tradisjonelle maktens indre dynamikk hvor makten utøves gjennom å forklare avgjørelsen, ikke en åpen dialog om avgjørelsesgrunnlaget.

Sitatene viser at personalets rammeforståelse av situasjonen var orientert mot å opprettholde skjermingen. Personalets respons overfor pasienten var også ofte av praktisk karakter og rettet mot å håndtere konsekvensene av protestatferden. Disse responsmåtene var mer vanlige enn å gå inn i en dialog om alternative metoder. Samtidig kunne pasientens psykiske problemer, for eksempel ved psykose, vanskeliggjøre responsen på protestens innhold og muligheten for å se andre alternativer fordi man ble usikker på pasientenes vurderingskompetanse (se også eksempel 4). I et skjermingsforløp i post A hvor pasienten ikke klarte å uttrykke seg verbalt, brukte også personalet en aktiv fortolkning av pasientens non-verbale atferd som grunnlag for sin beslutning om å oppheve skjerming da pasienten virket plaget av å være der inne. Slike forhold ved pasientens tilstand bidro til å øke kompleksiteten i arbeidet og stilte større krav til organisasjonens refleksive arbeid med egne behandlings- og tvangspraksiser.

Perrow (1965) mener at den teknologiske utformingen av sykehusinstitusjonen hadde stor betydning for sykehusets arbeidsmessige virksomhet og kontrollpraksiser (se pkt. 3.4.5). På samme vis kan postens teknologiske handlingsrepertoar påvirke personalets

responsivitet overfor pasientenes protest mot skjerming fordi det påvirker personalets handlingsrom når det gjelder å finne alternative løsninger på problemene. Den manglende responsiviteten overfor pasientens protest hadde dermed også sammenheng med at det manglet andre behandlingsideologier og teknologier som kunne gjøre det lettere for personalet å gå inn i en dialog med skjermingspasienten om protestens innhold og om alternative behandlingsmetoder. Det var i mindre grad utviklet et teknologisk handlingsrepertoar basert på frivillighet innenfor institusjonen siden denne var mest orientert mot kontroll. Denne organisatoriske og teknologiske utformingen av akuttposten gjorde det vanskelig for personalet å imøtekomme pasientens protest mot skjerming som frihetsberøvende og belastende, selv i situasjoner hvor de ønsket å respondere på dette på personlig nivå. Mangelen på demokratisk responsivitet i behandlingsarbeidet hadde altså sammenheng med det grunnleggende institusjonelle praksisgrunlaget innenfor de psykiatriske sykehusinstitusjonene. Mangel på et alternativt handlingsrepertoar understøttet også tendensen til å løse konflikten ved bruk av en diagnostisk kultur der pasientens protest på behandlingsmetodene sykelliggjøres (Løchen 1965, se også pkt. 1.3.3). Dette responsivetsproblemet vil bli tydeligere når vi tar steget inn i skjermingsrommet i kapittel 9, og i kapittel 11, som handler om pasientenes skjermingsopplevelser.

7.9 Avslutning

I dette kapitlet har jeg løftet frem organiseringens og til dels teknologienes innvirkning på skjermingsmetodens betydning og spenning mellom behandling og kontroll, og for personalets muligheter til å respondere på pasientenes ulike behov og synspunkter på skjermingsmetoden. Jeg har vist at skjermingsmetoden skiller seg fra isolatet ved personales kontinuerlige tilstedeværelse. Den faktiske organiseringen av pleien under skjerming – sosial isolasjon, bruk av ekstravakter, omfattende regel- og restriksjonsbruk – hadde likevel større likheter med den interne organiseringen av asylet og isolatet enn skjermingsideologiene skulle tilsi. Dette spriket mellom behandlingsidealer og faktisk organisering er trolig, slik det også var på de tidligere sykehusene, en medvirkende årsak skjermingsmetodens spenning mellom behandling, kontroll og tvang. I neste kapittel skal jeg fortsette analysen av skjermingsmetoden ved å se på pasientenes skjermingsforløp. I hvilken grad gjenspeiler disse skjermingsmetodens betydning og spenning mellom behandling og kontroll?

8 Skjermingsbruk og skjermingsforløp på postene

8.1 Innledning

I de foregående kapitlene har jeg særlig belyst skjermingsmetoden ut fra sykehusets ideologiske, organisatoriske og teknologiske utforming. I dette kapitlet skal jeg utdype skjermingsmetoden ved å se på postenes praktiske bruk av skjerming overfor pasientene og pasientenes ulike skjermingsforløp.

Skjermingsforløpene til de enkelte pasientene gjenspeiler pasientenes sosiale og moralske karriere ved innleggelsen og oppholdet på skjermingsrommet (jf. Goffman 1961, se også pkt. 3.4.3 og 3.3.1). I tillegg viser den praktiske bruken av skjerming den nære sammenhengen mellom skjermingsmetoden og uroens- og tillitens problem. Den praktiske bruken av skjermingsmetoden, og de like og ulike skjermingsforløpene, er derfor sentral for å øke forståelsen av skjermingsmetodens betydning og spenning mellom behandling og kontroll.

8.2 Hvem ble skjermet på postene og hvor lenge?

Som beskrevet i forbindelse med skjermingsstatistikken på landsbasis, var det vanskelig å få oversikt over de to postenes bruk av skjerming gjennom året fordi statistikken ved sykehusene var ufullstendig (se pkt. 1.3.2). Under feltarbeidet, som varte totalt ni uker ved hver post, nedtegnet jeg imidlertid data om alle pasientene som ble skjermet. For å øke datapåliteligheten kontrollerte jeg mine egne registreringer av skjermingsforløpene mot sykepleierapportene. I tillegg forhørte jeg meg om pasienter som hadde blitt skjermet de tidene jeg var borte fra postene. Jeg fikk ikke registrert alle kortvarige skjermingsforløp på post A. Min oversikt over postenes bruk av skjerming er dermed pålitelig med unntak av litt underregistrering av kortvarige skjermingsforløp på nevnte post. For å illustrere variasjonen i varighet av skjerming har jeg også inkludert to pasienter som ble skjermet på post B i de fem påfølgende månedene etter observasjonsukene, og som jeg intervjuet.

Oversikt 1: Pasienter som ble skjermet i observasjonsperioden (ni uker på hver post)

	Sykehus 1, post A	Sykehus 2, post B
Antall pasienter	Ca. 25 pasienter (her mangler noen få, kortvarige skjermingsforløp)	11 pasienter
Alder	18 år til 81 år. Spredt over hele aldersspennet.	17 år til ca. 60 år. Spredt over hele aldersspennet.
Kjønn	13 kvinner, 12 menn	7 kvinner, 4 menn
Tentativ diagnose og/eller problemer i relasjon til skjerming¹²	2 personlighetsforstyrrelse 5 mani (bipolar lidelse) 2 observasjon psykose 4 psykose 5 psykose relatert til kronisk schizofreni 1 rusutløst psykose 6 depresjon/selvskaide/suicidalfare (flere med personlighetsforstyrrelse som relatert diagnose)	2 mani 2 psykose 1 psykose kr. schizofreni 4 rusutløst psykose (3 av disse var samme person) 2 depresjon/ suicidfare
Tid skjermet observerte pasienter	Ca. 30 minutter til 28 dager	Ca. 4 timer til 38 dager
Ekstra pasienter på post B påfølgende fem måneder		Ca. 36 dager og 76–77 dager (begge innlagt for psykose)

Som det fremgår av oversikt 1, var pasientene som ble skjermet på de to postene i observasjonsperioden, kjennetegnet ved stor heterogenitet i forhold til kjønn, alder, samt type og varighet av den psykiske lidelsen. Dette samsvarer med akuttpostenes pasientbelegg forøvrig (se pkt. 5.6). Skjermingspasientenes heterogenitet likner tendensene i statistikken over bruk av skjerming på landsbasis. Denne viser at skjerming brukes overfor en mer udifferensiert pasientgruppe enn andre tvangsmidler (Pedersen m.fl. 2004). Som oversikt 1 også viser, utgjorde pasienter med psykoseliknende diagnoser en stor andel av skjermingspasientene. Dette samsvarer med vektleggingen av skjerming som psykosebehandling i skjermingsideologiene (se pkt. 4.4.2 og 6.4.1). Det ble samtidig benyttet skjerming i tilknytning til flere andre diagnoser og problemstillinger. Variasjoner i pasientenes problemstillinger var sterkest på post A, som også hadde flest skjermede pasienter under feltarbeidet. Ulikheter i behandlingssyn er en viktig grunn til at post A hadde flere personer med diagnosen personlighetsforstyrrelser og selvskaide som ble skjermet. På post A

¹² Flere pasienter har flere diagnoser, for eksempel både depresjon og personlighetsforstyrrelse. Videre er det flere pasienter uten endelig fastlagt diagnose.

benyttet man oftere skjerming som første valg overfor disse. På post B brukte man heller tilsynsstatusene fotfølging og tett tilsyn ute på åpen del av posten (se pkt. 5.8).

Som beskrevet i pkt. 5.6 hadde postene omtrent samme antall pasienter innlagt i løpet av ni uker. Det var også likheter i pasientenes tilstand. Det var nesten dobbelt så stor hyppighet i bruk av skjerming av innlagte pasienter på post A som på post B.

Variasjonene i bruken av skjerming på de to postene gjenspeilte ikke pasientens indre tilstand direkte, selv om flere pasienter fremstod som, og opplevde seg selv som mest dårlige i tiden på skjermingsrommet (se pkt. 11.5.2). Dersom observasjonsperiodene gjenspeiler tendenser på postenes skjermingspraksis på årsbasis, noe som er trolig på grunn av postenes stabile utforming av slik praksis, kan forskjellene innebære stor variasjon i hyppighet med hensyn til antall pasienter som blir skjermet på de to postene. Jeg mangler imidlertid tall på årsbasis til å si noe bestemt om dette.

Som det fremgår av oversikt 1, var det også stor spredning i varigheten av skjerming for den enkelte pasient, fra cirka 30 minutter til 77 dager. Det var også stor forskjell i varigheten av skjerming mellom de to postene.

Oversikt 2: Varighet av skjermingsforløpene på postene under feltarbeidet

Varighet	0–5 timer	1–2 døgn	3–9 døgn	10–19 døgn	20–40 døgn	40–60 døgn	70–80 døgn
Antall pasienter	Ca. 6 pasienter	16 pasienter	7 pasienter	4 pasienter	5 pasienter	0	1 pasient
Fordeling post	3 Post A 3 post B	13 post A 3 post B	4 post A 3 post B	2 post A 2 post B	3 post A 2 post B	0	1 post B

I oversikten ser man at post A hadde en tendens til flere kortvarige og uformelle skjerminger, fra et par timer til ett eller to døgn. Den hyppige bruken av kortvarig skjerming på post A var hovedårsaken til forskjellen i bruk av skjerming på de to postene. Når man ser på hvilke pasienter som ble skjermet i de ulike tidsintervallene, kommer forskjellene i skjermingsforløp enda tydeligere frem. Disse forskjellene samsvarer med studier som viser stor variasjon i bruk av skjerming, tvang og isolat innenfor sykehus og mellom sykehus nasjonalt og internasjonalt (se pkt. 1.3.1). Dersom man sammenlikner varighet av skjerming med isolatforskningen internasjonalt, kan det se ut til at skjerming foregår over lengre tid enn isolering.

Implisitte beskrivelser i isolatforskningen oppgir varighet fra en time til ni dager. Medium varighet for isolering oppgis fra 4,8 til 18 timer (Kirkpatrick 1989, Betemps m.fl. 1993, LeGris m.fl. 1999, Meehan m.fl. 2000, El-Badri og Mellso 2002, Harte og Burgess 2003, Tunde-Ayinmode og Little 2004). Oversikt 1 viser at skjerming av pasienter kan foregå over lang tid (77 dager). Relativt mange pasienter ble skjermet 10–40 døgn. Det er også oppgitt at skjerming kan benyttes over lang tid, opp til tre og en halv måned, i studier av andre akuttposter (Hummelvoll og Severinsson 2001:164). Jeg har blitt fortalt om enda lengre varighet. Det foreligger imidlertid ikke forskningsmessig dokumentasjon på varigheten av skjerming på landsbasis. Årsaken til at langtidsskjerming benyttes, kan ha sammenheng med at det forstås som god behandling. Man reduserer derfor ikke bruken av metoden i samme grad som ved isolat forstått som tvang. Isolatbruk har på samme vis lenger varighet i Nederland hvor det ikke finnes restriksjoner for den (Lendemejer og Shorridge-Baggett 1997). Siden mange pasienter opplevde skjerming som innesperring (se pkt. 11.4), reiser den lange varigheten viktige spørsmål om pasientenes rettssikkerhet.

8.3 Vanlig utforming av et skjermingsforløp

Skjermingspraksis på postene tok også form som individuelle skjermingsforløp som gjenspeilte ulike sosiale og moralske karrierer for den enkelte pasient. Et vanlig skjermingsopphold på postene hadde ofte et lineært skjermingsforløp. Det kunne starte med at en pasient ble meldt til akuttposten fra legevakt eller DPS. Ved henvendelsen kunne pasienten bli angitt som skjermingstrengende – i så fall gjorde personalet klar en sengeplass på skjermingsrommet. Under mottakelsen vurderte personalet pasientens skjermingsbehov. Dersom vedkommende var svært urolig ved innkomst, ble han eller hun ofte ført direkte inn på skjermingsrommet og ble der en viss periode. Oppløsning av skjermingen skjedde ved at pasienten for eksempel fikk en tur ut på posten med følge eller fikk spise måltidene der. Periodene utenfor skjermingsrommet økte gradvis, og pasienten fikk mer handlingsrom dersom personalet vurderte at vedkommende klarte å være på åpent avsnitt uten problemer. Dersom pasienten ble vurdert som mer urolig eller dårligere på åpent avsnitt, ble anledningen til å være på åpen del av posten redusert (se pkt. 6.4.1).

Flere pasienters skjermingsforløp var kjennetegnet ved at de først ble lagt inn på åpent avsnitt, men hvis de av ulike årsaker ble vurdert skjermingstrengende, ble de flyttet til skjermingsrommet. Flere skjermingsforløp var også sirkulære i sin form ved at pasienten vekslet mellom å være på åpen del av posten og på skjermingsrommet.

Plasseringen av pasientene på de ulike rommene gjenspeilte på mange måter den tidligere forflytningen av pasienter – de sirkulerte mellom institusjonens ulike avdelinger og rom, avhengig av tilstand, rømningsforsøk og urolige atferd (Goffman 1961:51, se også pkt. 4.3). Inndeling av postene i åpne og skjermede rom gjorde det imidlertid lettere å forflytte pasientene mellom postens interne rom i stedet for overflytting til annen avdeling.

8.4 Like og ulike skjermingsforløp

På postene var pasientens skjermingsforløp preget av både likheter og forskjeller. Forskjellene viste at skjermingsmetoden kunne representerte mer mangfoldige sosiale situasjoner, samhandlingspraksiser og sosiale og moralske karrierer for pasientene enn det som fremkommer i diskusjonen om skjermingsorganiseringen og isolatet (pkt. 3.3.1 og 7.6). Mine egne observasjoner samsvarte med personalets beskrivelse av skjerming: ”Skjerming er nå så mye forskjellig” og ”En skjerming er ikke en skjerming”. Disse forskjellene bidro til å skape skjermingsmetodens flertydige betydning som behandling, kontroll og tvang, også for pasientene (se pkt. 11.2). Nedenfor vil jeg beskrive noen forhold som bidro til å gi skjermingsforløpene ulik betydning.

8.4.1 Forløp før innleggelse på akuttposten og inntreden på skjermingsrommet

Skjermingsmetodens utforming som behandling, kontroll og tvang ble påvirket av måten innleggelsen skjedde på. De observerte skjermingspasientene ble innlagt på akuttpostene på noe ulike måter. Noen få hadde selv tatt initiativ til å få hjelp. Andre hadde blitt innlagt av DPS, kommunen eller fra privatpraktiserende psykolog som opplevde pasientens psykiske tilstand som forverret. Flere av innleggelsene skjedde i samråd med familie, helsetjeneste og pasient. Pasienten opplevde seg for eksempel

syk, og takket ja til tilbudet om innleggelse for å få hjelp. For mange pasienter var det imidlertid et forutgående konfliktforløp med familie og nærmiljø før innleggelse på akuttposten. Konfliktene kunne skyldes at pasienten ikke lenger klarte å fungere i sine normale roller som for eksempel ektefelle, mor eller arbeidstaker (Goffman 1971, se også pkt. 3.4.1). For andre hadde konfliktene sammenheng med at nærmiljøet eller hjemmeinstitusjonen hadde reagert på vedkommendes avvikende og urolige atferd. Håndteringen av den urolige atferden i hjemmemiljøet fikk stor betydning for innleggelse på akuttposten og på skjermingsrommet.

Flere av de forvirrede og redde pasientene som ikke var sinte, ble ført til skjermingsrommet i en blid og vennlig atmosfære. De ble vennlig informert om at de nå skulle få være på et skjermet rom hvor det var rolig og lettere å hvile ut. Man forsikret også pasienten om at de nå skulle bli passet ekstra godt på. Innleggelsen ble fulgt av en oppfølging som var tettere enn ute på posten. Noen av pasientene var forvirrede, psykotiske og/eller hadde opplevd seg forfulgt. For meg så det ut til at disse, slik også personalet og pasientene selv beskrev det, reagerte på en positiv måte (se pkt. 6.3 og 11.3). De fulgte med inn på skjermingsrommet uten å gi uttrykk for protest. I den første tiden der inne virket de mindre plaget og redde og mer avslappet i kroppsspråket. Denne type inntreden i skjermingsrommet gjorde at skjermingen var preget av en mer tillitsfull og omsorgsfull kontekst, hvor personalet uttrykte tydelig at de ønsket å hjelpe. Det å bli lagt på skjermingsrommet kunne i slike situasjoner fremtre som å bli tatt hånd om eller passet på. Det er usikkert om pasientenes uttrykk for å være mindre plaget her skyldtes rommet, den sterke ivaretagelsen fra personalets side eller begge deler. Andre skjermingssituasjoner, særlig på post A, fremstod som mer nøytrale og rutinebaserte samhandlingssituasjoner, hvor pasienten ble ført inn på skjermet avsnitt ved innleggelsen på posten. Disse situasjonene ble ikke fulgt opp av spesielle følelsesmessige uttrykk fra personalets side. I andre skjermingssituasjoner var innleggelsen på skjermingsrommet preget av stor uro og konflikt ved at pasienten ble ført inn til skjermingsrommet ifølge av politi eller flere fra helsepersonalet under åpenlys protest. Pasienten kunne rope og eventuelt slå og sparke. Personalet responderte på sin side ved å holde pasienten fast fysisk eller snakke i en streng tone. Slike innleggelser kunne også føre til at pasienten ble lagt direkte i belter og tvangsmedisinert. I situasjoner hvor det hadde vært langvarige konflikter med nærmiljøet før innleggelse, og hvor pasienten protesterte mot å bli skjermet, ble

skjermingen rettet mot konflikthåndtering. Konflikten befestet også skjermingssituasjonen i større grad som en tvangssituasjon, eventuelt preget av stor mistillit hos begge parter.

Innleggelsen i skjermingsrommet kunne altså variere fra å fremstå som en positiv behandlings- og omsorgssituasjon til å utgjøre en mer tvangspregget og degraderende situasjon. Mangfoldet i skjermingssituasjonene gjenspeiler sykehusets doble funksjon som både behandling og kontroll (jf. Løchen 1965, se også pkt. 1.3.3). Denne kompleksiteten i sykehusinstitusjonens strukturelle grunnlag kunne føre til at skjermingsmetoden tok form av ulike sosiale uttrykk, eller sosiale representasjoner, i ulike samhandlingssituasjoner.

8.4.2 Bruk av annen tvang ved skjerming

Det var noe forskjellig bruk av tvang i de observerte skjermingsforløpene. Disse forskjellene bidro også til å forme skjermingsmetodens ulike betydning som behandling og tvang for pasientene (se pkt. 11.2).

Selv om forløpene kunne variere, foregikk skjermingen ofte innenfor en tvangsmessig kontekst. Kun tre pasienter ble skjermet ved frivillig innleggelse og uten andre former for tvang. De øvrige skjermingspasientene var tvangsinnlagt. Mange ble også utsatt for andre former for tvang under oppholdet på skjermingsrommet. Den sterke sammenhengen mellom skjerming og tvang hadde sin forklaring i at andre tvangsformer ofte fant sted inne på skjermingsrommet. I observasjonsperiodene ble nesten halvparten av skjermingspasientene tvangsmedisinert, og flere ble beltelagt. På post A var det noe mer bruk av tvangsmidler (belter) og tvangsmedisinering enn på post B. Skjermingsrommene begge steder var nærmere knyttet til institusjonens tvangs- og kontrollpraksiser enn hva tilfellet var på åpen del av postene.

Det kunne være vanskelig for en pasient som ikke ønsket å bli skjermet, å unngå dette dersom vedkommende hadde blitt skjermet ved tidligere innleggelser. At disse pasientene ble skjermet på nytt, hadde sammenheng med hele personalets arbeidsmåte. De frisket opp sin kunnskap om pasienten på uformelt og formelt nivå når pasienten ble meldt til posten. Samtalen kunne for eksempel lyde slik: ”Hvem er

det som kommer? Det er han som var så urolig og sint sist, som var skjermet over lang tid vet du? Å ja, han. Skal vi da legge han rett inn på skjermet?” Flere av pasientene var klar over betydningen av informasjonsflyten i personalgruppene. En pasient som ble intervjuet, var derfor bekymret over å ha blitt lagt i belter under skjermingsoppholdet da hun var redd for at dette ville øke sjansen for beltelegging ved neste innleggelse. Det syntes som om det å vært psykiatrisk pasient over lang tid førte til sterkere integrering mellom privatliv og den psykiatriske helsetjenesten. Dette gjaldt særlig pasienter med diagnosen kronisk (paranoid) schizofreni og mani.¹³ Som det også ble påpekt av personalet, kunne disse pasientene være spesielt utsatt for mer automatiserte former for tvang som skjerming, tvangsinnleggelse, tvangsmedisinering eller tvangsoverflytting til andre psykiatriske institusjoner (se pkt. 6.3.2). Denne tvangsbruken var også institusjonsovergrepene i sin karakter på grunn av den nye reinstitusjonaliseringen av psykiatrien hvor pasientene sirkulerer mellom ulike institusjonstilbud på ulike helsetjenestenivå og sitt eget hjem (Godin 2000). Tendensen til å bli utsatt for omfattende tvangsbruk på alle nivåer som første metode ble av en slik pasient i intervjuene betegnet som ”å være i tvangsgrepet”. Tvangsgrepet gjenspeilte hele hjelpeapparatets systemiske tvangsorientering og pasientens avmaktsfølelse. Denne avmaktsopplevelsen overfor det totale ”tvangsgrepet” inngikk som en viktig sosial kontekst for skjermingsopplevelsen. En sosial karriere som psykiatrisk pasient kunne altså påvirke sjansen for å bli utsatt for skjerming eller tvang.

8.4.3 Varighet av og innhold i skjermingsforløpene

Skjermingsmetodens ulike betydning og spenning mellom behandling og kontroll gjenspeiles i varigheten av og innholdet i skjermingsoppholdet. Oppholdet på skjermingsrommet innebar forskjellige situasjoner og sosiale og moralske karrierer for pasientene. Dette innvirket også på deres opplevelse av skjerming.

De mest kortvarige skjermingsforløpene hadde en varighet fra under ett døgn til to døgn. Disse var mest vanlige på post A (se oversikt 2). Bruk av skjerming skyldtes for

¹³ Studier av bruk av tvang viser også at personer med diagnosen (paranoid) schizofreni utgjør den største gruppen pasienter som opplever tvangsvedtak utenfor institusjon. Det er også påvist at kombinasjonen av diagnosen schizofreni og fattigdom gir hyppigst bruk av tvang (Sosial- og helsedirektoratet 2006, Helsetilsynet 2006).

det første at post A oftere benyttet skjermet avsnitt som mottaksenhet enn post B. Pasienter som ble meldt potensielt skjermingstrengende, ble dermed lagt inn på skjermingsrommet. I løpet av den kortvarige tiden der ble de observert av personalet, for deretter å bli flyttet ut av skjermingsrommet dersom de ble vurdert som ikke-skjermingstrengende. Mottaksfunksjonen ble samtidig ikke oppgitt som eksplisitt begrunnelse for skjerming, men tok mer form av implisitt praksis.

En annen begrunnelse for kortvarig skjerming var episodisk eller kortvarig urolig atferd. Post A benyttet skjerming for kortvarig uro i noe større grad enn post B. Den kortvarige urolige atferden var for eksempel kjennetegnet ved at pasienten ble urolig ute på åpen del av posten ved for eksempel å rope, kaste glass eller slamre med dører. Skjerming ble også benyttet for kortvarig uro hos personer som ble innlagt for rusutløst psykose eller forvirringstilstand. Disse kunne være sinte eller aggressive ved innkomst. De ble så ofte tvangsmedisinert og eventuelt lagt i belter. Etter søvn var ofte forvirringen borte og atferden rolig. De ble da utskrevet forholdsvis raskt.

Kortvarig bruk av skjerming ble også benyttet overfor personer med personlighetsforstyrrelser, særlig av antisosial type. Innleggelsesårsak var ofte depresjon, selvmordstanker eller voldelige ideer de var redde skulle bli virkelighet. Slik bruk av skjerming var mest vanlig på post A (se oversikt 1). Flere ansatte på post B uttrykte ønsker om tilsvarende praksis. Dette ble likevel ikke praktisert da det falt utenfor postenes behandlingskriterier for skjerming (se pkt. 6.4.3). Disse pasientene ble som regel lagt direkte inn på skjermet avsnitt og utskrevet derfra uten å være på åpen del av posten. Flere slike pasienter ble også overført frivillig paragraf. Dette førte til at de ville utskrives, eller ikke kom tilbake fra perm. Personalet begrunnet denne praksisen med at de ikke ønsket pasientene skulle være inne på åpen del av posten da de ofte skapte uro i det sosiale miljøet der. Skjermingsrommet skulle bidra til å løse det sosiale ordensproblemet ved å avgrense pasientens fysiske og sosiale handlingsrom. Skjermingsmetoden fikk en betydning som marginalisering eller utstøtning fra sykehuset. Dette gjenspeiler at ikke bare innelukkingspraksiser, men også utstøtningspraksiser har vært en viktig side ved institusjonenes virksomhet og bruk av kontroll (Blomberg 2002).

Kortvarig skjerming kunne også bli brukt for å håndtere pasienter som satte seg fysisk til motverge mot å bli innlagt med tvang eller som forsøkte å rømme. I tillegg syntes det som skjerming ble benyttet i forbindelse med tvangsmedisinering. Dette gjaldt særlig på post A, selv om posten selv ikke oppga dette som kriterium for skjerming. Flere pasienter med diagnosen kronisk schizofreni ble lagt inn på skjermet avsnitt ved ankomst. Innleggelsesårsak var at pasientene var vurdert som dårligere eller mer urolige i hjemmemiljøet. De hadde også sluttet å ta medisiner (autoseponering) eller ikke møtt til DPS for depotinjeksjon. Pasientene kunne bli innlagt på skjermet avsnitt uten å være vesentlig urolige. Etter tvangsmedisineringen ble de så flyttet ut på åpen del av posten. For de pasientene som klaget på tvangsmedisineringsvedtaket, kunne skjermingsoppholdet vare lenger siden det tok noe mer tid å få gjennomført medisineringen. Denne skjermingsbruken syntes å ha sammenheng med at skjermingsrommet lettere kunne avgrense og effektivisere personalets arbeid med å håndtere pasientenes protest mot tvangen. En slik bruk av skjermingsmetoden viser også hvordan akuttpostenes virksomhet er innlemmet i tvangs- og kontrollpraksiser utenfor institusjonen, innen rammen av en desentralisert psykiatri (se pkt. 5.5).

Det var flere pasienter som ble skjermet fra tre til ni dager. Begrunnelsene for å skjerme pasientene ble oftere relatert til deres psykiske lidelser, som vanligvis var psykoser, maniske tilstander eller selvskaide-/selvmordsproblematikk. Som det fremgår av oversikt 2, benyttet både post A og post B skjerming i slike intervaller. Pasientene som ble skjermet, uttrykte i ulik grad protest mot skjermingen. Ofte ble skjerming benyttet overfor personer med psykoser, som fremstod forvirret og hallusinerte, da ut fra behandlingstenkningen om skjerming som stimulireduksjon, beskyttelse og kontinuerlig tilsyn. Disse pasientene ble ofte ivaretatt på en omsorgsfull måte. Bruk av tvangsmedisinering og belter varierte sterkt etter hvor urolige de var. Flere tok medisin frivillig og var ikke utsatt for andre tvangsmidler. Etter hvert som de ble mindre forvirret, fikk de gradvis komme ut av skjermingsrommet. Pasienter med maniske tilstander som ble skjermet innenfor dette tidsintervallet, fremstod forvirret eller overaktive i varierende grad. Under oppholdet på skjermingsrommet kunne noen bli tvangsmedisinert og beltelagt ved urolig atferd og protest. Overfor andre ble andre tvangsmidler ikke benyttet. På begge poster benyttet man grenser, avtaler og restriksjoner i større grad overfor denne pasientgruppen enn overfor andre. Pasientene ble flyttet ut når de ble vurdert som

mindre overaktive. En tredje begrunnelse for skjerming var selvskading eller fare for selvmord. På post B ønsket man som tidligere nevnt ikke å benytte skjerming som behandling ved selvskade. Under feltarbeidet var det imidlertid også noen pasienter som ble skjermet av denne årsaken. En pasient ble for eksempel skjermet etter gjentatte forsøk på å henge seg i klærne sine eller skjære seg selv med glass fordi personalet ikke fikk fulgt henne tilstrekkelig opp ute på åpen del av posten. Personalets praktiske behov for å kunne føre bedre tilsyn med pasienten kunne altså være årsak til skjerming, på tross av prinsipiell behandlingstenkning (jf. pkt. 10.5.1).

Pasientene som var på skjermingsrommet fra ti til nitten dager hadde tilsvarende diagnoser og tilstander som de ovenfor nevnte, og ble skjermet ut fra tilsvarende behandlingstenkning. Pasientene var forskjellige, men kjennetegnet ved å ha større svingninger knyttet til for eksempel forvirring, overaktivitet og uro enn den førstnevnte gruppen. Disse svingningene kunne føre til at skjermingsforløpene ble mer sirkulære – pasientene vekslet mellom å være på skjermet og åpent avsnitt under oppholdet. En viktig årsak til at skjermingsforløpet tok mer tid, var også at oppløsningsfasen av skjermingen gikk over lengre tid.

En pasient som var innlagt for psykose kan være et eksempel på et slikt skjermingsforløp. Ifølge personalet hadde pasienten vært svært forvirret og redd ved innkomst, men ble først plassert på åpen del av posten. Der hadde vedkommende gått rundt og bedt for alle pasientene, deretter fått fatt i en kniv på kjøkkenet, som det ble en kamp for å få tilbake. Ifølge personalet ble denne pasienten skjermet for å bli beskyttet fra å blamere seg ute på posten. I tillegg ønsket personalet å skjerme pasienten for å styrke tilsynet. Skjerming skulle gjøre pasienten tryggere og mindre i fare for å skade andre og seg selv. Urolig atferd førte i liten grad til moralsk misbilligelse, snarere til omsorgsreaksjoner da man opplevde pasienten som svært syk (jf. pkt. 5.9.3). Pasienten klarte under skjermingsoppholdet verken å spise, gå på toalettet eller stelle seg selv. Personalet utførte dermed mye fysisk pleie. Under feltarbeidet var oppfølgingen preget av en vennlig stemning med mange omsorgshandlinger. Personalet satt ofte sammen med pasienten, drakk kaffe, småpratet og tilrettela aktiviteter som strikking og lesing i den grad pasienten ønsket det selv. På slutten av skjermingsoppholdet satt personalet mer ute på gangen fordi de

opplevde at pasienten ble sliten av den stadige tilstedeværelsen og trengte privatliv. Slik forsøkte man aktivt å respondere på pasientens behov.

En annen bruk av langvarig skjerming skjedde overfor pasienter som hadde urolig atferd over lengre tid enn de episodiske urotilstandene. Den urolige atferden kunne for eksempel vise seg i form av stadige selvskadingsforsøk eller som langvarig protestatferd. Et eksempel på urolig atferd av noe lengre tids varighet var en pasient som ble innlagt for ”obs! psykose” uten at det noen gang ble satt diagnose. Pasienten ankom posten under store protester mot tvangsinnleggelsen og fikk først plass på åpen del av posten. Her sparket vedkommende personalet, kastet glass og mobiltelefon, ropte og gråt. Personalet forsøkte å grensesette pasienten, som svarte med økt sinne og deretter ble overflyttet til skjermingsrommet for lengre tid, beltelagt og tvangsmedisinert. Pasienten ble forsøkt flyttet ut av skjermet avsnitt to ganger, men kom inn igjen etter det personalet oppfattet som urolig atferd og problemer med å forholde seg til andre pasienter. Pasienten protesterte kontinuerlig mot å være inne på skjermingsrommet og var i konflikt med personalet på grunn av dette. Vedkommende ga uttrykk for at skjermingen og tvangsmidlene fremstod som sterkt belastende og krenkende. Til slutt kom vedkommende ut av skjermingsrommet grunnet rolig atferd, inkludert opphør av protest mot skjerming, men var nå blitt sterkt deprimert. I dette skjermingsforløpet syntes det som skjerming og tvangsmidler gjenspeilte forflytningstendensen ved urolig atferd. Den praktiske bruken av skjerming ble også mer knyttet til håndtering og kontroll av atferd som fremstod som ulydig og sosialt forstyrrende. Skjermingsforløpet var tidvis preget av personalets negative syn på pasienten og sanksjoner grunnet pasientenes atferd. Dette bidro til at skjermingsforløpet fikk et mer straffende og disiplinerende preg.

Pasientene innenfor dette tidsintervallet utrykte dermed forskjellig grad av protest mot å bli skjermet. I de fleste tilfellene økte protesten jo lenger skjermingen varte. Dette samsvarer også med pasientintervjuene (se pkt. 11.4). Gjennom skjermingsforløpet kunne dermed skjermingsmetoden i økende grad skifte fra å ha en behandlingsmessig betydning til å bli kontroll og tvang (se pkt. 9.4).

Pasientene som ble skjermet mellom 20–40 dager ble ofte beskrevet med diagnosene langvarig psykose eller manisk tilstand. De liknet pasientene innenfor det

forrige skjermingsintervallet, men det tok lengre tid før det kom til endring i tilstand og atferd. To av pasientene hadde langvarig funksjonshemning og komplekse problemer. Disse skjermingsforløpene tok form av ”de vanskelige urotilstandene” (se pkt. 10.5.2). Pasientene uttrykte i varierende grad protest mot å bli skjermet. Flere av dem viste sinne og aktiv fysisk protest mot skjermingen. Dette bidro til å forlenge skjermingsforløpet. Det ble i ulik grad benyttet andre tvangsmidler under oppholdet.

De langvarige skjermingsforløpene var også kjennetegnet ved ”langvarige” samhandlingsprosesser mellom personalet og pasienten. Disse kunne endre karakter over tid. Et eksempel som særlig tydelig viser hvordan skjermingsmetoden kunne få ulik betydning som behandling, kontroll og tvang i løpet av innleggelsen – og som gjenspeiler kompleksiteten i arbeidet samt uroens og tillitens problem – var en pasient som hadde to skjermingsopphold under samme opphold på posten. Det første skjermingsoppholdet var relativt kortvarig og skjedde fordi pasienten forårsaket et branntilløp ute på åpen del av posten. Pasienten var på denne tiden frivillig innlagt og hadde selv oppsøkt tjenesteapparatet for å få hjelp for forfølgelsestanker og sosial angst. Etter at vedkommende hadde laget brann på pasientrommet, ble det flytting til skjermingsrommet under frivillig paragraf på en omsorgsfull måte. Pasienten uttrykte innledningsvis taknemlighet for å bli skjermet. Vedkommende ble så utskrevet fra skjermingsrommet etter to dager fordi det så ut til å gå bedre, men også av plasshensyn. Det kom så et langvarig samhandlingsforløp ute på åpen del med eskalering av angst og mistillit mellom personalet og pasienten. Etter en episode hvor pasienten truet med å skade seg selv med kniv og truet sin legekontakt, ble vedkommende overført tvunget helsevern og innlagt på skjermingsrommet mot egen vilje. Legene opplevde beslutningen om skjerming risikabel siden innelukkingen kunne øke faren for utagering, men turte ikke å slippe pasienten ut av sykehuset da de var usikre på om han kunne være til fare for andre. Overflyttingen til skjermingsrommet førte til at pasienten etter noe tid slo ned en pleier for å få tak i nøkkel. Hendelsen førte til langvarig bruk av belter og omfattende tvangsmedisinering. Flere i personalgruppen var også sinte og avvisende overfor pasienten på grunn av slaget mot kollegaen. I tillegg var de redde. Pasienten vekslet mellom å beklage hendelsen, true personalet på en stillferdig måte for å komme ut av skjermingsrommet og bli mer innadvendt. Personalets avvisende eller forsiktige tilbaketrukne væremåte førte til at skjermingsoppholdet fikk et mer oppbevarende

eller straffende preg i påvente av overflytting til sikkerhetsavdelingen. Pasientens protest mot skjermingen ble ikke imøtekommet grunnet farekriteriet. Skjermingsoppholdet endte med et selvmordsforsøk før pasienten ble overflyttet til sikkerhetsavdelingen.

I det lengste skjermingsforløpet over 70 dager ble pasientens tilstand beskrevet som alvorlig og langvarig paranoid psykose. Mye protest mot skjermingen og konflikter med personalet medførte tvangsmedisinering og belter. I tillegg førte denne atferden til at posten iverksatte bruk av retningslinjer overfor pasienten, selv om det ikke var vanlig. Det er mulig at en tidligere, alvorlig voldsepisode da pasienten var psykotisk, gjorde at personalet valgte å skjerme vedkommende lenge. Tidligere hendelser økte vektleggingen av kontroll.

De ulike skjermingsforløpene viser at skjermingsmetoden er en teknologi som ivaretar ulike oppgaver og formål av tildels forskjellig karakter. De ulike funksjonene og samhandlingssituasjonene gjør at metoden fremstår som et institusjonelt rom som inkluderer praksistradisjoner fra både eneværelset, vaktsalen og isolatet (se pkt. 4.2.1 og 4.3.1). Den gjenspeiler også spenningsforholdet mellom behandlingsidealer og ulike kontrollformer i ulik grad og på ulike måter. Selv om skjermingsforløpene var forskjellige, blir tvangsaspektet ved skjermingsmetoden likevel sterkere enn det som fremkommer i skjermingsideologiene når man ser på den praktiske bruken av den.

8.5 Skjerming for urolig og utagerende atferd

Selv om det var flere rolige pasienter som ble skjermet under feltarbeidet, viser skjermingsforløpene at skjermingsmetoden i praksis var nært knyttet til uroens og tillitens problem (jf pkt. 3.4.1). Pasientenes eventuelle urolige eller utagerende atferd var et gjennomgående tema i de hverdagslige diskusjonene om skjerming i akuttpostene på samme vis som i de historiske beskrivelsene av isolatene og innføringen av skjermingsmetoden. Men hva mener klinikken egentlig med betegnelse "urolige" og "utagerende" pasienter? For å besvare dette spørsmålet, og dermed si noe om innholdet i uroens problem, vil jeg utdype hva slags atferd det var personalet betraktet som urolig og utagerende. I de resterende kapitlene vil jeg så utdype uroens sosiale og interaksjonelle sammenheng.

På postene ble begrepene – ”uroelig” og ”utagerende” – hyppig benyttet som generelle begreper for å betegne pasienters ytre atferd. Dersom man ser på de konkrete beskrivelsene av pasientenes atferd når de ble betegnet som urolige eller utagerende i personalsamtalene og i de muntlige og skriftelige rapportene, viser det seg at det dreide seg om handlinger som kunne ha ulike meningsbetydninger. Den urolige eller utagerende atferden omfattet også mange ulike former for sosiale avvik og brudd på allmenne sosiale normer.

Oversikt 3: Atferd som ble betegnet som ”uro” og ”utagering” av personalet.

Pasienten

1. **viser tegn på indre psykisk uro:** Pasienten forteller om stemmer og dødsangst.
2. **er overaktiv:** Også beskrevet som agitert og hektisk atferd verbalt og/eller fysisk. Kan være gjentatte handlinger som å samle klær, papir, henge papir opp på vegg eller en stadig talestrøm som det er vanskelig å følge med i. Graden av overaktivitet var imidlertid svært forskjellig hos pasientene.
3. **har et avvikende lydnivå:** Varierende grad av høylytthet og sinne: Pasienten roper i fortvilelse, synger, raser eller brøler.
4. **er motorisk/fysisk urolig:** Vandrør eller krabber rundt på gulvet, flytter møbler rundt og rundt, vasker gulvet, piller på alt rundt seg. Løper nedover gangen eller mot vinduer eller dører.
5. **viser avvikende følelser:** Følelsesmessig labil (svingende), sterke følelsesmessige uttrykk med sinne, gråt og latter. Dramatiserer for eksempel selvskade ved å peke mot halsen og gråter. Gir uttrykk for dødsangst og oppviser redd atferd.
6. **viser avvikende sinnenivå:** Aggressiv undertone eller direkte aggressive utsagn. Åpent uttrykt sinne, kasting av møbler. Bli beskrevet med fare for ”voldsomme aggresjonsanfall” før innleggelse eller vurdert å ha ”utageringspotensial”.
7. **sparker og slår:** Varierende styrke og alvorlighetsgrad. Kaster ting, for eksempel dobørsten, mot personalet. Fra småspark, lugging, spyting og kloring til direkte slag mot hodet med personskade (ett tilfelle).
8. **gjør skade på materiell:** Fysisk uro som også gir skade på materiell. Kastet møbler og eiendeler rundt omkring. Vil for eksempel gå inn i TV-apparatet dersom vedkommende tror man kan gå inn i den verdenen.
9. **opptrer avvikende i sosial samhandling:** Blander seg i andre medpasienter, snakker høylydt, kommenterer medpasienter, kjefter på medpasienter eller personale. Redd og engstelig for medpasienter. Uappetittlig for andre, grisete atferd ved måltider og skitne klær, lukter eventuelt vondt. Går naken rundt. Lager bråk med fjernkontrollen foran TV, ødelegger vanlige sosiale aktiviteter for medpasienter. ”Voldsom i miljø”, ”frekk overfor medpasienter”.
10. **utviser konfliktskapende relasjonsformer:** Denne pasienten er kjennetegnet ved sterke kontraster i væremåte overfor andre, fra barnslig til voksen, fra sint til blid. Væremåten skaper sterke motstridende følelser i personalgruppen og er vanskelig å takle for den enkelte eller for personalgruppen som helhet. Personalet strever med en ambivalens – opplevelsen av pasienten som syk og hjelpetrengende og som vanskelig og uansvarlig.
11. **har en selvdestruktiv atferd:** Pasienten sier han eller hun vil skade seg eller dø, eller personalet er redde for dette da pasienten fremtrer som sterkt deprimert eller psykotisk med hørselshallusinasjoner. Pasienten risper seg eller slår seg selv med

glass, dunker hodet eller gjør stadige hengningsforsøk med jakken sin. Personalet blir usikre på om det er reell fare for selvmord/skade eller om det dreier seg om dramatiske uttrykk for smerte og oppmerksomhetsbehov.

12. **er ruspåvirket:** For eksempel alkoholpåvirket etter perm.
13. **forårsaker brannstiftelse** eller branntilløp.
14. **har ernæringsproblemer:** Får ikke i seg mat og drikke på egenhånd.
15. **protesterer mot tvangsinnleggelsen, tvangsoverflyttinger til andre institusjoner, skjerming eller tvangsmedisinering:** Fysisk motstand mot å gå inn på posten eller på skjermingsrommet eller mot å få sprøyter. Stritter i mot, roper, gråter i sin protest mot de ulike formene for tvang. Spark og småslag mot personalet, i ett tilfelle slag mot ansatt sitt hode. Løper mot dører og vinduer og vil ut. Rømningsforsøk. Sinne ved grensesetting og avslag fra personalet.
16. **utviser åpenlys ulydig atferd innenfor institusjonen:** Bryter husregler ved åpenlyst å nekte å gjøre det personalet sier, protesterer med sinne, høylydt argumentasjon, eller ved å kaste noe mot vegg eller personalet, slår med døren.

Dersom man ser nærmere på atferden til pasientene, ser man at skjermingsmetoden i praksis ofte ikke ble brukt på pasienter med voldelig eller farlig atferd slik dette er blitt fremholdt i mange andre studier av skjerming og isolering (se bl.a. Wynn 2004, El-Badri og Mellsoy 2002, se også pkt. 1.3.1). Oversikten min ovenfor likner mer andre kliniske studier om isolat som finner at uro hos pasientene ofte er knyttet til mer generelle urotilstander enn voldelige eller farlige atferdsformer selv om disse aspektene også er tilstede (se bl.a. Kirkpatrick 1989, Esther 1997, The Sainsbury Centre for Mental Health 1998, Meehan m.fl. 2000:371, Kaltiala-Heino m.fl. 2003). En stor del av atferden er også relatert til protest.

Det synes som om urolig atferd ofte gjenspeiler ordensproblemet ved de psykiske lidelsene mer generelt, og den psykiske lidelsens kjennetegn som brudd på mer allmenne sosiale normer, slik Goffman beskriver dette (Goffman 1967, se også pkt. 3.4.1). I tillegg gjenspeiler uroens problem sosiale samhandlingsproblemer som følger den psykiske lidelsen. Personalet kunne for eksempel begrunne skjerming med at pasientens atferd var "brysom", "blamerende" for pasienten selv, eller at "det er vanskelig å ha slike ute i miljøet" siden den avvikende eller urolige atferden forstyrret det sosiale samværet på posten (se pkt. 5.10), "Ukritisk atferd. At du kommer naken og spaserer ute i gangen for eksempel, til sjananse overfor andre pasienter." Skjermingsmetoden skulle bidra til å skåne medpasienters (og personalets) opplevelse av ubehag ved avvikende oppførsel. Behovet for å ta i bruk skjerming ble forbundet med allmenne sosiale reaksjoner på avvikende atferd og relasjonen mellom pasienten og de sosiale omgivelsene. Gjennom innelukkingen på skjermingsrommet kunne den

sosiale orden på posten gjenopprettes. Den praktiske bruken av skjerming gjenspeiler dermed skjermingsmetodens betydning som ordningsskapende metode i sykehuset.

I løpet av feltarbeidet ble jeg også opptatt av hvordan uroens problem hos pasientene ofte ble forskjellig sosialt og kulturelt konstruert. Som beskrevet i pkt. 1.1. og 3. 4.1. gjenspeilte ikke uroens problem pasientens tilstand direkte, men ble påvirket av den lokale konstruksjonen av uroens problem på postene. Uroens mangetydighet gjorde at skjermingsbruken, i likhet med isolatet, ikke bare var en direkte avspeiling av pasientens indre tilstand, den var også preget av personalets fortolkning av pasientens atferd. Dette viste seg blant annet ved at den økte opplevelsen av farlighet ved urolig atferd på post A førte til at man her oftere benyttet skjerming ved slik atferd enn på post B (se pkt. 10.4). Vektleggingen av å øke toleransen for urolig og avvikende atferd på post B (se pkt. 5.9.1) hadde på tilsvarende vis redusert bruken av skjerming:

Hjelpepleier 2: Vi tillater at de kommer med noen sånne eksplosive utfall innimellom (...) men de andre blir så redde da. Vi må jo tåle at de ikke er så adekvate sånn verbalt. At de sier litt rart, plukker litt og flytter på ting. Hjelpepleier 1: Skriker litt. Hjelpepleier 2: Ja, så godtar vi det mer nå enn før tror jeg uten at pasienten blir skjermet.

Toleransediskusjonen hadde i praksis ført til at personalet sjeldnere benyttet skjerming for episodisk urolig atferd. Pasientene på post B kunne være mer forvirret, urolige eller overaktive ute på posten enn på post A uten at de ble skjermet. Dette forsøket på å redusere kontrollen førte imidlertid, som nevnt i pkt. 5.10, til en spenning i forhold til å ivareta den enkelte pasients behov for å frihet og den sosiale orden generelt i forhold til medpasienter og posten som helhet.

Viktigheten av pasientenes urolige atferd for skjerming gjenspeiler den psykiske lidelsens sosiale natur (se pkt. 3.4.1). Uroen leder til samhandlingsproblemer som gjør at behandling og pleie blir sosial i sin natur. Den gjør også at behandlingsaspektet blir nært sammenvevd med sosial kontroll. Den sosiale og kulturelle konstruksjon av uroens problem og den sosial orden på postene påvirker samtidig skjermingsbruken fordi den innvirker på personalets opplevelser av pasienten som ubehagelig, farlig og i behov av å kontrolleres (se pkt. 1.1 og 1.3.1). Mangfoldet i den urolige atferden viser også at spørsmålet om å skjerme pasienten for urolig eller utagerende atferd rommer mange meningsbetydninger.

8.6 Avslutning

Studien viser at det var ulik bruk av skjerming på de to postene i observasjonsukene. Post A hadde mer bruk av skjerming og flere kortvarige skjermingsforløp. Post B hadde færre og ofte langvarige skjermingsforløp. De fleste skjermingsforløpene inngikk i en tvangskontekst. Det var imidlertid stor ulikheter når det gjaldt varighet og forløp – fra omsorgsfulle og frivillige kontekster til mer konflikt- og tvangspregede. Disse forskjellene ved skjermingssituasjonene er viktige å være klar over for å forstå skjermingsmetodens ulike meningsbetydning for personale og pasienter som behandling og kontroll. Gjennom postenes praktiske skjermingsbruk og gjennom skjermingsforløpet kom skjermingsmetodens flertydige funksjon og utforming tydelig frem.

I dette kapitlet har jeg også vist at skjermingsmetoden er nært knyttet til pasientens urolige atferd. Som jeg skal utdype senere (se kap. 10), gjenspeiler skjermingsmetoden særlige utfordringer i pleiarbeidet ved alvorlige psykiske lidelser. Spørsmålet om pasientenes uro og utagering er imidlertid også sosialt og kulturelt konstruert. I neste kapittel skal jeg utdype dette aspektet ved å vise hvordan pasientenes urolige og utagerende atferd også kan forstås som en følge av relasjonelle og sosialt situasjonelle faktorer som ikke skyldes pasientens indre psykiske tilstand alene. Uroens og tillitens problem kan reduseres, men også produseres gjennom den sosiale organiseringen innenfor sykehusene og skjerming. Jeg skal dermed i neste kapittel belyse skjermingsmetoden ytterligere ved å ta steget inn i skjermingsrommet og se på samhandlingen mellom pasienter og personale i det lukkede rommet.

9 Samværs- og samhandlingsformer på skjermingsrommet

9.1 Innledning

I de tidligere kapitlene har jeg beskrevet skjermingsmetodens betydning og spenning mellom behandling og kontroll ved å se på akuttpostenes og skjermingsmetodens ideologiske, organisatoriske og teknologiske utforming. I forrige kapittel beskrev jeg også skjermingsmetodens nære sammenheng med uroens og tillitens problem.

Som jeg beskrev i kapittel 3, var de prosessuelle og relasjonelle sidene ved maktutøvelsen også viktige for skjermingsmetodens betydning og spenning mellom behandling og kontroll (Foucault 1994, se også pkt. 3.3.2 og 3.4.6). I likhet med andre studier viser min studie at kvaliteten på sosiale relasjoner har betydning for behandlingsdimensjonen ved å understøtte skjermingsmetoden preg av behandling eller tvang (Hubble m.fl.1999, Skatvedt 2001).

I dette kapitlet vil jeg utdype de relasjonelle og prosessuelle aspektene ved skjermingsmetoden ved å se på samværs- og samhandlingsformene inne på skjermingsrommet. Disse gjenspeilte ofte skjermingsideologiene og den grunnleggende organiseringen av skjerming på postene og avdelingskulturen forøvrig.

9.2 Vanlige samværs- og samhandlingsmønstre

Som det fremkom i beskrivelsene av skjermingsforløpene i forrige kapittel, var samværs- og samhandlingsmønstrene inne på skjermingsrommet preget av både stabile mønstre og mangfoldige samhandlingssituasjoner – fra hygge til konflikt.

De vanlige samværs- og samhandlingsmønstrene på de to postene hadde både likheter og forskjeller. Inne på det skjermede avsnittet på post A satt personalet ofte i personalstoler på gangen mens pasientene oppholdt seg på pasientrommet. Kontakten mellom pasienten og personalet varierte noe. Døren til pasientrommene var vanligvis lukket dersom ikke pasienten skulle følges tettere opp. Dette førte til at pasientene ofte satt alene på rommet. I hverdagen, utenom de dramatiske episodene, vekslet personalet mellom å gjøre praktiske oppgaver, sitte på gangen eller på stua og i hagen

sammen med pasienten for å småsnakke eller spilte kort. En stor del av tiden gikk med til å hente og bringe saker til pasientene, gi medisiner, gå små turer og følge opp avtaler om telefonsamtaler, samtale med lege og pårørende, med mer. Noen pasienter trengte også hjelp til å personlig hygiene og ernæring. Pasienter som var sterkt forvirret, vurdert som spesielt selvmordstruet eller lå i belter, hadde personale i nærheten som passet på. Personalet tittet også jevnlig inn til pasienter som sov. De veiledet og stoppet dessuten pasienter som handlet potensielt skadelig eller uadekvat. I de rolige periodene satt enkelte ansatte henslengt i stolene på gangen, andre satt mer oppreist. Siden ledelsen hadde strammet inn tendensen til å lese aviser og ukeblader på skjermingsavsnittet, leste personalet lite på dagtid.

Det skjermede avsnittet var, sett fra min posisjon på gangen, kjennetegnet ved stadig gjentatte samhandlingsmønstre. Disse fremstod som det Goffman (1961:107) kaller ”institusjonelle seremonier” som ofte fyller latente sosiale funksjoner innen institusjonen. Et eksempel var røykeseremoniene (jf. Goffman 1961:206–208). Pasienten kom da ut fra pasientrommet, ba om røyk eller fyr på røyken, personalet responderte med å hente røyk og fyrstikker på lagerrommet og tente opp pasientens røyk. Pasienten gikk så inn på røykerommet mens personalet satte seg ned i stolen på gangen igjen. I likhet med den totale institusjon, slik den beskrives, var skjermingsavsnittet preget av mange slike gjentatte seremonielle handlinger kretsende om smådetaljer i hverdagslivet. De seremonielle handlingene var sentral for dannelsen av den sosiale orden inne på skjermingsrommet. Som jeg skal utdype senere, fikk disse seremoniene også stor symbolsk betydning ved å tjene som gjensidig informasjonsformidling mellom personale og pasientene (pkt. 9.3.4).

På post B var samværs- og samhandlingsmønstrene dels de samme, dels annerledes enn på post A. Personalet satt kontinuerlig inne på skjermingsrommet sammen med pasienten og utførte en del hjelpehandlinger. I tillegg ble det satt i verk noe flere aktiviseringstiltak. Personalets plass ble vurdert i forhold til pasientens behov for nærhet og avstand. Dersom pasienten ga uttrykk for ønske om å være alene og/eller var i oppløsningsfasen av skjermingen, kunne personalet sitte på gangen utenfor skjermingsrommet. Inne på skjermingsrommet varierte personalet mellom å snakke med pasienten, gjøre noen sammen med vedkommende, lese aviser eller løse kryssord. Personalets tilstedeværelse på skjermingsrommet var, som på post A, preget

av personalrulling. Pasienten ble ofte værende på det samme skjermingsrommet mens personalet der inne stadig vekslet.

Det kontinuerlige fysiske samværet inne på skjermingsrommet på post B førte til en tettere og mer intens samværsrelasjon, ofte i form av en dyadisk relasjon hvor en av personale satt alene med en enkelt pasient. I situasjoner med urolige eller ”utagerende” pasienter var to ansatte tilstede på rommet. Personalet satt ofte sammen med skjermingspasientene på stua i skjermingsenheten dersom pasienten ikke sov på soverommet. Siden personalet ofte satt alene på rommet med pasienten, fikk den enkelte pleiers atferd og relasjon til pasienten større betydning for samhandlingsprosessene på skjermingsrommet.

9.2.1 Personalrelasjoner, nærhet og avstand til pasientene

I tidligere studier av sykehusenes spenning mellom behandling og kontroll var man opptatt av utformingen av personalsamarbeidet. Den kustodielle og totale institusjonen var ofte kjennetegnet av en tett personalgruppe med en utpreget avstandspreget relasjon til pasientene (Belknap 1956, Goffman 1961, se pkt. 3.4.3). Hva kjennetegnet så personalsamarbeidet på de to akuttpostene jeg var, og hvilken betydning fikk samarbeidet for relasjonene til pasientene?

Skjermingsrommets lukkede preg førte til at pleierrelasjonen ble preget av stor fysisk tetthet mellom personalet og pasienten. Det unormalt tette samværet førte til en stadig balansegang mellom nærhet og avstand for å ivareta pasientenes eller personalets personlige territorier eller gruppeteritorier (jf Goffman 1961:243–248). Dette gjaldt begge poster. Vektleggingen av nærhet og avstand til pasientene var imidlertid noe forskjellig i de ulike skjermingssituasjonene og på postene.

På post A var samhandlingsformene inne på det skjermede avsnittet preget av større sosial avstand til pasientene og et sterkere sosialt skille mellom personale og pasienter enn på post B. Det sosiale skillet ble understreket av at personalet ofte satt på gangen mens pasientene var på rommet. Når pasientene var inne på rommene, småpratet ofte personalet med hverandre. Dersom døren til pasientrommet ble åpnet, eller pasienten kom ut på gangen, kunne personalet fortsette praten eller forbli tause til situasjonen

løste seg ved at pasienten kom med en forespørsel. Personalet svarte så på forespørselen, fulgte pasienten til andre rom eller ba pasienten om å lukke døren igjen. Denne samhandlingsformen kan beskrives som et "touch and go"-mønster, bestående av hyppige, korte sosiale møter knyttet til et gjøremål, en beskjed eller annet, hvorpå partene går hver til sitt (se pkt. 10.2).

Samværs- og samhandlingsformene inne på skjermingsrommet på post B var mindre avstandspreget, og det sosiale skillet mellom pasientene og personalet noe mindre. Nærheten til pasientene viste seg i direkte samhandlingssituasjoner ved at personalet hadde mer fysisk kontakt med pasientene, og ved at de kunne være med på flere sosiale aktiviteter i fellesskap med skjermingspasientene (se pkt. 5.9.3). Selv om samtalen med pasientene kunne være begrenset, tok personalet i større grad initiativ til sosial prat. Relasjonens karakter viste seg også i forhold til personalets plassering i skjermingsrommet og bruk av møblene. Personalet på post A var for eksempel svært nøye på at pasientene ikke måtte sitte i personalstolene i gangen, og var raske til å fjerne dem fra disse stolene dersom de i sin uvitenhet eller forvirring satte seg der. På post B gjorde personalet lite hevd på egne stoler. Møblene ble også mer fleksibelt brukt, avhengig av den enkelte situasjon. Personalets og pasientenes sosiale territorier var mindre fastlagt og mindre nøye håndhevet.

På begge postene var samarbeidet mellom personalet preget av nærhet og kontinuitet. De utvekslet informasjon og koordinerte arbeidet. Tross likhetstrekkene var samarbeidet likevel noe forskjellig på de to postene. På post A hadde personalsamarbeidet likheter med skjermingsrommet ved en annen akuttpost, beskrevet av Vatne (2003:165ff). Dette personalsamarbeidet var preget av en kollektivdannelse som likner Sverre Lysgaards (1985) beskrivelse av arbeiderkollektivet innenfor bedriften. Ifølge Lysgaard er kollektivdannelsen en systemutviklet gruppeform basert på fysisk nærhet, likhet og felles problemsituasjon. Arbeiderkollektivet legger grunnlaget for en inndeling mellom "vi" og "de andre", som forsterker avstanden til andre i systemet. Det er også preget av sterke normative forpliktelser til å være lojal mot hverandre og fellesskapets verdier, og av normene om ikke å gjøre for mye eller for lite.

På det skjermede avsnittet var det spesielt sterke krav til likhet og lojalitet personalet imellom. Likhetskravet viste seg særlig i diskusjonene om overholdelse av regler og restriksjoner. I situasjoner med personale med regelorienterte rolletyper (særlig vokterpregede) forekom det episoder som gjenspeilte normative forpliktelser om ikke å gjøre for mye for pasienten. De kunne derfor sanksjonere (gjerne nytt) personale som var ivrige etter å etterkomme pasientens ønsker ut fra sin hjelpe- og serviceorientering eller som snakket for mye med pasientene.

De fleste ansatte var lydige mot normene i personalkollektivet og passet på at de ble overholdt. Personalkollektivet skapte samtidig konflikter mellom de som hadde regelbaserte og de som hadde fleksible rolletyper. Det førte også til en indre spenning mellom egne individuelle behandlingsidealer og systemets krav om kontroll (jf. Løchen 1965). Hvordan skulle man kunne ivareta egne faglige verdier basert på en tillitsfull og fleksibel tilnærming til pasientene og samtidig unngå å legge seg ut med personalkollektivets krav til lojalitet? Denne spenningen viste seg i diskusjonen på personalmøtet etter en hendelse der pasientene hadde fått sitte sammen på skjermet avsnitt og drikke kaffe (se pkt. 5.9.1). En ekstravakt med regelorientert rolletype fremholdt viktigheten av reglene, og påpekte at pasientene ikke skal trene på å sosialiseres inne på skjermet avsnitt, da de "ikke tåler kontakt". Mange andre nikket. Den erfarne sykepleieren med fleksibel rolletype som hadde tillatt kaffedrikkingen, svarte med å si at det ikke stemte at pasientene alltid ble dårlige av å snakke sammen. En nyansatt sykepleier med fleksibel og usikker rolletype fulgte opp dette utsagnet med å si at han ville være lojal mot reglene, men personlig hadde ønsket det mer fleksibelt der inne. Alle nikket til at lojalitet er viktig.

På post B var det likhetstrekk med disse mekanismene i personalgruppen. Samarbeidet hadde samtidig mindre kollektivt preg. Det viste seg i form av færre krav til likhet og lojalitet og mer åpenhet for bruk av individuelle faglige vurderinger. Samværet var også mindre forskansningspreget. Den manglende kollektivdannelsen skyldes trolig selve organiseringen av skjerming i form av et skjermet avsnitt. Der hadde personalet fysisk nærhet til hverandre, noe som økte muligheten for kollektivdanning. Forskjellene i samhandlingsrelasjonene hadde også sammenheng med skjermingsideologiene. Personalets vektlegging av avstand til pasientene syntes

videre å gjenspeile de ulike tillitsrelasjonene til pasientene. På post A hadde personalet oftere mer pessimistiske bilder av skjermingspasienten som generelt kaotisk, uforutsigbar, umoden og potensielt farlig. Dette økte vektleggingen av en generell avstand til pasientene (se pkt. 6.4.2). På post B, som i større grad hadde bilder av pasienten som sårbar, redd og mindre farlig, ble relasjonen til pasienten oftere preget av en nærere omsorgsrelasjon. De ulike bildene av pasientene preget altså samhandlingsprosessene. Ideologien om skjerming som grensesetting og kontroll, blant annet gjennom mer bruk av regler og restriksjoner, syntes også å underbygge et avstandsforhold til pasientene. Jo mer bruk av kontroll, jo sterkere virket også behovet for å beskytte seg mot reaksjonene på kontrollutøvelsen. Personalkollektivet var samtidig også en viktig trygghetsskapende faktor i møte med pasientene og arbeidet inne på skjermingsrommet. Dette skal jeg komme tilbake til i neste kapittel.

Avstandsforholdet mellom personalet og pasientene hadde likheter med relasjonene innenfor asylene og den kustodielle pleieformen (Belknap 1956, Caudill 1958, Goffman 1961, Løchen 1965, se også pkt. 3.4.3). Det var dermed fortsatt en spenning mellom behandlingsidealer og en mer kustodiell praksis i den hverdagslige sykehusvirksomheten. Dette spenningsforholdet var mest synlig i skjermingsrommet på postene, og mest på det skjermede avsnittet.

9.2.2 Det aktivitetsfattige samværet

Skjermingsideologienes behandlingstenkning om å skape et stimulfattig rom med få aktiviteter for pasientene førte i praksis til at skjermingsrommet på begge poster ofte var preget av stillstand og ”tom tid”, forhold som likner beskrivelsene av de lukkede rommene innenfor asylet (Jönsson 1998, se også pkt. 4.3.1). Pasienter med kortvarig opphold på skjermingsrommet tilpasset seg den stillestående tiden på noe ulike måter til. Noen brukte den til å sove eller hvile. Andre, som var lenge skjernet, ga i økende grad uttrykk for kjedsomhet, rastløshet og frustrasjon over å måtte være der inne. De vandret formålsløst frem og tilbake. Pasientene kunne også gi uttrykk for at de ønsket flere aktiviteter og mer sosialt samvær med andre utenfor sykehuset eller ute på åpen del. Pasientene kunne også klage over restriksjonene på skjermingsrommet, som ble opplevd som en barnliggjøring eller undervurdering av deres voksne handlingsevne

(se også pkt. 11.5.7). De kunne komme med irriterte og frustrerte utsagn som ”jeg er ikke noen prinsesse” eller ”jeg er ikke et barn, jeg kan smøre mat selv”. Det aktivitetstomme rommet brøt, som beskrevet om den totale institusjon, med deres personlige selvidentitet som voksne og normale personer (jf. Goffman 1961)

Mangel på vanlige aktiviteter og kjedsomhet kunne også føre til at pasientene sang eller tegnet og rablet på aviser og vegger. Disse handlingene ble ofte fortolket som symbolske uttrykk for individuell patologi. De kan samtidig, som Goffman skriver, i visse situasjoner også forstås som uttrykk for sekundær tilpasning til institusjonen – pasientene prøver å fylle tiden på ulike måter gjennom ”make-do”: å klare seg med det man har for å få tiden til å gå (Goffman 1961:207). Mangelen på materielle gjenstander og normale fasiliteter førte til at pasientenes handlinger ble uvanlige fordi de var overlatt til å benytte de fasiliteter som var for hånden. De sekundære tilpasningene kunne derfor, i likhet med isolat, føre til selvforsterkende sirkler med økende kontroll og bisarr atferd fordi handlingene ble fortolket som tegn på patologi, som igjen legitimerte ytterligere kontroll og tvang (bl.a. Goffman 1961:306–308).

Skjermingsorganiseringen førte til en tilsvarende lukking av personalets handlingsrom. Personalet kunne derfor også gi uttrykk for at tiden inne på skjermingsrommet var lang og kjedelig, og jeg kunne i stille perioder se at personalet ventet utålmodig på avløsning. Også for meg som forsker var den langsomme tiden inne på skjermingsrommet slående. Den var sterkest tilstede på kveld og i helg hvor det var få sosiale aktiviteter. Personalet og pasientene måtte da tilbringe lang tid i hverandres selskap uten å kunne fokusere på aktive, felles gjøremål siden dette ikke var tillatt på skjermingsrommet. Personalets handlinger, som å lese ukeblad og småprate sammen, kan derfor forstås som uttrykk for tilsvarende forsøk på benytte de tilgjengelige handlingsressursene for å få tiden til å gå inne på skjermingsrommet.

9.2.3 Pasientsamværet på skjermingsrommet: det forbudte pasientfelleskap

I likhet med hva Goffman (1961) sier om institusjonen, påvirket skjermingsmetoden også forholdet til medpasientene. Når pasientene ikke var sammen med personalet, oppholdt de på skjermet avsnitt seg for det meste på pasientrommene eller hver for seg på fellesrommene. Oppholdet på pasientrommet kunne være et resultat av

pasientene egne ønsker. De var også mye alene inne på pasientrommet fordi de hadde fått beskjed av personalet om å holde seg på rommet, gjerne i forhold til den oppsatte plan. Husregelen om at pasientene ikke skulle oppholde seg på gangen eller være sammen med andre pasienter på skjermet avsnitt, førte ofte til at de sirkulerte alene rundt på rommene sine. Pasienter med behov for sosial kontakt ble ofte stående i døråpningen til pasientrommet hvor de passet på å stå bak dørterskelen mens de snakket med personalet på gangen. På post B hadde pasientene oftere kontakt og samtaler med personalet siden de satt sammen på rommet. Pasientene hadde imidlertid mindre muligheter for å trekke seg tilbake til eget rom for å ivareta sitt privatliv. Siden pasientene var alene på skjermingsrommet, var de i enda større grad sosialt isolert fra andre pasienter enn på det skjermede avsnittet.

Pasientene hadde ulike relasjoner til medpasienter og tok i ulik grad initiativ til sosial kontakt med medpasienter (se kap.11.5). Disse ulike væremåtene samsvarer med andre studier av pasientfellesskapet (Lindell 2003). Pasientene vekslet mellom felles identifikasjon og det å holde avstand til medpasienter de opplevde som skremmende dersom de var urolige og sinte. De ville heller ikke identifisere seg med medpasienter de oppfattet som ”gale”. Noen reagerte også negativt på andres avvikende atferd og samhandlingsproblemer. De uttrykte også misnøye over det påtvungne samværet med slike pasienter inne på skjermingsrommet da dette ble opplevd som nedverdiggende for eget selvbilde (jf. Goffman 1961). En pasient ville for eksempel ikke være inne på skjermingsavsnittet sammen med en medpasient fordi medpasienten var ”kjempedårlig, bæsjer på seg, må vaskes og snakker bare tull”.

Til tross for negative reaksjoner var også pasientenes relasjoner til hverandre preget av felles identifikasjon og samhold. Pasientene kunne reagere negativt dersom de ble vitne til tvangsbruk overfor andre pasienter. En eldre, mannlig pasient på røykerommet ga for eksempel uttrykk for sterk indignasjon over måten personalet behandlet en ”eldre dame” på ved å legge henne i belter. I mange situasjoner var det også pasienter som var interessert i vanlig sosialt samvær og sosial prat med medpasienter. De opplevde kontakten med medpasientene som en støtte og som viktig for å få tiden til å gå (se pkt. 11.5.5). I motsetning til det somatiske sykehuset (Album 1996) var imidlertid pasientfellesskapet forbudt for skjermingspasientene. Normale ønsker om sosial kontakt og prat med medpasienter kunne derfor ta form som

hemmelige aktiviteter grunnet forbudet mot å snakke med medpasienter. Samværsformen kan beskrives som ”det forbudte pasientfelleskapet”. Pasientene forsøkte på ulike måter å gi hverandre positiv, sosial respons ved å smile og vinke gjennom glassveggene, gi hverandre oppmuntrende kommentarer eller gjøre hverandre små tjenester som å gi hverandre en røyk. I visse situasjoner fant de også smutthull til småprat på gangen, Da hvisket de til hverandre mens de så etter om personalet la merke til det. Innholdet i samtalene kunne ofte være preget av positive høflighets- og involverende ritualer hvor de viste gjensidig interesse for hverandres situasjon gjennom spørsmål som: ”Hvordan har du det?”, ”Har du tenkt å være her lenge?” eller ”Har du vært syk lenge?”.

Forbudet mot å ha kontakt med medpasienter forsterket skjermingsmetodens betydning som sosial isolasjon. Den påtvungne separasjonen av pasientene førte også til at de ikke inngikk i et pasientfelleskap på samme vis som ute på åpent avsnitt. Individualiseringen skulle bidra til å opprettholde den sosiale orden på skjermingsrommet (jf. Foucault 1999b:179, se pkt. 3.2.2 og 3.2.4). Den påtvungne separasjonen av pasientene fra hverandre førte samtidig til at de i mindre grad kunne utnytte hverandre som ressurspersoner i eget arbeid med lidelsen når de ønsket dette og forsterket opplevelsen av skjerming som disiplinering og straff (jf. pkt. 11.5.5).

9.2.4 Det konfliktbaserte samværet og kampen om døren

Som beskrevet i pkt. 7.3 hadde begge postene sammenfallende praksis med å holde døren til skjermingsrommet låst eller lukket. Denne ordningen bidro til å gjøre skjermingsrommet til et strukturelt lukket rom som var sentral for skjermingsrommets sosiale samhandlingsrelasjoner. Vekten på et avgrenset sosialt miljø på skjermingsrommet førte i praksis til at pasientene ikke fikk lov til å gå ut på egen hånd. Vektleggingen av innelukking førte også til at personalet – for å ivareta kravene i arbeidsrollen– ble svært opptatt av at pasientene ikke måtte gå ut av rommet eller trå over dørterskelen. Overlegen og en del miljøpersonale på post B forsøkte å skape en mer skjønnsmessig holdning til det å åpne rommet ved å si at en pasient kunne ha ”delvis skjerming” og at personalet ”måtte bruke hodet”. Det var imidlertid vanskelig for mange i personalgruppen å slippe opp den romlige kontrollen av pasienten.

Pasientene inne på skjermingsrommet reagerte noe ulikt på det å være innelukket (se pkt. 11.2). Flere benyttet tiden på skjermingsrommet til å sove, hvile eller falle til ro siden andre muligheter var stengt. Mange pasienter hadde samtidig behov for å komme ut av skjermingsrommet for å delta i det sosiale fellesskapet der ute. De tittet nysgjerrig ut av rommet, spurte hva som foregikk på åpen del av posten og ga uttrykk for ønske om å snakke med medpasienter, se på TV eller spise måltidene der ute. Ønsket om frihet til å bevege seg ut av skjermingsrommet og til å delta mer aktivt i sosialt fellesskap førte til at mange pasienter protesterte mot å måtte være inne på skjermingsrommet sammen med personalet. Innelukking mot pasientens vilje førte til høyt konfliktnivå på skjermingsrommet på begge poster. Tilstedeværelsen av personalet inne på skjermingsrommet opphevet dermed ikke det tvangsmessige preget ved skjermingen som tenkt innenfor det profesjonelle kunnskapsgrunnlaget (se pkt. 4.4.2 og 4.5.1). Skjerming fremstod, tross behandlingssidealene, for flere pasienter som innesperring og sosial isolasjon (se pkt. 11.4). Protestene kan forstås som pasientenes ønsker om å få være i annet rom i avdelingssystemet som i større grad bekreftet en normal, sosial identitet og relasjon til andre (Goffman 1961:148).

Pasienter som hadde motstand mot å bli skjermet, reagerte noe ulikt. Reaksjonene liknet Goffmans (1961:60–63) beskrivelser av pasienters tilpasningsmønstre til institusjonen. Skjermingspasienten kunne gå inn i åpen kamp, vise en uforsonlig holdning for å opprettholde egen verdighet eller gjøre sekundære tilpasninger til livet inne på skjermingsrommet.

Pasientenes aktive forsøk på å komme ut av skjermingsrommet skjedde på forskjellig måter. Noen så sitt snitt til å komme seg ut dersom døren stod oppe et øyeblikk. I noen situasjoner kunne også det sterke ønsket om å komme ut av rommet føre til fysisk kamp med personalet – pasienten forsøkte å presse seg ut gjennom døren eller i verste fall – ved to tilfeller under mitt feltarbeid – slå ned personalet for å komme ut. Personalet responderte noe ulikt på pasientens ønsker om å komme ut av skjermingsrommet. I noen tilfelle forsøkte de å respondere ved å tilby en liten tur ute på gangen eller på området. Protesten mot innelukkingen førte likevel sjelden til at pasienten kom ut av skjermingsrommet (se pkt. 7.8). Utgangen av rommet var vanligvis mer personalstyrt enn pasientstyrt. Dersom pasienten stadig forsøkte å komme ut, kunne personalet bli ekstra nøye med å holde døren låst. Personalet

forsøkte også å forhindre at pasienten kom ut av døren ved å stoppe vedkommende verbalt eller fysisk. Dersom pasienten kom ut på posten, ble han eller hun fulgt tilbake på ulike måter. Ved aktiv verbal og fysisk protest kunne pasienten bli båret tilbake til rommet av flere ansatte, eller lagt i belter og tvangsmedisinert dersom den fysiske motstanden mot skjermingen var stor.

Lukkingen av skjermingsrommet medførte da tidvis høyt konfliktnivå. Dette preget samhandlingsrelasjonene inne på rommet, som var preget av stadige makt- og motmaktshandlinger som likner beskrivelsene av de tidligere rommene innenfor institusjonen (bl.a. Jönsson 1998:175–180). Konfliktene fulgte interessemotsetningen mellom ulike viljer: Pasienten som ville ut av skjermingsrommet eller slippe tvangsbruk, og personalet som utgjorde systemets ”frontpersoner” som skulle utføre tvangen i det direkte møtet med pasienten. I tillegg kunne samhandlingen være preget av ulike behandlingssyn og verdikonflikter dersom pasientene var uenige i synet på skjerming som en god metode, eller uenige i måten personalet optrådte på. Det konfliktbaserte samværet kunne ta form av latente konflikter med underliggende spenning i relasjonen eller av åpne manifeste konflikter med åpen diskusjon, gjensidige trusler eller fysisk kamp. Maktrelasjonene og motstanden mot maktutøvelsen nedfelte seg i den kroppslige samhandlingen mellom personalet og pasientene (Jönsson 1998:37f). Den fysiske kampen kunne gi fysisk skade på både personale og pasienter (jf. Wynn 2003:445). Å måtte være sammen på et lukket rom med høyt underliggende spenningsnivå ble derfor oppgitt som belastende av begge parter. Den fysiske kampen var også sentral for voldsopplevelsen hos både personalet og pasientene (pkt. 11.5.4). Det var likevel relativt få ansatte som knyttet årsaken til den fysiske kampen til selve innelukkingen eller bruken av tvangen, men heller til pasientens individuelle tilstand eller personlighet.

Den fysiske kampen med pasientene førte til at fysisk maktutøvelse og kontroll inngikk som en viktig side ved skjermingsmetoden. Dette samsvarer også med andre beskrivelser av skjermet avsnitt og de tidligere lukkede rommene innenfor asylene (Vatne 2003, Reinholdtsen 1997, Jönsson 1998). Dette aspektet gjorde at fysisk styrke ble viktige egenskaper ved personalet på skjermingsrommet. På begge postene ønsket man menn, og ofte sterke menn, inne på skjermingsrommet for å håndtere både mannlige og kvinnelige pasienters urolige atferd og protester (se pkt. 7.4). Mannlig

personale kunne også fortelle at de opplevde forventningene om å gå inn i den fysiske kampen med pasienten som en arbeidsbelastning (se pkt. 10.2 og 10.4).

Den underliggende tvangsrelasjonen førte også til at personalets omsorgsrolle kunne ta form som en ”føyelighetspreget” omsorg. Personalet var da ofte blide og vennlige med pasientene, samtidig som de ville ha kontrollen. Pasientens protest eller motvilje mot å føye seg kunne føre til at personalet raskt overgikk til en mer kontrollerende og til dels disiplinierende ramme for situasjonen – personalet skiftet fra en vennlig, omsorgsfull samtaleform til en streng og irettesettende tone som påpekte at reglene skulle overholdes. Disse raske skiftningene mellom omsorg og disiplinering gjenspeilte skjermings flertydige grunnlag. Innelukkingen og restriksjonene førte også til at samhandlingen ble preget av en maktrelasjon med kontinuerlige forhandlinger og strategiske utspill mellom personale og pasienter (se pkt. 3.2.2). Samhandlingen vekslet mellom maktutøvelse, forsøk på motmakt og avmakt.

Pasientenes motstand fikk også stor betydning for personalets relasjon til pasientene på skjermingsrommet. For de ikke-protesterende pasientene var samhandlingen med personalet ofte preget av vennlighet og tillit og av at personalet var service-innstilt. I det pasientene begynte å protestere, endret skjermingssituasjonen seg ofte til en mer konflikt- og mistillitspreget relasjon. Som beskrevet i andre studier (LeGris m.fl.1999, Martinez m.fl. 1999) reagerte personalet raskt med misnøye dersom pasienten uttrykte negative følelser. Misnøyen førte til mer kontrollpregede og straffende kommunikasjonsmåter preget av avvisende holdninger, strenghet og en irettesettende kommunikasjonsform (jf. pkt. 9.9.1). Jo mer pasienten protesterte gjennom uttrykt sinne, fysiske slag, spark eller trusler som forsøk på motmakt, jo mer avvisning opplevde de. Konfliktnivået økte og derigjennom også sjansen for diskrediterende oppfatninger og atferd hos personalet. Denne atferden ble tilsvarende redusert når tvangen og derigjennom pasientens protester ble redusert.

Tvangsgrunnlaget kunne også føre til at personalet økte avstanden til pasientene. I visse situasjoner hvor pasienten stilte seg opp foran personalet, sint og opprørt for å protestere mot restriksjoner eller tvangsmedisinering, kunne personalet bli fjerne i blikket, tause og tilbaketrukne (se eksempel 2 og 3). I mangel av muligheter for fysisk tilbaketrekning eller til å respondere på pasientens ønsker, syntes det som personalet forsøkte å skape avstand ved egen psykisk eller sosial tilbaketrekning, synliggjort ved

innadvendt kroppsspråk. Personalet ga også selv uttrykk for ønske om mer avstand til pasientene ved konflikt. Avstandsbehovet var særlig sterkt når pasienten var sint, og dersom de var redde for et fysisk angrep. Dette forteller en sykepleier i forbindelse med problemene ved det trange skjermingsavsnittet:

Ja, også det hvis de sender ut noen aggressive, altså at du er utrygg, og det er egentlig bare en meter i mellom, så får du gjort lite med det med å holde avstand. Når de går forbi, altså, går 30 cm fra deg når du sitter i en stol og du ser symptomer på aggresjon og sånn.

Konfliktnivået økte behovet for en fysisk ”sikkerhetssone”.

Pleierelasjonen ble altså sterkt påvirket av tvangsgrunnlaget i relasjonen. Betydningen av tvangsgrunnlaget og innelukkingen viste seg også ved at relasjonen kunne endre karakter når pasienten slapp ut av skjermingsrommet. Pasienter med lengre skjermingsforløp som hadde protestert mot å bli skjermet, endret ofte væremåte når de kom ut av rommet ved å bli blidere og friere i kroppsspråket. Denne reaksjonen ble ofte beskrevet i rapporten som ”glad for å være ute av skjermet”. Samhandlingen med personalet endret også karakter fra konflikt til tillit. På samme vis var personalets samhandling med pasientene på åpen del av posten friere, mer sosial og vennligere. Atferdsendringen gjenspeilte den sterke betydningen tvang hadde for både personalets og pasientenes væremåte, og de to rommenes forskjellige sosiale betydning.

9.3 Kommunikasjonsformene mellom personalet og pasientene

Utformingen av non-verbale og verbale språk- og kommunikasjonsformer har nær sammenheng med den sosiale kontekst eller institusjonelle sammenheng som samtalen foregår i. Språket inngår i praktisk virksomhet og skaper situasjonens mening for aktørene (Heritage 1997, Atkinson 1995). På samme vis utgjorde samtale- og kommunikasjonsformene inne på skjermingsrommet en viktig side ved skjermingspraksisen og bidro til å understøtte skjermingsmetoden betydning som både behandling og kontroll. Kommunikasjonsformene på skjermingsrommene varierte noe i de ulike skjermingssituasjonene. Selv om personalet ofte kunne ha en omsorgsfull tilnærming til pasientene, vil jeg både her og avslutningsvis i kapitlet vise hvordan flere av de institusjonaliserte kommunikasjonsformene på skjermingsrommet kunne

føre til treg eller manglende responsivitet overfor pasientene. Som Asplund (1987a) skriver og Skatvedt (2001) viser i sin studie av rusinstitusjonen, kunne denne responsløsheten ta form av samvær uten kommunikasjon eller emosjonell og engasjert berøring. Slik manglende responsivitet reduserte kvaliteten på behandlingsrelasjonen og kunne føre til at skjermingsmetoden fikk et mer krenkende og straffende preg.

9.3.1 Regelbaserte kommunikasjonsformer

Som beskrevet tidligere var post A preget av en mer regelbasert- og avtalebasert skjermingsorganisering enn post B (pkt. 7.6). Denne organisasjonsformen påvirket også kommunikasjonsformene inne på det skjermede avsnittet.

Den regelbaserte- og avtalebaserte organisering av pleiearbeidet førte til at samtalen mellom pasienter og personale ofte dreide seg om å overholde regler og avtaler. Dette gjorde også at tiden ble et viktig regulerende prinsipp på skjermingsavsnittet. Som en ekstravakt beskrev: "... er det noe du trenger på skjermet, så er det en klokke, alt går etter klokka; om fire minutter skal du få gjøre det, om fem minutter skal du få gjøre det." Når planen først var fastlagt, var det ofte liten mulighet for pasientene til å endre noe siden personalet ofte brukte avtaleplanen som metode for å understøtte og opprettholde avslag overfor pasienten.

Reglene og avtalene hadde en behandlingsintensjon ved at de skulle skape struktur og forutsigbarhet for pasienten. Bruken av reglene og avtalene bidro samtidig til å understøtte personalets sterke fokusering på sosial kontroll og regulering av pasientens handlingsrom gjennom spørsmålet om å "slippe opp" eller å "stramme inn" tilsyn og kontroll. Som Foucault (1999b:161) skriver, omfatter sosial kontroll ikke bare pasientene, men også personalet som skal sørge for kontrollen (se pkt. 3.2.2). Den kontrollerte samhandlingsorganiseringen på skjermet avsnitt førte dermed også til en mer kontrollert personalrolle, hvor de rigide strukturene gjorde personalet mindre fri og spontan i samhandlingen med pasientene. Personalet ble også sterkt opptatt av å overholde reglene på en pliktoppfyllende måte for å oppfylle kravene til arbeidsrollen.

Disse aspektene ved samhandlingsformene viste seg blant annet i en sosial situasjon på skjermet avsnitt, hvor det vanlige kontrollerte samværet for en kort stund ble løst

opp. I situasjonen skjedde det Goffman (1961:96) kaller en "rollefrigjørelse", hvor den sterke grensen mellom personalets og pasientenes tilknytninger og maktlinjer lempes. Dette påvirket kommunikasjonsformene. Eksemplet viser også skiftene i skjermingssituasjonene og hvordan personalets rolletyper påvirket deres kommunikasjonsmåter.

Eksempel 1 Det kontrollerte og avstandspregede samvær

Jeg kommer inn på en dagvakt hvor to sykepleiere som kan karakteriseres ved å ha en mer fleksibel rolletype er inne på skjermet avsnitt med pasientene. En mer regelorientert ekstravakt sitter henslengt i en stol på gangen. Den kvinnelige sykepleieren Trine snakker med en pasient. De smiler og ler til hverandre og småprater litt på gangen. En mannlig sykepleier med fleksibel rolletype, Odd, kommer inn med pasienten Helene fra tur ute på området. Sykepleier Trine sier så at hun skal hilse så mye fra mor og takke for blomster. "Jeg skal også hilse fra barn og barnebarn og si at de var flotte og at de tenker så mye på deg og hvordan du har det." Pasienten Helene svarer: "Å ja!", smiler og går inn på rommet sitt. Alle smiler til henne, og det er en vennlig stemning.

Sykepleier Kjell, som til vanlig har en mer avstandspreget eller usikker rolletype, kommer så inn for å diskutere et hjemmebesøk. Han setter seg på bordet mellom de to personalstolene med en appelsin i hånden som han leker med. Helene kommer ut av pasientrommet, står i døråpningen og sier: "Hva med meg da, kan ikke jeg få et besøk hjemme snart og se etter leiligheten?" Odd svarer at "Det kan vi ta opp med lege". Hun svarer ikke direkte, men ser på Kjell og sier: "Hei, kast den appelsinen til meg da!" Han nøler og ser på det andre personalet som ikke gir uttrykk for negative reaksjoner. Han sier så: "OK da, tar du i mot?". Han kaster bort til pasienten som ler. Pasienten klarer imidlertid ikke å fange den slik at den treffer henne. Han og de andre sier: "Huff gjorde det vondt, det var ikke meningen," og sykepleieren tar opp appelsinen. Pasienten ler og sier "nei da," og de andre ler. En medpasient følger ivrig med på avstand. Det synes så som om den sist ankomne sykepleieren tenker at situasjonen har blitt for løssluppet slik at den må "strammes inn". Det skjer en endring i atferden – han stivner til i kroppen og blir mer avmålt og avslutter samtalen med noen korte kommentarer.

Pasienten, som har vært mye alene inne på pasientrommet, sier imidlertid: "Litt til!" Personalet har imidlertid snudd seg bort og småprater sammen. Pasienten som nå er preget av den litt løsslupne og pratsomme stemningen, nærmer seg personalet i større grad enn tidligere ved å bryte normene om å holde seg innenfor dørterskelen på rommet. Hun går bort til personalbordet hvor hun overhører praten personalet har seg imellom om hagearbeid. Pasienten bryter så inn i personalets samvær med et blidt spørsmål: "Hvor bor du da, bare område da?" (Spørsmålet viser at hun er klar over de uformelle avstandsnormene om at man ikke skal spørre direkte om personalets privatliv.) Det blir en ørliten pause hvor personalet nøler (da de også kjenner

normen om ikke å si hvor de bor), så løser ekstravakten dilemmaet ved å peke fingeren rett opp i været og sier ”der”. De andre pleierne ler. Pasienten virker da litt irritert, såret og krenket og sier: ”Huff da, jeg bare spurte.” Hun stivner til i kroppen og blir mer avmålt i samtalen. Hun går deretter bort til røykerommet og vil fort inn der, men stopper og spør: ” Kan noen gi meg fyr?” Får så fyr på røyken og går inn på røykerommet. Den blide, nære og tillitsfulle stemningen er nå borte og erstattet med avstand.

Som vi ser av eksemplet, varierte skjermingssituasjonene fra kontrollpregede situasjoner til mer frie samhandlingssituasjoner. Slik også Goffman ser det (1961:110), er ikke avstandsforholdet ugjennomtrengelig. Den spontane og tillitsfulle responsen til pasienten trenger gjennom de institusjonelle strukturene. Disse spontane stundende ble imidlertid raskt strammet inn (se pkt. 5.9.1). Vekten på avstand skapte også dilemmaer for personalet som ledet til utilsiktede krenkelser av pasienten.

De omfattende reglene og avtalene bidro til å forsterke den asymmetriske makt- og statusrelasjonen mellom personale og pasienter på skjermingsrommet. De syntes også å understøtte en mer disiplinerende form for kontroll av pasientenes atferd (jf. Foucault 1999b, pkt. 3.2.2). Rolig og lydig atferd mot reglene, ofte beskrevet i rapportene som ”overholder regler og avtaler”, ble avgjørende for om pasienten skulle få lov til å komme ut av skjermingsrommet, og mer viktig enn på post B. Reglenes innvirkning på skjermingsmetodens betydning og spenning mellom behandling og kontroll var også tydelig i pasientintervjuene (se pkt. 11.5.7).

På post B førte reduksjonen av regler og avtaler til mindre bruk av kontrollrettede kommunikasjonsformer. Det gjorde også samhandlingen med pasienten mer spontan og fleksibel og mindre preget av stadige diskusjoner om reglene. Mindre bruk av strukturerende virkemidler førte samtidig til at innholdet i dagen og samhandlingen ble noe mer tilfeldig enn på post A. Dette påvirket også behandlingsarbeidet.

9.3.2 Grensesettende og korreksjonpregede kommunikasjonsformer

En annen kommunikasjonsform på skjermingsrommet som påvirket skjermingsmetodens betydning ved å understøtte en mer avstandspreget og kontrollorientert pleierelasjon, var vektleggingen av grensesetting og korrigerende av pasientenes atferd (Vatne 2003). Samtaler om dette fant sted på begge poster, men var

sterkest på skjermingsavsnittet, som støttet seg til struktur, grensesettende og korrigerende skjermingsideologi, forsterket av den regelorienterte organiseringen. Vektleggingen av grensesetting og korrigerende av pasientenes atferd kunne føre til at personalet snakket på en avmålt måte og ofte i et forholdsvis ”strengt” toneleie. I visse situasjoner kunne det være hyppig bruk av imperativer som: ”Ikke gjør det!”, ”Gå inn på rommet!” for å korrigere pasientatferden. Personalet kunne også rose pasientene hvis de var lydige mot husreglene eller ga uttrykk for å ville være innlagt. Den kontrollpregede kommunikasjonen var dermed kjennetegnet av både straffende og belønnende utsagn som gjensidig understøttet hverandre (jf. Goffman 1961, Foucault 1999b, se pkt. 3.2.2). Samtalens innhold fra personalets side kunne også være rettet mot en kroppslig regulering av pasientens bevegelsesmønster: ”Du kan ikke stå i gangen, du må være på dagligstue eller pasientrom.”, og ”Du kan ikke være der inne nå da en annen pasient er der.” Samtalen var også rettet mot hyppigheten av aktiviteter: ”Du kan ikke røyke nå, du røyket for litt siden.” ”Nå må du vente med kaffe, du fikk jo akkurat.” Understrekingen av grenser førte til at samtaler med pasientene kunne få et negativt preg. Den negative fokuseringen økte jo mer aktiv, urolig og lite samarbeidsvillig pasienten ble definert å være.

Disse kommunikasjonsformene likner Skatvedts (2001:70f) beskrivelser av usynlighetsritualer og kommanderende kommunikasjonsformer innen rusinstitusjonen, som kunne føre til at pasientene opplevde seg degradert og snakket til som barn (se pkt. 11.5.7). Den usynliggjørende kommunikasjonen kunne bli forsterket av i situasjoner i postene preget av normene om ikke å imøtekomme for mange av pasientens ønsker. Disse normene gjenspeilte seg for eksempel i en pleiers utsagn om at det var viktig å ikke være ”for mye vær –så- god” overfor pasienten.

På post B var denne typen korrigerende samtaleform, som tidligere nevnt, langt mer begrenset selv om den forekom i flere skjermingssituasjoner. Mine observasjoner av samhandlingssituasjonene samsvarte også med personalets egne beskrivelser om at reduksjonen i retningslinjer hadde ført til mindre bruk av strenge og irettesettende samtalemåter (se pkt. 5.9.1). Forskjellene i ideologisk grunnlag og organiseringen av pleien påvirket kommunikasjonsformene. I likhet med egne observasjoner fortalte personalet at konfliktnivået på posten ble redusert fordi det ble færre konflikter med pasientene om regler og avtaler. En sykepleier fortalte: ”...jeg tror at vi hadde større,

mer og hyppigere konfrontasjoner med pasienten når vi hadde disse retningslinjene. 'Nei, det skal du ha til mandag' (hermer en streng stemme), og var det sånn, så var det det. Vi har det ikke på den måten lenger nå."

9.3.3 Passive og tause kommunikasjonsformer

Avstandsforholdet til pasientene og skjermingssituasjonens preg av unormalt sosialt samvær var også kjennetegnet ved fraværet av allment *sosialt prat* – en ellers viktig side ved et normalt, sosialt liv. Tausheten kunne skyldes pasientens tilstand, som ga mindre overskudd til sosialt prat. Den gjenspeilte samtidig også skjermingsideologiene, særlig på post A, som vektla taushet og begrenset samtale som behandlingsmetoder. Normene om begrenset samtale førte til at personalet hadde mindre samtaler med pasientene (se pkt. 6.4.1 og 6.4.2). Forsøk på sosialt prat fra pasientens side kunne også føre til sanksjoner. I flere situasjoner – om langt fra alle – besvarte ikke personalet pasientenes henvendelser, men så bare på dem eller så vekk.

Vektleggingen av begrenset samtale førte ofte til mer passive kommunikasjons- og arbeidsformer for personalet. I visse situasjoner kunne passiviteten redusere det aktive behandlingsarbeidet overfor pasientene. Det tause og passive samværet kunne også, tross behandlingsintensjoner, bidra til å øke responsivetsproblemet overfor pasientene. Dette vil jeg utdype på slutten av kapitlet. Passiviteten ble også kommentert av noen sykepleiere:

Sykepleier 2: Jeg husker vi hadde en morgensamling her en morgen hvor det ble tatt opp at en litt stille type pasient, og deprimert og sånn - hun lå der fordi det var fare for selvskadning - som følte at hun ble mer isolert av å være der inne. Hun var så stille at hun var veldig tilbaketrukket på eget rom. Også tok det helt den motsatte veien at det var for lite oppfølging der inne. Men det er ikke så ofte vi hører den egentlig. Ofte kommer de jo veldig mye ut på gangen og søker kontakt, også får de høre "vent, vent..." Reidun: Mm... at det er et sånt kjennetegn ved skjerming, med "vent" eller? Sykepleier 3: Sånn generelt så tror jeg vel vi kanskje innimellom er litt for passive, hvis vi skal snakke om hva vi synes om kvaliteten der inne. Så tenker jeg at vi kanskje, kanskje det har noe med utrygghet vet jeg ikke, men at vi kanskje ikke er så gode til å gå inn i samtaler og sånn. Men at vi er litt for passive innimellom. Reidun: Men hva ligger i det passive..? Sykepleier 3: At man ikke oppsøker dem så mye, hvis de er tilbaketrukket, så får de lov til å være det. Kanskje mer enn de har godt av. Det er min personlige tanke, og det gjelder oss alle. At vi kanskje burde jobbet mer aktivt. Det blir litt sånn sovepute innimellom tror jeg.

Sitatet viser at også sykepleieren relaterte årsaken til passivitet til personalets utrygghet i møte med pasientene. Dette vil jeg si mer om i neste kapittel.

9.3.4 Be om- og ventemønsteret

I kapittel 7 fremhevet jeg betydningen av informasjons- og beslutningsstrukturen for makt- og kontrollrelasjonene på skjermingsrommet (se pkt. 7.5). I postene førte den hierarkiske beslutningsstrukturen til at samhandlingen ofte kunne bli preget av et ”be om- og ventemønster”. Mønsteret ble forsterket ved tvang og at pasientene måtte gi fra seg de fleste eiendelene sine. Dette kommunikasjonsmønsteret understøttet ofte pasientenes avmektige rolle og kunne forsterke responsivetsproblemet overfor dem. Mønsteret ble særlig tydelig på det skjermede avsnittet hvor flere pasienter var samlet, med personale på gangen. Samhandlingsformen skyldtes dermed den grunnleggende organiseringen av skjerming på postene. Sammenhengen mellom personalets samhandlingsmessige atferd med pasienten og den grunnleggende organiseringen av pleiarbeidet viste seg også ved at post B i langt mindre grad hadde denne type samhandlingsmønstre, selv om pasientrollen var preget av avmakt. Færre pasienter, regler og avtaler samt en kortere og mer direkte beslutningsstruktur førte til at pleiarbeidet fikk mindre preg av be om- og ventemønster.

Be om- og ventemønsteret viste seg ved at pasientene stadig kom ut og spurte om å få ting eller om å få gjøre noe. Forespørselene kunne dreie seg om alt fra røyk, et glass vann, en kopp kaffe, telefon og tannbørste til aktiviteter som å få sitte på stua, vaske klær, gå en tur, spise ute på åpent avsnitt eller se på TV der. Pasientene kunne også ønske å få snakke med lege, advokat eller pårørende. I mer sjeldne situasjoner kunne forespørselen gjelde mer omfattende tiltak som hjemmebesøk og tannlege. Siden det var få aktiviteter på skjermingsrommet, kretset ofte dagen rundt disse forespørselene. Personalet innvilget pasientens ønsker, eller ga ”avslag” på disse. Gitt beslutningsstrukturen svarte også personalet ofte med å si at pasienten ”måtte vente” på avgjørende myndighet (primærkontakt, kontakt på vekten, teamet eller lege) (se pkt. 7.5). Men det kunne være vanskelig å få tak i rette vedkommende, og derfor var det uvisst hvor lenge pasienten måtte vente. Ventemønsteret ble forsterket av en dagsplan som ikke skulle avvikes, eller av at personalet glemte å hente det som pasienten hadde bedt om, som for eksempel briller, bok eller kaffe. Pasienten måtte da

be om de samme tingene på nytt, eller forklare det nye personalet at de var blitt lovet dette tidligere, men ikke hadde fått det. Vanskelighetene kunne føre til frustrasjoner for både miljøpersonale og pasienter.

Inne på skjermingsavsnittet tok be om- og ventemønsteret tok form av regelmessige institusjonelle seremonier. Pasientenes reaksjoner på ventingen var viktig for den sosiale konstruksjon av pasienten ved å skape informasjon om pasientens tilstand (Foucault 1999b:205, Goffmans 1961:38–43, pkt. 3.3.1). For det første ansås hyppigheten av pasientens forespørslers som viktig. Eksempler er utsagn som: ”Pasienten har hyppige gjøremål.” ”Spør ustanselig om diverse gjøremål.” For hyppige og krevende forespørslers kunne bli fortolket som uttrykk for et sinne- og uroproblem, eller psykodynamisk forstått som at pasienten var umoden fordi vedkommende ikke viste evne til utsatt behovstilfredstillelse (jf. pkt. 6.4.2 og 11.5.7). For hyppige forespørslers kunne føre til økte restriksjoner, advarsler eller at man ”strammet inn” på skjermingen. Dette aspektet kom også til uttrykk i rapportutsagn som: ”Har en del ønsker, blir sint på avslag på disse.” ”Tar grenser, stort sett dempet.” Neste dag kunne man lese om en bedring i tilstanden: ”Roet seg, vennlig mot personalet, samarbeider greit, tar avslag og grenser bra.” eller ”overholder avtaler”. Reglene og avtalene fikk en implisitt funksjon som ”test” av pasientens psykiske tilstand og evne til selvkontroll. Testen påvirket muligheten for å slippe ut av skjermingsrommet. Pasienten skulle vise evne til å forbli rolig og ikke uttrykke sinne i vente- og avslagssituasjoner. Protest og sinne ble ofte oppfattet som et sykdomstegn. De ble sjeldnere oppfattet som normale reaksjoner på en pleieorganisering som førte til avmaktsfølelse og krenkelser slik det gjøres innenfor den somatiske sykehus-tjenesten (NOU 1997, se også Alm Andreassen 2004:338). Selv om noen ansatte, i likhet med sykepleiere i somatiske sykehus (Vareide, Hofseth og Norvoll 2001), fremholdt ventingen som et kvalitetsproblem, kunne be- om og ventemønsteret redusere pasientenes sosiale og moralske status.

Be om- og ventemønsteret inne på skjermingsrommet kunne dermed bidra til å underbygge en avmektig og diskreditert pasientrolle inne på skjermingsrommet. Det kunne også gi skjermingsmetoden preg av en mer diskrediterende og disiplinierende form for sosial kontroll (Goffman 1961:38–43, Foucault 1999b, pkt. 3.2.2 og 3.3.1). Personalet hadde ofte full kontroll med små detaljer i pasientenes liv, og pasientene

ble ofte vurdert etter hvordan de forholdt seg til disse detaljene. Dersom pasientene opptrådte rolig og føyelig uansett hvilken respons som ble gitt, ble de belønnet med lettelse av restriksjonene og utgang av rommet. Denne detaljerte kontrollen var strengere enn i normalt, sosialt liv. Krenkelsen av den normale, voksne identitet ved dette samhandlingsmønsteret gjenspeilte seg også i pasientintervjuene (pkt. 11.5.7).

Be- om og ventemønsteret som fulgte organiseringen med skjermet avsnitt fikk også betydning for arbeidssituasjonen til personalet. På den ene siden kunne skjermet avsnitt fremstå som en effektivisering av tilsynet (se pkt. 5.3). På den andre siden kunne ansamlingen av flere pasienter som var avhengige av personalets godkjenning på de fleste områder, gi en stadig strøm av forespørsler som økte arbeidsbelastningen. En pleier omtalte arbeidet på skjermet avsnitt slik: ”Det er greit med en om gangen, men når det blir mange på en gang som står der, de står i kø omtrent og maser, så er det ikke noe morsomt.” Opplevelsen av ”mas” førte til økt behov for avstand til pasientene. Konfliktene i tilknytning til avslagene førte også til merbelastning i arbeidet, som igjen økte vekten på ro og lydighet hos personalet.

9.3.5 Tillitens og mistillitens betydning for samhandlingsrelasjonen

Som tidligere beskrevet, var tillitsaspektet i samhandlingsrelasjonen en viktig side ved skjermingsmetoden som påvirket dens betydning og spenning mellom behandling og kontroll (se pkt. 3.4.2. og 3.4.6). Tillitsaspektet vil utdypes i neste kapittel. Jeg vil her vise hvordan tillitsfulle relasjoner og kommunikasjonsformer kunne bidra til å underbygge skjermingssituasjonen som en god behandlings- og omsorgssituasjon. Mistillit kunne derimot bidra til å underbygge skjerming som en konfliktpreget og straffende situasjon. Dette forringet behandlingsrelasjonen og førte til at makt- og tvangsutøvelsen fremstod som mer krenkende og illegitim (Grimen 2001:1617).

Under observasjonene inne på skjermingsrommene varierte samhandlingsrelasjonene mellom personalet og pasientene fra tillit til uttrykt mistillit. De tillitsfulle samhandlingsrelasjonene var ofte kjennetegnet ved personalets anerkjennende og omsorgsorienterte responsivitet overfor pasienten. De var også i større grad preget av det Skatvedt (2001) beskriver som ”kjærlighetsfull” responsivitet preget av engasjement og empati overfor pasientens lidelse. Slik engasjert og tillitsfull

responsivitet kom ofte til uttrykk ved at personalet var imøtekommende overfor pasientens ønsker og behov. I en skjermingssituasjon med en forvirret psykotisk pasient på post B responderte for eksempel personalet raskt dersom pasienten ytret noe, ved å si i en blid og omsorgsfull tone: ”Prøv å sove litt nå.” Eller: ”Vil du ha et glass vann?”. Personalet viste også kroppslig nærhet ved å holde pasienten i hånden ved angst. Personalet spilte på hele omsorgsregisteret de hadde lært i utdanningen.

Den tillitsfulle relasjonen viste seg også ved at personalet ble mer opptatt av pasientens subjektive lidelse enn for eksempel av å regulere røyking. En sykepleier sa i forbindelse røykerestriksjonene: ”De har så mye uro i seg. De klamrer seg til røyken, det er det eneste de har igjen (på skjermingsrommet), det er vanskelig å ta fra de røyken også.” Å ta fra pasienten røyken kunne føre til at ”det tipper over for de, det blir for mye”. Den tillitsfulle responsiviteten var også preget av at personalet oftere gikk inn i en dialog med pasientene om vedkommendes problemer og behov. Også i skjermingssituasjoner med uro, protest og urenselig atferd forsøkte personalet å fokusere på noe alternativt og positivt, for eksempel ved å tilby aktiviteter. Selv om pasienten ikke alltid ble rolig, synes det som at det positive fokuset skapte trygghet hos pasienten ved å være mindre krenkende og mer tillitsskapende. Responsen fikk særlig betydning i skjermingssituasjonene over tid.

Den tillitsfulle samhandlingen mellom pasientene og personalet var dermed kjennetegnet ved hyppig bruk av positive samhandlingsritualer (Goffman 1971:62ff, Asplund 1987, se også pkt. 3.4.2 og 3.4.6). Disse ritualene bidro til å gi samhandlingssituasjonene et mer omsorgsfullt preg (jf. Skatvedt 2001). Bruken av slike tillitsskapende ritualer viste seg allerede i hilsningsritualene når personalet entret skjermingsrommet med et blidt og vennlig ”Hei, hvordan er det med deg i dag?”. De brukte generelt også oftere positive høflighetsritualer som var preget av elskverdighet og forekommenhet i samhandlingssituasjonen. Personalets kommunikasjon med pasientene var dessuten kjennetegnet av det Goffman kaller støttende utvekslinger (se pkt. 3.4.2). Disse var preget av beroligende forsikringer og uttrykte hjelpeønsker som bidro til å skape en anerkjennende responsivitet overfor pasientene. Bruken av slike tillitvekkende samhandlingsritualene førte ofte til at stemningen i skjermingsrommet fremstod som mer trygg og avslappet. Den gode stemningen syntes også sentral for å avhjelpe pasientens uro. Det skjøre selvet, den svekkede tillitsrelasjonen og den

avmektige rollen inne på skjermingsrommet syntes å gjøre flere pasienter særlig våre for det følelsesmessige klimaet i relasjonen. Personalets personlige fremtreden som tillitvekkende og deres bruk av tillitsskapende ritualer fikk derfor stor betydning for pasientens følelser av trygghet (jf. pkt. 11.5.7).

De tillitspregede og omsorgsfulle samhandlingsformene virket også inn på personalets måte å utføre tvang på. Personalet kunne gjøre bøtende arbeid i form av anerkjennelse, unnskyldning, forklaring, dialog og reparerende handlinger (jf. Goffman 1971:108–122). De kunne for eksempel forsøke å bøte overtrampet ved å vise til sine gode hensikter og situasjonens nødvendighet: ”Vi ønsker ikke å gjøre det, men klarer ikke å forhindre at du skader deg uten belter.” Flere pasienter var, tross forklaringene, prinsipielt uenig i grunnlaget for tvangsbruken. Men hvis tvangen ble fulgt av en rekke bøtende omsorgspregede ytringer og handlinger, kunne det i noen tilfeller, om langt fra alle, bidra til å opprettholde, reparere og gjenopprette tillitsrelasjonen. Slike situasjoner viste seg når personalet hadde åpen dialog med pasienten under beltebruk, og i en samtale med en pasient på post B, som hadde blitt tvangsmedisinert og skjernet. I ettertid hadde posten investert mye krefter i å snakke med pasienten om hendelsen og arbeidet aktivt for hjelpe vedkommende til å komme hjem og ut i arbeid igjen. I tillegg hadde posten akseptert og respektert pasientens ønske om ikke å bruke diagnosen schizofreni siden diagnosen følte altfor pessimistisk i forhold til eget arbeid for en bedre fremtid. Pasienten fortalte at tvangsmedisineringen hadde vært fæl. Han uttrykte samtidig aktivt forsonende holdninger til personalet ved å si at han selv ikke skjønnte hvor dårlig han var i situasjonen, og at personalet hadde stilt mye opp for ham i ettertid. Dette gjorde ham også mer positiv til oppholdet på skjermingsrommet. Den anerkjennende responsiviteten overfor pasienten så ut til å ha hatt en bøtende betydning som bidro til å gjenopprette og videreutvikle et tillitsforhold til personalet og den psykiatriske posten, tross tvangsmedisinering. På samme vis fortalte en pasient på post A at legens åpne og respektfulle dialog om medisiner inne på skjermingsavsnittet bidro til å redusere opplevelsen av krenkelse.

Selv om samhandlingsrelasjonene kunne være preget av tillit, forekom det også samhandlingssituasjoner inne på skjermingsrommet som var preget av en mistillitspreget responsivitet overfor pasienten. Den mistillitspregede relasjonen var

ofte kjennetegnet ved at personalet hadde negative bilder av pasienten før inntreden i rommet. I tillegg var samhandlingsrelasjonen preget av mangel på bruk av positive ritualer eller av krenkende responsformer overfor pasienten. Den mistillitsbaserte interaksjonen var også kjennetegnet ved at personalet ikke responderte på pasientens utsagn, ønsker eller hjelpebehov. I diskrediterende relasjoner var samhandlingen preget av direkte fiendtlige og avvisende responsmåter. Disse aspektene bidro til å gi skjermingssituasjonen et mer kustodielt og straffende preg, og kunne i flere samhandlingssituasjoner føre til personalatferd som forsterket pasientens uro og dermed selvoppfyllende profetier (se pkt. 9.4.1, 9.4.2 og 11.5.7).

Samhandlingsrelasjonen inne på skjermingsrommet kunne også være preget av at pasienten uttrykte mistillit til personale som forsøkte en tillitsfull tilnærming. I visse situasjoner kunne også relasjonen ta form av gjensidig mistillitspregede og demoraliserte samhandlingsforløp. De demoraliserte samhandlingsforløpene gjenspeilte ofte det Luhmann (1999:128f) beskriver som *terskler* i relasjoner, hvor skuffelser i tillitsrelasjonen kan gå over til å bli overveiende mistillit. Mistilliten kan føre til at personene blir tilbøyelige til å føle seg fritatt fra moralsk ansvar, og begynner å handle på en måte som styrker mistilliten. Personene forsøker ikke lenger å presentere mer ”idealisererte selv” overfor andre, eller å gi respektfull og bekreftende respons på den andres verdighet.

Slike mistillitspregede, straffende og demoraliserte samhandlingsforløp viste seg i situasjoner hvor personalets vennlige tilnærming ble møtt med avvisning og forakt fra pasientens side (Goffman 1961:315–317). Forakten kunne ta form som ironiske bemerkninger. I andre situasjoner kunne jeg se at pasienten truet personalet, eller snakket negativt og uhøflig: ”Gå ut, din feite kjerring.” En sykepleier med somatisk bakgrunn fortalte at hun opplevde møtet med psykiatrien som spesiell fordi pasientene ”slenger så mye negative kommentarer til deg”. Selv om personalets åpne og tillitsfulle respons til pasienten hadde konfliktdempende betydning, klarte den ikke alltid å overvinne pasientens mistillit til omverden, overskygge motstanden mot innelukkingen eller mistilliten til psykiatrien som system på grunn av tvangsbruk eller tidligere krenkelser (se pkt. 11.2). Som systemets frontpersoner ved tvangsbruk ble personalet mottakere av irritasjonen og sinnet over systemkontrollen. Siden personalet ofte ønsket en god relasjon til pasienten, eller forventet å bli møtt på en mer

respektfull måte fra pasientenes side, kunne pasientens atferd føre til at personalet følte seg utrygge eller ble krenket. Reaksjonene kunne fremkalle gjensidige, eskalerende mistillitsprosesser som bidro til å forsterke skjermingsmetodens straffende preg. Tvangen kunne dermed bidra til å skape konflikter som økte faren for diskrediterende og demoraliserte samhandlingsforløp.

9.4 Responsivhetsproblemet i samhandlings situasjonene

I det siste punktet i dette kapitlet vil jeg utdype samhandlingsrelasjonenes betydning for den sosiale responsivheten overfor pasientene. Gjennom beskrivelsene ønsker jeg igjen å vise hvordan ideologiene og organiseringen økte skjermingsmetodens spenning som behandling og kontroll ved å påvirke personalets muligheter for å handle responsivt til pasientenes ønsker og behov (se pkt. 7.8).

Som beskrevet i pkt. 3.4.2 og 3.4.6 er gjensidig respons sentral i normal respektfull og tillitsbasert interaksjon. Det dreier seg om plikten til å svare den andre på vedkommendes initiativ (Goffman 1971: 80–90). Betydningen av respons fremkommer også i en rekke konversasjonsanalytiske bidrag som viser at parhandlinger og turtaking mellom deltakerne utgjør grunnleggende elementer ved verbal samhandling (Garfinkel i Heritage 1984:106-110, Schegloff og Sacks i ten Have 1999: 8, 20-24 og Asplund 1987a:125-127). Mangel på respons kan dermed ofte legge grunnlag for opplevelser av uttrygghet, krenkelse og konflikt, og underbygge usynlighetsgjørende praksiser. Skatvedt (2001:58) beskriver for eksempel hvordan fraværet av forventet kommunikasjon innenfor rusinstitusjonen kunne føre til at samværet ble opplevd påfallende degraderende, ubehagelig og avvisende av klientene. Opplevelsen ble forsterket av ”fjerne” kommunikasjonsformer hvor personalet gjorde ting for pasienten, men uten engasjement. Responsløshet i kommunikasjonen står også sentralt i makt- og disiplineringsutøvelsen fordi avvisning og kulde er effektive sanksjoneringsformer (jf. Foucault 1999b, Asplund 1987b, se pkt. 3.2.2 og 3.4.6).

Inne på skjermingsrommet kunne responsløshet på tilsvarende måte føre til at pasientene opplevde skjermingssituasjonen som krenkende og som en negativ form for makt- og kontrollutøvelse. Dette var også et viktig moment i pasientintervjuene (se pkt. 11.5.7). Tendensen til taushet, manglende respons og stadige beskjeder om å

vente kunne føre til sinne og fortvilelse hos pasientene (jf. pkt. 9.3.4 og 9.3.3). Opplevelsen av krenkelse og irritasjon kunne bli forsterket av personalets henslengte sittestillinger og korte henvisninger til reglene eller avslag på forespørsler. Pasientene kunne fortolke slik atferd som tegn på slapp arbeidsmoral i utsagn som ”du er lat” eller som for liten grad av engasjement fra personalets side (se pkt. 11.5.7).

Opplevelsen av belastning ved sosial isolasjon kunne føre til sterke psykiske reaksjoner hos pasienter som ikke fikk lov til å komme ut av skjermingsrommet når de ønsket dette. Disse reaksjonene viste seg også i situasjoner hvor pasientene ble bedre. Tilfriskningen kunne føre til at en begynnende protest mot innelukkingen fordi de ønsket å møte verden utenfor igjen (se pkt. 11.4). En hjelpepleier fortalte også: ”Men det er når tilfriskningsprosessen begynner, det er der kommentarene kommer altså: Nå er jeg stengt her inne og utestengt fra omverdenen og.” Protesten mot innesperring kunne da være et tegn på normalitet, på bedring av tilstanden. Noen ganger ble tilfriskningen oppfattet på posten, og pasienten fikk slippe ut. Denne responsiviteten overfor pasientens behov førte ofte til en bedre skjermingsopplevelse for pasientene. I flere tilfeller på begge poster oppstod det imidlertid situasjoner hvor pasientens ønske om å komme ut fra skjermingsrommet på grunn av bedring i tilstanden, ble møtt av manglende eller for treg respons. Den trege responsiviteten viste seg blant annet i en skjermingssituasjon med en ung, førstegangsinnlagt pasient. Episoden er også godt egnet til å belyse hvilken betydning organiseringen har for personalets mulighet til å respondere aktivt på pasientens ønsker og behov.

Eksempel 2. For treg respons på pasientens behov for å komme ut av skjermingsrommet

Pasienten ”Nina” hadde vært noen uker på skjermet avsnitt. Tilstanden var bedret de siste dager. Pasienten hadde tidligere ikke protestert mot skjerming. Jeg kom så inn på skjermet avsnitt på ettermiddagen. Pasienten står da i døren og vil ut av pasientrommet. Væremåten til pasienten er annerledes ved at hun virker mer sammenbitt, trist og mindre pratsom. Sykepleieren som er pasientens kontakt for kvelden, sitter i stua. Han sier i det jeg kommer inn: ”Et halvt minutt til, ikke før.” Pasienten som står innenfor dørterskelen, sier så til meg: ”Her står jeg og kan ikke få gå over denne streken!”. Tonen var litt oppgitt, trassig eller frustrert. Hun klager så gjentatte ganger over å være inne på skjermingsavsnittet mens hun går litt rundt. Pasienten gjentar så igjen at hun vil ut, og spør: ”Hvorfor kan jeg ikke få være der ute på åpent?” Hun sier deretter til meg: ”Denne avdelingen er delt inn i to soner, sone 1 og sone 2,

det er en dårlig ting.” Sykepleieren responder på dette utsagnet med å si at hun skal spise kveldsmat her inne. I løpet av denne dialogen sitter de andre pleierne tause på gangen og ser rett frem med fjerne blikk eller utfører gjøremål overfor medpasientene.

Sykepleieren setter seg så ned og lager en kveldsplan med pasienten. Pasienten sier at hun vil være ute på stua på åpent, gjøre det de andre gjør, se på TV, drikke kaffe, ordne sin egen kaffe og ting selv, ikke alltid at noen skal gjøre det for henne. Hun får til svar at hun har CD-spiller en halv time. Pasienten svarer med å si at det er utilstrekkelig, og at hun vil gjøre mer selv nå. Hun gjentar i en sår, plaget og irritert tone at hun vil være sammen med de andre. Gjennom hele ettermiddagen klager pasienten over å måtte være inne på skjermingsavsnittet, vandrer rastløs rundt og sier hun kjeder seg. Ingen av personalet reagerer på pasientens utsagn, men fortsetter å være tause og se rett frem i luften. Bare sykepleieren svarer kort med å si at pasienten skulle være inne på skjermet. Jeg syntes at stemningen var vond, og i tillegg overdøvende taus, gitt pasientens fortvilelse. Samtidig følte jeg at jeg ikke kunne bryte inn som forsker, av hensyn til normene på skjermingsavsnittet.

En annen pasient, Linda, kommer så ut på gangen og stiller seg – mot reglene – opp mot veggen på gangen rett ved døren. Nina stiller seg i utgangen ved stua slik at de står rett overfor hverandre. De ser likevel ikke rett på hverandre, men litt til siden. Nina sier så med klagende og sår røst: ”Og så står vi her da, vi har ikke lov til å se hverandre, må bare skotte på hverandre, ikke lov til å snakke med hverandre. Du står ulovlig fordi du ikke har lov til å stå i gangen”. Den andre pasienten bekrefter: ”Vi har ikke en gang lov til å se på hverandre.” De står videre rett overfor hverandre, hjelpepleier ser rett frem, sier ikke noe. Jeg sier ingen ting, vet ikke om jeg får lov til å prate. Nina gjentar at hun vil ut av skjermet. Linda svarer at det vil ikke hun, men at hun må ut i morgen. Nina sier: ”Ikke ut-ut, men ut på åpent, det er det jeg vil.” Ingen respons fra pleierne nå heller. Nina sier også at livet er trist, og at familien er i utlandet. Hun får imidlertid aldri svar fra personalet på disse utsagnene. Den eneste responsen er en vennlig kommentar fra en ny ekstravakt som kommer inn etter en stund. Denne responsen synes å virke beroligende. Jeg benytter sjansen som åpner seg til å se på pasienten og smile til henne. Pasienten smiler så blidt til meg, kommer bort og klapper meg på skulderen, jeg smiler igjen til henne. Jeg er redd for å støte pleierne ved å snakke eller å være for vennlig. De responderer imidlertid ikke negativt på min respons til pasienten. Pasienten vil så senere legge seg ved sjutiden, men klarer ikke å få sove. Hun står så stille i døråpningen, ”henger med kroppen”. Det kroppslige uttrykket hadde gått fra å være sint og urolig og i forsvar til å bli et defensivt, kanskje deprimert, og trist kroppsspråk. Hun går så inn igjen på rommet, og jeg forlater posten med en vond følelse.

Ved opplesningen av kveldsrapporten på morgenrapporten dagen etter har sykepleieren skrevet at ”pasienten profitterer på stramt regime”. Personalet vurderte situasjonen til at Nina fortsatt trengte skjerming, men ikke burde være der inne på grunn av medpasient. Hun kunne komme ut av skjermet avsnitt siden en annen pasient skulle reise. Beslutningen ble fulgt av empatiske ytringer om at pasienten var ” helt oppløst i går og gråt” på grunn av redsel

for medpasienten. Inne på skjermet avsnitt er det nå hjelpepleieren fra kvelden før som er kontakt for pasienten. Han prater aktivt og engasjert med pasienten, og det er en god stemning. Nina spiser og ser fornøyd ut. Hjelpepleieren forteller meg at han har informert pasienten om at hun skal ut av skjermet avsnitt. Hun har også fått mindre "strikt" regime og mulighet for å gjøre mer selv, noe hun ble glad for. Han forteller så at han er svært enig i at hun ikke skal være på skjermet lenger da hun er ung, dette er en førstegangs innleggelse, og hun allerede hadde vært skjermet for lenge. Hadde han og ekstravakten fått bestemme, skulle hun kommet tidligere ut enn i dag, også fordi hun var redd medpasienten, og fordi det var forferdelig å være på skjermet for henne. "Hun er så beskjeden, bråker ikke, gjør som vi sier, den eneste uroen er verbal, at hun snakker mye." Empatien for pasienten er sterkt fremtredende. Jeg spurte så om hvorfor han ikke hadde gjort noe med dette i går kveld: "Nei, det rant ut i sanden... litt uenige i vurderingene". På spørsmål om hva han hadde gjort om han hadde fått friere tøyler, svarer han at han ville ha flyttet henne ut allerede på kvelden. Han forteller så om hvordan han har planlagt opplegget for pasienten ute på åpent avsnitt sammen med pasienten selv slik at "det ikke skal bli for mye for henne, og at hun kommer tilbake til skjermet". Dette vil være for hardt for henne.

Krenkelsen og frustrasjonen over den manglende responsiviteten førte til at pasienten gikk fra sinne og frustrasjon til fortvilelse og tristhet over avslaget. Dette førte også til at hun gikk til sengs ved sjutiden. Episoden illustrer en skjermingssituasjon hvor problemet med manglende sosial, behandlingsmessig og demokratisk respons overfor pasientene fremkommer på en spesielt tydelig måte. Den manglende responsiviteten i situasjonen hadde stor symbolsk betydning for pasientens opplevelse av skjermingen og oppholdet i psykiatrien, det viste seg i det oppfølgende intervjuet flere måneder etterpå. En liknende situasjon oppstod på post B med en pasient som motsatte seg skjerming over lengre tid uten å bli hørt. Pasienten begynte da, til personalets fortvilelse, å bare ligge passivt i sengen.

Disse situasjonene viser at den sosiale og behandlingsmessige responsivitet i organisasjonen er for treg til å fange opp pasientens behov og endringene i deres tilstand. Pasientens protest kan fortolkes som en bedring – vedkommende er nå klar for å øke det voksne og autonome handlingsrommet (se pkt. 11.4). Savnet etter sosial kontakt med omverdenen blir mer fremtredende. I dette tilfellet er det ikke sykdommen som utgjør problemet – men manglende responsivitet og tilretteleggelse av et normalt og sosialt handlingsrom for pasienten. Den manglende responsiviteten reduserer behandlingsdimensjonen fordi man ikke klarer å fange opp pasientenes ressurser og bedringsprosesser og understøtte disse i tilstrekkelig grad (jf. beskrivelser

av bedringsprosesser i recovery-forskningen, bl.a. Borg og Topor 2003, Jensen 2004). Den behandlingsmessige responsiviteten reduseres.

I likhet med andre eksempler senere i kapitlet, synes årsaken til den manglende eller trege responsiviteten i Eksempel 1 dels å ligge hos sykepleieren som individuell fagperson som i liten grad lar seg påvirke av pasientens utsagn. Dette gjenspeiles rapporten, som til tross for hendelsesforløpene inne på skjermingsrommet uttrykker at ”pasienten profiterer på stramt regime”. Rapporten viser samtidig også hvordan skjermingsideologier opprettholdes uavhengig av pasientenes subjektive opplevelser og oppfatninger om metoden. Hjelpepleieren og ekstravakten hadde en sterkere personlig respons på pasientens ønsker og lidelse. Denne responsen ble imidlertid i liten grad omsatt i handling på grunn av skjermingsideologiene og organiseringen. Personalet fikk dermed ikke muligheter til å handle ut fra sin sosiale responsivitet overfor pasienten kvelden før. Først når hjelpepleieren fikk ansvar for pasienten, og skjermingen er vedtatt oppløst av teamet, kan han imøtekomme pasientens behov. Hjelpepleieren fortalte også senere at han ofte kjente seg ”låst” og ”bare satt der inne” på skjermingsrommet. Det snevre handlingsrommet påvirket dermed også personalets mulighet til å kunne respondere på pasientens behov på en mer aktiv og rask måte.

Andre pasienter ga uttrykk for irritasjon, sinne og fortvilelse over tungroddheten i systemet, som gjorde det vanskelig å få svar på selv de enkleste forespørsler (se pkt. 11.5.7). Dette viste seg også i en samhandlingssituasjon hvor en pasient som ble lett-skjermet vekslet mellom å diskuterte hissig med en ekstravakt og å gråte over røykerestriksjonene og over å ikke få komme ut i hagen i det pene været fordi kontakten hennes var opptatt eller på møte. Ekstravakten fortalte på sin side til pasienten og meg at han ble frustrert og sliten over å være ”hoggestabbe”. Situasjonen viser, som man også vil se i neste punkt, en maktsituasjon overfor pasienten, men også en gjensidig avmaktssituasjon hvor ingen av partene i situasjonen har myndighet til å handle. Beslutningsstrukturen vanskeliggjør responsiviteten overfor pasientens behov. Personalet er selv underlagt maktstrukturen og preges av denne (jf. Foucault 1999b, pkt. 3.2.2). Den direkte pleien påvirkes dermed, som i asylene, av at de to aktørene nederst i det hierarkiske systemet blir overlatt til hverandre (jf. Belknap 1956, pkt. 3.4.3). Denne gjensidige avmaktsrelasjonen skaper gjensidig belastning, konflikt og mistillit.

9.4.1 Responsivhetsproblemet skaper selvforsterkende skjermingsforløp

En viktig antakelse i forbindelse med institusjonell responsivhet er at denne kan forhindre konfliktdannelse (jf. pkt. 2.8). På tilsvarende vis syntes det som om treg eller manglende institusjonell responsivhet inne på skjermingsrommet bidro til å øke konfliktnivået, som igjen kunne føre til atferd som ble fortolket som urolig, og derigjennom til mer bruk av skjerming og tvang. Pasientens sårbarhet, fortvilelse og protest over innesperringen og manglende responsivhet kunne føre til irritasjon og sinne. Pasientene kunne forsøke seg på åpenlys motargumentasjon eller true personalet. Gjentatte avslagssituasjoner kunne også gjøre at pasienten kastet møbler eller andre gjenstander i frustrasjon over avslagene og ventingen (se pkt. 12.5.7). Slike konfliktforløp kunne føre til at skjermingen av pasienten ble forlenget, eller øke faren for mer tvangsbruk. Dette kan eksemplifiseres med en skjermingssituasjon hvor pasientens protest mot det trege beslutningssystemet forlenget skjermingen:

Eksempel 3: Responsivhetsproblemet får skjermingsforlengende følger

En kvinnelig pasient kommer ut og står i døren. Hun spør så rolig: "Kan jeg få lov til å spise ute i avdelingen, jeg er jo rolig og skal ikke være til sjenanse for noen. Berit (medpasient) sitter jo også der, kan ikke vi begge spise der ute sammen med de andre?" Ingen svar fra ekstravaktene Egil og Merete. Pasienten venter så på respons, får bare taushet, og går så inn på rommet sitt igjen. Merete sier så til Egil: "Hun kan vel spise der ute, hun er jo så fin og rolig?" Han er enig. Pasienten kommer så ut i døren, og gjentar nå spørsmålet om hun kan få spise ute med korslagte armer og en hardere og litt sintere stemme. Spørsmålet blir fulgt av en kommentar som lyder omtrent slik: "Denne barne- og ungdomspsykiatrien, jeg er over 50 år og så må jeg be om lov til slikt." Ekstravaktene blir da helt stille og ser andre veier. Det blir en lang pause fylt av konfliktladet spenning, mens pasienten står med korslagte armer. Pasienten spør så: "Når er det middagen kommer?" Merete svarer at hun kan spise på rommet med henne. Pasienten sier at hvis hun først skal spise på rommet sitt, kan hun like gjerne spise alene. Hun er sint i stemmen. En medpasient kommer ut med telefon, og pasienten spør med sint stemme om de kan ringe dersom hun sier nummeret. Ekstravaktene som nå har blitt mer avmålte og strenge i stemmen, sier med bortvendte ansikter at hun ikke trenger å ringe nå da det er middag. Pasienten blir da sintere i stemmen, og sier at det er mange utlendinger som ringer lange samtaler her og snakker hele tiden, og de ringer jo over grensene. Merete svarer: "Nå skjønner jeg ikke hva du mener." Pasienten sier enda sintere at de nå bygger ut barnepsykiatrien, og gjentar at hun ikke skal snakke lenge. En av ekstravaktene sier så at de andre pasientene har avtaler om å ringe. Pasienten svarer at "det har vi da også". Egil sier deretter at han ikke er kontakten hennes i dag, og derfor ikke har laget avtaler med henne. Pasienten henvender seg så til Merete og sier at de jo hadde to telefoner. Merete svarer så at det var jo i går kveld. Hva så? sier

pasienten, snakket jeg lenge kanskje? Merete svarer: "Nei, men det var fordi du ikke kom frem." Pasienten spør igjen: "Men så snakket jeg lenge da kanskje?" Hun er da enda sintere i stemmen, armene fortsatt over brystet, men går nå nærmere personalet mellom stolene og ser irritert på dem. "Og hvor er middagen?" Merete sier at "de andre henter den nå", og at de kan snakke om dette på rommet. Går mot rommet, med pasienten foran seg. Egil har reist seg fra stolen og følger bak til pasienten er på rommet (en vanlig bruk av fysisk forsterkning, når personalet er usikre på om pasienten vil følge med inn på rommet). Da pasienten ikke protesterer mer, lukkes døren. Egil setter seg i stolen og sier beklagende at det er vanskelig når pasienten "skrur seg opp" ved grensesetting. Han legger litt forklarende til at pasienten tidligere har vært veldig urolig ute i avdelingen ved måltidene og ikke villet inn på skjermet igjen, og da hadde ropt og kastet ting. Jeg spør om det var sånn som i helgen, men det visste han ikke da han ikke har vært på rapporten.

Episoden førte til at pasienten ikke kom ut av skjermet den dagen, grunnet sinnet over det hun opplevde som barnliggjøring og tungvinhet. Pasientens atferd ble i hovedsak fortolket som opphisselse ved grensesetting og som tegn på en urolig og ustabil tilstand. Pasientens atferd hadde samtidig, ut fra mine observasjoner, også sammenheng med et samhandlingsforløp som nesten bare var preget av negative tilbakemeldinger på pasientens forespørsler. Dette førte til en eskalerende mistillitsspiral som forsterket den manglende responsivitet hos personalet og pasientens uro. Personalets respons gjenspeilte en usikkerhet i forhold til pasientens tidligere urolige atferd. Den gjenspeilte også beslutningssystemet. Ekstravaktene som ofte satt på skjermingsrommet, var de som i minst grad hadde beslutningsmyndighet, vurderingskompetanse og informasjonsrett på grunn av lav utdanning og fordi de ofte ikke deltok på rapport- og vurderingsmøtene (Reinholdtsen 1997, se pkt. 7.4 og 7.5).

Slike samhandlingsprosesser kunne lede til fare for det Goffman (1961:35–38) kaller *looping prosesser*, som kan ta form som "bumerangeffekter": Den protesterende atferden virker tilbake på pasienten gjennom økt kontroll siden personalet tar handlingen som informasjon som bekrefter pasientens psykiske lidelse. Pasientens mister tilgang til sin egen mening bak handlingen. Situasjonen likner også det Løchen (1965:211–232) beskriver som en diagnostisk kultur, hvor spenningen i institusjonen mellom behandling og kontroll virker tilbake på pasienten, som blir patologisert gjennom diagnostiseringen. Pasientens protest mot skjerming blir da forstått som lite samarbeidsvillig atferd eller urolig og utagerende atferd som trenger ytterligere skjerming. Pasienters stadige forespørsler på grunn av kjedsomhet kunne også bli

fortolket som manglende evne til utsatt behovstilfredsstillelse. Grensesetting og skjerming var da nødvendig. Jo mer aktive pasientenes forsøk på motmakt var, for eksempel i form av fysisk kamp eller trusler mot personalet, jo mer økte faren for ytterligere skjerming og tvang. Disse selvforsterkende sirkelene hos pasienter som protesterer mot skjerming, likner andre beskrivelser av pasientforløp ved isolering (Martinez m.fl. 1999, Meehan m.fl. 2000:374).

9.4.2 Den tause responsiviteten innenfor organisasjonen

Tidligere beskrivelser viser at personalet ofte viste større responsivitet overfor pasientenes ønsker og protester på individuelt nivå enn det den formelle organiseringen av sykehusene klarte å ivareta. Betydningen av tillitsfull responsivitet kunne dermed ta form av ”taus kunnskap” innenfor postene eller en ”svakere motdiskurs” som ikke fikk gjennomslag i organisasjonen. Denne spenningen mellom sosial responsivitet på individuelt nivå og postenes formelle virksomhet viste seg særlig i forbindelse med grensesettingstenkningen på postene (jf. Vatne 2003), noe som for eksempel kom til syne i et skjermingsforløp på post B.

Dette skjermingsforløpet var preget av at pasientens atferd varierte sterkt i forhold til hvilket personale som var inne sammen med ham i løpet av dagen. Når han var sammen med en kontakt som hadde en tillitvekkende kommunikasjonsform, var skjermingssituasjonen preget av en mer rolig og vennlig stemning, hvor pasienten var blidere og mer fornøyd. Ved skifte til kontakt preget av mistillitspregede og avvisende kommunikasjonsformer endret stemningen i rommet seg til å bli vond og samhandlingen mistillitspreget. Pasienten responderte på denne situasjonen med økt selvskading, griset atferd og en påfølgende fysisk kamp med kontakten. Situasjonen endret seg atter i den påfølgende timen hvor den forrige kontakten kom inn igjen. Pasienten ble da igjen mer rolig og fornøyd. Den urolige og grisetete atferden ble også kraftig redusert, om ikke helt borte. I ettertid beskrev de to ansatte pasientens tilstand forskjellig både i den uformelle og formelle rapporteringen fra rommet. Pleieren som hadde mistillit til pasienten, rapporterte at pasienten var urolig, utagerende og ukritisk. Den andre pleieren rapporterte at pasienten var roligere og bedre, kun litt utrygg. Pasientens atferd ble imidlertid beskrevet kun som resultat av en indre tilstand.

En primærkontakt til pasienten fortalte meg at han så hvordan pasientens urolige atferd ble forverret av grensesetting og korrigerer. I et senere tverrfaglige møte med eksterne konsulenter som personalet antok stod for en atferdsterapeutisk tilnærming, rapporterte primærkontakten imidlertid at pasienten tjente på grensesetting. Dette paradokset i primærkontaktens væremåte kan forstås som at kontakten på møtet gikk inn i en annen sosial ramme. På møtet var det mer faglig legitimt å gjenta grensesettingsideologien enn trygghetstenkningen. Det var også viktig for sykepleierne å vise at man kjente til atferdsterapi. Viktigheten av en omsorgsfull og trygghetsorientert væremåte, ble borte i refleksjonsarbeidet på det formelle møtet. Dette paradokset fortsatte gjennom skjermingsforløpet. Personalets gode erfaring med å fokusere på trygghet inne på skjermingsrommet samsvarte ikke med den formelle rapporten. Den gode erfaringen med tillitsfull og omsorgspreget responsivitet overfor pasienten forble taus. Tausheten varte ved til en sykepleier lanserte en mer prinsipiell og faglig drøfting av hensiktsmessig væremåte hos personalet hos pasienten under en morgenrapport. Den refleksive diskusjonen om samhandlingsatferd førte til at vektleggingen av trygghetsskapende væremåter ble forsterket.

Tilsvarende prosesser oppstod på post A når personalets responsive bekymring over pasientenes klager ble forsøkt imøtekommet ved å forsterke tenkningen om reglens viktige behandlingmessige betydning, selv om de ikke selv opplevde dette. Understrekningen av behandlingsdimensjonen ved tvangen ble en måte å redusere spenningen mellom behandling og tvang på i skjermingssituasjonen.

Et interessant aspekt ved disse situasjonene var at de samhandlingmessige erfaringene ikke ble fanget opp i de formelle, refleksive prosessene på posten, selv om noen ansatte fortalte meg at de var klar over betydningen av samhandling og personalets atferd (jf. også Vatne 2003). Personalets erfaringsbaserte kunnskap og refleksive vurderinger tok form som taus kunnskap i organisasjonen. Dette gjaldt særlig personale med mer tillitsbaserte og mindre kontrollbaserte tilnærminger. Dette forholdet økte skjermingsmetodens spenning mellom behandling og kontroll ved å understøtte en mer kustodiell og disiplinerende arbeidsform. Mangelen på profesjonelt kunnskapsgrunnlag kunne også føre til at personalet *handlet* omsorgsfullt i skjermingssituasjonen. Samtidig kunne de ha vanskeligheter med å begrunne og forsvare denne omsorgsorienteringen i formelle behandlingsmøter og

dokumentasjonssystemene. Omsorgshandlingene var mindre utviklet som eksplisitt teknologi.

9.5 Avslutning

I dette kapitlet har jeg belyst samværs- og samhandlingsrelasjonenes innvirkning på skjermingsmetodens betydning og spenning mellom behandling, omsorg og kontroll. Jeg har også vist hvordan postenes ideologiske, organisatoriske og teknologiske grunnlag påvirker relasjonen mellom personalet og pasientene og deres sosiale responsivitet overfor hverandre.

Til tross for variasjoner i skjermingssituasjonene var samhandlingspraksisene inne på skjermingsrommet, særlig på det skjermede avsnittet, ofte mer preget av tvang og en disiplinierende form for kontroll enn det skjermingsideologiene fremhevet.

Skjermingsrommets preg av tvang oppsto på begge postene særlig gjennom den fysiske innelukkingen som bidro til å underbygge sosial isolasjon, pasientenes avmektige rolle og til å gjøre skjermingsrommet til et konfliktpreget rom.

Kommunikasjonsformene som fulgte den tvangsmessige innelukkingen, i kombinasjon med mange reguleringer på skjermingsavsnittet, bidro til å forsterke spenningen. Tilstedeværelsen av personale opphevet ikke isoleringen slik behandlingssideologiene gir uttrykk for.

Spraket mellom behandlingssidealer og den kontrollpregede praksisen skapte også et konfliktfylt spenningsforhold og fysisk kamp inne på skjermingsrommet, som kunne være belastende for både pasienter og personale. Dette aspektet ved skjermingsmetoden vil bli tydeligere i de to siste kapitlene hvor jeg skal utdype personalets og pasientenes opplevelser av oppholdet på skjermingsrommet.

10 Personalets møte og arbeid med skjermingspasientene

10.1 Innledning

Jeg har tidligere fremholdt at skjermingsmetodens betydning og spenning mellom behandling og kontroll har sammenheng med skjermingsmetodens funksjon som ordningsskapende og trygghetsskapende metode innenfor sykehusinstitusjonen i møte med uroens- og tillitens problem. Skjermingsmetodens utforming som behandling og kontroll påvirkes også av kompleksiteten i arbeidet og det diffuse kunnskaps- og arbeidsgrunnlaget til de psykiatriske institusjonene. Kontrollen kan dermed ikke bare forstås som disiplinierende praksis overfor pasientene.

I dette kapitlet skal jeg utdype viktigheten av uroens- og tillitens problem og de arbeidsmessige aspektene for skjermingsmetodens betydning og spenning mellom behandling og kontroll ved å se på personalets opplevelser i møte med skjermingspasientene og det komplekse arbeidet i tilknytning til skjerming. Jeg vil også diskutere hvordan utformingen av skjermingsmetoden lokalt på postene påvirkes av deres måter å løse uroens og tillitens problem og arbeidets kompleksitet på.

10.2 Den engstelige, uforankrede interaksjonen

Personalets bilder av pasientene og opplevelsene deres av skjermingssituasjonen var, som allerede nevnt, ofte preget av allmenne sosiale og moralske holdninger til personer med psykiske lidelser og til psykisk avvikende atferd (se pkt. 5. 9.3). Betydningen av den psykiske lidelsens allmenne karakter som sosialt avvik viste seg også i personalets opplevelser av møtet med pasienten inne på skjermingsrommet. Dette møtet kunne ta form av et "blandet møte" mellom "normale" og "unormale" personer (Goffman 1963b:23ff). Det sosiale møtet ble forsterket på det lukkede skjermingsrommet. I tillegg fremstod ofte skjermingsrommet symbolsk sett for personalet som et møte med de mest alvorlige psykisk syke i samfunnet. Disse aspektene gjorde også at spørsmålet om tillit ble spesielt aktualisert.

Ifølge Goffman kjennetegnes ofte et blandet møte mellom "normale" og "unormale" av at personer, som ellers vil forsøke å unngå hverandre, nå må oppholde seg i

hverandres umiddelbare, fysiske nærhet og snakke sammen. Møtet kan oppleves skremmende og ubehagelig, preget av gjensidig usikkerhet. Usikkerheten kan føre til at interaksjonen får uheldige former. Det blandede møtet er ofte preget av det Goffman (1963:29f, 29) omtaler som en spenningsfylt ”engstelig uforankret interaksjon” (“anxious unanchored interactions”). Pasienten kan oppleve seg usikker på hvordan annerledesheten fortolkes av andre og gå i forsvarsposisjon. Personalet kan på sin side bli usikre på hvordan de bør respondere på pasientenes fremtreden og atferd. Usikkerheten forsterkes av at mange normale ofte har liten sosial omgang med personer med psykiske lidelser. Denne uforankrede interaksjonen bidrar til en mer usikker og flertydig rammeforståelse av situasjonen, også i sykehusene. Skjermingssituasjonen vil derfor bli preget av hvordan aktørene søker å håndtere spenningen og det psykiske avviket gjennom samhandlingen.

På postene var det mange ansatte som fortalte at de hadde vært engstelige for å arbeide på akuttposten. Ledelsen og personalet fortalte også at det kunne være vanskelig å rekruttere sykepleiere til akuttpostene fordi sykepleierne ”generelt er litt engstelige for å jobbe i akuttpsykiatri da. Det er ikke så mange som ringer sånn (for å få jobb [min anmerkn.]), hvis de ikke har noen erfaring fra før”. På samme vis fortalte personalet at de ofte ble møtt med spørsmål eller kommentarer som ”tør du det?” når de fortalte at de arbeidet på akuttpost. Akuttposten og skjermingsrommet ble ofte assosiert med den posten og det rommet hvor de galeste og ofte farligste personene med psykiske lidelser befant seg. Den underliggende fareopplevelsen inngikk dermed som en sentral side ved bildet av og møtet med skjermingspasientene.

På postene var det også flere i personalgruppen som uttrykte usikkerhet i samhandling med pasientene. De fortalte at de manglet naturlig, sosial kompetanse i møtet med skjermingspasienten på samme vis som i sosial samhandling med ”normale” (jf. Reinholdtsen 1997: 98–99,115). Det å samtale med personer med avvikende virkelighetsforståelse, samtalemåter og atferd var en spesiell side ved hjelperollen som kunne bidra til å skape usikkerhet. Flere, og særlig de nye, fortalte at de hadde vært usikre på hva de skulle si og måten de burde svare pasientene på. Denne usikkerheten kunne gjøre at de ikke følte de behersket samhandlingssituasjonen. Som Goffman (1963:29f) skriver, førte den usikre interaksjon til at personalet ble spesielt

oppmerksom på egen atferd. Letingen etter en måte å forholde seg til pasienten på viste seg i et gruppeintervju med sykepleiere på post B:

Sykepleier 3: Jeg er litt sånn direkte av meg jeg, så jeg må liksom passe meg for å ikke være for direkte. Det har jeg skjønt. Reidun: Det er en forskjell (fra somatikken) at du ikke er så direkte nå? Sykepleier 3: Ja, er litt forsiktigere sånn. Sykepleier 1: Det øg kommer litt an på hvor godt du kjenner pasientene. Sykepleier 2: De kjenner jo igjen oss og. Sykepleier 1: Du er jo litt sånn varsom til å begynne med før du liksom får oppnådd en allianse og sånn da.

Personalet kunne altså bli mer ”forsiktige” i møtet med pasienten. Usikkerheten viste seg også i en situasjon hvor en sykepleier på post B ble irritert over det nye sykepleieplansystemet da hun skulle inn på skjermingsrommet til en urolig pasient. Hun opplevde at tiltaket om ”beskyttelse” var utilstrekkelig. Det hun trengte, var en mer omfattende beskrivelse av hvordan hun skulle opptre i møte med pasienten, før egen inntreden i rommet. Det å få forhåndskunnskap om hvordan hun skulle fremtre eller snakke for å forhindre uro eller fysisk slag var viktig for å øke opplevelsen av forutsigbarhet og trygghet i situasjonen.

En spesiell side ved skjermings situasjonen i forhold til normal interaksjon er den uvanlig kraftige følelsesintensiteten, særlig angst og sinne, hos pasienten og i relasjonen. Følelsesintensiteten skyldes pasientens lidelse, men også konflikten knyttet til innesperringen, grensesettingen og tvangen. Det å klare å forholde seg til pasientens følelser og spenningen i situasjonen på en sikker og hjelpende måte inngikk derfor som en viktig side ved utviklingen av egen arbeidsrolle på skjermingsrommet. Som en sykepleier forteller:

Til å begynne med så var det sånn at jeg opplevde en slags form for usikkerhet. ”Hva er det som beveger seg nå?” Det var i første året jeg var veldig sånn, men nå har jeg opplevd mer det at bare det at jeg er tilstede der, jeg observerer situasjonen og tar inn liksom bildene, det gjør at jeg ikke er nødt hele tiden til å forespørre pasienten. Det er mer å la pasienten få lov til å komme, men samtidig være der og grensesette altså. Det er jo ikke bare manikere, det er jo også veldig sterkt angstpregete mennesker som trenger den støtten rundt seg. Den sikkerheten. Det har noe med en sjelelig innstilling å gjøre, men det er noe man lærer etter hvert.

Reinholdtsen (1997:115) finner i sin studie at mange ekstravakter følte utrygghet i den direkte samhandlingen med skjermingspasientene dersom de opplevde seg hjelpeløse overfor pasientens uforutsigbare, uforståelige og dermed skremmende handlinger.

Flere ufaglærte og uerfarne på de to akuttpostene fortalte på samme vis at responsen de ga pasientene, ble preget av læring gjennom ”prøving og feiling”. Det var også lite tilbakemelding fra annet fagpersonale på arbeidet inne på skjermingsrommet. Arbeidsrollen ble dermed preget av en usikkerhet som ble forsterket av psykiatriens diffuse vurderings- og arbeidsgrunnlag (pkt. 3.2.1).

Personalets usikkerhet i skjermingssituasjonen ble også forsterket fordi avvikende atferd reduserer den sosiale forutsigbarheten i samhandlingsforløpet. Som Mead (1976/1934:119ff) fremhever – i forbindelse med bl.a. begrepene ”spill” og ”rolletaking” – er det å kunne ta den andres rolle i en sosial situasjon en viktig del av sosial samhandling. Som tidligere beskrevet er den normale og forutsigbare interaksjonsorden en viktig kilde til sosial trygghet og sosial kontroll (se pkt. 1.1, 3.4.1 og 3.4.2). Siden de fleste vanligvis avpasser egen atferd til normal interaksjonsorden, har vi evnen til å forutse hvordan andre vil respondere. Vi klarer dermed ofte å forutse samhandlingsforløp. Den trygge forutsigbarheten i samhandlingen kan imidlertid bli brutt ved psykisk avvikende atferd dersom det foreligger en annerledes virkelighetsforståelse og væremåte. Urolig atferd gir særlig usikkerhet i rammeforståelsen av pasientsituasjonen. Dette aspektet ved samhandlingssituasjonene på akuttposten kan forklare hvorfor personalet ofte var opptatt av at de eller pasienten trengte ”forutsigbarhet” (jf. også Vatne 2003:185, 195ff, se pkt. 4.4.2, pkt. 6.4.2 og 10.3). Uforutsigbarheten i samhandlingen er også nært knyttet til tillitsproblemet. Som beskrevet i pkt. 3.4.2 er tillit kjennetegnet ved at man åpner den andres handlingsrom (Grimen 2001:3617). Denne åpningen øker imidlertid risikoen for at den andre kan handle på måter man selv ikke liker. Åpningen av handlingsrommet forutsetter dermed ofte en tillitsrelasjon – man tar for gitt at den andre ikke vil handle på en skadelig eller upassende måte. En indre tillitsfull trygghet overfor den andre gjør at det er lettere å slippe opp en ytre kontroll (jf. Luhman 1999). På samme vis nedtonet personalet den ytre kontrollen når de ble tryggere på at skjermingspasienten hadde indre selvkontroll. Flere fortalte også at pasientenes uforutsigbare atferd kunne gjøre det vanskelig å slippe opp kontrollen og slippe pasienten ut av skjermingsrommet. Denne kontrollen var ikke alltid basert på en disiplinerende føyelighetsmakt, men på omsorgsarbeidets natur fordi personalet fryktet at friheten skulle føre til ubehag eller skade. Det kunne være vanskelig ”å tørre å slippe pasienten” dersom man ikke visste hvordan pasienten ville handle i åpent

handlingsrom. Å åpne handlingsrommet for pasienten kunne gi opplevelser av risiko og fare som førte til et ønske om innsnevring og kontroll. For eksempel gjorde redselen for en skjermingspasient med selvmordsønsker at personalet nølte med å gå tur med vedkommende fordi de var redde pasienten ville forsøke å skade seg. En sykepleier beundret også en annen sykepleier som turte å la pasienten gå langs elven under tur. Som Goffman (1971:243–245) påpeker, kan relasjonen til en person med psykiske lidelser kreve evne til å ”ha is i magen” fordi lidelsen omgjør normale hendelser og omgivelser til alarmerende situasjoner som må håndteres. Trygghet i den sosiale relasjonen og sosial kontroll henger da sammen.

Usikkerheten viste seg også i personalets vurdering av om pasienten ville ”tåle” å være utenfor skjermingsrommet uten at tilstanden og uroen ble forverret. Usikkerheten ble forsterket ved urolig atferd. Et eksempel er en situasjon på post B hvor en skjermingspasient fikk være ute på stua en kort periode. Pasientens økte aktivitet med litt hopping, høylydte kommentarer og småbanking på TV-apparatet førte til at ekstravakten (og jeg) ble stresset fordi vekten var usikker på om atferden representerte en forverring av uroen slik at pasienten til slutt ville ødelegge TV-en. Skulle situasjonen defineres som god trening for pasienten som skulle stimuleres, eller som en situasjon hvor det viktigste var å unngå at TV-en ville bli ødelagt? I situasjonen var det vanskelig å forutse det videre forløpet av pasientens atferd. Usikkerheten førte til at ekstravakten valgte å avbryte TV-seansen.

Personalet kunne også være opptatt av å ha kontroll over pasienten for å forhindre at vedkommende skadet seg selv eller andre, for eksempel ved å få tilgang til fyrstikker eller potensielt skadelige gjenstander. De kunne også engste seg for at pasienten ville tape sitt sosiale omdømme. Personalet opplevde at de hadde plikt til å forhindre slike skader. De hadde ansvar for å passe på pasienten. Disse responsmåtene likner beskrivelser av familiens reaksjoner overfor familiemedlemmer som oppviser tegn på psykisk lidelse (Blomberg 2002, Goffman 1971, se også pkt. 3.4.1). Personalets responsmåter liknet mer reaksjoner på generelle problemstillinger i omsorgsarbeidet med personer med psykiske lidelser.

Skjermingsmetoden gjenspeilte også mer generelle spørsmål i omsorgsarbeid som dreier seg om å finne et passende omsorgsnivå som ivaretar balansen mellom

pasientens selvstendighet og behov for hjelp (Martinsen 2003). Som det viser seg i pasientfortellingene i neste kapittel, kunne det være vanskelig for personalet å finne en god balanse mellom skjermingspasienten som en normal og voksen person og en pasient med psykiske lidelser, med mulig nedsatt rasjonalitet. Balanseproblemet kunne føre til en undervurdering av pasientens normalitet og voksne jeg, som igjen kunne forsterke pasientens opplevelse av diskreditering fordi den sosiale identitet som ble bekreftet gjennom personalets respons, ikke samsvarte med pasientenes egen personlige identitet som voksen og normal (Goffman 1963b:17f, se også pkt. 11.5.4 og 11.5.7). Dette problemet blir også forsterket av tendensen til stigmatisering og diskreditering ved psykiske lidelser. Balanseproblemet kunne også føre til en undervurdering av pasientens subjektive problemer og funksjonshemming på grunn av den psykiske lidelsen. Personalet undervurderte problemets alvor eller tok pasientens avvikende atferd som uttrykk for ”vrang vilje” eller bevisst provoserende atferd, i stedet for reelle problemer pasienten trengte faglig hjelp for. I en skjermingssituasjon hvor en pasient stadig urinerte på stua i skjermingsenheten ble for eksempel urineringen av noen personale symbolsk fortolket som atferd som representerte ren provokasjon og vrang vilje. I mer åpne samtaler med pasienten fra personalets side, viste det seg at pasienten ikke turte å gå inn på badet da han var redd badet utgjorde en farlig sone der noen ville ta ham. Urineringen var ikke alltid noen provokasjon overfor personalet, den var heller uttrykk for pasientens angst og redsel for badet og manglende mestring av det å gå på toalettet. Når pasientens meningssammenheng kom mer frem gjennom dialog, endret også personalet sin rammeforståelse av skjermingssituasjonen mot en mer samarbeidende situasjon. Endringen i rammeforståelsen førte også til at personalet brukte mer krediterende tilnærminger og hjelpeformer for å hjelpe pasienten slik at vedkommende unngikk urinering på gulvet.

10.3 Ordensproblemet som kilde til angst og utrygghet

Pasientens urolige atferd kunne øke utryggheten hos personalet og gi økt behov for sosial kontroll i situasjonen. Trygghetsfølelsen var ofte knyttet til et samspill mellom personalets fortolkning av situasjonen, pasientenes atferd og de organisatoriske arbeidsforholdene på posten. Personalets beskrivelser av de tidligere arbeidsmiljøproblemene ved post A er godt egnet til å tydeliggjøre slike prosesser:

Reidun: Var de redde da, eller..? Leder: Ja. Reidun: Hvorfor var de redde? Leder: Det var grunn for å være det også, for det var... Vi hadde mye skademeldinger fordi, som jeg sa, pasientene ble utrygge og det fører til at det blir mer aggresjon og utagering blant de. Så det var jo virkelig... Reidun: Men hva var det som skapte den stemningen? (...) Leder: Det var masse pasienter, det var masse dårlige pasienter. Vi hadde aldri muligheten til å si stopp, nå er det nok. Vi måtte bruke stuer og røykerom og all verden til senger. Vi hadde veldig få sykepleiere. Det var mye ufaglærte. Den ene sykepleieren stakkars som var på vakt var livredd, og det skjønner jeg jo. Du er nyutdanna og sitter der med ansvaret for en avdeling med 17 pasienter med stort sett bare pleieassistenter og ufaglærte. Veldig godt skjønner jeg det.

Behovet for en underliggende trygghetsopplevelse på posten for skjermingspraksis viste seg også under feltarbeidet. Posten hadde forsøkt å løse ordensproblemene gjennom regler og prosedyrer. Dette ga en ytre orden. Det syntes samtidig som at postens regelbaserte orden, basert i mer pessimistiske bilder av pasientene, førte til at den sosiale ordenen ble en "skjør" orden som lett ble truet. En indre usikkerhet ble erstattet med ytre kontroll. Vektleggingen av ytre kontroll kom til syne ved at posten stadig var opptatt av å "stramme inn" og ikke "slippe opp" kontrollen over situasjonen. Brudd på reglene kunne også lett føre til angst og sinne i personalgruppen. Den underliggende utryggheten viste seg i eksemplet hvor personalet ble oppbrakt over at pasientene hadde drukket kaffe sammen på skjermets avsnitt, og da de fant en stein og en PC-ledning inne på et pasientrom på åpent avsnitt (se pkt. 5.9.1). For meg som utenforstående forsker fremstod personalets reaksjoner på kaffesituasjonen som påfallende fordi pasientsamværet på skjermets avsnitt på ingen måte utgjorde noen faresituasjon. Disse små regelbruddene syntes imidlertid å ha en stor symbolsk betydning på posten. Dersom man slapp opp den ytre kontrollen ved at reglene ikke ble fulgt på alle områder, var det fare for at all sosial orden på posten raknet. På samme vis var man redd for å løse opp grensesettingen fordi "strukturen" da falt sammen. Siden tryggheten i forhold til pasientens indre selvkontroll og den indre sikkerheten i relasjonen mellom personalet og pasientene var svak, ble opplevelsen av mindre ytre kontroll skremmende. Personalet mente for eksempel at uten grensesetting og regler kunne tilstanden på posten lett bli utflytende eller kaotisk. I slike situasjoner vil man ikke kunne hjelpe pasienten. Denne tenkningen kommer til uttrykk i en sykepleiers ønske om innstramming i forbindelse med en hendelse: "Her er pasientene i kaos, og så skaper vi kaos også." Ut fra en slik virkelighetsopplevelse kan "en liten tue velte stort lass". Som beskrevet tidligere kunne personalet på post B også bli utrygge ved stor uro på posten. De ble imidlertid ikke så redde grunnet mangel på ytre kontroll. Den sosiale ordenen på posten

fremstod som mindre skjør og angstpreget. Som jeg skal komme tilbake til, hadde dette trolig sammenheng med at flere i personalgruppen på post B hadde en indre faglig sikkerhet, mer tillitsfulle bilder av pasientene og mer dialog med dem. Indre sikkerhet og tillit i relasjonen reduserte behovet for ytre kontroll (jf. pkt. 3.4.2). Det samme gjaldt også deler av personalgruppen på post A.

10.4 Fareopplevelser i møtet med pasientene

Skjermingspasientene ble ofte assosiert med de farligste pasientene.

Farlighetsopplevelsen ble forsterket fordi posten var en ”akuttpost”. Konstruksjonen av spesialisthelsetjenesten i ”akuttposter” kunne dermed skape en kognitiv ramme for den sosiale situasjonen som økte opplevelsen av fare i møte med pasienten. Flere i personalgruppen hadde opplevd møtet med pasientene på akuttposten og på skjermingsrommet som en positiv overraskelse fordi pasientene fremstod som mer normale enn antatt. For andre hadde møtet med urolige og sinte skjermingspasienter vært mer skremmende. Dette ble forsterket dersom de hadde blitt kastet ut i skjermingssituasjoner som de ikke hadde kunnskap om eller forutsetninger for å klare (jf. Reinholdtsen 1997:115).

På postene var pasientenes urolige atferd ofte en kilde til utrygghet. Fareopplevelsen kunne føre til engstelse for å sitte på skjermingsrommet. En nyansatt sykepleier fortalte at han hadde blitt redd av ”ropingen” til en pasient på sin første dag på posten. Han ble først tryggere når personalet fortalte at pasienten bare ropte for deretter å roe seg ned. Når han selv også erfarte at dette stemte, ble han beroliget. Fareopplevelsen gjorde at personalets trygghet ofte hvilte på fortellingene til de andre og oppfatningene til dem som kjente pasienten fra før. Jeg kunne også som forsker kjenne på en redsel for å gå inn på skjermingsrommet til pasienter som var beskrevet som urolige. Jeg opplevde meg også *sårbar* uten støtten fra personalet dersom de var ute av rommet. Tiden alene følte lang, og jeg ønsket å komme ut av situasjonen dersom pasienten viste tegn til urovekkende atferd. Samtidig erfarte jeg også at samværet med den urolige pasienten kunne gå fint, og at pasienten ikke var farlig. Min farlighetsopplevelse var ikke alltid reell.

Samtidig som flere av personalet snakket om engstelse eller usikkerhet i møte med pasientene på akuttposten, var det få som opplevde seg direkte redde i møtet med dem. Usikkerheten tok heller form av spenning eller beredskapsfølelse overfor en potensiell fare. Slik kommer det til uttrykk i en sykepleiers beskrivelse: ”Nei, angsten kan medføre aggressivitet. Så der må man bare være mer på vakt. Det er vel egentlig det du opplevde, og det har vi opplevd alle sammen, at den blir så høyt potensert at den slår ut i aggressivitet. Enten verbal eller fysisk. (...) det ligger på lur, ikke sant.” Særlig ved urolig atferd kom personalet i økt beredskap fordi atferden kunne lede til utagering (jf. også Vatne 2003:195). Dette aspektet fremkommer også i en samtale med en sykepleier:

Sykepleier: Jeg er ikke så engstelig for at noe skal skje, men jeg bare tenker, er i forkant, ved uro og hvis pasienter begynner å vandre, alle disse tegnene som skal tilsi at pasienten kanskje kan utagere. Reidun: At du er i beredskap? Sykepleier: Ja, er i beredskap.

Den ytre kontrollen var dermed ikke direkte rettet mot åpenbare følelser av redsel, men mot å øke tryggheten ved å skape forutsigbarhet i situasjonen gjennom en ytre kontroll. Som en leder svarte på spørsmålet om personalet er redde på posten: ”Nei, jeg tror ikke at folk er redde her, sånn i utgangspunktet. Men ting blir veldig uforutsigbart for de som jobber her hvis ikke alle er ansvarsbevisste og tenker sikkerhet hele veien.” Det å være ”føre-var” var et viktig kontrollprinsipp på posten. ”Altså, det ene er det her med hvor det ikke er direkte utrygt, men hvor man skal ha symptomkontroll til enhver tid.” Skjerming inngikk som en viktig metode for å sikre kontinuerlig kontroll av uro på posten. Skjerming kunne også iverksettes ved urolig atferd dersom atferden ble fortolket som en potensiell utageringssituasjon.

Det hadde skjedd at personalet hadde vært ”skikkelig redde” med fysiske reaksjoner, for eksempel i skjermingssituasjoner innelukket med pasienter som hadde en underliggende aggresjon, og som personalet tenkte kunne eksplodere når som helst (også Reinholdtsen 1997). Dersom angsten ble tilstrekkelig sterk, kunne den overskygge faglige vurderinger og føre til handlingslammelse. En lege på post A beskrev angstreaksjoner i møte med en skjermingspasient slik:

Reidun: I det øyeblikket man blir redd, er det også vanskelig å arbeide faglig med pasientene? Lege: Ja, og når du er redd så er det så forbasket vanskelig å endre sin

atferd. Du setter ikke bare en strek over det at du er redd. Da skjer det noe med deg, det paralyserer deg og gjør deg veldig ufri i møte med pasienten. Da henfaller du til et handlingsmønster som sannsynligvis ikke er godt i den relasjonen.

En sykepleier sa: "Når du er redd, så klarer du ikke å gjøre en god jobb med pasientene. Men man klarer jo ikke å være faglig når en blir redd. Så da har det på en måte gått over en grense hvor det kun går på sikkerhet. Da er det ingen behandling. Tenker ikke på kommunikasjon." Sikkerhetsbehovet overskygget omsorgsrelasjonen. Utryggheten og angsten kunne også føre til ønske om sterkere sosial kontroll gjennom skjerming, medisiner og beltelegging og gå utover faglige vurderinger av behandlingseffekten. Angsten hadde også en sosial kraft som kunne smitte hele personalgruppen på en måte som vanskeliggjorde det faglige arbeidet med pasienten. Når angstspiralene først var etablert, kunne de være vanskelige å snu.

Grensesettingssituasjoner var ofte de vanskeligste relasjonelle situasjonene for personalet, og de situasjonene hvor de var reddest for å bli utsatt for fysisk motstand og vold. Det å kjenne pasientens reaksjoner på grensesetting var derfor viktig for personalets trygghet. I grensesettingssituasjonen ble maktrelasjonen særlig tydelig. Spørsmål om makt, avmakt og motmakt ble sentralt, og maktforholdet kunne få en mer dynamisk og skiftende karakter mellom pasientene og personalet (jf. Foucault 1994, pkt. 3.2.2). Mannlige pleiere fortalte for eksempel at de kunne oppleve angst og avmaktsopplevelser i arbeidet dersom de følte mangel på kontroll når de ble satt til å fronte grensesettingen overfor pasientene. Slik en mannlig sykepleier forteller:

Sykepleier: Ofte så ser en jo om pasienten er sint, ikke sant. Da er en jo klar over at her kan det skje noe. Men det er jo ganske ofte, at folk er sinte. Men jeg synes at de gangene jeg har vært redd, det er jo da du vet at hvis det skulle skje noe nå så har vi ikke kontroll. Det er det verste. Og det at hvis jeg blir slått nå, så vet jeg det at selv om det kommer folk til, så er det ikke noe som kan gjøres. Det er ille. Sånn er det ikke ofte jeg opplever det her. Kanskje det er fem–seks ganger jeg har tenkt sånn. Men du kan jo... Det er da du føler at du ikke har kontroll, og at det heller ikke blir kontroll hvis det kommer til flere, det er det verste. Og som mann på en sånn avdeling så skal jo vi på en måte kunne takle det. Det skal være menn på skjerming, ikke sant. Og da du da føler at du som mann ikke har kontroll, og på en måte du skal være der for å kunne fysisk gjøre et eller annet, da er det ganske ille. Reidun: Det er en litt sånn avmaktsopplevelse? Sykepleier: Avmakt ja. For det tror jeg... Altså, damer har en annen måte å takle det på. For de er ikke så fysisk sterke, så de bruker andre metoder. Så jeg tror det er ekstra ille for oss når vi på en måte føler den avmakta. Jeg tenker sånn: Jeg er ikke redd så lenge jeg vet at jeg kan kontrollere situasjonen hvis den kommer ut av kontroll. Jeg vet at jeg kan ta over kontrollen igjen. Da er det ikke så ille. Men det er da jeg ikke vet om jeg klarer det, da er det ille. Ofte er det på en måte

du som skal kunne gjøre det, som mann. Det er sånn jeg føler dette. (...). Hvis jeg sitter der da, sammen med en dame, så sier hun at nå bør vi gå inn og sette de og de grensene. Så kan jeg ha tenkt da at hvis jeg setter den og den grensa, så tester vi ut hans aggresjon, ikke sant. Da kan det smelle. For sånn gjør vi jo ofte, vi tester ut, ikke sant. Da er det på en måte... Da er det lettere for de damene å si det, for da er det jeg som skal gå inn og teste det. Og hvis jeg da er usikker på om jeg klarer å takle det jeg skal teste ut, da kan en bli redd.

Avmaktsopplevelser var belastende og truet den maskuline selvfølelsen. Andre fortalte også at skjermingssituasjoner var mest skremmende dersom de opplevde avmakt og tap av kontroll. I trygge, kontrollerbare situasjoner ble redsel for vold ved uro nedtonet, som hos en ekstravakt på post B: "Det (uroen) varer jo bare noen 2–3 dager" og da "er det jo bare å legge dem i belter om det blir for ille". Spørsmål om slag og spark ble også fortolket mer som et praktisk problem i omsorgsarbeidet enn angstskapende: "Redd? Nei, men vil jo unngå en neve i trynet, ingen vits i det."

Personalets diskusjoner gjenspeilte ofte streven mellom å balansere en realistisk bilde av pasienten hvor de ikke skulle være "naive", samtidig som de skulle opprettholde positive holdninger til pasientene. De direkte erfaringer med pasientene påvirket ofte personalets holdninger (Goffman 1963b:68f). Engstelse i møte med skjermingspasientene kunne bli redusert ved nærmere bekjentskap som viste at pasienten både var sympatisk og "normal" til tross for problemene. Men engstelsen kunne også øke gjennom uheldige erfaringer med selvskade og selvmord eller dersom de selv ble slått. Da fikk man seg en "støkk", som en sykepleier sa. Tidligere episoder kunne føre til at personalet ble reddere i senere skjermingssituasjoner selv om pasienten ikke var farlig. Men tidligere erfaringer med pasienter kunne også gjøre personalet tryggere og sikrere. Postenes historie kan derfor være en viktig årsak til de to postenes ulike avdelingskulturer med hensyn til synet på farlighet og sikkerhet. I motsetning til post B hadde post A en lang historie med ordensproblemer på posten (se pkt. 5.2). Sykepleierne på posten beskrev også de eldre sykepleierne som mer redde enn de nye. Postenes ulike historiske bakgrunn gjorde at fortellingene på postene var ulike. Det var vanlig at mest erfarne, som ofte utgjorde avdelingens "tradisjonsbærere", lærte opp nyansatte på bakgrunn av egne pasientoppfatninger. Siden de mest erfarne sykepleierne på post A i sterkere grad formidlet bilder av pasientene som potensielt farlige, sikkerhetsrisikoen og viktigheten av regler for å øke sikkerheten, ble også avdelingskulturene forskjellige.

10.4.1 Den sosiale og kulturelle farlighetskonstruksjonen av pasientens uro

Personalet var oppe i flere vanskelige situasjoner med sint og urolig atferd som kunne oppleves som farlige eller ta form som fysisk kamp. Som beskrevet i pkt. 8.5 var det likevel få situasjoner med direkte vold. Den fysiske kampen, voldstilfelle og den potensielle voldsrisikoen fikk imidlertid stor betydning for akuttpostens sosiale dynamikk. En dramatisk episode fikk dermed stor sosial og kulturell betydning i posten. I et tilfelle der jeg selv ble slått av en pasient som ville ut av skjermingsrommet, merket jeg også hvordan denne erfaringen påvirket min sosiale relasjon til pasienten. I denne avhandlingen har jeg ikke mulighet til å utdype spørsmålet om voldelig atferd hos pasienter, selv om dette er et viktig felt. Derimot skal jeg ta for meg et punkt jeg anser for å være et sentralt aspekt ved bruk av skjerming på postene: den sosiale og kulturelle farlighetskonstruksjonen av pasientens urolige atferd. Noen tidligere kliniske studier av isolat og skjerming beskriver bruken av slike midler som et direkte resultat av pasientens voldelige og farlige atferd (se pkt. 1.3.1). I disse studiene blir ofte vold og farlighet behandlet som gitte størrelser som gjenspeiler pasientens indre patologi. Jeg vil imidlertid argumentere for at personalets pasientbeskrivelser på postene der jeg gjorde mitt feltarbeid også ble farget av den sosiale og kulturelle konstruksjon av pasientene og uroens problem. Tvangens og skjermingens nødvendighet er dermed ikke gitte og faste størrelser.

Sosial og kulturell fortolkning av farlighet og risiko har sammenheng med den avvikende atferdens karakter som situasjonelt betinget, upassende atferd som fortolkes ulikt i ulike sosiale sammenhenger (Goffman 1963a:3). I tillegg har den sosiale og kulturelle fortolkningen av farlighet og risiko sammenheng med den symbolske fortolkningen av alarmerende signaler i omverdenen (Goffman 1971:238–333). Disse alarmerte reaksjonene er sentrale for bruk av sosial kontroll. De sosiale omgivelsene vil ofte reagere på en person som fremtrer psykisk avvikende på en alarmerende måte fordi atferden gjenspeiler et brudd på normal atferd i de sosiale omgivelsene. Reaksjonen kan være basert på direkte og reell trussel eller ta form av en mer konstruert farlighetsopplevelse som må skilles fra den faktiske kilden til alarmen. ”All of these signs and signals must be distinguished from what it is the portend, namely, the basis or source of alarm” (Goffman 1971:247). Man må skille mellom alarmerende signaler og den direkte kilden til frykten, som er mer konkret.

Det kan være samsvar her, men så er ikke alltid tilfelle. Fareopplevelsen kan variere fra å se ethvert objekt som potensielt farlig til en motivert farefølelse basert på mer kvalifiserte faresignaler. Innenfor psykiatrien er evnen til å skille mellom de ulike signalene av stor betydning.

Som beskrevet i pkt. 6.6.4 har fokuset på vold, risiko og sikkerhet økt innenfor samfunnet og i psykiatrien. Dette påvirker skjermingsmetodens spenning mellom behandling og kontroll. Laurance (2002) mener at farlighetsfokuseringen i Storbritannia har ført til at den psykiatriske helsetjenesten drives av frykt på alle nivåer: fra samfunnet i stort, helsemyndighetene til alle nivåer i helsetjenesten. Denne frykten har vanskeliggjort personalets muligheter for å drive profesjonelt arbeid basert på mer tillitsfulle bilder av pasientene. Selv om den økte volden i samfunnet kan forsterke akuttpostenes problemer med voldelige pasienter, kan den stadige forkuseringen på voldelige pasienter føre til for mye farliggjøring av pasientenes uro og protest innenfor institusjonene. Farliggjøringen kan gjenspeile stigmatiserende tendenser. Et eksempel på dette er bruken av skademeldingsskjemaer på postene. I et tilfelle ble det for eksempel skrevet skademeldingsskjema etter at en eldre pasient hadde kjeftet litt på en pleier og viftet med en pekefinger etter tvangsmedisinering. Protest og motstand i svak verbal og fysisk forstand ble formelt nedskrevet og registrert av institusjonen som vold og skade på personalet. Slik bruk av skademeldingsskjemaer gjør at pasienter i stadig større grad registreres som voldelige. I tillegg fører denne utviklingen til at retten til å vise motstand i et tvangsbasert system reduseres.

Den sosiale og kulturelle farlighetskonstruksjon preget også de to postene og førte til ulik fortolkning av faresignaler. Farlighetsopplevelsen gjenspeilte avdelingskulturen, skjermingsideologiene og organisatoriske forhold ved akuttposten og skjermingen. Postenes ulike fortolkninger av urolig atferd som symptom på farlighet og utagering var også en viktig årsak til forskjellig bruk av skjerming (se pkt. 8.5). Uro utgjør en psykisk avvikende atferd som innebærer en usikker rammeforståelse, og er ofte et alarmerende signal som fortolkes og håndteres ulikt av personalet. Fortolkningen av uro blir også påvirket av sosial interaksjon. Goffman (1971:244 -248) mener at opplevelsen av fare er sterkt samhandlingspreget – vi reagerer ofte på fare ved å se på andres verbale eller nonverbale reaksjoner i situasjonen, eller ved å lytte til andres

fortellinger om situasjonen. Den andres reaksjon tas som bevis på at noe er galt. Enhver unormal atferd, også uro, trenger begrunnelse. Andres reaksjon på eller fortolkning av atferden gir informasjon om hvordan man selv bør fortolke den. Pasienter vil også ofte fortolke medpasienter som farlige grunnet personalets reaksjoner på vedkommendes avvikende og urolige atferd. Deres trygghet påvirkes av personalets måte å fortolke situasjonen på. Dette samhandlingsaspektet gjenspeiler den *emosjonelle* informasjonsflyten som utveksles innenfor postene i tillegg til den kognitive informasjonen om pasienten (jf. Caudill 1958:9). Betydningen av emosjonelle mistillitsprosesser ved avvikende atferd er også beskrevet i forbindelse med ”moral panic”-reaksjoner i et sosialt samfunn, hvor frykt for et problem, for eksempel incest og hasjrøyking, kan smitte innen befolkningen, og skape en angst som overgår det faktiske grunnlaget for redselen (Goode og Ben-Yehuda 1994).

Betydningen av samhandlingsprosessene i personalgruppen for farlighetskonstruksjonen av pasienten og tryggheten til personalet viste seg i flere episoder på postene, blant annet når personalet lanserte spørsmålet om en pasient var å anse som farlig. Responsen og atferden til de andre påvirket definisjonen av pasienten (Goffman 1971:244). Personale som var viktige kulturbærere på posten, fikk stor symbolsk og informasjonsmessig betydning for farlighetsopplevelsen. Et eksempel: En ny sykepleier fortalte i rapporten at en pasient hadde oppført seg truende da han ble nektet kriserøyk. De erfarne hjelpepleierne responderte med å si: ”Det var rart, aldri vært truende han.” Andre støttet utsagnet. Responsen til dem som kjente pasienten fra før, bidro til å omfortolke det symbolske innholdet i pasientens atferd overfor den nye sykepleieren og førte til at bildet av pasienten som truende ble lagt dødt. Sykepleierens opplevelse av farlighet ble dermed påvirket av de andres fortolkning av situasjonen.

Et annet eksempel er hentet fra post B. Kvinnelig personale ville ikke sitte inne hos en urolig skjermingspasient som kunne finne på å slå. Protesten skyldtes også en fortelling i personalgruppen om at pasienten ”ikke tålte kvinner”. Selv om dette viste seg å ikke stemme, klarte ikke ledelsen og pasientens primærkontakter å endre denne oppfatningen. Det skjedde en sosial konstruksjon av pasienten i startfasen av skjermingssituasjonen som var vanskelig å endre tross aktive forsøk på dette.

Personalets væremåte overfor pasienten kunne også tjene som viktig symbolsk informasjon til medpasienter som reagerte med alarmerte reaksjoner på avvikende og urolige atferd. Medpasientene støttet seg til andres – og her personalets – responsmåter. Medpasientenes fortolkning av situasjonen på basis av den informasjon de fikk av personalets væremåte påvirket igjen relasjonen til den urolige pasienten og tryggheten mellom dem. Noen personale så denne sosiale dynamikken. De kunne derfor uttrykke bekymring over tendensen til kun å bruke mannlige pleiere hos urolig pasienter fordi dette ”vokterpreget” fikk en symbolsk effekt som bidro til å stigmatisere pasienten som farlig. En sykepleier på post B sa følgende:

Jeg hadde jo et ønske om at det skulle være damer der, for jeg synes at menn, altså jeg er opptatt av det der sånn. Blir det store menn rundt han så er han farlig, også stigmatiseres det med en gang, når det er to store brytere som vandrer med han oppover gangen, og det kan óg være provoserende for han med menn.

På samme vis kunne innelukkingen bidra til å forsterke farlighetskonstruksjonen av pasienten. Dette viste seg også i denne pasientsituasjonen. Ved at vedkommende pasient fikk være noe lenger ute på åpen del av posten, ble det også anledning for medpasientene til å bli kjent med ham og gjøre alternative sosiale erfaringer med hverandre. De ble kjent med ”annerledesheten”. Endringen i reaksjonsformene syntes å være sentral for å snu situasjonen slik at pasienten kunne komme ut av skjermingsrommet. Løsningen på uroproblemet lå i samhandlings- og tillitsprosesser ute på den åpne delen av posten, ved å øke den sosiale integrasjonen.

10.5 Arbeidets kompleksitet

Som beskrevet i pkt. 1.4.1. har skjermingsmetoden både behandlingsmessige og arbeidsmessige aspekter. Behandlingsarbeidet innenfor de psykiatriske institusjonene er dessuten preget av et usikkert kunnskapsgrunnlag som forsterker arbeidets kompleksitet (pkt. 3.2.1). Som Perrow (1965:936–939) skriver, er sykehusenes virksomhet mer enn normaliserende kontrollpraksiser, de gjenspeiler også vanskelige og komplekse dilemmaer i arbeidet med pasienter med psykiske lidelser. På samme vis viser isolatstudier at beslutninger om å isolere pasienten ofte er relatert til komplekse dilemmaer for personalet (Marangos-Frost 2000, O`Brian og Cole 2004). Arbeidets kompleksitet viste seg også ved skjermingsmetoden som gjenspeiler en

rekke behandlingsmessige og arbeidsmessige forhold. Betydningen av de arbeidsmessige dilemmaene for spenningen mellom behandling og kontroll i skjermingsmetoden kom særlig til syne i arbeidet med forvirrede og urolige pasienter. Nedenfor følger to eksempler på dette.

10.5.1 Behovet for å sikre oversikt og tilsyn med pasientene

Skjermingsmetoden var nært knyttet til organisasjonens omsorgarbeid, som skulle sikre vakthold og tett tilsyn med pasienten. Bruk av skjerming som kontroll var, i likhet med bruken av andre, tidligere rom innenfor institusjonen, derfor ofte rettet mot å løse praktiske problemstillinger i tilsyns- og pleiearbeidet. Dette gjorde at kontrollen av pasientene ikke bare var en overvåkende og disiplinerende form for sosial kontroll, slik denne ofte er beskrevet i Foucault-inspirerte studier (se pkt. 3.2.2). Samtidig utgjorde tilsynsaspektet et viktig område hvor spenningen mellom behandling, omsorg og ulike kontrollpraksiser ble tydelig. Et eksempel er en pasient på post B som av ulike grunner *ikke* ble skjermet før overføring til nytt sykehus til tross for at posten opplevde pasienten skjermingstrengende.

Eksempel 4: Skjermingsmetodens kompleksitet

Pasienten ble innlagt fra hjemmet etter å ha blitt oppfattet som psykotisk. Ved innleggelsen ble hun innlagt åpen del av posten fordi begge skjermingsrommene var i bruk. Det var en hektisk periode på posten med mye overbelegg. I rapporten ble det oppgitt at pasienten hadde nektet å ta medisiner, ble oppfattet som "syk", "fløy på nattevakt uten synlig grunn", skiftet stadig klær, var rastløs, holdt seg tilbaketrukket og virket å ha psykotiske symptomer. På rapporten var ledelsen og overlegen ivrig etter å få pasienten hjem grunnet situasjonen på posten, men miljøpersonalet mente at vedkommende var for dårlig til å reise hjem etter to-tre dager. Utskrivelsen ble da utsatt. Pasienten fikk så depotinjeksjon. I en litt senere rapportdiskusjon ble det oppgitt at pasienten ikke ønsket ikke å være her, og opplevde seg dårligere av å være på posten. Personalet vurderte da muligheten for hjemsendelse ved alternative tilsynsordninger, men siden pasienten hadde forsøkt å tenne på hjemme, ble dette opplevd som for risikabelt. Pasienten ble da værende på posten og fikk utgang med følge. I en senere rapport ble det fortalt at pasienten stadig spurte om å få reise hjem, var "lite samarbeidsvillig" og hadde "pussig atferd". Det oppstod så en ny uenighet i personalgruppen hvor ledelsen ville utskrive pasienten gitt situasjonen på posten, mens sykepleierne holdt igjen da de mente at pasienten var for syk. I de påfølgende vakter ble pasienten rapportert i varierende tilstand fra å virke stirrete, brå i bevegelsen og sint mot personale og medpasienter til bedre og "fin". Pasienten fikk dermed hjemmebesøk med

følge. I den påfølgende helgen ble pasienten så igjen vurdert som "dårlig" og "klinkende psykotisk". På rapporten mandag ble det fortalt at pasienten på en tur i helgen hadde snudd seg brått mot en hjelpepleier med slag og lugging hvor en stor hårdott ble revet vekk, for så å bli livredd og klamre seg til samme personale. Sint og urolig i perioder etterpå. Mistet ting og kjeftet på medpasienter. Da pasienten så ble vist til rommet, ble hun sint og brukte en nøkkel som våpen mot en sykepleier. Som respons på miljøpersonalets fortelling, sa overlegen at pasienten trengte skjerming. Sykepleier fulgte opp med å si at pasienten er "klart skjermingstrengende". Årsaken til forverringen i tilstanden ble fortolket av personalet som resultat av uroen ute på posten på grunn av overbelegget. Dette bidro til å forsterke oppfatningen at pasienten trengte skjerming for å få mer ro. Det ble så bestemt at hun skulle overflyttes et annet sykehus i mangel av ledige skjermingsplasser.

Jeg ble senere samme dag med en sykepleier inn til pasienten. Sykepleieren satte seg ned med pasienten og spurte i en vennlig tone: "Har du spist, skal vi hjelpe deg å ordne rommet, har du sovet noe, du ser så sliten ut?" Pasienten satt da på sengekanten, så trist og fortvilet ut, blek og sliten i ansiktet, og svarte: "Men må jeg spise her inne da?" (på pasientrommet). Sykepleieren svarte: "Nei da, du kan bare spise ute og så ber jeg Hanne om å ordne mat til deg." Pasienten så da svært lettet og litt glad ut ved å smile. Hun fikk så beroligende medisin før måltid på spisestua. Under måltidet valgte pasienten å sitte alene ved et bord litt unna de andre. Litt senere samme dag kom en annen av pasientens sykepleierkontakter inn på vaktrommet og fortalte at pasienten var veldig dårlig. Hun klarte blant annet ikke å vaske tøyet sitt i vaskekjelleren. Kontakten fortalte at hun hadde økt tettheten i tilsynet av pasienten: "Hun har jo tilsyn, men det blir jo tett, jeg tør ikke å slippe henne av syne, men nærmest gjeter henne". De andre svarer som respons på dette at "ja, hun er jo skjermingstrengende". Det oppstod så litt senere en lengre diskusjon mellom sykepleiere som ville skjerme pasienten øyeblikkelig og avdelingsleder som påpekte at det ikke fantes rom eller personell til å gjennomføre dette kveld og natt. Situasjonen endte med en raskere overflytting av pasienten til det andre sykehuset for skjerming – mot pasientens ønske.

I likhet med tidligere bruk av andre typer rom innenfor institusjonen, var bruken av skjermingsrommet ofte knyttet til det praktiske spørsmålet om hvordan personalet skulle sikre tilsynet med forvirrede og dårlige pasienter som ikke kunne ta vare på seg selv (jf. Jönsson 1998, se også pkt. 4.3.1). Som eksemplet ovenfor viser, var det samtidig ikke alltid samsvar mellom personalets arbeidsmessige behov og pasientenes behov for sosial deltakelse. Denne motsetningen underbygget spenningen mellom behandling og tvang i skjermingsmetoden.

10.5.2 De vanskelige urotilstandene

En annet eksempel som tydeliggjør innvirkningen av arbeidets kompleksitet for skjermingsmetodens betydning og spenning mellom behandling og kontroll, var de vanskeligste urotilstandene, eller det personalet omtalte som ”tunge skjerminger”. I likhet med tidligere beskrivelser utgjorde langvarig og vanskelig urolig atferd et særlig arbeidsmessig problem på begge poster (Ericson 1974, pkt. 3.4.1). Den kraftige og utadrettede uroen var det største og mest umiddelbare praktiske problemet for personalet på postene (Goffman 1961, 1971, Foucault 1999a, Jönsson 1998). I likhet med historiske studier (kap. 4) syntes det også her som om de ressursmessige aspektene ved arbeidet til pasienter med urolig atferd kan bidra til å skape kustodielle og disiplinerende praksiser dersom det ikke skjer en forsterket sosial organisering av omsorgsarbeidet. Problemet med å skape aktiv behandlingsfokusering og opprettholde en omsorgsrettet relasjon over tid ble også nevnt av personalet på begge poster.

Pasienter med stor uro fremstod som en pasientgruppe det var vanskelig å gi tillitsfull og omsorgsfull respons. Personalet fortalte for eksempel at når det gjaldt maniske tilstander, var pasientene ofte svært intense i tale og handling. Intensiteten førte til større arbeidsbelastning og kunne eventuelt lede til avvisende og proteksjonistiske reaksjoner. En sykepleier fortalte for eksempel at hun opplevde det vanskelig å sitte i skjermingssituasjoner med maniske pasienter fordi ” de vil så mye hele tiden”. Hun sa videre at pasientene ofte ”driver med masse” og at det ”gjør det veldig intenst å være der”. Å sitte sammen med maniske og urolige pasienter inne på skjermingsrommet var også vanskelig fordi man ”ofte må nekte dem så mye”. De stadige nektelsene var vanskeligere å integrere med en omsorgsfull og anerkjennende relasjon til pasienten.

På postene fortalte personalet også at det kunne være tungt og slitsomt å arbeide med skjermingspasienter beskrevet som ”veldig dårlig og pleietrengende”. Disse pasientene viste ikke tegn til bedring og hadde urolig atferd av ulikt slag. De tyngste og vanskeligste skjermingssituasjonene var preget av stor uro, med spark og slag mot personalet. Ved lange urotilstander uten bedring kunne man også se at både ledelse og personale ble utålmodige og presset på for å få pasienten ut. De kunne også bli slitne og oppgitte i det direkte arbeidet med pasienten. En sykepleier uttrykte frustrert at pasienten er ”en prøvelse; klår på alt, borte på alt”. Kompleksiteten i

skjermingssituasjonen økte dersom pasientens problemer var mangfoldige og sammensatte i sin natur, og dersom tilstanden svingte kontinuerlig mellom ro og uro. Svingningene gjorde det vanskelig for personalet å tilrettelegge aktiviteter og utgang til åpen del av posten fordi pasienten når som helst kunne bli urolig.

Uforutsigbarheten vanskeliggjorde arbeidet med pasienten. I slike skjermingssituasjoner kunne jeg observere hvordan flere pleiere forberedte seg psykisk på hvordan de skulle løse de praktiske samhandlingsproblemene med pasienten før de gikk inn på skjermingsrommet. En sykepleier fortalte for eksempel at han lurte på hvordan det var lurt å holde pasienten fast for å forhindre at han slo.

Kompleksiteten i skjermingssituasjonen ble også forsterket dersom personalet ble usikre på hvordan de skulle respondere moralsk på pasientens urolige atferd. I et skjermingsforløp med en urolig pasient på post B var for eksempel personalet usikre på pasientens motiv for å søle saft, urinere på gulvet og stoppe toalettet igjen med plastglass. Var det en viljeshandling gjort for å erte eller provosere (*bad*), eller skyldtes atferden ikke-viljeshandlinger grunnet forvirring eller psykose (*mad*)? Dette førte til mange diskusjoner i personalgruppen. Skulle de respondere med forståelse og omsorg eller med straff? Straffeønsket viste seg blant annet i et irritert utsagn fra en pleier: ”Han gjør det bare for å provosere oss. Dette må vi slå hardt ned på.” Inne på skjermingsrommet kunne jeg også observere at personalet vekslet mellom å opptre støttende og bli sinte og eventuelt hardhendte i sine ulike forsøk på å håndtere denne urolige problematferden (jf. også Vatne 2003).

Det var særlig vanskelig for personalet å opprettholde en empatisk og omsorgsfull tilnærming til skjermingspasienter som angrep dem fysisk med slag, spark og lugging. Denne atferden overskygget spørsmålet om pasientens indre lidelse fordi personalet opplevde stort behov for beskyttelse og for å kunne forsvare seg. Personalet stod i fare for å innta en mer defensiv og avmektig posisjon i møte med pasienters urolige atferd. Dersom så skjedde, syntes det som om personalet i mindre grad klarte å handle fremtidsorientert. De ble orientert mot en praktisk og mer tidsbegrenset rasjonalitet, mer enn mot overordnede, profesjonelle vurderinger (jf. Vatne 2003). Dette gjenspeiler også den urolige atferdens form som ”konkret sosialitet” som krever umiddelbar respons, og som kan motvirke mer langsiktige, abstrakte vurderinger (jf. Asplund 1997, se også pkt. 3.4.1).

Situasjoner på skjermingsrommet med svært urolige pasienter kunne være krevende, både for pasienten, som ga uttrykk for stor, subjektiv lidelse, og for personalets faglige og arbeidsmessige tilnærming til pasienten. Å sikre og reetablere en sosial interaksjonsorden var en utfordring som lett kunne føre inn i nedadgående spiraler. En sykepleier på post B, fortalte at det var slitsomt å være primærkontakt fordi man da stod i uroen over lang tid. Han følte seg også alene i forhold til alle de vanskelige vurderingene som måtte gjøres inne på skjermingsrommet i det direkte møtet med pasienten. Som på posten generelt når det gjaldt ordensproblemer (se pkt. 5.10), kunne personalet som var på skjermingsrommet, gi uttrykk for avmaktsopplevelser i møte med pasienten. Slike opplevelser viste seg i utsagn som ”vi klarer ikke å takle han”. Den fremkom også i et utsagn fra en sykepleier på ekstraordinært personalmøte etter skjermingsforløpet som endte med selvmordsforsøk: ”Han ble for vanskelig for oss” (se pkt. 8.4.3). Personalets negative følelser i de mest krevende situasjonene representerte ofte mer generelle belastninger i omsorgsarbeidet og ikke diskreditering. Som en sykepleier fortalte i en samtale om dette kunne samtidig omsorgsbelastningene gjøre det lettere å utvikle diskrediterende holdninger til pasienten over tid.

De langvarige og komplekse urotilstandene kunne dermed føre til at samhandlingsrelasjonen lettere ble preget av mistillit, diskreditering og straffeønsker (se også pkt. 4.2.1). Slike skjermingssituasjoner kunne dessuten bli preget av en tendens til selvoppfyllende profetier med eskalerende mistillit og uro. Uroens problem gjenspeilte dermed et mer grunnleggende problem i pleiearbeidet: Hvordan kan man integrere en krediterende omsorgsrelasjon, kontroll og begrensnig av pasientens handlingsrom ved urolig og potensielt skadelig atferd?

Problemet med å komme i en offensiv posisjon gjenspeiler tendensene til sammenbrudd i den sosiale organiseringen i de sosiale omgivelsene ved desorganisert atferd (Goffman 1971, se også pkt. 3.4.1). Ved personalslitasje over tid ble problemet forsterket, slik også tilfellet var i pasientens familie. I slike skjermingssituasjoner kunne personalet ha problemer med å slippe pasienten ut av det lukkede skjermingsrommet selv om de opplevde skjermingen som uheldig for pasienten på grunn av stimulideprivasjonen og protester som forverret urotilstanden. Arbeidsbelastningen og utrykgheten hos personalet førte til at det ble enklere å ha

pasienten på skjermingsrommet. Miljøpersonalet kunne også bli opptatt av å få medisinerert pasienten (jf. Wynn 2004) og av at pasienten skulle sove. Man hørte utsagn som ”bare la han sove”. En våken og handlende urolig pasient økte belastningen i omsorgsarbeidet. Søvn – den sterkeste formen for sosial isolasjon – ble en løsning på belastningen og utryggheten (Aubert 1985).

Bruken av skjermingsmetoden kunne dermed omhandle pasienter som personalet opplevde som ”vanskelige”. Disse kunne skape avmaktsfølelse og true personalets opplevelse av kompetanse og kontroll (jf. Breeze og Repper 1998). Bruk av skjermingsrommet fikk preg av det Jönsson (1998: 272), beskriver som defensive reaksjoner: Tvang og isolering blir en nødvendighet fordi pasientens urolige atferd ødelegger institusjonens sosiale orden. Defensiviteten syntes i flere situasjoner å bli redusert dersom posten styrket den sosiale organiseringen ved å øke tilgangen til ressurser for personalet som var inne på skjermingsrommet, som støtte fra ledelsen, eksternt og intern hjelp til vurderingsarbeid og avlastende tiltak. I et tilfelle åpnet man også skjermingsrommet for å hente inn familiemedlemmer og kontakter fra hjemmeinstitusjonen som pasienten var trygg på for å avhjelpe pasientens angst. Å åpne akuttposten og skjermingsrommet ga mulighet for andre løsningsstrategier i arbeidet med å få pasienten ut av skjermingsrommet. Tilgang til et alternativt metodisk handlingsrepertoar for uroens problem når personalet og pasientene opplevde skjermingsmetoden som lite hensiktsmessig, var også viktig.

10.6 Skjerming som trygghetsskapende metode

På begge poster kunne utryggheten i møte med skjermingspasientene prege personalets samhandling og kommunikasjon med pasientene. De samhandlingsmessige konsekvensene samsvarer med andre sosiologiske og sosialpsykologiske studier som har sett på ”angst i organisasjonen” innenfor psykiatriske institusjoner (Løchen 1965, Hinselwood og Skogstad 2000, Reinholdtsen 1997, Moxnes 2002). Donati (2000:37-38,43) beskriver også hvordan angst og avmaktsfølelser kan føre til en defensiv måte å forholde seg på. Den defensive relasjonen til pasienten er kjennetegnet ved opprettelse av stereotype og depersonaliserte væremåter, preget av en regelbundet og ikke-spontan relasjon. Angst fører ofte til et ensidig ”kontakt og gå”-mønster (”touch-and-go”) og vekt på effektiv

kontroll. Personalet forneker pasientens frykt og depresjon. Denne reaksjonen forsterker en mer aggressiv og fiendtlig holdning til pasientene. Den defensive holdningen kan føre til en selvforsterkende sirkel med opplevelser av trussel som igjen skaper angst. Donati mener derfor at det er viktig å hjelpe personalet med deres selvobservasjoner, eller det jeg kaller refleksivitet, for å finne kildene til angsten og forholdningssett som kan skape mer genuine personlige relasjoner til pasientene.

Utformingen av samhandlingsformene og kommunikasjonsmåtene på skjermingsrommet kan forstås som tilsvarende prosesser. Som nevnt i pkt. 9.5.2 forklarte sykepleierne på post A den passive tilnærmingen til pasientene som uttrykk for engstelse og usikkerhet for å gå inn på pasientrommet. Denne usikkerheten kan også være en forklaring på at personalet unngikk åpen dialog med pasientene og opprettholdt "touch-and-go"-mønsteret. Den generelle usikkerheten i møtet med pasienten kunne også føre til at samtaler ikke ble brukt som behandlingsmessig verktøy, selv når dette ble ansett som ønskelig fra personalets side: "Årsaken kan være at folk ikke er trygge nok i det med samtaler. At man bruker samtaler bevisst." Dette skyldtes også at usikkerheten i møtet med pasienten ble opplevd ubehagelig:

Sykepleier 2: Ja, at det kan være ubehagelig å gå inn og starte en samtale med noen hvis du ikke er så trygg på deg selv. Jeg vet jo ikke om det er det som er bakgrunnen, men jeg tenker at vi... (blir avbrutt) Sykepleier 1: Men det varierer også fra pasient til pasient.

Opplevelsen av usikkerhet og ubehag varierte imidlertid fra pasient til pasient. Pasienter som bidro til å skape hyggelige sosial stemning, ble oppsøkt mye oftere.

Utryggheten i møtet med pasientene og i arbeidet forsterket skjermingens betydning som ordningsskapende og trygghetsskapende metode på postene, særlig ved urolig atferd (Jönsson 1998, se også pkt. 4.3.1). Dette blir tydelig i en beskrivelse fra post A:

Hvor han plutselig under morgenrapporten lagde et rabalder ute i åpen, og så kommer han inn på skjerna og da føler vi at vi har kontroll. Det har noe med at der er det rigid, der er det sånn at man vet at om det blir utagering nå så er det rett i belter. Det skaper en trygghet, og den tryggheten trenger også pasientene altså.

Dette aspektet var tilstede på begge poster, selv om post A var mest opptatt av det.

Skjermingsrommets betydning for å skape trygghet og kontroll påvirket også personalets syn på skjermingsmetoden. En sykepleier sa for eksempel: ”På én måte så liker jeg å skjerme, men det er fordi jeg selv kan føre kontroll (ler litt).” I likhet med det internasjonale studier viser om isolat, hadde skjermingsrommet en viktig emosjonell betydning for personalet ved å skape trygghet i arbeidet og gjøre dem mer sikre i situasjonen (Brown og Tooke 1992ab:718). Som i andre studier av akuttposter (Hummelvoll og Severinsson 2003) og ”intensiv care units” (Musisi m.fl. 1989:204) følte også personalet jeg observerte at de fikk en tydeligere og mer avgrenset arbeidsrolle på skjermingsrommet. Dette fremkom blant annet i svar på spørsmål om hvordan det er å sitte der inne: ”Ja det er veldig sånn strukturert der inne der da. Så du vet veldig godt hva du har å forholde deg til resten av dagen.” Også på post B var personalets ønsker om å etablere et skjermet avsnitt knyttet til ønsket om større avgrensning av arbeidssituasjonen. Man ønsket bedre muligheter for å følge opp pasienter ved kun å få ansvar for enten skjermingspasienter eller pasienter på åpen del. En tydeligere arbeidsrolle, økt kontroll over arbeidssituasjonen og bedre mulighet for relasjonelt arbeid med pasientene (ofte forstått som den egentlige sykepleien) var viktige årsaker til at personalet var positive til skjermingsmetoden. Disse aspektene skapte stort potensial for å benytte skjerming på begge poster. Den økte hyppigheten av skjerming på post A skyldtes dermed også at posten hadde flere skjermingsplasser til rådighet – jo flere plasser, jo mer skjermingsbruk.

10.6.1 Ulike løsninger av arbeidets usikkerhet og kompleksitet

Utforming og bruk av skjermingsmetoden som behandling og kontroll på postene ble også påvirket av de ulike løsningene personalet valgte for å løse usikkerheten i møte med pasienten, arbeidets kompleksitet og dets diffuse kunnskaps- og arbeidsgrunnlag. Innsikt i disse håndteringsmåtene er viktige når man skal vurdere arbeidsorganisering. Jeg vil derfor avslutte dette kapitlet med noen refleksjoner om de ulike håndteringsformene, for så å komme tilbake til dette i avslutningskapitlet.

En viktig metode som ble benyttet var som tidligere beskrevet bruken av regler og avtaler. Reglene bidro til å skape trygghet for personale som opplevde arbeidet diffust og utydelig (Reinholdtsen 1997:104–107). I tillegg lettet reglene arbeidet ved tvangsutøvelse. Ekstravakter med regelorientert rolletype sa dette:

Reidun: Men tenker dere at det er viktig å ha de retningslinjene? Ekstravakt 1: Det er viktig. Kjemp viktig. Ekstravakt 3: Det er det viktigste av alt. Ekstravakt 2: Da er det mye lettere å forholde seg til pasienten. Reidun: Merker dere det? Ekstravakt 2: Ja. Ekstravakt 3: Også er det lettere for pasienten. For det som pasienten...Jeg mener at en pasient må ha klare regler. Pasienten tøyser jo grenser hele tiden. Den vil jo prøve seg på... Hvis han kommer inn og sier "ja greit du får lov til litt ut der, og litt der", litt sånn. Så kommer jeg inn: "Nei!" Nei vel, ok da vet han... Så kommer han inn igjen da, kanskje litt mer nå. De vet hvor de skal tøyse grensene hen. Ekstravakt 4: Ja det er klassisk. Det er klassisk. Ekstravakt 3: Noen tøyser grenser, andre ikke. Og det er noe med det at hvis du har regler så, det er ikke det. Det er ikke innimellom litt sånn der... Det er sånn er det, ferdig. Ekstravakt 2: Jeg merker jo òg det at de er innmari flinke til å spørre de andre som er inne på den pasienten, hvis det er en spesielt utprøvende pasient. "Hva blir sagt nå, og hva er det jeg må forholde meg til?" Det har jeg vært borti; at det er enkelte som har prøvd seg, og du blir jo rundjult opptil mange ganger. Men da gjelder det hvert fall, og det er veldig viktig, at man har god dialog med de andre på skjerminga. Reidun: Sånn fysisk rundjult, eller? Ekstravakt 2: Nei, altså at man på en eller annen måte blir snakka rundt. Reidun: Å ja, sånn ja... At de snakker deg rundt. Ekstravakt 2: Du vet at du går ut med den følelsen at du er blitt lurt (ler).

Reglene skapte rammer som igjen skapte forutsigbarhet i relasjonen. De hjalp også personalet til å opprettholde tvangsbruken når pasientene prøvde å få opphevet innelukkingen og restriksjonene gjennom ulike motstrategier (se pkt. 9.6).

Behovet for nitid regulering av pasientens handlingsrom gjennom regler kan også gjenspeile hvordan mistillit i systemet gjør arbeidet komplekst fordi selv de minste forhold blir gjort til komplekse beslutningsprosesser for at det verste ikke skal skje (Luhmann 1999, se også pkt. 3.4.2). Når pasientenes handlinger innebærer potensiell fare, blir det sentralt å begrense og ha nøye kontroll med vedkommendes handlingsrom. Mistilliten forsterker tungroddheten. I tillegg skaper den "ikke-handlende"-pasient trygghet fordi opplevelsen av fare og risiko reduseres.

Disse aspektene synes også å være en viktig side ved personalkollektivet som fulgte den regelbaserte organiseringen. Lysgaard (1985, se også pkt. 9.2.1) mener at arbeiderkollektivet i bedriften har et defensivt formål ved å utgjøre en *forskansning, beskyttelse eller en bufferordning* mot bedriftens ubønhørlige tekniske og økonomiske krav. Gjennom kollektivet gir man seg selv rett til å beskytte seg mot slike krav. Kollektivet skal også gi arbeiderne trygghet, makt og ære de ikke kan oppnå alene. På skjermingsavsnittet synes denne beskyttelsen i personalkollektivet ofte å være rettet mot å lette de emosjonelle påkjenningene ved å samhandle med pasienter som hadde avvikende atferd og sterke følelser som angst og sinne. Personalkollektivet utgjorde en viktig buffer i en emosjonelt overbelastet organisasjon

(Svensson 1998, se også pkt. 11.2). Dessuten bidro personalkollektivet til å øke personalets fysiske og sosiale overmakt slik at de kunne gjennomføre tvang og håndtere protester på en mer beskyttet måte. Personalkollektivet tjente også som beskyttelse av personalets identitet som positive og moralske, og ikke som krenkende og voldsutøvende personer. Dette kaller Lysgaard (1985:194) å ivareta arbeiderens ære. Personalet forsvarte seg når pasientene oppfattet dem som ”slemme” – slik ønsket de ikke å fremstå, og de trengte støtten fra øvrig personale for å bekrefte dette. I tillegg fremholdt de overfor hverandre, som tidligere nevnt, oftere pasientenes gode erfaringer med tvangen enn hva pasientene selv fortalte (pkt. 6.3.3).

Personalkollektivet bidro dermed til å beskytte personalets verdige selv som tvangsutøvere i yrket sitt. Dette beskyttende elementet ved personalkollektivet kan være en medvirkende forklaring til personalets ønsker om skjermet avsnitt på post B.

Grunnet psykiatriens diffuse kunnskapsgrunnlag har personalet mindre å støtte seg til i sine vurderinger enn personalet i den somatiske helsetjenesten. Dette forholdet synes å føre til at personalet benyttet ulike symbolske ”fortolkningsnøkler” som støtte i vurderingen av pasientene. Fortolkningsnøklerne kunne være preget av både lekmannsoppfatninger og profesjonelle kunnskapselementer. Bruk av fortolkningsnøkler viste seg blant annet på post B hvor personalet var opptatt av om pasienten ”reagerte” på mannlig eller kvinnelig personale. Ved å ta hensyn til pasientens reaksjon på personalets kjønn kunne man øke forutsigbarheten med tanke på urolig atferd. På post A ble flørting fortolket som tegn på at pasienten ikke hadde angst (se pkt. 5.9.3). Utformingen av faglige kriterier for skjerming på post B synes å bidra til mer ”profesjonelle” fortolkningsnøkler i vurderingen av pasientens skjermingsbehov. Disse bidro også til å redusere den enkeltes usikkerhet i forhold til å redusere kontrollen og til å åpne skjermingsrommet for pasienten.

Som beskrevet i forrige kapitlet utgjorde pasientenes respons på reglene, avtalene og avslagene viktige symboler i vurderingen av pasientene (se pkt. 9.3.4). Som også Reinholdtsen (1997:106) påpeker i sin studie av ekstravakter på skjermet avsnitt, gir struktur og regler en trygghet i arbeidet for personale som er usikre på egen vurderingskompetanse. Mange ønsket derfor ikke en frihetsgrad i arbeidet som gjorde dem mer personlig ansvarlige dersom beslutningene de tok, var gale. Opplevelsen av manglende kompetanse kombinert med ønsket om å slippe beslutningsansvar og

frykten for konsekvensene av å slippe opp kontroll viste seg i intervju med noen ekstravakter:

Ekstravakt 2: Og hvis det skal være noe annet så er det den primærkontakten eller sykepleieren som må bestemme det, de som er sjefen på avdelingen. Hvis de skal få lov til noe annet så er det jo de som må ta det ansvaret. Vi kan ikke plutselig ta det ansvaret der. Hvis det skulle skje noe med dem, hvis jeg skulle si ”ok, vi kan gå ut en tur”. Hvis det skulle skje et eller annet utenfor her. Det går jo ikke an det, det er jo å bryte retningslinjene. Reidun: Så det er litt sånn at dere slipper det ansvaret for å bryte de retningslinjene? Ekstravakt 2: Ja, jeg mener. Jeg kan ikke tenke meg å begynne å bryte noen retningslinjer, for det har jeg ikke lov til. Det har jeg ikke rettigheter til å gjøre i og med at vi ikke er faglærte. For det går jo selvfølgelig på medisiner, i forhold til hvilke tilstander, og sånne ting. Jeg kan ikke. (...) Ekstravakt 3: Men jeg mener at vi kan ikke begynne å gå inn å, hvis det er satt opp... Hvis du har retningslinjer så slipper du, du slipper så mye problemer. Det er bare å si ”et øyeblikk... nei”. Så enkelt er det egentlig altså.

Reglene skulle bidra til å øke tryggheten og forhindre feil i arbeidet for de ufaglærte og usikre blant personalet, særlig i forhold til uro og skade.

Dette aspektet ved reglene var en viktig grunn til at post A hadde valgt en regelbasert organisering og en teambasert beslutningsstruktur. Disse metodene hadde bidratt til å redusere arbeidsmiljøproblemene på posten. De hadde samtidig ført til mange restriksjoner overfor pasientene. Det synes også som at denne løsningsmetoden fikk en uintendert konsekvens ved at den førte til en mer passiv miljøpersonalgruppe (jf. pkt. 5.9.2). En mulig årsak til dette kan være at den hierarkiske, regelbaserte og teambaserte beslutningsstrukturen i mindre grad ga mulighet for individuell vurdering. Personalet fikk sjeldnere mulighet til å benytte, og derigjennom utvikle, sitt individuelle profesjonelle skjønn (se pkt.7.5).

Post B hadde løst de arbeidsmessige utfordringene en på noe annerledes måte. Som tidligere beskrevet hadde posten hatt flere fagutviklingsprosjekter. Man hadde også utviklet vurderingskriterier som det enkelte kunne støtte seg til, mer enn teambaserte regler. Avdelingskulturen og beslutningsstrukturen åpnet i større grad for bruk av individuelt skjønn (se pkt. 7.5). Det synes som denne løsningen i større grad bidro til å styrke personalets vurderingsgrunnlag av farlighet og stimulerte til faglig sikkerhet hos den enkelte. Dette bidro til å skape en indre trygghet i arbeidet, som reduserte behovet for regler og ytre kontroll av pasienten.

For personale med en mer fleksibel rolletype bidro heller ikke reglene og personalkollektivet til å skape trygghet inne på skjermingsrommet. Selv om disse også var opptatt av å ha annet personale i nærheten for å være trygge ved urolig atferd, kunne de oppleve at rigid regelbruk økte pasientens motstand, slik at det ble mer uro og fysisk kamp (jf. pkt. 9.4.2). En sykepleier sa følgende i et gruppeintervju:

Sykepleier: Jeg har lyst til å si litt til det, for jeg som har kommet ny inn, jeg ser jo det at det er mange som har jobbet lenge her i psykiatrien, og er på skjerma. Men jeg ser også at det er veldig forskjell på hvordan de tenker. Jeg ser det veldig godt. Det er noen som ser svart/hvitt på ting, eller noen som er mer fleksible. Jeg ser det veldig godt. Og jeg kjenner veldig godt hvem jeg har lyst til å være sammen med. Jeg tar bare et eksempel på skjerma... For jeg kan mange ganger føle meg mye tryggere når jeg føler at fleksibiliteten er der. Det er akkurat det han snakker om, den der utprøvinga og hvor lang vi skal gå, og hva gjør du. (...). Og det merker jeg veldig godt, hvem som gjør sånn og sånn. Reidun: Men hvorfor tenker du at fleksibiliteten er tryggende, på en måte? Sykepleier: Det kommer an på personen og, som tar det. Det er så personorientert når det er noe sånn... Bare den ånden, følelsen i rommet der.

Streng og rigid regelbruk kunne skape en stemning i rommet som økte sjansen for konfliktsituasjoner og fysisk kamp (se pkt. 9.3.5). Evnen til å benytte smidighet kunne derimot bidra til å redusere spennings- og konfliktnivået.

En annen metode som ble benyttet på postene for å håndtere den usikre interaksjonen med pasientene, var å skape en egen, indre trygghet i møte med skjermingspasienten. Troen på metoden kom til uttrykk gjennom utsagn som ”om personalet er trygge, blir pasienten trygg”. Siden pasientens angst kan slå ut i uro og aggresjon, vil det å gjøre pasienten trygg redusere faren for uro og utagering. Denne strategien førte til at særlig personalet på post B var mer opptatt av egen trygghet i situasjonen enn av å fokusere på regler. Evnen til å være trygg i arbeidet på skjermingsrommet ble også ansett som et tegn på dyktighet. Personalet skapte trygghet gjennom å fokusere på betydningen av egen trygghet i stedet for på sikkerhet og regler. De to håndteringsmåtene førte til ulike kommunikasjonsmåter på skjermingsrommet.

Et annet aspekt som stadig ble nevnt av personalet på begge poster, og som var av betydning for tvangs- og skjermingsbruken, var at usikkerhet og engstelse i samhandlingssituasjonene kunne reduseres dersom man ”kjente pasienten”. Dette aspektet er også påpekt i en empirisk studie av Chrichton (1997:51). Det å kjenne pasienten reduserte angsten for det uforutsigbare i pasientens atferd. En hjelpepleier

uttrykte: ”Kjenne pasienten og vet hvordan pasienten er liksom. Da føler du deg mye tryggere.” Når personalet hadde snakket med pasienten, og blitt kjent med pasientens reaksjoner gjennom samhandling, følte de seg ofte tryggere, noe som igjen reduserte behovet for kontroll og ytre tvang. Denne reaksjonen har trolig også sammenheng med at kjennskapet bidrar til å endre pasienten fra ”en fremmed” til et levende menneske. Å bli kjent gjør at ”annerledesheten” blir mindre farlig. Kjennskapet til pasienten kunne imidlertid vanskeliggjøres på grunn av akuttpostenes raske pasientgjennomstrømning og lave vekt på dialog med pasientene.

Bruk av skjermingsmetoden for å løse problemer i arbeidet hadde også sammenheng tilgang til og bruk av andre praktiske metoder og teknologier. Dette viste seg i en sykepleiers beskrivelse av hvorfor personalet på post B opplevde situasjonen som lite skremmende tross mange pasienter som var innlagt grunnet selvskade eller selvmordsfare:

Sykepleier: Jeg tror det er noe med at vi har ganske gode rutiner i forhold til å følge opp folk, og at vi er mye folk her så, kanskje har vi vært heldig, men jeg tror vi har gode rutiner. Vi er lite stresset på det. Heller være litt sånn bang inne. Vi setter alle på følge første dagen. Vi er ganske tett på den første dagen til vi kjenner folk. Reidun: De er ganske trygge på at det går bra på den måten dere gjør det på? Sykepleier: Ja jeg tror vi har gode rutiner på det, selv om det ikke er skrevet så er personalet trygge på det, og de føler seg litt gode på å vurdere suicidalfare. Reidun: Jeg føler at det er litt selvtilit på dette, eller? Sykepleier: Ja. Reidun: Nei for det er litt påfallende, litt sånn i forhold til.... Men det er fint det, altså. (...). Altså, det virker ikke som folk er redde på det. At de går liksom og er redde hele tiden, men jeg vet ikke om det inntrykket er riktig? (...) Sykepleier: Nei, jeg tror det er noen få personer som er stresset på det og engstelig for det, men ikke sånn på posten, så er det ikke det. Jeg tror det er noe med at vi på en måte er en oversiktlig post, at folk har oversikt over ting, altså. Og at vi er kjappe på å sette folk på fotfølging, tilsyn og liknende hvis vi har noen mistanke om det.

Gjennom den generelle organiseringen av tilsyns- og omsorgsarbeidet på posten, kombinert med faglig trygghet i vurderingsarbeidet, fremstod arbeidssituasjonen som forholdsvis trygg, også ved selvskade eller fare for selvmord. Bruken av alternative tilsyns- og arbeidsmetoder i pleien reduserte også behovet for å bruke skjerming.

10.7 Avslutning

I dette kapitlet har jeg forsøkt å vise hvordan skjermingsmetodens betydning og spenning mellom behandling og kontroll også hadde nær sammenheng med

personalets usikkerhet i møtet med personer med psykiske lidelser, og med kompleksiteten i arbeidet med disse. De arbeidsmessige aspektene ved skjermingsmetoden er også viktige – de kunne sammenfalle med skjermingsmetodens behandlingmessige dimensjon, men også stå i et spenningsfylt motsetningsforhold til denne. Behovet for å redusere usikkerhet og engstelse i arbeidet med pasientene påvirket bruk av skjermingsmetoden som behandling, kontroll og tvang. Å åpne handlingsrommet til pasientene ved å slippe dem ut av skjermingsrommet var også nært knyttet til tillitsrelasjonen og faktorer som påvirket tillitsrelasjonen. Postene som helhet og det enkelte personal hadde valgt ulike måter å løse problemene med den engstelige, uforankrede interaksjonen og arbeidets kompleksitet. Håndteringsmåtene i arbeidet påvirket utformingen av skjermingsmetoden i behandlingmessig eller kuestodiell retning. I tillegg ble bruk av skjermingsmetoden påvirket av tilgang til alternative arbeidsmetoder. Det å kjenne pasienten viste seg å være en viktig faktor når det gjaldt å redusere utrygghet. Kjennskap forutsetter dialog med pasienten. Betydningen av å bli kjent med pasienten leder inn i neste kapittel hvor pasientene selv forteller om sine opplevelser av å være på skjermingsrommet.

11 Pasientenes opplevelser av skjerming

11.1 Innledning

I dette siste empiriske kapitlet vil jeg beskrive skjermingsmetoden sett fra pasientenes side. Som beskrevet i pkt. 1.4.2 innlemmer de tidligere samfunnsvitenskapelige bidragene om psykiske lidelser og psykiatriske sykehus kun i mindre grad pasientenes subjektive opplevelser. I dette kapitlet vil jeg derfor se om pasientenes subjektive opplevelser, slik disse fremkom i ulike samtaler og intervjuer (se pkt. 2.7.2), kan bidra til å øke forståelsen av sykehusenes og skjermingsmetodens betydning og spenning mellom behandling og kontroll.

Gjennom kapitlet vil jeg undersøke forhold som bidro til å gi skjermingsmetoden en behandlingmessig og omsorgsmessig betydning for pasientene, og hvilke som bidro til å forme pasientenes opplevelse av skjerming som kontroll og tvang. Jeg vil også se hvorvidt deres opplevelser samsvarer med skjermingsideologiene og personalets bilder av pasientene siden dette påvirker responsivetsproblemet og derigjennom skjermingsmetodens spenning mellom behandling og kontroll.

11.2 Skjerming som stabile og flertydige opplevelser

Skjermingssituasjonenes stabilitet og mangfoldighet som behandling og kontroll er omtalt i flere tidligere kapitler. På samme vis var pasientenes opplevelser av skjerming som behandling og kontroll både sammenfallende og ulike. De kunne også, i likhet med isolatopplevelser, utgjøre en kompleks blanding av positive og negative følelser (jf. pkt. 1.3.1). Noen fortalte at skjermingsoppholdet hadde betydd mye for deres opplevelse av oppholdet på akuttposten. Andre fortalte at skjermingsoppholdet ikke hadde vært så viktig fordi det var kort eller fordi andre tvangsmidler hadde større betydning. Som i andre studier av subjektive tvangsopplevelser, synes det som om pasientene hadde ulike opplevelser av tvangen som integritetskrenkende (Iversen m.fl. 2002, Karlsson 2004). De mest negative pasientene reagerte sterkt på tvangsaspektet i skjermingssituasjonen. For dem var tvangen integritetskrenkende uansett om den kunne begrunnes som rimelig eller ikke. Andre var mindre opptatt av det formelle tvangsgrunnlaget og opplevde tvangen mindre integritetskrenkende. En pasient som

var innlagt for akutt psykose, fortalte for eksempel at hun hadde opplevd det godt å bli skjermet fordi hun ”slapp å bestemme over seg selv.”

Pasientenes skjermingsopplevelser var også preget av den sosiale konteksten rundt skjermingsoppholdet. Dette samsvarer med andre studier om pasienters opplevelser av tvang og isolasjon (se bl.a. Meehan m.fl. 2000, Olofsson 2000). Skjermingsoppholdet bestod av forskjellige sosiale situasjoner med ulikt meningsinnhold. Det situasjonelle aspektet gjenspeiles hos en pasient som hadde flere skjermingsopphold bak seg:

Pasient: ”Skjerming, det er jo så ymse det da. Skjerming, i hvert fall som jeg har opplevd det, er jo mange forskjellige situasjoner på de forskjellige stedene. Det er mange forskjellige situasjoner og forhold i skjermingssituasjonen alt etter som hvor en er og hvilke forhold som gjelder, så det er veldig vanskelig å si. Men på den ene side sett så ligger det i mange situasjoner en beskyttelse i skjerming som er god.
Reidun: Ja, du synes det? Pasient: Ja, det er jo gjerne sånn, og det blir sånn til det blir noe annet, og da blir det mye verre enn alt annet til sammen (ler)... Reidun: Men synes du at det var en god beskyttelse? Pasient: Altså, jeg kan ikke si det generelt, fordi det er noe ved skjermingssituasjonen som er i all fall for meg har vært umulig, (..) det at andre skal sette en på plass på den måten har vært noe av det verste en har opplevd (...) du kan si at det å være der er samtidig en veldig påkjenning fordi friheten. På en måte er det sånne sperringer der som nærmest er uutholdelig for et menneske.

Skjermingssituasjonene utgjorde både beskyttende omsorg- og behandlingssituasjoner og belastende tvangssituasjoner preget av innesperring og kontroll. Noen pasienter beskrev skjerming som en blanding mellom en ”trygg” situasjon og en ”stengt” eller ”låst” situasjon. Det unormale tette samværet med personalet var også preget av dobbelthet: ”Altså det er jo trygt å ha de der, men det er slitsomt og.”

Pasientenes skjermingsopplevelser på de to postene hadde store likheter. Det var imidlertid en tendens til at pasientene på det skjermede avsnittet på post A oppga *både* innesperring og de kontroll- og regelorienterte samhandlingsformene som negative og krenkende. De institusjonaliserte kommunikasjonsformene på det skjermede avsnittet ble dermed i større grad kritisert enn hva tilfellet var på post B. Det var samtidig flere pasienter som ikke opplevde skjermingsoppholdet som viktig siden det hadde vært så kort. En pasient mente også at skjermet avsnitt var bedre enn skjermingsenhetsrommet, tross dårligere oppfølging fra personalets side, fordi avsnittet ga mer bevegelsesrom: ”... nei, det (skjermede avsnittet ved annet sykehus [min anmerkning]) fungerte mye bedre enn her hvor du må sitte inne på rommet og

ikke får gå litt i gangen, for der var det jo en gang også, pluss et røykerom, og ved at man der får sitte på stua.” Hun opplevde samtidig samhandlingsformene på det skjermede avsnittet der som mer distanserte, straffende og oppbevaringspreget enn på post B hvor personalet var mer aktivt tilstede. På begge poster fortalte imidlertid pasientene at den fysiske innelukkingen var en stor belastning fordi den innsnevret bevegelsesrommet. Negative opplevelser av innesperringen på skjermingsrommet kunne også overskygge personalets krediterende og omsorgsfulle handlinger. Dette gjenspeiler den store betydningen den fysiske og tvangsmessige innelukking hadde for pasientenes skjermingsopplevelser.

Mange pasienter opplevde også oppholdet på skjermingsrommet som en ”unormal” og ”merkelig” sosial situasjon som brøt med normalt, sosialt liv og deres personlige identitet som normale og voksne personer. Skjermingsmetoden bekreftet deres sosiale status som syke og avvikende mennesker, ofte i mer diskrediterende retning. Flere pasienter mente at de opplevde forholdene innenfor psykiatrien bedre de senere årene ved mindre bruk av tvang og mer respekt og dialog om behandlingen. De beskrev samtidig postenes åpen og skjermet del som to ulike sosiale rom. Det var en generell tendens til at skjermingsrommet ble vurdert mest negativt, og det var mye større pasienttilfredshet med oppholdet på posten forøvrig. En pasient omtalte for eksempel det skjermede avsnittet som ”stusselig” og åpen del av posten som ”hyggelig”. En annen pasient, som var negativ til skjermet avsnitt, sa om post A: ”Men den er jo veldig flott hele avdelingen vet du, den er jo lekker. Selve avdelingen synes jeg er fin.” Pasientene opplevde også at personalet var vennligere og mer positive på åpen del, selv om det var tendens til formynderi der.

Selv om pasientene kunne fortelle om positive elementer ved skjerming, var det kun 4–5 av de rundt 35 som ga uttrykk for en overveiende positiv opplevelse av skjerming. Disse var som regel kortvarig skjermet. Det var dermed et stort sprik mellom personalets positive vurdering av skjermingsmetoden og pasientenes negative opplevelser, Dette spriket likner isolatdebatten og den helsepolitiske debatten om skjerming (se pkt. 1.1 og 1.3.1).

11.3 Skjerming som tilsyn, omsorg, trygghet og avlastning

Skjermingsideologiene og personalet har som nevnt fokusert mest på skjermingsmetodens positive, behandlingmessige funksjon. I hvilken grad samsvarer skjermingspasientenes opplevelser med skjermingsideologienes behandlingsidealer?

På begge poster fortalte pasienter at det var noen positive elementer i skjermingssituasjonen, først og fremst for de som var kortvarig skjermet. Innleggelse på posten og det å være på skjermingsrommet kunne gi hvile og avlastning for en kortere tid dersom de var slitne ved innleggelsen. Behovene for stillhet og ro var imidlertid forskjellig pasientene imellom, og varierte over tid. Stillheten skulle heller ikke utelukke dialogen. Avlastning kunne, i tråd med skjermingsmetodens intensjon, ha behandlingmessig verdi når de kjente seg mest dårlige. To pasienter fortalte at det var godt å slippe rolleforpliktelser som ektefelle og mor når de var dårlige. Opplevelsen av hvile og avlastning gjaldt også skjerming dersom denne var kortvarig. En pasient med paranoide følelser fortalte at skjerming reduserte angsten fordi han slapp å være sammen med medpasienter han var redd for: ”Ja, jeg følte meg bra, mye bedre, fordi det var ikke så mye folk.” Den sosiale tilbaketrekningen reduserte angsten. Han fortalte samtidig at belastningene ved restriksjonene på skjermingsrommet førte til at opplevelsen av bedring ble borte etter de to første døgnene. To–tre pasienter sa at skjerming hjalp dem til å finne ro når de etter hvert klarte å tilpasse seg situasjonen. En av pasientene, innlagt for psykose, fortalte at skjerming hjalp til å gjenvinne indre kontroll slik skjermingsideologien fremhever:

Da synes jeg det var veldig trygt og greit etter hvert da at jeg spurte om alt jeg skulle gjøre og fikk ha noen blader og ting inne hos meg, og så ble det ikke så mye kaos, for da måtte jeg tenke gjennom alt jeg skulle gjøre. Jeg gikk og spurte så fikk jeg et blad, så fikk jeg det, og så måtte jeg levere det tilbake igjen, og det følte godt for meg, at jeg fikk mer kontroll over situasjonen.

Hun fremholdt da, som skjermingsideologien, at forenklet og praktisk samhandling var til hjelp, og at hun ikke klarte mye lyder eller nær fysisk kontakt mens hun var mest psykotisk. Personalpratet på gangen kunne derfor også være forstyrrende.

I likhet med pasientene i studien til Myhrer (1993, gjengitt i Holte 2003) fremholdt pasientene i min studie i sterkest grad det døgnkontinuerlige tilsynet og personalets

nærvær som best ved skjermingsoppholdet. Personalets nærvær syntes å ha en viktig behandlingsmessig betydning for flere pasienter – det bidro til trygghet og ro, følelsen av omsorg og av å ”bli passet på”. Pasientene opplevde altså ikke alltid personalets kontinuerlige tilsyn som en negativ overvåkende og disiplinierende kontroll.

Skjermingen kunne oppleves som en omsorgssituasjon siden de ikke klarte å ta vare på seg selv på grunn av sine psykiske problemer. Noen pasienter var også kritiske når de opplevde tilsynet som for dårlig.

En aspekt ved omsorgssituasjonen var behovet for å ha noen rundt seg når man er i nød. En pasient som ble skjermet etter en tragisk hendelse før innleggelsen, fortalte:

Pasient: Det satt to stykker (personell) og pratet med hverandre. Jeg husker en gang jeg holdt på å sovne foran TV-en og ” nå er hun rolig”, ”nå virker det som hun er rolig.” Jeg hørte det liksom litt bak i. Reidun: Klarte de å formidle at de passet på deg da? Pasient: Men selvfølgelig passet de på meg, fordi de var nok redde for at jeg skulle ta mitt eget liv. Reidun: Uhm, men hvorfor var det hyggelig å høre at de snakket? Pasient: Nei, det var det at liksom jeg var så i sjokk sjøl og hadde det egentlig helt jævlig, så var det godt å høre noen som pratet seg imellom. Reidun: At du hadde noen rundt deg? Pasient: Uhm.

En annen pasient var, i tråd med personalets tenkning, også positiv til skjerming fordi man kunne blitt glemt i den hektiske aktiviteten der ute på åpen del av posten. Flere pasienter fortalte også at skjermingsrommet hadde en avlastende effekt fordi personalet fremstod som mer tilgjengelig. De trengte ikke å oppsøke dem for å få hjelp og tilsyn. For noen pasienter representerte endringen i tilgjengeligheten til personalet den største overgangen til åpent avsnitt: ”Men det som jeg synes var vanskelig, var den overgangen fra at noen hele tiden tok kontakt med meg, til at det ble slik at jeg måtte ta kontakt hvis det var noe.” En brå utskrivelse av skjermingsrommet på grunn av plasshensyn hadde derfor vært uheldig. En av disse sa at det hadde vært godt å bli passet på inne på skjermingsrommet fordi han var redd noen ville komme inn og drepe ham på posten. ”Det var bra på grunn av at jeg følte meg trygg, og jeg følte at det var noen som passet på meg, og så var jeg livredd.” Det hadde vært en belastning å bli skrevet ut til åpen del av posten fordi personalet nektet å se inn til ham så ofte som han ba om på natten slik at han kunne kjenne seg trygg. ”Ja, det var veldig viktig, enda er det veldig viktig at folk går og ser på meg i rommet mitt, for jeg er ikke frisk nok, ikke sant.” Mangel på tilstrekkelige oppfølgingsmetoder ute på åpen del av posten påvirket pasientenes opplevelse av skjermingsoppholdet.

En annen pasient mente at hun hadde hatt behov for å bli passet på fordi hun ikke var i stand til å handle adekvat på grunn av den maniske forvirringstilstanden: ”Nei, for hadde jeg ikke vært der, så hadde jeg vært helt gæern, jeg hadde gjort så mye annet rart.” Hun bekrefter dermed skjermingsideologiens tenkning om at den psykiske lidelsen for en viss periode kunne redusere den personlige selvkontroll. Skjerming hadde dermed vært bra i perioden med stor forvirring fordi den tette oppfølgingen forhindrede inadekvate handlinger eller faren for skade. En annen pasient uttrykte beklagelse over at sykehuset ikke hadde frarådet henne mer aktivt å sette i gang en separasjonsprosess med ektefellen mens hun var syk fordi denne prosessen hadde fått uheldige konsekvenser i ettertid. Hennes ønske om separasjon i en ”manisk tilstand” gjenspeilte ikke hennes egentlige ønsker når hun kjente seg bedre. Det var dermed et språk mellom vurderingen i nåtid og ettertid på samme vis som personalet fremhevet. Også en annen pasient fremholdt nødvendigheten av tett tilsyn i den dårligste fasen som svært psykotisk: ”Ja, jeg tror det ville vært mye lettere for meg å dette helt ut da, for det kunne jo, ja, bare vært fem minutter det, da ville jeg kanskje forsvunnet mer tror jeg, så skjerming var veldig bra for meg, synes jeg.” Pasientens fortellinger bekreftet skjermingsmetodens sammenheng med pleie- og tilsynsarbeidet på hele posten. Den viser også at spørsmålet om kontroll er mer komplekst, situasjonelt og subjektivt sett fra pasientenes side enn hva disiplineringsaspektet fremhever. Pasientenes opplevelser av behovet for ytre kontroll av behandlingsmessige årsaker var samtidig mindre og mer variert enn det ideologiene og personalet fremhevet.

11.4 Skjerming som innesperring, fengsel og straff

De psykiatriske sykehusene har alltid strevd med spenningen mellom å være en behandlings- og omsorgsinstitusjon og det å ha et fengselaktig preg (Løchen 1965, Busfield 1986, se også pkt. 4.3). Til tross for ny sykehusorganisering viser pasientenes skjermingsopplevelser at sykehuset fortsatt er preget av dette spenningsforholdet. Fengselsopplevelsen var en viktig årsak til pasientenes negative skjermingsopplevelser og at de opplevde skjermingsmetoden av liten behandlingsmessig verdi.

Mange pasienter omtalte, i tråd med mine observasjoner og personalets fortellinger, skjerming som innesperring og frihetsberøvelse selv om intensiteten i denne

opplevelsen kunne variere. Disse opplevelsene gjenfinnes i andre studier (Myhrer 1993, i Holte 2003, Sørgaard 2004, Karlsson 2004). En pasient beskrev skjermingsopplevelsen slik: ”Det er nesten som at du sitter i en celle altså, det blir jo, du får maten der, du får alt mulig, det er stengte dører, du har ikke lov til å gå ut, at liksom, jeg vet ikke helt, at ordet skjerming betyr jo å bli stengt eller innestengt er det ikke det?” Andre pasienter beskrev skjerming som å være ”innesperret”, ”innelukket”, eller som å bli ”tatt fra friheten”. Skjermingssituasjonen ble opplevd som en ”låst situasjon” og en tvangssituasjon hvor de ble ”holdt inne” eller ”ikke fikk lov til å gå ut”. Opplevelsen av en belastende frihetsberøvelse kunne også overskygge andre behandlingstiltak fra personalets side:

Reidun: Men fikk du noen informasjon ellers for hvorfor du skulle være der? Pasient: Nei. Reidun: Savnet du det, hadde du trengt noe informasjon? Pasient: Nei, nå har jeg jo, (pause) jeg vet egentlig ikke hva de skulle informert meg om annet enn at de tar jo fra deg friheten din.

Tvangsopplevelsen økte dersom pasientene var tvangsinnlagt eller utsatt for annen tvangsmiddelbruk (se pkt. 8.4.2). De fleste ønsket et større autonomt handlingsrom. Skjermingsideologiens antakelse – at pasientene ba om eller ønsket personalets kontroll – stemte sjelden, selv om det å bli passet på, var viktig for flere pasienter. De kunne ønske nært tilsyn og hjelp, men ikke den fysiske innelukkingen på skjermingsrommet og den sterke reguleringen. Betydningen av den fysiske innesperringen på rommet var langt mer omfattende enn jeg hadde forventet.

På begge postene fortalte pasientene at det strenge skillet mellom åpen og skjermet del av posten og den strenge håndhevelsen av utgangen av skjermingsrommet bidro til å skape en fengselsfølelse. En pasient på post B forteller:

Pasient: Jeg bør jo kunne få gå en tur i gangen på kvelden da, etter at det er stille. Reidun: Ja, at det er en slik type fleksibilitet hele tiden da? Pasient: Akkurat, som det var så kjempeviktig at jeg holdt meg inne på dette rommet altså, hvis den døra stod oppe litte granne og jeg ruslet nedover gangen så var det å hugge tak i meg og rett inn igjen. Jeg kunne likeså godt være på landsfengselet, for det er vel ikke noe strengere der (...) de er så strenge at du får ikke lov til å ha benet utenfor rommet.

Over halvparten av pasientene sammenliknet skjermingen med et fengsel hvor man blir behandlet som kriminelle eller straffet. ”Det var liksom at jeg følte meg så stengt liksom, jeg følte at det var et fengsel for å si det sånn.” Andre betegnelser som

pasientene brukte for å beskrive skjermingsoppholdet var å bli ”buret inne”, ”å sitte på glattcelle”, ”å være på sikringsanstalt”, ”å være i varetekt”, ”å være fanget” eller ”behandlet som jeg skulle være kriminell”. Skjermingsmetoden fremstod dermed som en kriminaliserende og diskrediterende sanksjonsform som brøt med pasientens verdige selvidentitet. Lukkingen av døren førte også til at personalet fikk rollen som dørwoktere. En pasient på post A beskrev det slik: ”Du er sperra inne, og det er nesten det samme som å være i et fengsel for der har du heller ikke lov til å gå ut, der er det jo betjeningen som åpner døra i tilfelle. Det er nesten det samme som å være i et fengsel.” Låsingen eller lukkingen av døren bidro til å gi skjermingsrommet et fengselsaktig preg. Det gjorde også at personalrollen på skjermingsrommet fikk et vokterliknende preg. Lukkingen av rommet bidro dermed til å understøtte en mer kustodiell relasjon mellom personalet og pasientene.

I mine intervjuer fortalte også mange pasienter at de opplevde skjerming som straff for avvikende eller ulydig atferd på en måte som likner beskrivelser av isolatopplevelser (se pkt. 1.3.1). Opplevelsen av straff ble forsterket ved at mange mente skjermingen ikke var nødvendig eller for streng. En pasient uttrykte det slik: ”Jeg tror den skjermingen, den tror jeg de bør ta opp litt altså, jeg tror det. Reidun: At det blir for strengt da? Pasient: Ja, at det blir for strengt, og det tror jeg også med andre pasienter.” Opplevelsen av skjerming som unødig innesperring ble forsterket jo lenger skjermingsoppholdet varte. Ved flere kortvarige skjermingsopphold ble det også gitt uttrykk for en begynnende irritasjon over skjermingen og restriksjonene etter relativt kort tid. Konflikten opphørte imidlertid ved at pasienten kom ut av skjermingsrommet. Pasientintervjuene bekreftet personalets oppfatninger og mine egne observasjoner: Klagene over skjermingen økte jo lengre den varte. Langvarig skjerming økte også den subjektive lidelsen: ”Ja, altså, skjerming er greit for en kort stund, men det bør ikke være lenge, og det vet jeg er fryktelig lenge for enkelte altså, fryktelig, fryktelig lenge (...).” Belastningene ble forklart med kjedsomhet og sosial isolasjon og at tiden går sent: ”Ja, og den tiden den tar tid altså. Det er minuttene, du kjenner minuttene, dagene går som år altså.” En pasient forklarer også belastningen ved langvarig skjerming med atskillelsen fra pårørende og nærmiljø: ”Reidun: Hva er det som gjør at det blir så mye tyngre når det blir lenge? Pasient: Jo, det er den avstanden fra familie og fra eventuelle venner som ikke får komme inn. (...).”

Pasientenes ønsker og behov for sosial tilbaketrekning var dermed mindre enn det som vektlegges i skjermingsideologien om stimulireduksjon (se pkt. 6.4.1).

Jo lengre skjermingen varte etter at pasienten følte seg bedre, jo mer kunne skjerming overgå fra å være behandling til å bli opplevd som fengsling. Som i denne beskrivelsen til en pasient som ikke hadde sluppet ut av skjermingsrommet når hun følte seg klar for det:

På begynnelsen er det ganske all right, men når du begynner å bli frisk der inne på skjerminga, det er en veldig dum følelse altså. Det var liksom at jeg følte meg så stengt liksom, jeg følte at det var et fengsel for å si det sånn, jeg følte at liksom jeg var klar til å gjøre noe annet, ikke sant.

Flere pasienter opplevde at personalet ikke responderte raskt nok til å få de ut av skjermingsrommet: ”Jeg synes legen min tok så lang tid for å få meg ut av skjermingen.” Det trege responsiviteten bidro til å redusere skjermingsmetodens behandelende funksjon og økte også belastningen.

Flere pasienter opplevde også at den fysiske innelukkingen kunne forsterke angsten og uroen, og gi et indre trykk som førte til mer panikkartede og urolige reaksjoner. ”Jeg får veldig angst av å bli skjermet ja, at det blir ekstra press, bare det at de ikke låser døra, at jeg kan ta opp døra og se ut hjelper for meg.” Opplevelsene samsvarte ikke med behandlingstenkningen om at romlig innelukking reduserer indre subjektiv lidelse og gir ro. For mange pasienter var derimot det å kunne bevege seg fritt eller å kunne ”vandre” viktigst for å håndtere angsten og uroen. En pasient fortalte: ”Det hadde vært bedre å få gått litt ut av rommet, få vandret i gangen på en måte.” En annen pasient fortalte i forbindelse med overflyttingen til et større rom: ”Ja, da kom jeg inn på dette rommet som er litt større, og da behersker jeg meg slik at jeg ikke begynner å slå hjul eller gjør slike ting.” Pasienten som forsøkte å begå selvmord på skjermingsrommet, ga også uttrykk for belastning over vedtaket om overflytting til skjermingsenheten på sikkerhetsavdelingen– han kunne ikke leve et slikt liv.

Noen pasienter fortalte at de reagerte på skjermingen ved å bli lei seg og gråte. Rommets nakne preg og manglende aktiviteter bidro også til å øke angsten og skape tankekaos fordi de mistet muligheten til å feste tankene på noe utenfor seg selv. En

pasient svarte følgende på spørsmålet om man ble bedre av å bli skjermet: ”Jeg synes faktisk jeg ble dårligere av det.” Isoleringen inne på skjermingsrommet kunne føre til tomhets- og uvirkelighetsfølelser som igjen ledet til opplevelser av å miste kontroll. Forverringen ble forsterket dersom skjermingen fremstod som sosial utstøtning og straff. Skjermingen kunne dermed bidra til å øke angsten og uroen (se pkt. 9.4). Flere pasienter fortalte også at de negative opplevelsene av innelukkingen på skjermingsrommet førte til at de protesterte mot skjerming, og at de kjempet for å komme ut av rommet. De ”ville ut”, eller ”kjempet imot”. Også pasienter som var positive til skjerming, hadde det å komme ut av skjermingsrommet som mål. Innsperringsfølelsen førte til klaustrofobi, panikk og ”escape-liknende” forsøk på å komme ut. Selv om pasientene visste de ville bli stoppet i gangen, var trangen til å komme ut av rommet så stor at de forsøkte likevel (jf. pkt. 9.4.2). For pasientene som var plaget av innesperringsfølelse, ble det å komme ut av skjermingsrommet beskrevet som ”en befrielse”, ”så stort som bare det”. Flere pasienter, som ikke opplevde overgangen for brå, mente at den gradvise oppløsningen av skjermingen hadde vært unødvendig og uforholdsmessig treg. De tillot ikke oppløsningsfasen like stor vekt som personalet (se pkt. 6.4.1). Belastningene ved innelukkingen kunne også føre til sterke følelsesmessige reaksjoner når pasienten måtte gå tilbake til skjermingsrommet etter tilmålt tid ute på posten, som i denne pasientens fortelling:

Reidun: Ja, når du fikk lov til å gå ut av skjermet. Pasient: Det var veldig godt. Reidun: Det var ikke stor overgang med masse stimuli og mange mennesker? Pasient: Det var det som var godt. Reidun: Ja, det var det som var godt, uhm, at det var en lettelse da eller? Pasient: Uhm, i begynnelsen var jeg ute bare en time av gangen, eller to timer, jeg husker ikke akkurat, det var kanskje bare en time om gangen, en time på formiddagen og en time på ettermiddagen. Reidun: Var det all right å ta det gradvis, eller kunne du sluppet enda tidligere ut, mer tid i avdelingen? Pasient: Jeg kunne gjerne ha mer tid der. Reidun: Ja, de var litt for forsiktige i den fasen? Pasient: Ja, jeg tror det. Reidun: Men det var greit å ta det gradvis? Pasient: Jeg husker jeg gikk inn og grein en gang fordi jeg, det var så nitrist å komme inn på det nitriste rommet.

Det kunne også være vanskelig å miste tilkjempede lettelser i restriksjoner når det kom en ny pleier som var ”strengere”: ”Pasient: Ja, når jeg allerede hadde fått igjennom at, litt frihet, og så gå tilbake på det, det var ikke så lett. Reidun: Ja, så det var det å miste friheten som ble vanskelig? Pasient: Ja.”

På samme vis som beskrevet i institusjons- og isolatforskningene (se bl.a. Goffman 1961:167, Meehan m.fl. 2000:374) kunne skjermingspasientene bli opptatt av å finne måter å komme ut av skjermingsrommet på, og utvikle strategier som skulle bekrefte deres normalitet utad, slik at de kom ut av skjermingsrommet og tilbake til det normale sosiale livet:

Pasient: Ja, det blir jo litt sånn, for sånn tenkte jeg veldig mye etter hvert, på hva jeg skulle si og hvordan jeg skulle oppføre meg for å komme ut og sånn. Reidun: Ja, du gjorde det altså? Pasient: Jeg tenkte at nå måtte jeg slappe av veldig mye og være veldig rolig og sånn. Reidun: Du følte at det var det som var forventet av deg? Pasient: Ja, og å oppføre seg ordentlig, og ta av seg (uvanlige plagg), og sove i hele senga og ikke i bare en krok av senga, og sånne ting, det er sånn du driver og tenker på, etter hvert så faller det deg naturlig.

Både det å være rolig og å ”spille” normal tross sine psykiske problemer inngikk i pasientenes strategiske handlinger for å slippe ut av skjermingsrommet. Som det fremkommer i sitatet, og særlig ved det skjærmede avsnittet, fortalte pasientene at de hadde forstått at det å være rolig og ikke være sint eller protestere var viktig for å komme ut. En pasient omtalte dette slik: ”Du kan ikke være sinna, for da, det får du ikke lov til.” Som isolatpasientene skjulte eller undertrykket de derfor sin protest og gjorde det som ble forventet av dem i håp om å slippe fortrest mulig ut av skjermingsrommet (Goffman 1961:64–65, Meehan m.fl. 2000:374). Noen fortalte også at de etter hvert hadde gitt opp å protestere, og latt seg ”dressere”. Eller som en annen pasient uttrykte det: ”Det er klart at du kommer mye raskere ut om du bare føyer deg.” Når skjermingsmetoden ble redusert til spørsmålet om å vise ytre rolig og lydig atferd, fikk den mest preg av å være en disiplinierende og dresserende kontrollmetode uten behandlingmessig verdi (se pkt. 9.5.1).

11.5 Hva påvirket pasientenes opplevelser av skjerming?

11.5.1 Tidligere opphold og forløpet før innleggelse

Tidligere opphold og forløpet før innleggelsen inngikk som en viktig del av rammen for skjermingsoppholdet og påvirket pasientenes opplevelser av skjerming.

Betydningen av tidligere erfaringer viste seg i utsagn som: ”Det kommer mot meg alt det vonde fra den tiden.” I andre tilfeller syntes det som de mest forvirrede pasientene

ikke alltid hadde oppfattet at de skulle innlegges. Da ble innleggelsen sjokkerende og forvirrende. Dette kunne prege skjermingsopplevelsen på en negativ måte:

Reidun: Synes du at skjerming hjalp deg, at skjerming var til hjelp for deg når du var psykotisk, hjelper det deg å komme inn på et sånt skjermet rom? Pasient: Nei. Reidun: Hvorfor ikke? Pasient: Jo, fordi jeg kom så brått dit. Reidun: At overgangen ble for stor? Pasient: Ja. (...) Jo, jeg kom jo fra fjellet. (pause) Reidun: Du var ikke forberedt på at du skulle hit? Pasient: Nei. Reidun: Hadde de fortalt det på hytta at du skulle inn? Pasient: Jeg ante ingenting. Reidun: Så plutselig satt du der da? Pasient: Ja.

Som beskrevet i kapittel 8.4 var forløpene for innleggelsene forskjellige. Disse forskjellige bidro til å forme pasientens subjektive opplevelse av skjermingsoppholdet som omsorgsfull behandling eller som sosial forstøtelse og degradering. For pasienter som ble innlagt frivillig og uten foregående konflikt, fremstod skjerming som mer positivt og omsorgspreget enn for pasienter som var innlagt under stor konflikt og med tvang. En tvangsinnlagt pasient med forholdsvis positiv opplevelse av skjermingsoppholdet fortalte at psykologen ute hadde påvirket skjermingsoppholdet positivt ved å kreve at pasienten skulle få besøk av samboer og barn. For andre pasienter som ble tvangsinnlagt under konflikt med familie, naboer og hjelpetilbudet ute, kunne skjermingsoppholdet bli preget av bekymring og uro for hendelser forut for innleggelsen. Bekymringen økte angsten og forsterket den negative opplevelsen av innelukkning: ”Ja, den stengtheten og så har du jo noe med hvordan du har kommet inn her, det ligger jo der og gnager hele tiden det og. Reidun: Det som skjedde forut? Pasient: Ja, det som skjedde forut for at du kom inn i den avdelingen.” I noen få tilfelle ble skjermingsopplevelsen preget av opplevelsen av avvisning, svik og det å bli lurte av familien (Goffman 1961:133). Følelsen av avvisning og utstøtelse økte dersom innleggelsen foregikk under en separasjons- eller skilsmisseprosess. Familiens bidrag til tvangsinnleggelsen kunne lede til sårhet, bitterhet og sinne som igjen ga uro og konfliktpreget atferd. Utstøtningsopplevelsen ble forsterket av besøksrestriksjonene. Flere pasienter fortalte at de hadde følt seg ensomme og savnet familien eller de nærmeste under skjermingsoppholdet: ”Ja, du tenker på de nærmeste. Jeg gråt veldig mye fordi jeg ikke så dem, det synes jeg var hardt, veldig hardt.” En del ble også opptatt av å reparere tillitsbruddet som var oppstått internt i familien som følge av problemene og konfliktene før innleggelsen. En kvinne strevde med at hun ikke klarte å huske den siste tiden før og etter innleggelse. ”Ja, det er veldig ubehagelig, at jeg liksom ikke husker at jeg var så veldig syk som jeg var. Jeg gikk på

veldig sterke medisiner og.” Det hadde skjedd et brudd i livsbiografien som førte til mye bearbeiding og forsøk på å gjenvinne oversikten over eget liv.

Som i den helsepolitiske debatten om politibruk i psykiatrien (bl.a. Pedersen 2006), beskrev pasienter det å bli hentet av politiet som en krenkende opplevelse som kunne sette spor over flere år. En eldre kvinnelig pasient beskrev dette slik:

Pasient: Ja, da kom jeg jo med politi, og det har jeg gjort to ganger før og de bare går rett inn i leiligheten og bare tar og arresterer meg faktisk, bærer meg ned i bilen. Jeg skriker og gaper, jeg hadde ikke gjort noe galt, jeg gikk og vasket gulvene og ja, liksom, ja i det hele tatt så synes jeg psykiatri og politi ikke hører sammen. Før ble du hentet av legevaktsbil, da kom det en av kjørerne eller en av de andre og det var jo mye mer humant, altså politiet er jo rå, hvis de møter motstand så er de rå. Reidun: Så du opplever at de krenket deg? Pasient: De krenket meg ja, ja, jeg opplever det som et mareritt å bo der jeg bor altså, fordi at naboene. (...) Det er vemmelig, fordi du føler at folk prater vet du.

Det å bli hentet av politiet bidro til å bekrefte opplevelsen av diskreditering og kriminalisering, som igjen skapte bitterhet og mistillit til psykiatrien. Stigmatiseringen ved en slik innleggelsesform forsterket opplevelsen av skjerming som fengsel og straff og gjorde det vanskelig å komme hjem. Pasienten savnet derfor ordningen hvor legevakten kom hjem til personer med psykiske lidelser fordi dette opplevdes mindre kriminaliserende og stigmatiserende.

11.5.2 Den subjektive opplevelsen av psykisk lidelse

Pasientenes indre psykiske lidelse var viktig for opplevelsene av skjerming. Deres opplevelser varierte imidlertid mye på tvers av og innenfor samme diagnostiske kategori. Selv om flere pasienter skilte mellom sin egen tilstand og skjermingsoppholdet, kunne disse også gli over i hverandre. For noen representerte skjermingsrommet den tiden de opplevde seg mest dårlige og redde. En pasient fortalte at ”skjermingen var fæl, men jeg hadde det fælt også”. En annen pasient relaterte gleden over å komme ut av skjermingsrommet til det å føle seg tryggere.

Redselen eller angsten var det største problemet for mange pasienter og på tvers av diagnoser. Angsten innebar stor subjektiv lidelse og påvirket atferden på skjermingsrommet. For flere ble reduksjon av angsten det viktigste. Den indre angsten kunne også overskygge skjermingsopplevelsen: ”Men der (på skjermet) måtte jeg

være, for jeg var så redd at jeg kunne ikke være sammen med noen andre tror jeg (litt latter) da, jeg var kjemperedd, jeg bare lå.” Eller som beskrevet av en pasient innlagt på skjermingsrommet for depresjon, angst og selvmordsfare: ”Nei, men jeg var jo så langt nede, at om jeg var ute eller inne (av skjermet), så tror jeg ikke det hadde spilt noen rolle altså.” De psykiske problemene overskygget rommets betydning.

For noen pasienter med paranoide tanker og følelser fremstod redselen for den potensielle faren i de sosiale omgivelsene som et særskilt problem. De paranoide følelsene førte til at pasientene i stor grad slet med en ontologisk tillitsbrist til omverden (se pkt. 3.4.2, Luhmann 1999). En pasient forteller om seg selv:

Livredd, ja, fordi jeg trodde noen ville komme inn på rommet og drepe meg. Og det gir, jeg vet ikke, jeg kan ikke forklare meg selv hvorfor heller, på grunn av number one at jeg driver ikke med mafia, number two, jeg er ikke kriminell, og så jeg driver ikke med noe ulovlige ting. (...) Alene ut, nei, jeg er livredd for mennesker, (...) Jeg vil gjerne ut en tur ikke sant, men jeg er livredd ikke sant, men når jeg er livredd så, det går ikke. (...) å gå til avisen ikke sant, eller å gå og tappe vann ikke sant, for jeg vet ikke hva folk, hvem folk er, hvem de er og hvorfor de ser på meg, og da har jeg skikkelige problemer altså.

Tillitsbristen ga, som i dette sitatet, en grunnleggende ontologisk utrygghet knyttet til egen væren i verden og i forhold til den sosiale omverdenen. Dette preget opplevelsen av skjermingsrommet som beskyttelse for en kort tid.

En annen pasient med paranoide tanker og følelser hadde en motsatt opplevelse av skjermingsrommet. Vedkommende ble reddere av å være der inne fordi rommet ble assosiert med mørke krefter, forgiftningsforsøk og at farlige personer, deriblant personale, lett kunne komme inn. Den tvangsmessige innelukkingen og avmektige rollen bidro til å forsterke angsten. Pasienten forteller:

Pasient: (...) For hvis døra stod oppe så gikk jeg ut jeg (ler) for å få bitte litte grann, bare det å kunne gå nedover gangen og bare se hvem som var på jobb. Jeg kunne ikke fordra å sitte bak den stengte døra og ikke vite hvem som var på jobb eller hvem som var på utsiden, alle disse som kunne komme gjennom denne døra. Og ikke nok med det, så på skjerminga der så er det en dør som går ned til kjelleren og så er det ganger under hele (sykehuset), og bare det å vite det at alle som jobber her har nøkler opp der, det for meg... da blir jeg utrygg. Reidun: Ja, at de plutselig kan komme? Pasient: Ja, at det plutselig kan komme noen opp der. (...). Jeg er enda mindre trygg på skjermet enn jeg er utenfor. Reidun: Ja for du har mer kontroll selvfølgelig – når du ser. Pasient: Ja, jeg er ikke sånn at når jeg hører noen utenfor så skrur jeg opp

musikken for ikke å høre den, da skurrer jeg ned musikken for å høre om det er noe der.
Reidun: Ja, og så går du ut og sjekker? Pasient: Ja, det er jo viktig.

Innelukkingen bidro til å øke angst- og panikkfølelser fordi pasienten mistet muligheten til å få oversikt og kontroll i situasjonen. Skjermingsopplevelsene kunne altså være forskjellige, avhengig av pasientens tenkning og mestringsmåter.

Tillitens problem kunne også, som Luhmann (1999, se også pkt. 3.4.2) skriver, føre til *avmaktens* problem fordi verden ble så utrygg. Pasientene som slet med paranoide følelser fortalte at det å vite at de var trygge, og at de kunne stole på mennesker, ble viktig både utenfor og innenfor institusjonen: ”Men da jeg trenger folk ikke sant, folk som, jeg vet at de er alt for meg, og jeg vet at jeg kan stole på dem ikke sant.” Det virker også som om disse pasientene hadde en større sårbarhet for mistillitsrelasjoner til personalet. Angsten og uroen økte kraftig når de opplevde diskrediterende holdninger og avvisende samhandlingsformer. Angsten kunne også bli forsterket når de mistet tilgangen til familien som trygghetsfaktor og mestringsressurs på skjermingsrommet: ”Ja, det er veldig viktig, fordi at de (familien) støtter meg ikke sant, de støtter meg og jeg føler meg trygg.” Pasientene ble også mer sårbare for å ha ansatte inne på skjermingsrommet som de ikke hadde tillit til fordi dette økte angsten. På begge postene syntes det som pasientene lettere kom i eskalerende mistillits- og konfliktprosesser dersom personalet responderte på mistillit med mistillit. På motsatt vis fikk tillit og et positivt engasjement fra personales side stor symbolsk betydning. En pasient forteller: ”Jo, det er faktisk det at det er engasjert arbeid med hver enkelt pasient, som gjør at de tar hensyn til en helhetsholdning til tingene, som gjør at du har tillit og begynner å jobbe for din egen situasjon på en helt annen bevisst måte altså.” Det tillitsfulle engasjement bidro til å redusere avmaktsfølelsen og angsten.

Pasienter innlagt for psykose hadde ulik grad av forvirring i tiden de var på skjermingsrommet. De beskrev seg som ”helt klare”, ”fulle” eller ”helt borte vekk”. Disse husket kun deler av skjermingsoppholdet. Psykosen kunne ta form av en egen virkelighet som påvirket pasientens motiver for handling. En pasient fortalte hvordan hun ble opptatt av å utføre de oppgavene som stemmene sa hun skulle gjøre. Personalet forstyrret derfor det hun var satt til å gjøre av stemmene inne i hodet: ”Altså da, så følte jeg at de (personalet) bare forstyrret min verden, holdt jeg på å si, at

de kom for å ødelegge, at jeg ikke fikk lyttet nok til det jeg skulle gjøre.” I ettertid ble personalets kontinuerlige oppfølging på skjermet avsnitt sett på som positivt fordi hun ble trukket ut av sin egen psykotiske verden. For noen var psykosen preget av stor subjektiv lidelse: ”Skremmende”, ”Noe jeg måtte kjempe meg igjennom”, ”Den gang holdt jeg på å miste forstanden og det var forferdelig fælt, det er akkurat som man forsvinner inn i seg selv, det er helt forferdelig altså ”. En annen pasient opplevde ikke psykosen som subjektiv lidelse fordi den kunne ta form av en trygg og logisk verden: ”Egentlig helt til jeg kom hit så savnet jeg det (psykosen) faktisk litt og. Det er fordi det gir en sånn trygghet, og det er så klart og logisk og sånn.”

Kun én pasient med psykose fortalte eksplisitt at skjerming bidro til å redusere psykosen. Andre pasienter fortalte at innelukkingen på skjermingsrommet hadde forsterket angsten og opplevelsen av å gå innover i seg selv, særlig ved langvarig skjerming. Som en pasient med psykose og langvarig skjermingsopphold beskriver:

Reidun: Hva synes du om å være på et slikt rom over lang tid? Pasient: Grusomt.
Reidun: Det er grusomt? Pasient: Ja. Reidun: Hva blir det grusomme i det? Pasient: Du blir bare innelåst i deg selv, du får ikke uttalt (uttrykt? – vanskelig å høre) deg noen ting, du blir bare mer redd. Reidun: Sier du det, så du synes du blir dårligere av å være i det lille rommet? Pasient: Ja (...) Reidun: At de (andre pasienter) sier de blir mer urolige når det blir så lite rundt dem, er det også din erfaring? Pasient: Ja.

En pasient som var innlagt for mani beskrev seg selv som en handlingsglad person. Den maniske tilstanden innebar ikke nødvendigvis en subjektiv lidelse for pasienten selv om de sosiale omgivelsene kunne oppleve atferden problematisk. Den subjektive lidelsen kom først ved forvirring og angst eller når tankene gikk for fort, og nattesøvnen ble borte slik at man ble utmattet:

For jeg hadde en ulykke med hodet mitt her forleden aften da jeg skulle sove, en skikkelig ulykke. Da var det for fullt inne i hodet mitt, jeg forklarte deg dette for fullt i hodet mitt, og plutselig så hadde jeg et takras igjen (...) og plutselig fikk jeg ikke orden på noen ting og du da ikke kan sove og det bare er kø i hodet ditt. Det blir som en slags opiumsopplevelse hvor halve verden med ansikter marsjerer inne i hodet ditt en hel natt.

Pasienter med maniske tilstander hadde ulike opplevelser av skjerming som hjelp (jf. også Karlsson 2004). Belastningene ved denne indre overaktiviteten kunne føre til en opplevelse av å få hjelp når vedkommende var inne på rommet. Et par pasienter uttrykte også behov for ”veiledning” (ikke grenser) slik at de kunne ha en mer sosialt

passende atferd, som for eksempel å kle seg riktig. For andre pasienter med maniske tilstander ble skjerming i mindre grad opplevd som hjelp, særlig ved langvarig skjerming. En pasient fortalte også at det var vanskelig å nyttiggjøre seg de få tillatte rolige aktivitetene på skjermingsrommet, som for eksempel å lese, da disse var for konsentrasjonskrevende. Det var et stort misforhold mellom skjermingsorganiseringen og pasientenes sosiale utadvendthet og handletrang. Misforholdet kunne skape ekstra stor spenning og belastning i situasjonen. Som jeg skal utdype nedenfor, ble lidelsen forsterket ved at disse pasientene oftere opplevde seg møtt på en hardhendt og respektløs måte inne på skjermingsrommet.

I intervjuene spurte jeg den gang ikke pasientene direkte om deres urolige atferd. Dette gjør at jeg kun kan belyse dette som implisitte temaer. I pasientens fortellinger syntes det som om uro er et begrep som ikke har samme meningsinnhold for dem som for personalet. Pasientene var mer opptatt av opplevelsen av sin subjektive lidelse og betydningen av problemene for sin livssituasjon enn å oppvise rolig atferd i seg selv. De forklarte ofte årsaken til at de hadde blitt skjermet med at de hadde handlet sosialt upassende utenfor eller innenfor skjermingsrommet. Når vi snakket om årsaken til innleggelsen, problemene og tvangen, viste spørsmålet om deres urolige atferd seg som et sårbart og vanskelig tema. Uvilligheten til å snakke om uro og utagering som årsak til skjerming og isolat har også vært påpekt i andre studier (se bl.a. Wynn 2004). Jeg fant at pasientene ofte trengte stor grad av tillit og åpen dialog for å kunne snakke om den urolige atferden uten å gå i forsvarsposisjon.

Pasientenes nedtoning av urolig atferd hadde hos to pasienter sammenheng med at de anså akuttposten som en sosial ramme hvor de i større grad kunne ta ut den urolige atferd enn i vanlig sosial sammenheng. Hos en pasient med alvorlig lidelse synes det som at nedtoningen ble påvirket av at hun ikke alltid oppfattet hvordan atferden kunne påvirke de sosiale omgivelsene (jf. Doubt 1998, pkt. 3.2.1). Pasienten beskrev blant annet hendelsesforløp forut for innleggelse som ”*Jeg var i banken og plutselig var politiet der*”. En annen årsak til reservasjonene kan være at det var vanskelig å snakke om denne atferden. De responderte med skam- og forsvarsfølelser på de sosiale omgivelsenes negative og diskrediterende reaksjoner. Disse følelsene kunne føre til, slik også andre studier viser, normaliserende utsagn om atferden for å opprettholde egen selvrespekt: ”Jeg spilte bare piano som andre gjør” (Goffman 1961:152, Estroff

1991). I den åpne intervjusamtalen kunne pasienter etter hvert også gi spontant uttrykk for skammen ved avvikende eller urolig atferd¹⁴. En pasient uttrykte for eksempel skam ved den bråkede atferden som belastet naboene. Atferden var samtidig utenfor egen kontroll siden angsten var så sterk:

Så er det naboforholdene, det var klager på naboforholdet, fordi jeg har vært så spent at jeg satte på musikken på høy lydvolum med åpent vindu (...). Men du kan si at det har vært et sånt press at, men jeg forholder meg jo til det, jeg sier jo at jeg har vært under et sånt press at jeg beklager dypt at det har blitt sånn det har blitt.

Skamfølelsene og opplevelsen av manglende kontroll over passende atferd gjorde spørsmålet om uro og avvikende atferd til et sårbart tema. De kunne derfor bli spesielt våre for metabudskapet, eller den underliggende holdningen til dem, som ble formidlet i kommunikasjonen (jf. Doubt 1996). For noen pasienter førte også omgivelsenes reaksjoner på den urolige atferden til at de bekymret seg for å miste viktige tilhørighetsarenaer utenfor institusjonen, som for eksempel plassen på dagsenteret. Den urolige atferd kunne innebære en trussel om tap av sosial tilhørighet.

I intervjuene fremhevet pasientene også at de opplevde seg møtt på en for straffende og tvangspreget måte. Sanksjonene mot den urolige atferden var ikke alltid i samsvar med avvikets alvorlighetsgrad. Den urolige atferden kunne være brysom for andre, men utgjorde ingen skadelig eller farlig atferd. De bekreftet dermed at uroens problem ofte er relatert til avvikets brudd på allmenne sosiale normer, mer enn til farlighet (jf. pkt. 3.4.1 og 8.5). Flere pasienter mente også omverdenen, grunnet deres urolige atferd, i for stor grad presset dem til å innrømme at de var syke for å legitimere tvangsbehandling. Presset gjenspeilte en for normaliserende og disiplinierende kontrollutøvelse som skapte motstand (jf. Foucault 1999b, se pkt. 3.2.1 og 3.2.2). En pasient begrunnet for eksempel sin motstand med at personalet la altfor mye vekt på føyelighet og sykdom i forhold til hans positive ressurser:

Jo, for du kan si jeg synes det er tull, man vil ikke innrømme at man er syk på deres premisser, for hva vet de om hvem man er. (...) Jeg sier at de har en syk vurdering av meg, hvordan skal de få det, de ser meg ikke i andre omgivelser, de ser ikke det, de gjør en vurdering bare ut fra denne situasjonen, og kan de som er i denne situasjonen vurdere noe som helst?

¹⁴ Den åpne intervjusamtalen fikk frem et annet bilde av pasientenes selvforståelse og viste meg hvilket potensiale en åpen dialog kan ha for behandlingsarbeidet og samarbeidet med pasientene.

Pasientenes protest mot å snakke var dermed ofte rettet mot de underliggende holdningene som ble kommunisert i samtalen fordi disse gjenspeilte negative speilbilder som ikke stemte med pasientens verdige selvidentitet. Siden uroen kunne være utenfor deres kontroll gitt deres funksjonshemming, var flere avhengige av de sosiale omgivelsenes toleranse og omsorg for å arbeide med samhandlingsproblemene på en annen måte. De trengte også mer omfattende og systematisk behandlings- og rehabiliteringsarbeid enn kun grensesetting, korrigerende og tvang.

11.5.3 Skjermingsopplevelsen som del av livsprosjektet

Innenfor den medisinske sosiologien og antropologien viser mange studier at opplevelser av sykdom og innleggelse har sammenheng med personens totale sosiale situasjon og livssituasjon (Kleinman 1988, Radley 1993, Charmaz 1991). Det er også påpekt at det er sprik mellom spesialisthelsetjenestens avgrensede sykdoms- og behandlingsfokusering og pasientenes vide hverdags- og livsperspektiv (Strauss og Corbin 1988, Svensson 1998). Dette spriket kan føre til at personalet ikke fanger opp pasientenes opplevelser og beveggrunner for handling, eller blir for kontrollerende fordi man har en for snever forståelse av pasienten.

Det så også ut til at pasientenes skjermingsopplevelser ble påvirket av deres generelle livssituasjon og deres ulike *livsprosjekter*: det de ønsker å oppnå i livet mer generelt eller under skjermingsoppholdet. Tendensen likner Kogstads (2004) funn i en studie av vendepunkter for personer med psykiske lidelser hvor meningsdimensjonen ved sykdomsopplevelsen ofte var koblet til pasientens livshistorie og livssammenheng. Begrepet livsprosjekt har bakgrunn i den eksistensielle filosofen Jean Paul Sartres forståelse av "prosjekt" og "faktisitet". Disse begrepene er videreutviklet i en mer handlingsteoretisk retning av Dag Østerberg (1990) hvor prosjektet uttrykker hensikter med handling:

Enten man handler av vane eller beslutsomhet og årvåkenhet kan virksomheten tolkes som et prosjekt, det vil som et utkast til en forandring av omverden, et utkast som tar form ettersom det virkeligjøres og avsluttes med å avleire seg i verden som et verk (...) og det er gjennom våre prosjekter vi bestemmer betydningen av vår omverden og dermed gjør den til en handlingssituasjon eller kanskje rett og slett situasjon (Østerberg 1990:66–67).

Livsprosjektet skaper en forståelsesramme for situasjonen. Begrepet faksisitet viser på sin side til forhold som påvirker mulighetene for å kunne virkeliggjøre prosjektet. Denne faksisiteten kan for eksempel være lidelsen eller akuttpostens skjermingsorganisering. Østerberg mener at et misforhold mellom faksisitet og prosjekt fører til negative opplevelser som uro, misnøye og motstand. På samme vis kan et misforhold mellom pasientens opplevelser og rammene på handlingsrommet bidra til å øke skjermingsmetodens spenning mellom behandling og kontroll.

Som beskrevet tidligere var skjermingspasientene preget av stor heterogenitet (se pkt. 5.6). Forskjellene førte til at pasientenes livsprosjekter var ulike, og at pasientene hadde forskjellige ønsker og behov under oppholdet. Forholdet mellom pasientens livsprosjekt og skjermingsorganiseringen fikk også stor betydning for deres protester mot skjerming og opplevelsen av skjermingsmetoden som tvang.

De subjektive opplevelsene av skjerming som tvang var avhengig av hvordan skjermingen samsvarte med eget prosjekt. Som Weber (1982) og Foucault (1994:329ff, gjengitt i Schaanning 1999: 329) skriver, er maktrelasjonen basert på en motsetning mellom viljer (se pkt. 3.2.2). Foucault mener at i de tilfellene der motstand er umulig, har man en tvangssituasjon. Maktrelasjonen fordrer en annens bevisste vilje og motstand. I situasjoner hvor pasienten av ulike årsaker ønsket å være på skjermingsrommet, førte derfor ikke innleggelsen på skjermingsrommet nødvendigvis til en subjektiv tvangsopplevelse. I situasjoner hvor pasienten var så forvirret at ingen motstand fantes, eller hvis skjermingsoppholdet samsvarte med pasientens egne ønsker, var tvangsopplevelsen ved skjerming mindre. Pasienten kunne for eksempel selv ønske hvile og sosial tilbaketrukkethet: ”Hadde behov for det. Jeg trengte å få være alene.” To eldre pasienter omtalte også det korte skjermingsoppholdet som bra fordi det utgjorde en ”variasjon” fra en ensformig og ensom tilværelse hjemme. En pasient som slet med depresjon og selvskadeproblemer, manglet fremdrift i livet. Den psykiske lidelsen førte også til liten protest mot å bli skjermet:

Reidun: De har noen planer for deg (komme hjem)? Pasient: Ja, men det er så langt framme at det tenker jeg ikke på en gang. Jeg tar liksom en time om gangen, du orker ikke å se fremover, for jeg tenker liksom kanskje jeg skal dø i morgen liksom (...) Ja, jeg tenker bare på døden jeg ikke sant, det er bare sånn, ja. ”

Dersom det var et motsetningsforhold mellom pasientens livsprosjekt og skjermingen, økte derimot konflikten, motstanden og tvangsopplevelsen av skjermingsmetoden.

For mange pasienter ble skjermingsopplevelsene preget av ønsket om å komme tilbake til sitt vanlige og ønskede livsforløp. I likhet med det som fremholdes innenfor ”recovery-forskningen”, kjempet de for å gjenvinne verdifulle sosiale roller i sin sosiale sammenheng som var tapt i forbindelse med innleggelsen. En pasient fortalte: ”Ja, det var jo noe av det jeg satt og tenkte på hele tiden, at hva er det i det huleste jeg driver med, eller hva gjør jeg her i det hele tatt, og jeg må komme meg fortest mulig ut her i fra, og begynne på skole igjen og begynne på det normale livet igjen da.” For pasienter med langvarige lidelser kunne skjermingsoppholdet innebære en trussel om ytterligere funksjonshemming og tap av sosiale roller. De kunne også frykte at innleggelsen på skjermingsrommet ville føre til langvarig institusjonsopphold. Innleggelsen på skjermingsrommet kunne oppleves som et sluttpunkt på en nedadgående prosess og beskrives som ”den verst tenkelige situasjon man kan ende i”. Innleggelsen i psykiatrien forsterket pasientenes sterke nederlagsfølelse.

Innelukkingen på skjermingsrommet kunne også føre til stor bekymring over egen tilstand og mulige galskap. Under mitt feltarbeid kom denne opplevelsen til uttrykk i spørsmål som ”Er dette et gærnehus?” Pasientene kunne også ha redsel for ikke å komme ut av skjermingsrommet eller posten igjen, som i bedrøvede utsagn av typen ”Jeg kommer aldri ut herfra igjen”. Noen pasienter var også bekymret for å miste sin betydning som menneske når de var innlagt på posten og på skjermingsrommet. De var redde for at innleggelsen ville føre til en personlig og sosial utslettelse.

Pasient: (...) Jeg er ikke noe redd for å komme hit jeg. Jeg er jo vant til å være her. Det er all righte folk her stort sett. Så jeg er ikke noe redd for det, men jeg er redd et system du ikke greier å komme deg ut av. Reidun: Uhm, at du blir lukket inne?

Pasient: At jeg blir lukket inne gang på gang på gang. Reidun: Ja. Pasient: Og alle mine ting blir stående der på stedet hvil liksom, hjemme og det som er da. Akkurat som jeg ikke er til... (stopper), det spiller ingen rolle hva de gjør med meg liksom.

En annen pasient fortalte at: ”Ja, det husker jeg, da tenkte jeg det at jeg håper at folk ikke glemte meg liksom, og bare være der og bli glemt liksom, gjemt bort, ja jeg fikk den følelsen faktisk.” Skjermingsrommet fremstod som et rom som innebar sosial marginalisering og eksklusjon. Pasientenes ønsker og kamp for å komme ut derifra

innebar også en kamp for å komme tilbake til en sosial rolle som en normal og sosialt deltakende person. Aktiv, sosial deltakelse bekreftet selvidentiteten på en positiv måte og inngikk som symbol på friskhet. På motsatt vis kunne den passive og isolerte pasientrollen fremstå som et sterkt, sosialt symbol på at man var syk, gal og verdiløs.

Skjermingsrommet ble av mange pasienter knyttet til en negativ selvopplevelse. For et par pasienter hadde skjermingsmetoden imidlertid også en mer positiv betydning som å "bli satset på" fordi postene investerte store personalressurser under skjermingen. En pasient opplevde også at skjermingssituasjonen ga mulighet til en sosial kontakt som vedkommende ikke selv klarte å etablere selv på grunn av de psykiske problemene. Skjermingsrommet kunne motvirke den totale sosiale isolasjon som hadde oppstått på grunn av lidelsen i seg selv. Den tette relasjonen til personalet inne på skjermingsrommet utgjorde et første skritt på vei ut av den sosiale isolasjonen: "Jeg tror nok det var bedre å være på skjermet fordi der hadde jeg tross alt personalet da, for jeg pratet ikke med de andre, jeg var så usikker på meg selv og langt nede og jeg sa så lite, så om jeg hadde vært ute med de andre, så hadde ikke det vært noe." Utskrivelsen av skjermingsrommet førte da til en følelse av "forlatthet" når pasienten skulle klare seg på egen hånd i det åpne miljøet ute på posten.

Selv om skjermingsoppholdet fremstod som et sluttpunkt og en ventesituasjon, representerte skjermingsrommet for mange pasienter også en begynnelse for det å komme videre og realisere egne livsprosjekter. Viljen til dette var tilstede hos mange. De ønsket å komme tilbake til normale sosiale roller i familie og arbeidsliv, eller å realisere et godt og sosialt liv som uføretrygdet i egen bolig. Noen strevde derfor med spenningen mellom fremtidsønsker og sorgen over lidelsens faksisitet som begrenset mulighetene for å realisere disse ønskene (Estroff 1985).

Pasientene fortalte også at de hadde behov for dialog og aktiv oppfølging fra personalets side for å realisere sine livsprosjekter. Protesten mot skjerming skyldtes derfor ofte at innelukkingen på skjermingsrommet og de begrensede samtalene der i liten grad ble oppfattet som hjelp til det å skape seg et mest mulig normalt sosialt liv utenfor institusjonen. Skjermingsrommet fremstod som en hindring for å nå egne mål. En pasient forklarte sin protest mot å være på skjermingsrommet slik: "Ja, jeg blir forhindret alt det jeg har satt opp som et mål for meg for å komme videre og for å

komme inn i et arbeid.” En pasient med flyktningbakgrunn oppsummerte skjermingssituasjonen på en kortfattet måte som gjenspeiler flere pasientfortellinger:

I don't want to be sit in, hold in ..., I want to walk, I want to speak something... to work every day, 100 percent. I don't want to sit in a room silent, I want to be where I can meet somebody, but when lonely, I get sick. In (bosted) I am lonely.

En del pasientene var altså negative til skjerming fordi de mente metoden hadde liten behandlingmessig verdi og ikke ivaretok deres normale ressurser og kamp for å komme videre i livet. Pasientenes protester mot å være innelukket på skjermingsrommet gjenspeilte ikke nødvendigvis mangel på sykdomsinnsikt, men snarere tegn på friskhet, vilje til fremdrift og mestringsressurser. En ensidig vekt på ro fra personalets side kunne derfor underbygge en unormal og uheldig passivitet. Som en pasient fortalte:

Du skulle liksom komme deg helt ned, å være rolig og ikke si imot og ikke være sint, alt dette der, det er veldig viktig, har jeg inntrykk av. Du skulle ikke reagere, men det er jo litt farlig da at du ikke skal reagere, du må jo reagere, det må du jo ute i samfunnet, da må du jo reagere.

Den manglende responsiviteten overfor pasientenes prosjekt og innholdet i pasientens protest mot skjerming kunne også motarbeide pasientens normale behov og mestringsforsøk. Grunnet skjermingens sterke vekt på begrensning av pasientenes handlingsrom kan normalitet bli et problem. Motsetningen mellom pasientens mestringsforsøk og personalets respons reduserte skjermingsoppholdets behandlingmessige funksjon.

11.5.4 Den avmektige pasientrollen og opplevelsen av fysisk kamp med personalet som vold

I likhet med isolatpasienter beskrev de fleste pasientene på begge poster pasientrollen på skjermingsrommet som en rolle uten makt eller medvirkningsmuligheter (se pkt. 1.3.1, Wadeson 1998:200, Meehan m.fl. 2000). Avmakten bidro til å forsterke opplevelser av skjerming som innesperring, straff og tvang. Avmaktsopplevelsen kom frem i utsagn som: ”Der har du ingen ting du skal ha sagt”, ”Ingen myndighet”, ”Ingen påvirkningsmuligheter”, ”Helt utlevert til personalet”, ”Være styrt”, ”At andre tar fra deg kontrollen”, ”Å miste friheten sin”. Pasientrollen var preget av ”å måtte be

om alt”. Man var overlatt personalets forgodtbefinnende. En pasient fortalte: ”Nei, du hadde ikke noe mulighet til å bestemme selv, det var de som bestemte for deg.

Reidun: At du er litt overlatt til dem da på en måte? Pasient: Ja, du er jo det.”

Det å bli fratatt alle eiendeler bidro også til å forsterke opplevelsen av skjerming som en diskrediterende situasjon preget av avmakt, passivisering og barnliggjøring siden pasienten fikk få selvstendige handlingsmuligheter. De ønsket å gjøre mer selv:

Pasient: Ja, du kan ikke gå i hylla di uten videre ikke sant, du må be om, jeg synes at, men det er det skjerminga er, men jeg synes at det kunne vært et kjøkken på skjerminga, at man liksom, at maten, at man kunne stelt maten, at man kunne laget seg to brødsriver selv og så liksom, men jeg vet ikke helt hvordan, om jeg er helt på bærtur nå, men... Reidun: Men det er jo fint å få disse forslagene også, du gjør deg jo noen erfaringer vet du. Pasient: Ja. Reidun: Men, jeg tenkte på. Synes du at det gjorde at du ble mer, hva gjorde det med deg at du hele tiden måtte gå til personalet? Pasient: Jeg følte meg, at jeg var i barnehagen, liksom, at ja, at du hele tiden måtte: ”Kan jeg være så snill å få litt krem nå”, liksom, ”Kan jeg være så snill å få et glass vann”, ikke sant. Det var sånn, veldig mye sånn.

Flere pasienter fortalte også at de kunne oppleve den fysiske tvangen som vold.

Denne glidende overgangen mellom fysisk tvang og vold er også påpekt av Luhmann (1979) mer generelt. Disse opplevelsene viste seg hos en eldre, kvinnelig pasient som fortalte at hun hadde hatt flere mannlige personale rundt seg som førte henne inn på rommet. Hun beskrev situasjonen som å ”bli tatt”. Også andre pasienter fortalte at de opplevde at personalet ”kastet seg over” dem i sin iver etter å overholde restriksjonene. Pasientene ga også uttrykk for at de kunne frykte angrep fra personalets side. Som pasienten som nektet å levere fra seg heklenålen: ”...og da jeg (litt latter), altså heklet på noe, og så ble han (pleieren) bare verre og verre, også var heklenålen inne i plagget da, og det var jo, jeg tenkte, dette er det eneste jeg har å verge meg med hvis han skulle bli brutal.”

Opplevelse av vold viste seg også i en klage til kontrollkommissjonen fra en pasient som flere ganger hadde vært i håndgemeng med personalet på skjermingsrommet: ”På dette sykehus er det mye voldsmenn. Og voldskvinner. (...) De slår meg...”. Flere andre pasienter opplevde at de ble for ”hardhendt” behandlet av personalet i skjermingssituasjonene (se også Wynn 2004). Ikke bare personalet, men også pasientene kunne bli skadet og få blåmerker, sår og smerter i muskulaturen. Voldsspørsmålet i psykiatrien handler dermed ikke bare om personalet. Den fysiske

kampen kan forstås som en gjensidig ”voldeliggjøring” av samhandlingsrelasjonen mellom personale og pasienter som også kan skyldes tvangen og konfliktnivået ved innelukkingen og restriksjonene. Både personalets og pasientens opplevelse av vold ble forsterket dersom de opplevde mistillit og avmektighet i situasjonen.

Innesperringen og avmakten kunne dermed føre til en økt opplevelse av skjerming som vold og krenkelse hos noen pasienter.

11.5.5 Tap av pasientfellesskapet

Selv om pasientene hadde ulike ønsker om kontakt med medpasienter (se pkt. 9.2.3), ga de i intervjuene uttrykk for ønske om mer sosial kontakt med andre pasienter. Isolasjonen og tapet av pasientfellesskapet bidro til å forsterke opplevelsen av skjerming som sosial isolasjon og straff. De fremhevet hvor viktige medpasientene hadde vært under skjermingsoppholdet. Pasientfellesskapet ble dermed vurdert som mer positivt av pasientene selv enn av personalet, og pasientene hadde større toleranse for medpasienters problemer enn det personalet antok (se pkt. 7.6). Medpasientene kunne bidra til å fylle den langsomme og kjedsommelige tiden på skjermingsrommet og gi positiv selvbekreftelse. Studier har vist at det å kunne gi gaver eller å være i en giverrolle har stor betydning for positiv selvidentitet hos personer med psykiske lidelser (Borg og Topor 2003). På samme vis opplevde flere sosialt utadvendte skjermingspasienter at de fikk en positiv bekreftelse på egen verdi dersom de kunne hjelpe eller trøste medpasienter:

Pasient: Jeg synes at når jeg fikk lov til å prate to –tre ord med de andre pasientene, så synes jeg at det hjalp veldig, det hjalp både de andre pasientene og meg. Det var en asylsøkerdame der også. Hun også snakket så vidt med meg, og jeg fikk en god følelse, og da hjalp jeg henne når hun snakket ikke sant, fordi hun snakket ikke så veldig godt norsk. Så det var slik ”du snill jente, ja takk” ikke sant. Og for så vidt før jeg dro ut med henne som er på åpent nå, hun så jeg ganske syk også som kastet stoler og sånn, men etter hvert når hun og jeg pratet sammen så hadde vi mye til felles.

Reidun: Uhm, og det er viktig å snakke sammen? Pasient: Ja, det er viktig noen ganger at vi også kan få lov til å sitte på dagligstua og kanskje ha kontakt, det å sitte og snakke sammen, og liksom, hvis den pasienten er i god nok form, men nå er jeg såpass ung og går inn på skjerminga og det er litt annerledes tror jeg. Reidun: Hva da annerledes? Pasient: Nei, er du ung så er du mer aktiv, du har lyst til å gjøre ting. Det jeg gjorde var å spille kort ikke sant. Reidun: Det blir enda kjedeligere? Pasient: Enda kjedeligere, og det å vente og ikke få snakke med andre pasienter, og sitte taus liksom, og ikke få prate så veldig mye og jeg synes ikke som sagt at ansatte forstod meg så veldig mye når jeg var på skjerminga.

Medpasienter kunne også erstatte manglende dialog med personalet. Pasientenes positive opplevelse av fellesskap med medpasienter førte til at flere av dem var sterkt uenige i regelen om at de ikke skulle få snakke med andre pasienter. En pasient sa dette: ”At vi ikke fikk prate med hverandre? Ja, det var jo bare tull, det kommer kanskje litt an på hva du prater om, det kan jo være.” Restriksjonene var for strenge og uhensiktsmessige.

11.5.6 Skjermingsrommets arkitektoniske og interiørmessige utforming

Den sosiomaterielle utformingen av rommet hadde en viktig symbolsk betydning som bidro til å påvirke skjermingsrommets meningsdimensjon for pasientene (se pkt. 7.2). Ifølge stimuliideologien skulle et stimulifattig rom ha en terapeutisk effekt på den psykiske lidelsen. Flere pasienter fortalte derimot at skjermingsrommets nakne preg inngikk i opplevelsen av skjerming som fengsel og straff. Pasientrommet fremstod som en ”glattcelle”, og fraværet av normalt hyggelig interiør forsterket opplevelsen av å bli betraktet som unormale og utstøtte personer.

Pasient.: Jo, det kunne vært litt mer bilder, litt mer farger der inne, det hadde gjort ikke sant, for når du er der inne, sitter i senga di og ikke får sove og ser deg rundt og så er det akkurat som du sitter inne og har gjort en forbrytelse og du sitter inne på en glattcelle ikke sant. Men hadde det vært et bilde eller, jeg vet ikke helt, noe farger eller et eller annet sånt noe, så hadde kanskje ikke jeg blitt redd i det hele tatt for å være der inne heller ikke sant. Reidun: For du tror ikke du hadde blitt dårligere av å se på et bilde? Pasient: Nei, nei, nei.

En annen pasient fortalte fra oppholdet på skjermet avsnitt ved et annet sykehus i landet som hadde jerndør til åpen del av posten. Vedkommende opplevde det som ”skummelt og creepy”. Arkitekturen forsterket opplevelsen av å være alene og ”stuet bort” som i et fengsel. Det nakne rommet ble et symbol som understøttet følelsen av skjermingsrommet som fengsel. Dette stod i motsetning til behandlingsintensjonen.

Det var ingen pasienter som mente at de nakne rommene hjalp dem til å roe seg, samle seg eller å bli bedre. Om rommene har en indirekte behandlingsmessig betydning, er usikkert. ”Reidun: For du hadde ikke blitt mer stresset av at du så et bilde som var hengt opp eller? Pasient: Nei, da hadde jeg kanskje sett på bildet da kanskje. Reidun: Så du hadde ikke blitt stresset? Pasient: Det kan jeg aldri tenke meg.” To av pasientene fortalte imidlertid at de ikke klarte å skille mellom fantasi og

virkelighet i en avgrenset periode. Flere fortalte at det nakne rommet forverret tilstanden og angsten fordi de mistet muligheten til å feste tankene på noe annet enn sitt indre og sin vanskelige situasjon. Dette førte til opplevelse av tap av kontroll som likner tilsvarende fortellinger hos isolatpasienter (Meehan m.fl. 2000:374). En pasient på post B beskriver det slik:

Reidun: (...) For behandlingssideologien sier, eller det man tenker, er at det hjelper pasientene det å ikke ha noe på veggene, at det ikke er stimuli. Pasient: Alle er ikke sånn. Reidun: Nei, og jeg spør fordi det er en sånn forestilling som personalet har, og det er jo interessant om stemmer det faktisk? Pasient: Det stemmer ikke for meg. Reidun: Det er det så mange pasienter som sier, at det hjelper ikke. Pasient: Det gjør det mye verre. Reidun: Det skaper tankekaos og de blir redde. Pasient: Uhm. Reidun: Fordi de ikke har noen sted å hvile tankene på. Pasient: Nei. Reidun: Kjenner du deg igjen i dette? Pasient: Ja, jeg kjenner meg veldig godt igjen i dette fordi det er noe av det verste som er gjort mot meg de gangene jeg har vært på skjerming altså, og ikke ha noe, helt kalde vegger.

Belterommet på skjermet avsnitt kunne også bidra til å skape angst fordi rommet utgjorde et kraftig symbol som forsterket skjermingsrommets skremmende karakter, og gjorde pasientene redde for at de ville bli utsatt for mer tvang. Rommet kunne også føre til fantasier om overgrep grunnet deres lekmannsforestillinger om psykiatrien slik denne var formet av media:

Pasient: Vet du hva, jeg så det og så så jeg og hørte jeg. Jeg husker det belterommet, jeg var veldig redd det belterommet altså, jeg fikk sjokk når jeg så det. Og jeg husker at jeg ikke fikk sove noen netter, fordi det kom i drømmen min at jeg var på det belterommet altså, Fordi jeg begynte å tenkte litt amerikansk også, med strøm også, og jeg trodde at de hadde strøm der inne også. Reidun: Uhm, sånn elektrosjokk. Pasient: Ja, sånne elektrosjokkgreier, og jeg ble helt sånn, (...) Samtidig kunne jeg ikke gå ut derfra fordi de var så strenge på at du ikke skulle gå ut fra rommet ditt, enten på rommet eller på daglig. Så var det jo sånn på den planen vet du, at nå er klokka 12 så nå må du gå og sove ikke sant, selv om du ikke er trett, så må du gå og hvile nå. Det var sånn.

11.5.7 Relasjonens betydning for pasientenes opplevelser av skjerming

Pasientens opplevelser bekreftet at samhandlingsrelasjonene og den sosiale responsiviteten inne på skjermingsrommet påvirket deres opplevelser av skjermingsmetoden som behandling, kontroll og tvang (se pkt. 3.4.6). Dette samsvarer også med det som er skrevet i tvangs- og isolatforskningen (se bl.a. Meehan m.fl. 2000:374, Martinez m.fl.1999, Olafsson 2000).

I likhet med hva jeg observerte, opplevde pasientene at personalet var forskjellig. De varierte mellom å være ”hyggelige”, ”strenge” eller ”snille”, og mellom å være svært hjelpsomme til å være avvisende. Pasientene fortalte også at relasjonen til personalet på skjermingsrommet kunne være preget av dobbelthet. Denne dobbeltheten gjenspeiler skjermingsmetodens flertydige karakter som behandling og kontroll. På den ene siden representerte personalet hjelp, trygghet og sosial kontakt. På den andre siden ble pasientenes relasjon til personalet påvirket av det underliggende tvangsgrunnlaget inne på skjermingsrommet. Det motsetningsfylte, strukturelle grunnlaget for relasjonen bidro til å skape et spenningsforhold som kunne oppleves belastende for pasienten på samme vis som for personalet (se pkt. 10.2 og 10.4). En pasient beskriver dette slik:

Altså, du kan si at det (skjerming) er ment godt og noen ganger er det godt, men for noen oppleves det at det skapes en spenning der i forhold til den som skal skjermes og de som skjermer, som mange, som er uhyggelig noen ganger. (...) Til slutt blir det utålelig den faktiske opphøyde situasjonen som de som sitter der og passer på har i forhold til den som ligger der og de premissene som hele tiden legges for at, og som gjør det faktisk umulig å kommunisere sånn at man blir forstått.

Pasientene fortalte, i likhet med det som fremkom av observasjonene inne på skjermingsrommet, at de regel- og avtalebaserte kommunikasjonsformene på skjermingsrommet fikk stor betydning for deres opplevelse av skjermingsmetoden som tvang, krenkelse og en diskrediterende form for kontroll. Den sterke reguleringen kombinert med strenghet og manglende dialog førte til at behandlingsaspektet ved skjermingsmetoden forsvant. Disse oppfatningene var stabile hos pasienter over tid, og kritikken økte i styrke etter utskrivelse. Reglene klarte dermed ofte ikke å formidle verdighet og trygghet til pasientene slik den grensesettende og korrigerende skjermingsideologien fremhevet. Antakelsene om at pasientene ber om eller trenger strenge grenser og korrigerende, slik dette fremkommer i den grensesettende og korrigerende skjermingsideologien og hos ansatte med regelorientert rolletype, ble i liten grad bekreftet av pasientene. Pasientenes negative oppfatninger av rigid regelbruk samsvarer med tidligere studier av sykehusene, hvor den rigide regelbruken førte til stor misnøye fra pasientenes side (se bl.a. Caudill 1958:208). Regelbruken gjenspeiler dermed en kontinuitet tilbake til asyltradisjonen og diskuteres også i nåtidige internasjonale og nasjonale studier (se bl.a. Myhrer 1993 i Holte 2003, The Sainsbury Centre for Mental Health 1998, se også pkt. 1.3.1).

Den strenge overholdelsen av de omfattende reglene og avtalene bidro til å underbygge opplevelsen av skjermingsmetodens betydning som fengsel og straff og kunne også føre til motstand og mistillit overfor kontrollen fordi den ble oppfattet som barnliggjørende eller av liten behandlingsmessig verdi. De bekreftet i liten grad pasientens normale og voksne identitet. I likhet med personale med fleksibel rolletype var det ofte vanskelig for pasientene å se hensikten med reglene (se pkt. 5.9.1). Dette viste seg i utsagn som: ”Tull”, ”Høl i hodet”, ”Ser ikke poenget, men de har sikkert et poeng.”, eller: ”Den skillelinjen der (mellom åpnet og skjermet avsnitt), den skjønner jeg meg ikke på, den virker veldig ulogisk på meg.” Den detaljerte regelbruken virket forvirrende og kunne gi en følelse av latterliggjøring: ”Det virket som de tøyset med meg, rett og slett.” Den kunne også underbygge opplevelsen av mangel på normalitet, som i en pasients opplevelser da hun ble stoppet fysisk når hun skulle ta en røyk:

Pasient: Men i og med denne tvangen så blir jeg også litt vrang. (...). Jeg kunne ikke se, i hvert fall ikke da, nødvendigheten i det. Jeg kan ikke se det når jeg tenker tilbake på det nå heller jeg. (...) Og det er sånn som nesten er uvirkelig vet du når jeg tenker tilbake på det. Reidun: Synes du det var nødvendig å stoppe deg da? Pasient: Hvorfor skulle han det? (pause) for jeg mener jeg røyket jo ikke i et kjøp, jeg drev og skulle trappe ned røykinga mi jeg, mens jeg var der, (...) Men det er klart at når du blir stoppet så føler du (pause), nei hva skal jeg si, (pause) ikke klok for å si det sånn (litt latter). La oss si det sånn at dersom jeg tar en røyk her nå så stopper du meg, jeg får ikke lov til å gå på terrassen å ta meg en røyk.

Røykerestriksjonene bidro til å befeste skjermingssituasjonen som en unormal, sosial situasjon som brøt med vanlig sosial etikette og krenket deres normale voksne integritet.

Mange pasienter opplevde også den detaljerte kroppslige kontrollen gjennom reguleringen av deres fysiske bevegelsesrom som krenkende og umyndiggjørende, for eksempel i forbudet mot å være på gangen (se pkt. 7.6 og 9.4.1). Som en pasient fortalte: ” Ja, det var sånn at nå må jeg stå innenfor dørkantlinja og be om noe, og ikke ha foten utenfor, for da peker de med en gang og sier gå inn!” Noen pasienter, og særlig kvinner med maniske tilstander (på begge poster), fortalte at de opplevde seg føyset inn på pasientrommet: ”Ja, det synes jeg var helt forferdelig altså, da ble du bare dyttet inn vet du, dyttet inn igjen” (på pasientrommet). En pasient beskrev dette slik: ”Å bli føyset som om du er et lite barn som har stjålet kaker i bestemors kakeboks (pasienten hermer personale ved å snakke høyt og strengt): Så se å kom

deg!... Ja, det er veldig krenkende overfor en eldre, erfaren dame.” Samtaleformene bidro også til å understøtte opplevelsen av skjermingsmetoden som en disiplinerende form for kontroll fordi skjermingen ble redusert til et spørsmål om å være lydig og underdanig. Som en pasient forteller: ”Jeg var flink når jeg sa ”vær snill å få det” liksom, og spurte pent, og liksom stod innenfor og ikke stod i gangen og spurte, men enten på dagligstua eller på rommet. Det var når jeg begynte å bli frisk at jeg observerte sånne ting.”

Opplevelsene av krenkelse ved den kommanderende samtaleformen kunne bli forsterket av den begrensede samtalen eller taushet inne på det skjermede avsnittet. Disse kommunikasjonsformene bidro til å forsterke inntrykket av skjerming som en unormal og straffende situasjon som i liten grad bekreftet pasientens normale og verdige selvidentitet: ”Du ble jo nesten redd for å snakke til noen vet du (...) Ja, jeg følte det sånn, nå kommer det noen og sier fra: gå på rommet! (ler). Det er jo absurd! (ler høyt).” Krenkelsen ble forsterket av personalets taushet og manglende responsivitet. Som i denne beskrivelsen:

Etter hvert som jeg kjedet meg, og så var det det å føre den planen ikke sant, og jeg synes det er så barnslig at du skal føre en slik plan og gå etter den planen. Hvorfor ikke bare.. og sånn når jeg spurte om ting så ble jeg ikke svart hver gang, det så du der også. De kan være, jeg synes at de bør være litt snillere i tonen når de snakker med pasienter som kommer inn og ikke skal være veldig sånn nei, ja, nei, ja personer, ”nei, det kan du ikke” og ”hvorfor står du der” ”inn eller ut” ikke sant.”

Den manglende responsiviteten bidro også til å understøtte skjermingsmetoden som kontrollerende straff og ikke behandling: ”Det er jo ingen behandling, du sitter der jo fordi du ikke skal ha inntrykk, ingen som snakker til deg. Personalet sitter jo der utenfor på gangen og du er inne alene på rommet. Sitter jo bare der i et avlukke og har ingen å snakke med.”

Pasientintervjuene bekreftet også i likhet med hva Goffman (1961:40) fant i sin studie, at be om- og ventemønsteret på skjermet avsnitt, førte til opplevelsen av å bli satt i en underdanig og ydmykende rolle som var krenkende og unaturlig for et voksent individ. Denne opplevelsen av krenkelse ble forsterket dersom personalet ignorerte og sykeliggjorde deres forespørsler om helt vanlige goder:

Pasient: Så ber du om papirer for å klare å holde ut, og for meg er det noen ganger en veldig påkjenning å være der. Så ber du om papirer for å skrive noe, så nektes du det, for da skal du være en total farlig fange da plutselig, og da får du ikke en gang papirer til å skrive på en gang, og så vil man bare sitte stille en time og faktisk prøve å roe seg ned, og være rolig i forhold til situasjonen, man ønsker det selv og andre ønsker det, og en er klar over det. Så ber man om papir, så får man avslag, ikke sant. (...) Så er det forskjellige avtaler. Først er det sånn at det må være så lenge før du får røyk og kaffe ikke sant, og hva skjer da? (...) Så da, så blir han bare borte, han skulle hente kaffe til meg (...) Så kommer han endelig tilbake og så spør jeg ”hvorfør fikk jeg ikke kaffe da?”, ”du skal lære deg å vente”. Så var det noe med at det var behandlingen at han skulle vise ignoranse og bare prate med andre som han så i døråpningen, og det er en sånn kyniskhet. Reidun: At du skulle lære å vente da? Pasient: At han er rått innmari mot meg, det er et ledd i behandlingen, det er sånn som ikke hører med til vanlig folkeskikk i det hele tatt. (...) Altså det at menneskeverdigheten, dette er stjålet, og så vurderingsmessig så sier du, dette er uhyrlig, dette vil du ut av, og så har man ingen mulighet til å komme ut av det.

Som det fremgår av sitatet kunne skjermingsideologiens psykodynamiske tenkning om pasienten som et umodent barn som trenger å lære behovsutsettelse, bli benyttet på en måte som underbygget pasientens opplevelse av diskreditering og krenkelse.

De kontrollpregede samhandlingsformene på skjermingsrommet kunne også representere speilbilder som fikk en fremmedgjørende og dehumaniserende effekt. Pasientene opplevde seg ofte kun betraktet som sykdom. De kunne også føle seg behandlet som en ting eller som et dyr:

Etter hvert som man begynner å bli frisk er det veldig irriterende å være inne på skjerminga, fordi du føler deg som en dukke som blir kastet hit og dit og blir matet, ikke sant, men når jeg ikke var frisk, så kanskje jeg trengte å være der, men det kunne vært litt forandring å ta en luftetur kanskje, men det er fare for å rømme da ikke sant, men det kommer jo an fra pasient til pasient ikke sant. Nå er ikke jeg lik alle de andre på skjerminga. Det kommer an på hvorfor man har kommet dit ikke sant.

En annen pasient i transportbelter sa: ”Se hva de gjør med meg! Jeg er som et dyr i skogen.” Opplevelsen av dehumanisering ble forsterket av den sosiale isolasjonen på skjermingsrommet: ”Det er ikke et liv liksom, du kan ikke leve på den måten, du må, du er avhengig av kommunikasjon med andre mennesker, ikke sant.”

Som det fremkommer i sitatene ovenfor, kunne pasientenes opplevelser av krenkelse også bli forsterket fordi de opplevde seg behandlet med mistillit og betraktet som farlige uten at dette var tilfelle. Pasientene ønsket sosial orden på posten og at personalet hadde kontroll over stor uro og aggresjon for å føle seg trygge. En pasient

som strevde med sinne, aksepterte også i større grad sikkerhetstiltakene: ”Noen ganger så blir man så sint at man ikke vet hva man gjør, ikke sant.” Den generelle farlighetskonstruksjonen av skjermingspasientene som var innbakt i arkitekturen og samhandlingsformene gjorde samtidig at pasienter som ikke var farlige, og som var innstilt på tillitsfullt samarbeid, opplevde seg diskreditert. Den sosiale identiteten som ble nedfelt i skjermingsorganiseringen samsvarte ikke med deres personlige identitet. Dette underbygget opplevelsen av kriminalisering og stigmatisering (jf. Goffman 1963b). Pasientene understreket i samtalene: ”Jeg er ikke farlig.” De mente også at sikkerhetsreglene var for lite differensierte i forhold til skjermingspasientenes forskjellighet: ”Men det er jo klart at noen som er der, er jo veldig aggressive og der må det jo litt større tvang til, det skjønner jeg jo, men andre er jo ikke det.” Den manglende differensieringen bidro til å underbygge mer generelle farlighetskonstruksjoner som igjen reduserte den behandlingmessige responsiviteten overfor pasienter som ikke var farlige.

Den strenge kontrollen og regelorienteringen kunne også forsterke den indre subjektive lidelsen fordi den økte uroen ved å skape utrygghet, stress og angst. I tillegg kunne den føre til opplevelse av forknytthet, mistriivsel og motstand.

Reidun: Er om strengheten hjelper? Pasient: Nei, det hjelper ikke, det gjør det ikke, jeg synes nesten det blir verre jeg. Reidun: Hva betyr det, at du blir stresset da eller? Pasient: Ja, at du blir nesten mer urolig av det, du får nesten ikke lov til å være deg sjøl på en måte, eller sånn, altså at de deler liksom opp røyken, så får du (ler igjen) en av de, så mange får du lov til å røyke i dag, nei, det var ja. (...) Jeg tror ikke det hjelper å være streng jeg.

Det å bli fratatt eget handlingsrom kunne også gjøre at pasienten mistet muligheten til selv å mestre sin egen angst, for eksempel gjennom å røyke. Som en pasient forteller: ”På grunn av at det var mange ganger at jeg var så nervøs ikke sant, å få angst ikke sant, særlig for det å ta en røyk ikke sant, for å slappe av, og de sier nei, nei, nei, du må vente en halv time eller du må vente et kvarter, da ble jeg veldig mye mer nervøs.”

Den sterke reguleringskontrollen av pasienten og de kommanderende og strenge samtaleformene kunne også virke provoserende. Forventningene til urolig og utagerende atferd som lå innbakt i skjermingsorganiseringen og

kommunikasjonsformene, kunne føre til at pasientene opptrådte på en måte som førte til selvoppyllende profetier fordi de ble sinte over krenkelsene:

Pasient: Jeg synes at de heller, i stedet for å si, enten inn på rommet eller du får ikke stå i gangen, og var veldig sjefete, det gjør deg mer sint. Reidun: Er det det som skjedde at du ble sint? Pasient: Ja, jeg ble mer sint inne i meg, og jeg ble veldig irritert på dem enkelte ganger, men jeg tok ikke helt av som de andre pasientene gjorde, de sa at de ble gærne og begynte å kaste senga og stolene og sånn, det gjorde ikke jeg.

De restriktive kommunikasjonsformene bidro til å gi skjermingsmetoden preg av disiplinering og dressur som ikke ble opplevd som å ha behandlingsmessig effekt.

Pasientene fremhevet på den andre siden at en mer omsorgsfull og forståelsesfull kommunikasjonsform kunne skape mer trygghet og ro:

Reidun: (...), eller skjer det noe med deg avhengig av hvordan personalet er, merker du at du hadde vært annerledes avhengig av det? Pasient: Ja, det tror jeg er rimelig riktig altså, at du, hvis det er noen som er, eller som har noe ømhet i seg eller litt forståelse, litt mer enn akkurat det som står i papirene ved innleggelsen, ikke sant, for det vet de vel kanskje, så tror jeg det vil være en stor fordel, ja, Reidun: At du hadde sluppet mer av? Pasient: Ja, det tror jeg, det tror jeg, faktisk.

På samme vis fortalte en pasient at personalets aktive tilstedeværelse på post B reduserte straffeopplevelsen og gjorde at skjermingssituasjonen i større grad fremstod som en behandlingsrelasjon enn hva tilfellet var på et annet skjermingsavsnitt hun hadde vært fordi ”personalet er tilstede, her eller der ute, og viser interesse”. Personalets omsorgsfulle og aktive respons økte opplevelsen av skjerming som behandling, selv om den ikke overskygget den tvangsmessige innelukkningen.

11.6 Ønsker om andre organiseringsformer og metoder

Siden det å komme ut av skjermingsrommet og videre med livet sitt var en hard kamp for pasientene, etterspurte de forståelse for de problemstillinger de stod overfor og en mer optimistisk og pågående holdning hos personalet. Ønskene kan fortolkes som at pasientene ønsket en styrking av den behandlingsmessige funksjonen og den behandlingsmessige responsiviteten i stedet for ensidig vektlegging av atferdskontroll. Ønsket om mer aktiv behandling omfattet skjermingsmetoden og postens behandlings- og pleiearbeid mer generelt. Flere pasienter sa det var viktig at

personalet aktivt fulgte opp og ”tok fatt i ting” som måtte ordnes, for eksempel regninger. Pasientene ønsket også at personalet gikk inn som engasjerte samarbeidspartnere for å hjelpe dem å skape en god fremtid og realisere sine livsprosjekter. De ønsket mer positiv fokusering i samarbeidet med personalet:

Ja, snakket mer ordentlig til og at du faktisk får jobbet. Det handler om oppmerksomhet mot din fremtid, og at det skal lykkes for meg i forhold til familie og mine omgivelser og alt mulig, og at vi får tro på dette her. Er ikke det som det er for mange her da, at de har oppgitt troen på livet da?

Pasienten ønsket også en mer aktiv holdning hos miljøpersonalet på skjermet avsnitt enn den passive personalrollen på gangen:

Jeg skjønner liksom ikke hvorfor de skulle sitte der og ikke prate og ikke ha litt omtanke med de innenfor de tre dørene, det skjønner jeg ikke. Fordi de sitter jo der, det kunne vel vært bedre og prate litt med de som var inne på rommene, de som trengte de.

Mange pasienter fremholdt at det var viktig å styrke kommunikasjonen med personalet for å skape en bedre behandlingssituasjon. Selv om kontrollkommisjonen og advokaten var viktige for å gi mulighet til å protestere over tvangen, kunne ikke kontrollkommisjonen løse pasientenes behov for bedre samtaler med personalet. Som en pasient innlagt for første gang forteller:

Pasient: Men jeg synes legen og sånn, og det var dårlig kommunikasjon og jeg snakket med noen andre også der (i akuttposten), andre pasienter, en gutt som ble lagt inn, og han også sa at ”de folka her gjør meg gærne, ikke sant, de skjønner meg ikke”. Og da hjelper det ikke at fire kontrollkommisjonsmennesker kommer inn og spør ”vil du være her” liksom. Reidun: Det er ikke det som er poenget? Pasient: Nei, det er ikke det som er poenget. Poenget er å vite bakgrunnen til at du sitter der inne og skal begynne å.. Du skjønner hva jeg mener, grunnen til at du er der, det er det som er problemet, ikke fordi dørene er låst, ikke sant, og at du skal (går i stå), nei jeg vet ikke helt jeg.

Det var altså større behov for å styrke institusjonens behandlingsmessige funksjon ved bedre kommunikasjon med personalet enn ved juridiske formaliteter.

I likhet med hva man finner i en rekke undersøkelser, ønsket også disse pasientene mer respektfulle, omsorgsfulle og dialogbaserte tilnærminger fra personalets side for å redusere den subjektive lidelsen (se bl.a. Olofsson 2000, Björkmann m.fl. 1995, Hafstad 2000, Rådet for psykisk helse 2004ab, Goodwin m.fl. 1999, Meehan m.fl.

2000, Martinez m.fl.1999, LeGris m.fl. 1999, Kogstad 2004, Lorem 2005). Mange pasienter opplevde at personalet på akuttpostene hadde en for ensidig fokusering på sykdomsproblemer og tvang. De ønsket en mer tillitsfull, anerkjennende og frivillig tilnærming fra personalets side, som inkluderte deres voksne selvidentitet og ressurser. En pasient beskrev dette slik: ”Og en helt annen måte å forholde seg til dette på, at det ikke var den veldig skremmende faktoren, at det var så negativt.”

Pasientene ønsket også at personalet inngikk i en mer åpen dialog hvor de forsøkte å forstå pasienten. Som en pasient selv sier det:

Reidun: Hva hadde vært viktig hvordan de var mot deg, hva hadde hjulpet deg best?
Pasient: Jeg vet ikke, jo de kunne pratet på en bedre måte, de kunne prøvd å forstå både meg og situasjonen min, og at jeg hadde det så gørrkjedelig. At de kunne prøvd å finne på noe eller i det hele tatt, at vi kunne gjort noe sammen, men det var bare å sitte der, og så kom de bort og pratet med deg i fem minutter og så går det bra, ditt og datten og så går de igjen, det var på en måte ikke noen kommunikasjon mellom pasientene og personalet i det hele tatt.

De etterspurte også mer positive samhandlingsritualer som bekrefter deres verdige selv og håp om å tilbakevenne til et normalt liv. Dette kunne være omsorgsfulle forsikringer som for eksempel at ”alt ville gå bra”, spørsmål om hva de selv ønsket og en klem fra personalet hos noen. Pasientene ønsket mer også mer innflytelse og å bli hørt når det gjaldt eget behandlingsopplegg.

I arbeidet med pasientenes livsprosjektet fikk også legene stor symbolsk betydning for skjermingspasientene. Legene representerte muligheten for å komme ut av skjermingsrommet og videre i livet. Autoriteten i legerollen gjorde også at legenes forsikringer om at de ville bli bedre, hadde stor symbolsk kraft. Dette kunne redusere pasientenes angst for å forbli syk eller frykt for egen galskap. Som en pasient forteller:

Ja, at de (legene) gjør noe for at du skal komme videre, at du skal komme ut og ikke være på skjermnet, det er klart, det er vi veldig opptatt av, i hvert fall var de jentene eller kvinnene der inne det ja. Ja, akkurat det var det viktigste og komme over hit (på åpent avsnitt) og herfra da ut, og som dagpasient.

Pasientene ønsket mer aktive samtaler med legene. De opplevde at samtaler med leger som hadde fremstått som ”sympatiske” og aktivt interessert i deres situasjon, og i at de skulle komme videre, var til god hjelp. Mange av pasientene fortalte at de savnet

kontakt med legen mens de var på skjermingsrommet, og klaget over at samtalene ble for avgrensede og kortvarige. Mer aktive og dialogorienterte leger kunne bidra til å styrke behandlingsfunksjonen.

Flere pasienter etterlyste også, i likhet med isolatpasientene i de ovennevnte studiene, alternative tiltak og behandlings- og pleiemetoder før innleggelse på akuttposten, innenfor spesialisthelsetjenesten og innenfor akuttposten (se pkt. 1.3.1).

11.7 Avslutning

Pasientenes opplevelser av skjermingsmetoden bidrar til å underbygge antakelsen om at skjermingsmetoden kan få et flertydig preg av både behandling og kontroll, selv om tvangsaspektet var langt større enn det skjermingsideologiene fremhever. Pasientenes opplevelser av skjerming som fysisk innesperring bekrefter at den strukturelle lukkingen av rommet var sentral for tvangsopplevelsen og kunne overskygge personalets omsorgsfulle og behandlingsrettede intensjoner. Pasientenes opplevelse av skjerming som tvang gjør at skjermingsmetoden får større likhet med isolatet enn hva skjermingsideologiene skulle tilsi. De gjenspeiler de samfunnsvitenskapelige antakelsene om institusjonens disiplinerende preg. Pasientenes fortellinger gjenspeiler samtidig også et større ønske om behandling og hjelp enn hva man tidligere har beskrevet innen den samfunnsvitenskapelige debatten. Pasientenes fortellinger viste også tydelig sykehusorganisasjonens responsivitetsproblem og behovet for alternativer for å styrke behandlingsdimensjonen. Dette vil jeg utdype i neste og siste kapittel.

12 Avslutning og aktualisering

12.1 Innledning

Formålet med denne avhandlingen har vært å studere den psykiatriske sykehusinstitusjonens spenning mellom behandling og kontroll gjennom en studie av psykiatriske akuttposter i dag. Dette er gjort ved en innledende litteraturstudie av skjermingsmetodens historiske fremvekst og profesjonelle kunnskapsgrunnlag fulgt av en etnografisk studie av to akuttposter. Studien av skjermingsmetoden er relatert til den tidlige samfunnsvitenskapelige debatten om spenningen mellom behandling og kontroll i sykehusene og er tenkt som et bidrag til debatten om sykehusenes utvikling på dette området etter de store reformene fra 1970-tallet. I tillegg kan studien være et utgangspunkt for diskusjon av behovet for å videreutvikle de samfunnsvitenskapelige perspektivene på sykehusenes praksis.

I dette kapitlet vil jeg samle trådene i avhandlingen i en avsluttende diskusjon. Jeg vil utdype min tenkning om responsivetsproblemet i sykehusinstitusjonen – et problem jeg anser for å være viktig når det gjelder spenningen mellom behandling og kontroll i institusjonen generelt og ved skjermingsmetoden spesielt. Til slutt vil jeg aktualisere noen implikasjoner av denne studien for videre forskning og spørsmål i tilknytning til organiseringen av dagens psykiatriske sykehusinstitusjoner.

12.2 Hva sier skjermingsmetoden om sykehusutviklingen?

Skjermingsmetoden vokste frem innenfor sykehusene på slutten av 1970- og begynnelsen av 1980-tallet som følge av utviklingen innen den psykiatriske vitenskapen og omorganiseringen av de psykiatriske asylene og klinikkavdelingene til en felles medisinsk spesialisthelsetjeneste med akuttposter og plikt til øyeblikkelig hjelp. Det oppstod et brudd med den sosioterapeutiske ideologien fra 1960- og 1970-tallet med innføringen av individbasert miljøterapi i sykehusene, hvor bruken av skjermingsrom vokste frem som en sentral metode. Skjermingsmetoden skulle også utgjøre et alternativ til det inhumane isolatet ved at personalet nå skulle være sammen med pasientene på rommet.

Den etnografiske studien av de to akuttpostene viser at postene er kjennetegnet ved både kontinuitet og endring sett i forhold til debatten om sykehusene på 1950- og 1970-tallet. Dagens sykehus er preget av langt bedre materielle og sosiale ressurser og aktive utviklingsprosesser. Min studie av akuttpostenes indre liv viser imidlertid at den praktiske behandlingen og pleien av pasientene var mer preget av kontinuitet enn det de store sykehusreformene skulle tilsi. Denne tendensen samsvarer med Jönssons (1998) historiske studie av den svenske sykehusutviklingen frem til 1970-tallet, som viser at sykehusenes indre praksiser ofte forble de samme tross de helsepolitiske programmene. Kontinuiteten har trolig sammenheng med flere forhold. Det tar lang tid å endre institusjonaliserte kulturer. I tillegg representerte ikke sykehusreformene på 1970-tallet og etableringen av akuttpostene og skjermingsmetoden et grunnleggende strukturelt brudd med asylens tradisjonelle behandlingssyn, teknologier og strukturelle tvangsgrunnlag. Selv om det var mange frivillige innlagte pasienter på postene, var den sosiale, institusjonelle dynamikken ofte mer rettet mot kontroll enn mot å slippe opp kontrollen (Sjöström 1997). Det var også mye bruk av tvangsmidler på disse postene, som på akuttposter forøvrig. Pasientenes sosiale og moralske status var muligens bedret, men fortsatt ofte lav. Den hierarkiske sykehusorganiseringen førte til at de hadde liten makt og innflytelse. Organiseringen kan dermed vanskeliggjøre, som tidligere, potensialet som ligger i sykehusenes økte materiellmessige og personellmessige ressurser (jf. Belknap 1956).

I likhet med tidligere studier fant jeg at den doble funksjonen som behandling og kontroll fortsatt skaper en underliggende spenning i sykehusinstitusjonen (Løchen 1965). Som i andre studier var også den indre virksomhet på de akuttpostene jeg studerte, preget av en "skjør sosiale orden". Den skjøre orden førte til et vedvarende strev med å bevare og gjenopprette en trygg og stabil sosial orden. I likhet med tidligere rom blir skjermingsrommets ordningsskapende formål tosidig: det skal beskytte pasienten selv mot skade og bidra til å gjenvinne pasientens indre orden. Samtidig skal den beskyttelse de sosiale omgivelsene mot pasientenes uorden. Som i de tidligere asylene tar akuttpostenes ordningsskapende arbeid form av en kontinuerlig prosess. Jönsson (1998: 176) beskriver dette slik etter å ha studert sykehusenes indre praksis over hundre år: "Varje dag, år ut og in, pågår ett arbeide med målsettingen att rekonstruera en ordning som aldrig har funnits och aldrig kommer att finnas, men som bör upprettas (...) Ordning är snarare ett slags praktik, en

process över tid.” Dette ordensproblemet følger sykehusinstitusjonens kontinuerlige praksiser også i dag. Institusjonens stadige strev for orden er også grunnlag for dens innelukkingspraksiser – og for pasientenes stadige motstand mot kontrollen.

Skjermingsmetoden gjenspeiler da den psykiatriske institusjonens ordningsskapende virksomhet og dette former dens grunnleggende spenninger og dilemmaer i tilknytning til behandling og kontroll. Postenes forsøk på å finne løsninger på ordensproblemet gjenspeiler også den psykiatriske institusjonens langvarige, praktiske dilemma: Hvordan skape en passe sosial orden - uten for mye eller for lite maktutøvelse og kontroll? Hvordan løse det sosiale ordensproblemet og arbeide med pasientenes atferd på mer aktive, behandlingsmessige måter uten å skape disiplinerende og straffende praksiser? Skjermingsmetoden viser også hvordan uroens og tillitens problem utgjør en del av den psykiske lidelsens elementære former. Hvordan løse problemet, eller lære seg å leve med det? Skal uroens problem løses gjennom sosial isolasjon eller sosial integrasjon av personer med psykiske lidelser?

Skjermingsmetoden viser også et interessant sosiologisk poeng om menneskets grunnleggende frie og sosiale natur. Det sterke ønsket om frihet, sosial tilhørighet og sosial delaktighet gjør at pasientene kjemper hardt for å komme ut til det sosiale fellesskapet – selv om dette kan føre til store personlige omkostninger med tvang og straff.

12.3 Skjermingsmetodens betydning og spenning som behandling og kontroll

I min studie kom skjermingsmetodens spenning som behandling og kontroll til syne på ulike måter.

Skjermingsmetoden spenning mellom behandling og kontroll gjenspeilte for det første at personale og pasienter har ulikt syn på metodens betydning. Som i den helsepolitiske debatten var det, på begge de to akuttpostene, en betydelig spenning mellom tenkningen om skjerming som god behandling og pasientenes protester og klager over skjerming som frihetsberøvelse, tvang og krenkelse.

Pasientene hadde noe ulik opplevelse av skjerming som behandling. Noen opplevde, som jeg skal komme tilbake til, positive sider ved å være på skjermingsrommet. Skjermingssituasjonen kunne også ta form av en spenningsfylt situasjon mellom behandling, omsorg og kontroll. Mange fortalte at de opplevde skjermingen som innesperring, fengsel, straff og krenkelse. Pasientene var mindre fornøyd med skjerming enn det som fremkommer i de danske spørreskjemaundersøkelsene (Kielberg og Jensen 2003, Poulsen m.fl. 2005, Asmussen m.fl.2003). Mine resultater samsvarer i størst grad med norske studier (Iversen m.fl. 2002, Wynn 2004, Sørgaard 2004, Myhrer 1993, referert i Holte 2003). Hvorfor disse funnene om skjerming - i likhet med noen isolatstudier - er så forskjellige er vanskelig å si. De kan skyldes metodisk design, ulike lokale praksiser, fortolkning av de komplekse funnene eller forskerens verdier som påvirker fortolkningen av funnene.

Den strukturelle innelukkingen på rommet og skjermingsmetoden preg av ensomhet, sosial isolasjon eller marginalisering var sentral for pasientenes opplevelse av skjerming som tvang og straff. Et av de viktigste trekkene ved skjermingsmetoden var skjermingsrommets preg av å være et lukket rom. Den strukturelle innelukkingen og de institusjonaliserte kommunikasjonsformene bidro til å redusere behandlingsdimensjonen og øke opplevelsen av tvang og disiplinering. Innelukkingen kunne også overskygge personalets omsorgsfulle og behandlingsrettede intensjoner og handlinger overfor pasienten og bidra til å begrense den behandlingmessige effekten av relasjonen til personalet.

Pasientenes opplevelser av skjerming hadde dermed mange likheter med det som fremkommer i studier av isolatbruk, selv om skjermingsideologiene fremhever de to metodene som vesentlig forskjellige (Brown og Tooke 1992a, Ray m.fl. 1996, Johnson 1998, Le Gris 1999, Martinez m.fl.1999, Baker 2000, Meehan m.fl. 2000, Binder og Coy 2003, Hoekstra m.fl. 2004, Grassan og Friedman 1986, Meehan m.fl. 2000). Det kan imidlertid synes som isolatpasientene forteller om noe sterkere ensomhets- og utstøtningsopplevelser, selv om det er vanskelig å sammenlikne følelsers intensitet.

De ulike skjermingsforløpene, skjermingssituasjonene og pasientenes fortellinger viste samtidig også at skjermingsmetoden kunne ta form av behandlings- og

omsorgspregede situasjoner. Skjermingssituasjonen innebar heller ikke alltid et fall i sosial og moralsk status, sett fra personalets side. Skjermingsrommet utgjorde dermed et rom med ulike samhandlingspraksiser og ulike sosiale meningsbetydninger som behandling, omsorg og tvang i ulike sosiale situasjoner

Tross positive skjermingsopplevelser førte de ulike oppfatningene av skjerming hos personalet og pasientene på akuttpostene ofte til at samhandlingen på skjermingsrommet ble preget av underliggende spenninger og konflikter som kunne føre til verbale diskusjoner, ladet taushet og fysisk kamp. Dette var belastende for begge parter. Det underliggende konfliktforholdet som tvangen skapte, førte ofte til at tillitsforholdet mellom personalet og pasientene ble redusert. Siden skjerming var en sentral teknologi på postene, fikk metoden stor betydning for virksomheten og for relasjonen mellom personalet og pasientene.

Gjennom avhandlingen har jeg forsøkt å vise hvordan skjermingsmetodens spenning mellom behandling og kontroll har sammenheng med institusjonens responsivhetsproblem. Den psykiske lidelsens og behandlingseffektens subjektive og individuelle preg skaper behov for tjenester med høy grad av fleksibilitet og refleksjon. Behovet for refleksivitet og individuell responsivitet overfor den enkelte pasient forsterkes av tvangsbruken i psykiatrien og av pasientenes ulike reaksjoner på tvangsbruk. Mine observasjoner på postene og intervjuene med personalet og pasientene viste at personalet og pasientene ofte lever i ulike verdener selv om de er fysisk tilstede for hverandre. Disse forskjellene gjenspeiles også i sitatet til Aaslestad (1997) i begynnelsen av avhandlingen: Der personalet er opptatt av pasientens urolige atferd, er pasienten opptatt av sin egen subjektive angst. Dette gapet mellom personalets og pasientenes verdener likner beskrivelser av kommunikasjonskløften mellom pasienter og personale innenfor den somatiske helsetjenesten (Svensson 1998:177ff). Det vil også alltid være et naturlig spenningsforhold mellom personalet og pasientenes livsverden gitt deres ulike sosiale roller. Innenfor den psykiatriske sykehusinstitusjonen synes det likevel som om kommunikasjonskløften er mer markant, mistillitspreget og konfliktfylt enn det som fremkommer i forskningen fra somatiske sykehus. Tendensen til at personale og pasienter lever i to parallelle, sosiale verdener med ulike kulturer, slik Goffman (1961:9) beskriver om den totale institusjon, er fortsatt tilstede.

Den sosiale avstanden og kommunikasjonskløften gjenspeiler det jeg har kalt responsivhetsproblemet i den psykiatriske institusjonen, et problem som for eksempel kunne være kjennetegnet av mangel på respons overfor pasientenes uttrykte ønsker og behov i skjermingssituasjonen. Responsivhetsproblemet viste seg ofte på organisatorisk nivå ved at organiseringen fremmet eller hemmet den sosiale, behandlingmessige og demokratiske responsivheten overfor pasientene. I mange situasjoner var det vanskelig for personalet å handle responsivt overfor pasientene på grunn av rammene for situasjonen.

Gjennom avhandlingen har jeg vist hvordan skjermingsmetodens spenning som behandling og kontroll, og responsivhetsproblemet, har sammenheng med flere forhold. Et viktig forhold som påvirket responsivhetsproblemet og skjermingsmetodens spenning som behandling og kontroll, var spriket mellom behandlingssidealer og den faktiske bruk av skjerming og organisatoriske utforming av skjermingsmetoden på de to postene. Preget av kontroll og tvang var større enn hva de profesjonelle og lokale skjermingsideologiene skulle tilsi. Dette spriket er viktig for å forstå pasientenes protester slik de gjenspeiles i den helsepolitiske debatten. Det strukturelle grunnlaget for den psykiatriske institusjonen er fortsatt viktig for spenningsforholdet mellom behandling og kontroll. Et viktig aspekt ved dette strukturelle grunnlaget er maktforholdene innenfor den hierarkiske organisasjonen. Innenfor en slik maktstruktur, som i andre institusjoner, blir spørsmål om lydighet og føyelighet sentralt. Det legger også grunnlag for mindre demokratisk dialog. I en tvangsbasert institusjon blir dette mønsteret særlig fremtredende. Den reduserte dialogen minsker de sosiale arenaer for motmakt, som igjen kan øke sjansen for fysisk kamp som eneste mulighet for motmakt siden kommunikasjonen er stengt (Mathiesen 1982). Gjennomføringen av hierarkiet ble forklart med ordensproblemet innenfor postene. Hvordan skal man løse postenes ordensproblem på mer demokratiske og dialogbaserte måter blir da sentralt.

Spriket mellom behandlingssidealer og pasientenes opplevelser av skjerming synes også å ha sammenheng med psykiatriens kunnskapsutvikling, ideologier og kultur. Som det har fremgått av denne studien var skjermingsideologiene sentrale for bruk av skjerming på de to postene jeg studerte. Dersom man sammenliknet skjermingsideologienes underliggende bilder av pasientenes natur, psykiske lidelser

og behandlingsbehov med pasientenes subjektive opplevelser, kunne disse være sammenfallende, men ofte motsetningsfylte. Det viste seg blant annet ved at personalet mente pasientene stort sett var i kaos og uten indre kontroll, at de trengte reduksjon av sosiale stimuli og nakent interiør og at medpasientene ofte var en belastning. Pasientene vektla på sin side at de ønsket å bli betraktet som mer voksne, at de hadde større personlig kompetanse og kontroll enn antatt, selv om dette varierte, og at de trengte mer sosial kontakt. De ønsket at behandlingen innlemmet livsprosjektet deres i større grad enn den spesialiserte og avgrensede behandlingsforståelsen. Det var også ulike syn på kontrollens terapeutiske verdi.

Spenningen mellom skjermingsideologiene og pasientens verden gjenspeiler de psykiske lidelsenes komplekse natur, som fører til et usikkert og vanskelig kunnskapsgrunnlag. Det synes også som de underliggende bildende formes av allmenne sosiale bilder av personer med psykiske lidelser. Dette kan føre til at stigmatiserings- og diskrediteringstendensen påvirker den profesjonelle kunnskapsutviklingen og de hverdagslige ideologiene innenfor institusjonene.

Skjermingsmetoden spenning gjenspeiler samtidig også psykiatriens historiske tendens til ikke å innlemme pasientens subjektive opplevelser i utviklingen av kunnskapen og behandlingsmetodene. Denne tendensen til å utelate pasientenes subjektive opplevelser i behandlingsforskningen øker responsivetsproblemet. De psykiske lidelsenes subjektive og relasjonelle natur gjør at nettopp disse aspektene blir særlig viktige kunnskapselementer. Det viser seg for eksempel i spørsmålet om urolig atferd, hvor psykiatrien ofte har vært opptatt av uro og utagering uten å innlemme pasientens subjektive meningsdimensjon bak atferden. Uro er samtidig atferd med mening. Gjennom åpen dialog med pasientene ble deres sinte og urolige atferd mer forståelig. Dialogen kunne også legge grunnlag for en vurdering av alternative behandlingsstrategier som pasienten opplever er til hjelp. Mulige forvirringstilstander, kognitiv svikt, handlinger på bakgrunn av for eksempel angst og depresjon eller fare for skade kan samtidig vanskeliggjøre dialog eller føre til en krevende balansegang mellom det å ikke undervurdere eller overvurdere pasientene.

Skjermingsmetodens utvikling har også likhetstrekk med psykiateren Gabriel Langfeldts (1965:91-93) beskrivelser av den psykiatriske vitenskapens dynamikk og

filosofen Ian Hackings beskrivelser av typiske utviklingstrekk ved profesjonelle klassifikasjonssystemer eller metoder innenfor helse- og sosialsektoren (Hacking 1999). Utviklingen er ofte kjennetegnet ved stor tro på diagnosen eller metoden i en oppbygningsfase og når den er i sin mest populære bølge. I denne fasen vil protester eller kritiske motforestillinger i liten grad bli hørt. Metoden øker sterkt i bruk, og det rettes liten oppmerksomhet mot mulige bivirkninger eller negative effekter. Når popularitetsbølgen avtar, vil de profesjonelle være mer åpne for kritiske motforestillinger og selv bli mer kritiske og nyanserte.

Et annet viktig forhold som har betydning for sykehusinstitusjonens og skjermingsmetodens spenning mellom behandling og kontroll er det praktiske arbeidets kompleksitet. Denne kompleksiteten følger det usikre kunnskapsgrunnlaget for arbeidet samt uroens og tillitens problem. Særlig i tilsynsaspektet, som sentral arbeidsmessig side ved skjermingsmetoden, kom spenningen mellom behandling, omsorg og ulike kontrollpraksiser til synet. Den urolige atferdens ressurskrevende natur kunne også, i likhet med hva andre studier av psykiatriske institusjoner viser, føre til at behandlingsformålene ble underordnet hensynet til ordensproblemet på postene og de arbeidsmessige aspektene.

Den arbeidsmessige spenningen mellom behandling og kontroll ble også forsterket av spenningen mellom vekten på profesjonell behandling og ivaretagelse av generelle sikkerhetsrutiner. Disse to behovene kunne overlape hverandre. Vekten på generelle sikkerhetsforanstaltninger kunne samtidig overskygge individuell behandling av og omsorg for pasienter hvor sikkerhetsspørsmål ikke var aktuelle. De sosiale prosessene på akuttpostene i forhold til sikkerhetsspørsmålene gjenspeiler også mer generelle sosiale prosesser i tilknytning til risikoaspektet som til dels er av paradoksall karakter (Beck 2005/1986, Giddens 1991). Til et visst punkt bidrar sikkerhetsforanstaltningene til å gi trygghet. Samtidig fører den økende byråkratiske og profesjonelle fokuseringen på sikkerhet, ofte basert på en teoretisk verste-fall-tenkning, til at tilliten reduseres og angsten øker fordi det reelle faremomentet ikke differensieres i tilstrekkelig grad. Sikkerhetsfokuseringen reduserer dermed, mot sin hensikt, trygghetsopplevelsen og øker behovet for kontroll – som en selvforsterkende sirkel. Kontrollen kan også bidra til å produsere sosial uro og fysisk kamp.

Studien min viser at skjermingsmetoden er nært knyttet til de psykiatriske sykehusenes forsøk på å løse ordens- og tillitsproblemet på ulike måter, for eksempel ved bruk av rom, regler, avtaler, fleksibilitet og faglighet, ved å fokusere på egen trygghet i situasjonen eller ved å bli kjent med pasienten. Skjermingsmetoden inngår i forsøket på å finne gode arbeidsmetoder i arbeidet. Skjermingsmetodens spenning som behandling og kontroll kan tyde på at man fortsatt strever med å finne gode behandlings- og pleiemessige teknologier. I tillegg er det også et spørsmål om skjermingsmetoden i praksis innebærer noen vesentlig ny teknologi. Perrow (1965) mener at problemet med manglende dokumenterte og effektive behandlingsteknikker er et grunnleggende problem i tilknytning til sykehusets formål som behandlingsinstitusjon, og hovedårsaken til at sykehusene fortsetter sin kustodielle praksis. Man kan ikke endre mål for sykehuset eller sosiale strukturer uten å tilføre nye teknologier – da vil virksomheten forbli den samme. Han mener også at flere nye teknologier, som miljøterapi, ikke representerte noe vesentlig nytt i pleien av pasientene innenfor asylet. Dette gjorde at miljøterapien ikke bidro til å endre asylene i behandlingsmessig retning slik intensjonen var.

Perrows diskusjon om miljøterapiens utvikling er interessant fordi skjermingsmetoden er dypt integrert med innføringen av ideologien om individrettet miljøterapi. Dersom man ser på den praktiske utformingen av miljøterapien og skjermingen på postene, slik det også er beskrevet av Vatne (2003), gjenspeiler den i mindre grad en omfattende prinsipiell endring i institusjonens behandling og pleie av pasientene, slik behandlingsideologiene fremhever. Når skjermingsmetoden vektlegger sosial isolasjon, avstand og begrenset samtale med pasienten, regler, grensesetting, korrigerende og ansvarliggjøring har den sterke likheter med tidligere beskrivelser av asyltradisjonen. Den nye individbaserte miljøterapien gjenspeiler dermed, tross forskjeller, også en kontinuitet til asyltradisjonen. Dette skaper en spenning mellom nye behandlingsidealer og kustodiell pleie innenfor akuttpostene, som ikke blir løst fordi teknologiene ikke er av vesentlig ny art. Skjermingsmetoden smelter sammen med den praktiske pleien innenfor institusjonen, som er mer preget av kontinuitet til asyltradisjonen enn sykehusreformene tilsier.

12.4 Behov for videre forskning

Skjermingsmetodens vokste frem som et viktig faglig forsøk på å terapeutisere og humanisere institusjonen ved å redusere isolatbruken og bedre arbeidsforholdene for pasienter og personale innenfor de nye akuttpostene. Som beskrevet løste metoden noen problemer, vedlikeholdt noen og skapte andre. Som det fremkommer i denne studien, kan skjermingsmetoden beskrives som en ideologidrevet metode. Det foreligger mange ideologiske antakelser om metodens behandlingmessige funksjoner, uten at det finnes empiriske kliniske behandlingsstudier som gir mulighet for mer systematisk evaluering. Dette gjelder både spørsmålet om skjerming faktisk bedrer den psykiske lidelsen (og hvordan det i så fall skal måles), og hvilke pasienter som eventuelt har nytte av den, og i så fall når. Pasientenes ulike og eventuelle negative erfaringer med skjermingsmetoden gir også grunn til å peke på behovet for mer klinisk behandlingsforskning. I tillegg til forskning på skjerming, vil det være viktig å få flere behandlings- og sykepleiefaglige studier om alternative metoder til skjerming for pasienter som ikke opplever noen positiv effekt av skjermingsmetoden.

I likhet med de kliniske studiene som ble beskrevet i innledningskapitlet, viser også denne studien at det er nødvendig å studere bruken av "uro", "utagering" og "farlighet" som atferdsmessige kriterier for tvang, isolat og skjerming. Tendensen til å bruke "uro" og "utagering" som kliniske begrunnelser for tvang og skjerming, uten å definere begrepenes innhold mer eksakt, innhente pasientenes subjektive mening bak atferden eller å gjøre mer grundige refleksive vurderinger av de mange ulike årsakene til urolig atferd (også sammen med pasienten), kan redusere den behandlingmessige responsiviteten overfor pasienten. I tillegg kan tendensen til ikke å stille krav til mer utfyllende beskrivelser av uroens problem som begrunnelse for tvang og skjerming gi et helserettlig og menneskerettslig problem.

I denne avhandlingen har jeg, i likhet med blant annet Busfield (1986) og Perrow (1965), også argumentert for behovet for å utvikle de samfunnsvitenskapelige perspektivene. Et viktig tema er den samfunnsvitenskapelige forståelsen av psykiske lidelser. I avhandlingen har jeg forsøkt å innlemme en bredere forståelse av psykiske lidelser enn som sosialt avvik. Avhandlingen viser samtidig behovet for å integrere

den subjektive opplevelsen av lidelse, spørsmålet om funksjonshemming, pasientens ressurser og normalitet og psykiske lidelser som sosialt avvik på en bedre måte.

En videreutvikling av synet på psykiske lidelser er også viktig for å utvikle et mer nyansert begrep om sosial kontroll i studiene av de psykiatriske institusjonene. De normaliserende disiplineringspraksisene er, som jeg har vist, en viktig side ved den psykiatriske institusjonen. Institusjonens virksomhet er imidlertid også langt mer enn dette. Behandlings- og omsorgsperspektivet må derfor synliggjøres i større grad.

De tidligere studiene omtalte personalets arbeid innenfor de psykiatriske institusjonene i noe grad. Goffman (1961) og Perrow (1965), var opptatt av det særegne ved et arbeid som var rettet mot endring av mennesker som personer. Den tidligere debatten diskuterte samtidig kun i mindre grad arbeidets natur ved psykiske lidelser siden kontrollaspektet var viktigst. Som Perrow (1965:945, 966) påpekte dengang har samfunnsvitenskapen i for liten grad vært opptatt av arbeidets art, formål og teknologi. Jeg mener også at tidligere studier har underfokuset det praktiske arbeidets kompleksitet. Skjermingsmetoden viser hvordan institusjonenes virksomhet gjenspeiler mange vanskelige og praktiske dilemmaer i personalets arbeid. Studien tydeliggjør dermed behovet for å utvikle mer kunnskap om de særegne problemstillingene i arbeidet med mennesker med psykiske lidelser.

På basis av min egen studie vil jeg fremheve at det mangler arbeidssosiologiske studier av sykehusenes virksomhet knyttet til behandling og kontroll. Det trengs mer kunnskap om dette arbeidets særegne natur, eller egenart. I tillegg vil en sosiologi om følelser og arbeidssosiologiske teorier om ”emotional work” og ”relasjonelt arbeid” kunne gi viktige bidrag fordi dette arbeidet har så nær sammenheng med de følelsesmessige og relasjonelle sidene ved det sosiale livet (jf. også Flygare 1999). Jeg har videre forsøkt å vise hvordan tvangens og kontrollens ”nødvendighet” – sett fra personalets side – ofte formes av de praktiske arbeidsmessige dilemmaene i arbeidet. Disse arbeidsmessige problemstillingene må tas alvorlig av samfunnsvitenskapen dersom man skal finne mer varige løsninger på tvangs- og kontrollproblemet. Et annet aspekt ved et arbeidssosiologisk perspektiv er pasientenes eget arbeid. Som pasientenes fortellinger om livsprosjektet og senere ”recovery-forskning” viser, er personens eget arbeid med sin lidelse og sin fremtid sentral for helbredelsesprosessene

(bl.a. Lauveng 2005). Det er også et hardt arbeid. Det arbeidsmessige aspektet er også fremholdt i flere medisinske sosiologiske studier av langvarige eller kronisk sykdom/funksjonshemming (se bl.a. Svensson 1998:108-135 for beskrivelse av denne forskningen). Det vil dermed være behov for å se hvordan den psykiatriske sykehusinstitusjonen, her representert ved akuttpostene, i større grad enn i dag kan bidra til å understøtte og styrke pasientenes eget arbeid for bli bedre eller frisk.

Gjennom en arbeidssosiologisk tilnærming vil samfunnsvitenskapen også kunne bidra mer konstruktivt til en videreutvikling av de psykiatriske institusjonene. Dersom man ikke endrer sykehusenes strukturelle tvangsgrunnlag, vil det være vanskelig for personalet å opptre alternativt. I samtaler med feltet uttrykkes det ofte stor interesse for å videreutvikle sykehusene slik at de bedre kan møte pasientenes ønsker og behov. Ved å endre tvangs- og kontrollgrunnlaget vil de få større mulighet til å handle responsivt på pasientens lidelse. Arbeidssosiologiske og organisatoriske studier kan gi verdifulle bidrag til en slik videreutvikling av institusjonens arbeidsmessige grunnlag.

12.5 Behov for alternativ organisering og metoder

Gjennom avhandlingen har jeg både forsøkt å belyse akuttpostenes kontinuitet til asyltradisjonen og at det finnes mange positive ressurser og potensiale i akuttpostene som ikke alltid blir realisert. Studien av skjermingsmetoden viser derfor at det fortsatt er behov for å styrke og videreutvikle behandlingsfunksjonen til sykehusene. Avslutningsvis vil jeg løfte frem noen aktuelle momenter for videre diskusjon.

For å realisere potensialet innenfor institusjonen kan det være viktig å endre de landsomfattende måtene å strukturere den psykiatriske helsetjenesten på. Som jeg har forsøkt å vise gjennom avhandlingen kan tvang og kontroll utgjøre en grunnleggende ramme som setter i spill en hel rekke sykdomsfokuserte praksiser for å legitimere tvangsbruken (jf. Rosenhan 1973). Disse kan igjen føre til ny tvangsbruk. Dette vises tydelig ved skjermingsmetoden. En endring av tvangsgrunnlaget til mer frivillighet kan dermed bidra til å omskape den psykiatriske institusjonens sosiale dynamikk. Hvordan ivareta pasienter i behov av hjelp på andre måter blir da sentralt. Mulige endringer kan for eksempel være sterkere verdibasert ledelse og endring av tvangsgrunnlaget ved å gi tilgang til åpne, frivillig baserte poster på sykehus. Som vist

i denne studier er mange innlagte pasienter ikke farlige, og de er innlagt frivillig. Det er derfor et potensiale for langt flere åpne sykehusposter. Det synes også behov for å videreutvikle det grunnleggende kunnskapsgrunnlaget og grunnleggende begreper som miljøterapi, grensesetting, korrigerende og ansvarliggjøring for å underbygge en mer aktiv og anerkjennende sykepleiepraksis.

Pasientenes tilbakemeldinger reiser også et mer radikalt spørsmål om skjermingsavsnitt og skjermingsrom bør være den grunnleggende organiseringsformen i akuttposter og sykehus som i dag. Som beskrevet var akuttpostenes virksomhet nært forbundet med det sosiale ordensproblemet som fulgte urolig pasientatferd. For pasienter som opplevde at skjermingen hadde liten behandlingmessig verdi, og følte den krenkende, er det et spørsmål om uroens problem kunne vært løst ved andre metoder eller på andre arenaer i første- eller andrelinjetjenesten, også fordi innleggelse i akuttpost kan bidra til å forsterke farlighetskonstruksjonen av pasienten, og derigjennom tvangsbruken.

Samhandlingsforløpene inne på skjermingsrommet og pasientenes opplevelser av oppholdet på skjermingsrommet tyder også på at det er behov for å utvikle mer tillits- og dialogbaserte, frivillige og omsorgsfulle samhandlingsformer for å redusere kommunikasjonskløften i behandlingssituasjonen og opplevelsen av konflikt og krenkelser. En anerkjennende responsivitet kan bidra til å styrke behandlingsfunksjonen. Senere forskning viser også at mer brukerorienterte og tillitsbaserte arbeidsformer kan øke trivselen for personalet fordi de får brukt seg selv annerledes (bl.a. Rolf Sundet, pågående dr.gradsprosjekt, Høgskolen i Buskerud).

Skjermingsmetodens nære sammenheng med den psykiske helsetjenestens, sykehusenes og postenes organisering av behandling forøvrig tyder også på at endringsarbeid må være relatert til mer enn skjermingsmetoden alene. Spørsmål om tvang må settes i en videre sosial kontekst. Den handler om de grunnleggende holdningene til personer med psykiske lidelser og ønske om å forstå disse menneskenes opplevelser og livsverden (jf. Ellingsen m.fl. 2002). Visalli og McNasser (2001), som har halvert tvangsbruken ved et sykehus i USA ved å drive aktivt utviklingsarbeid, fremhever også at det er nødvendig å arbeide med hele postenes virksomhet for å redusere bruken av tvang og isolat. Ved å innføre sterkere

lederskap og aktiv inkludering av pasientenes vurderinger av egne problemer og behov når det gjaldt utformingen av behandlingstiltak og pleie, ble tvangsbruken redusert. Behandlingsbegrepet ble dermed utvidet og tok i sterkere grad utgangspunkt i pasientenes opplevelser av behandlingsarbeidet internt på postene. Den mer anerkjennende pasientfokuseringen ble fulgt av en nedtoning av miljøterapi, regler og grensesetting, til fordel for mer aktive og individualiserte behandlingstiltak. I tillegg økte man personalets relasjonelle kompetanse i møte med pasientene for å øke deres trygghet. Det ble også etablert et målbevisst samarbeid med pasientene om uhensiktsmessig og aggressiv atferd, noe som førte til at tvangsbruken ble redusert. På samme vis kan det tenkes at en reduksjon av tvangsbruk og skjerming i Norge må ledsages av endringer av hele sykehusets og postens organisatoriske grunnlag.

Som det fremgår av pasientenes fortellinger, var det også flere positive aspekter ved skjermingsmetoden. Noen fortalte at skjermingsoppholdet, i tråd med behandlingsintensjonene, kunne bidra til mer oversikt over situasjonen når de var psykotiske. I tillegg kunne skjerming fremstå som hvile og avlastning dersom den foregikk over kort tid. Den viktigste positive erfaringen under skjermingsoppholdet var tryggheten ved personalets nærvær, det å bli ”passet på” når man var forvirret. Det stadige personalnærværet kunne også redusere ensomhetsopplevelsen når lidelsen førte til at pasienten ikke klarte å delta i sosialt samvær med andre. Den fysiske innelukkingen ved skjerming, avmakten, reglene og restriksjonene kunne imidlertid overskygge de positive aspektene. I spørsmålet om metodeutvikling bør man derfor vurdere om de positive behandlingsmessige og omsorgsmessige aspektene kunne ivaretas og styrkes på andre måter, som ikke inneholder disse belastende elementene.

På bakgrunn av arbeidets kompleksitet og pasientenes ulike subjektive opplevelser, kan det også være nødvendig å videreutvikle sykehusorganisasjonens reflekssive praksiser for å øke den demokratiske og behandlingsmessige responsiviteten overfor pasientenes ulike behov og reaksjoner på behandling. Det synes som dette må gjøres utenom det juridiske systemet for å unngå en ytterligere byråkratisering av behandlingsarbeidet, som stjeler tid og oppmerksomhet fra legenes og personalet direkte arbeid med pasientene. Den behandlingsmessige responsiviteten må styrkes gjennom relasjonen mellom personale og pasienter, ikke bare gjennom det juridiske systemet og lovregulering av hverdagspraksisen (Rose 1986, Sjöström 1997).

LITTERATUR

- Agar, Michael & James McDonald (1995), "Focus Group and Ethnography." *Human Organizations*. No.1:78–86
- Aubert, Vilhelm (1985), *Det skjulte samfunn*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget
- Aubert, Vilhelm (1987), *Sosiologi 1. Sosialt samspill*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget
- Alty, Ann & Tom Mason (1994), *Seclusion and Mental Health. A Break with the Past*. London: Chapman og Hall
- Album, Dag (1972), *Målsetting, teknologi og organisasjonsprestisje. En sosiologisk analyse av et psykiatrisk sykehus*. Hovedoppgave til embetseksamen i sosiologi. Oslo: Universitetet i Oslo, Instituttet for sosiologi
- Album, Dag (1996), *Nære fremmede. Pasientkulturen i sykehus*. Oslo: Tano
- Album, Dag (2002), "Parsoniansk frigjørende sosiologi. Yngvar Løchens idealer og realiteter som eksempel på norsk funksjonalisme." *Tidsskrift for samfunnsforskning*. Vol. 43, Nr. 4:569–586
- Andreassen, Tone Alm (2004), *Brukermedvirkning, politikk og velferdsstat*. Arbeidsforskningsinstituttets skriftserie nr. 13. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet
- Argyris, Chris & Donald A. Schön (1978), *Organizational learning: a theory of action perspective*. Reading, Mass: Addison-Wesley, 1978
- Asmussen, Ann Maria, Lorentz Jabcke m.fl. (2003), *Skærming som metode – et kvalitetsudviklingsprosjekt*. Rapport. Århus: Afdeling N, Psykiatrisk Hospital i Århus
- Astrup, Christian, Alv A. Dahl og Nils Retterstøl (red.) (1980), *Gaustad sykehus 125 år. Det psykiatriske sykehuset i dag: fra enhet til mangfold*. Oslo: Universitetsforlaget
- Asplund, Johan (1987a), *Det sociala livets elementära former*. Göteborg: Bokförlaget Korpen
- Asplund, Johan (1987b), *Om hälsningsceremonier, mikromakt och asocial pratsamhet*. Göteborg: Korpen
- Atkinson, Paul (1995), *Medical Talk and Medical Work. The Liturgy of the Clinic*. London: Sage
- Atkinson Paul & Amanda Coffey (1997), "Analysing Documentary Realities." I: David Silverman (ed.), *Qualitative Research. Theory, Method and Practice*. 2. utg. Chapter 4: 45–62, London: Sage Publications

- Augestad, Pål (2003), *Skolering av kroppen. Om kunnskap og makt i kroppsutøvingsfaget*. Avhandling for dr.polit.-graden. Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi
- Austad, Ann Kirsten og Ørnulv Ødegård (1956), *Gaustad sykehus gjennom hundre år*. Oslo: J. Chr. Gundersen
- Baker, Sue (2000), *Environmentally Friendly? Patients' views of conditions on psychiatric wards*. London: Mind, The Mental Health Charity
- Barret, Robert (1996), *The Psychiatric Team and the Social Definition of Schizophrenia. An Anthropological Study of Person and Illness*. Cambridge: Cambridge University Press
- Basberg, Cecilie (1999), *Omsorg i fengsel?* Oslo: Pax
- Bauman, Zygmunt (1997), *Postmodernity and its discontents*. Cambridge: Polity Press
- Beck, Ulrich (2005/1986), *Risk society: towards a new modernity*. 1.utg. 1986. London: Sage Publications
- Becker, Howard (1963), *Outsiders: studies in the sociology of deviance*. New York: The Free Press
- Becker, Howard (1986), *Writing for the social scientists: How to Start and Finish Your Thesis, Book or Article*. Chicago: University of Chicago Press
- Belknap, Ivan (1956), *Human Problems of a State Mental Hospital*. New York: McGraw Hill Book Company Inc.
- Betemps, Elizabeth, Eugene Somoza & Ralph Buncher (1993), "Hospital Characteristics, Diagnosis and Staff Reasons Associated With Use of Seclusion and Restraint." *Hospital and Community Psychiatry*, Vol. 44, No. 4:367–371.
- Blomberg, Wenche (2002), *Galskapens hus. Internering og utskilling i Norge 1550–1850*. Oslo: Universitetsforlaget
- Binder, Reneé & S.M. * McCoy (1983), "A study of patients' attitudes toward placement in seclusion." *Hospital og Community Psychiatry*. Vol. 34, Issue 11:1052–1054
- Bjørkly, Stål (1997), *Aggresjon og vold: teori, analyse og terapi*. Oslo: Cappelen akademiske forlag
- Bjørkly, Stål (1995), "Open- area seclusion in the long- term treatment of aggressive and disruptive psychotic patients, an introduction to a ward procedure." *Psychological Reports*, No. 76:147–157

Bjørngaard, Johan Håkon (2000), *Tvang og frivillighet ved innleggelse i voksenpsykiatriske institusjoner i 1997*. NIS minirapportserie. Oslo: SINTEF Unimed

Bjørngaard, Johan Håkon og Torhild Heggstad (2001), "Kan ulik pasientsammensetning forklare forskjeller i tvangsinnleggelser?" *Tidsskrift for den norske lægeforening* 2001, Nr. 121: 3369–74.

Blumer, Herbert (1969), *Symbolic interactionism: perspective and method*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall

Borg, Marit og Alan Topor (2003), *Virksomme relasjoner*. Oslo: Kommuneforlaget

Bourdieu, Pierre (2002), *Refleksiv sosiologi*. København: Hans Reitzels Forlag

Bower, F., L., C.S. McCullough & M.E. Timmons, M.E. (2000)*, "A Synthesis of What We Know About the Use of Physical Restraints and Seclusion with Patients in Psychiatric and Acute Care Settings." *Worldviews on Evidence-based Nursing*. Vol. 7, No.1:22– 44

Bowers, Len, Jane Alexander, Alan Simpson, Carl Ryan & Paola Carr-Walker (2004), "Cultures of psychiatry and the professional socialization process: the case of containment methods for disturbed patients." *Nurse Education Today*. Vol. 24, Issue 6: 435 – 442,

Breeze, Jayne & Julie Repper (1998), "Struggling for control: the care experiences of "difficult" patients in mental health services." *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 28, No. 6:1301– 1311,

Brown, Julia & Sharon Tooke (1992a), "On the seclusion of psychiatric patients." *Social Science of Medicine*, Vol. 35, No. 5:711–721,

Brown, Julia & Sharon Tooke (1992b), "Perceptions of seclusion: comparing patient and staff reactions." *Journal of Psychosocial Nursing*, No. 30: 23-26

Burgess, Robert G., Christopher J. Pole, Keith Evans & Christine Priestley (1994), "Four studies from one or one study from four? Multi-site case study research." I: Alan Bryman & Robert G. Burgess (ed.), *Analyzing Qualitative Data*. Chapter 7:129–145. London/New York: Routledge

Buston, Kate (1997)*, "NUD*IST in Action: Its use and its Usefulness in a Study of chronic Illness in Young People." *Sociological Research Online*, Vol. 2, No.3 <http://www.socresonline.org.uk/socresonline/2/3/6.html>

Busfield, Joan (1986), *Managing Madness. Changing ideas and practice*. London: Hutchinson

Busch, Alisa B. & Miles Shore (2000), "Seclusion and restraint: A review of recent literature." *Harvard Review of Psychiatry*. Vol. 8, No. 5:261– 270

Carpenter, Mary, Virginia Hannon, Gerald McCleery & Joseph Wanderling 1988), "Variations in Seclusion and Restraint Practices by Hospital Location." *Hospital and Community Psychiatry*, Vol. 39, No. 4:418– 423

Cashin, Andrew (1996), "Seclusion: The Quest to Determine Effectiveness." *Journal of Psychosocial Nursing*, Vol. 34, No. 11:17–21

Caudill, William (1958), *The Psychiatric Hospital as a Small Society*. Cambridge: Harvard University Press

Chadwick, Peter (1997), *Schizophrenia: The Positive Perspective: in search of dignity for schizophrenic people*. London: Routledge

Charmaz, Kathy (1991), *Good Days, Bad Days. The Self in Chronic Illness and Time*. New Brunswick: Rutgers University Press

Chrichton, John (1997), "The response of nursing staff to psychiatric inpatient misdemeanour." *The Journal of Forensic Psychiatry*. Vol. 8, No.1:36–61

Coyle, Joanne (1999), "Exploring the meaning of "dissatisfaction" with health care: the importance of "personal identity threat." *Journal of Sociology of Health and Illness* Vol.21, No.1, 1999:95–124

Dabrowski, Stanislaw, Louis Frydman & Teresa Zakowska- Dabrowska (1986), "Physical restraint in Polish psychiatric facilities." *International Law Psychiatry*, Vol. 8, No. 4: 369-382

Dahl, Alv, Ulrik Malt og Nils Retterstøl (2003), *Lærebok i psykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademiske

de Cangas, Jose (1993), "Nursing Staff and Unit Characteristics: Do they affect the Use of Seclusion?" *Perspectives in Psychiatric Care*, Vol. 29, No. 3:16–22

Denzin, Norman K. & Yvonne Lincoln (1998), "Introduction: Entering the Field of Qualitative Research." I: Norman K. Denzin & Yvonne Lincoln (ed.), *The Landscape of Qualitative Research. Theories and Issues*. Chapter 1:1–34. London: Sage Publications

De nasjonale forskningsetiske komiteer (1996), *Forskning, personvern og samtykke*. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteer

Digby, Ann (1988), "Moral treatment at the Retreat 1796–1846." I: William Bynum, Roy Porter & Michael Shepard (ed.), *The Anatomy of Madness. Essays in the History of Psychiatry*, 1988:52–71. London: Tavistock Publications

Donat, DC* (2003), "An analysis of successful efforts to reduce the use of seclusion and restraint at a public psychiatric hospital." *Psychiatric Services*, Vol. 58, No. 8:1119-1123

- Donati, Flavia (2000), "Madness and morale: a chronic psychiatric ward." I: R.D.* Hinselwood & Wilhelm Skogstad (ed.), *Observing Organisations. Anxiety, defence and culture in health care*. Chapter 3: 29-43 New York: Brunner-Routledge
- Doubt, Keith (1996), *Towards a Sociology of Schizophrenia – Humanistic reflections*. Toronto: University of Toronto Press
- Durkheim, Émilie (1978), *Selvmordet*. 1. utg. 1897. Oslo: Gyldendal forlag
- Eckebrandt, Lena Steinholtz (1995), *Pasienternas psykiatri. En studie av institutionella erfarenheter*. Stockholm: Carlssons bokförlag
- Edginton, Barry (1994), "The well-ordered body: the quest for sanity through nineteenth-century asylum architecture." *Canadian Bulletin Medical History*. No. 11: 375-86
- Edwards, Carol, Sophie Staniszewska & Nicola Chrichton (2004), "Investigation of the ways in which patients' reports of their satisfaction with healthcare are constructed." *Sociology of Health and Illness*, Vol. 26, No. 2/2004:159–183
- El-Badri, Selim.M & Graham Mellsop (2002), "A study of the use of seclusion in an acute psychiatric service." *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, No.3:399– 403
- Ellingsen, Karl Elling, Karl Jacobsen og Kari Nicolaysen (red.) (2002), *Sett og forstått. Alternativer til tvang og makt i møtet med utviklingshemmede*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Ericson, Kjersti (1974), *Den tvetydige omsorgen. Sinnsykevesenets utvikling – et sosialpolitisk eksempel*. Oslo: Universitetsforlaget
- Esther, Robert (1997), "Use of physical restraints in a nineteenth-century state hospital." *History of Psychiatry*. Vol. 3:83–93
- Estroff, Sue E. (1985), *Making it crazy*. Berkeley: University of California Press
- Estroff, Sue E. (1991), "Everybody's got a Little Mental Illness: Accounts of Illness and Self among people with Severe, Persistent Mental Illnesses." *Medical Anthropology Quarterly*, No. 4:331–369
- Estroff, Sue E. (1989), "Self, Identity and Subjective Experiences of Schizophrenia: In Search of the Subject." *Schizophrenia Bulletin*, No.15:189–196
- Fisher, William (1994), "Restraint and Seclusion: A review of the Literature." *American Journal of Psychiatry*. Vol .151, No. 11:1584-1591
- Flygare, Erik (1999), *Den psykiatriska problematiken og den problematiska psykiatrin. Sociologiska perspektiv på mental ohälsa*. Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag Symposion

Forskrift om begrenset adgang til bruk av tvangsmidler og forbud mot korporlig refselse innen psykisk helsevern, helsevernet for psykisk utviklingshemmede og helsevernet for epileptikere. Sosialdepartementet. Rundskriv I-1035/83 av 15. juli 1983 om sykehusloven og lov om psykisk helsevern.

Forskrift om begrenset adgang til tvangsbehandling i det psykiske helsevern. Sosialdepartementet. Rundskriv IK-3/86 av 2. januar 1986 om lov om psykisk helsevern.

Foucault, Michel (1999a), *Galskapens historie i opplysningens tidsalder*. 3. utg. Oslo: Gyldendal

Foucault, Michel (1999b), *Overvåkning og straff. Det moderne fengslets historie*. 3. utg. Oslo: Gyldendal

Foucault, Michel (1994), *Essential works of Foucault 1954–1984. Vol. 3*. Redigert av James D. Faubion. London: Penguin Books

Freedman, Ruth L. (2001), "Ethical Challenges in the Conduct of Research Involving Persons With Mental Retardation." *Mental Retardation*, Vol. 39, No. 2:130–141

Friis, Svein (1984), "Hvilken kunnskap har vi om hva slags behandlingsmiljø som er gunstig for ulike typer pasienter?" I: Per Vaglum, Sigmund Karterud og Jarl Jørstad (red.), *Institusjonsbehandling i moderne psykiatri*. Kapittel 4: 45-56. Oslo: Universitetsforlaget

Fuglestad, Otto L. (1997), "Skriveprosessen i kvalitativ forskning." I: Erik Fossåskaret, Otto L. Fuglestad og Tor Halvdan Aase (red.), *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data*. s.237–256. Oslo: Universitetsforlaget

Garfinkel, Harold (1967), *Studies in Ethnomethodology*. New York: Prentice-Hall

Geertz, Clifford (1975), *The Interpretation of Culture*. London: Hutchinson

Giddens, Anthony (1994), *Modernitetens konsekvenser*. København: Hans Reitzels Forlag

Gittins, Diana (1998), *Madness in its place. Narratives of Severalls Hospital, 1913–1997*. London: Routledge

Glaser, Barney & Anselm Strauss (1965), *The discovery of Grounded Theory*. New York: Aldine de Gruyter

Godin, Paul (2000), "A dirty business: caring for people who are a nuisance or a danger." *Journal of advanced Nursing*, Vol. 32, No. 6:1396–1402

Goffman, Erving (1961), *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. An Anchor Press Book. New York: Doubleday

- Goffman, Erving (1963a), *Behaviour in Public Places. Notes on the Social Organization of Gatherings*. New York: The Free Press
- Goffman, Erving (1963b), *Stigma. Notes on the management of spoiled identity*. New York: Penguin Books
- Goffman, Erving (1967), *Interaction Ritual. Essays on face- to face behaviour*. New York: Pantheon Books
- Goffman, Erving (1971), *Relations in Public. Microstudies of the Public Order*. New York: Basic Books, Inc. Publishers
- Goffman, E. (1986), *Frame Analysis*. 2. utg. Boston: Northeastern University Press
- Goffman, Erving (1983), "The interaction Order." *American Sociological Review*. Vol. 48: 1–17
- Goldthorpe, John H. (2000), *On Sociology*. Oxford: Oxford University Press
- Goode, Erich & Nachman Ben-Yehuda, N. (1994), *Moral Panics. The social construction of Deviance*. Oxford: Blackwell
- Goren, Suzanne & W. John Curtis (1996), " Staff members' beliefs about seclusion and restraint in child psychiatric hospitals. " *Journal of Adolescence Psychiatric Nursing*, Vol. 9, No. 4: 7-14
- Grassan, Stuart & Nancy Friedman (1986), "Effects of Sensory Deprivation in Psychiatric Seclusion and Solitary Confinement." *International Journal of Law and Psychiatry*. Vol. 8:49–85
- Grimen, Harald (2001), "Tillit og makt – tre sammenhenger." *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, Nr. 30:3617–1619
- Goodwin, Isabel, Guy Holmes, Craig Newnes & Dominic Waltho (1999), "A qualitative analysis of the views of in-patient mental health service users." *Journal of Mental Health.*, Vol. 8, No. 1:43–54
- Gunderson, John G. (1978), "Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus." *Psychiatry*. Vol. 41:327–35
- Gutheil, Thomas (1978), "Observations on the theoretical bases for seclusion of the psychiatric inpatient." *American Journal of Psychiatry*. No. 135:325–328
- Hacking, Ian (1999), "Kind-making: The case of child abuse" I: *The social construction of what?* Chapter 5:125–162. Cambridge: Harvard University Press
- Hafstad, Tor (2000), *Brukertilfredshet hos psykiatriske pasienter innlagt ved 3 akuttavdelinger på Psykiatrisk avdeling RiTø*. Hovedoppgave i Psykologi.. Trondheim, Universitetet i Tromsø, Institutt for psykologi

- Hagen, Helge (1992), *Pasienter i psykiatriske institusjoner i november 1989*. NIS-rapport 6/92. Trondheim: SINTEF. Norsk institutt for sykehusforskning
- Hagen, Helge (1997), *Pasienter i psykiatriske institusjoner 1 november 1994*. Rapport 5/97. Trondheim: SINTEF Unimed. Norsk institutt for sykehusforskning
- Hagen, Helge (2001), *Pasienter i psykisk helsevern for voksne 1 november 1999*. Rapport 5/01. Trondheim: SINTEF. Unimed Helsetjenesteforskning
- Hammersley, Martyn og Paul Atkinson (1996), *Feltmetodikk*. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Harte, A. & P. Burgess * (2003), "Seclusion in Victoria." Poster. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. No. 37/2003:A38
- Hatling, Trond og Trond Krogen (1998), *Bruk av tvang i norsk psykiatri – en empirisk gjennomgang*. SINTEF-rapport STF78A98506. Trondheim: Norsk Institutt for sykehusforskning
- Hatling, Trond (2002), "Bruk av tvang innenfor psykisk helsevern." I: Reidun Norvoll, (red.), *Samfunn og psykiske lidelser. Samfunnsvitenskaplige perspektiver - en introduksjon*. Kapittel.11:226-254, Oslo: Gyldendal akademiske forlag
- Hatling, Trond, Mariann Ådnanes og Johan Håkon Bjørngaard (2002), *Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001*. Rapport STF78 A025017. Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning
- Hatløy, Mandius (1986), *Min historie fra Lier sykehus 1927–1984*. Lier: Lier Kopi og Trykk
- Hechter, Michael & Christine Horne (ed.), *Theories of Social Order. A Reader*. Stanford: Stanford Social Sciences
- Helman, Cecil (1994), *Culture, Health and Illness*. 3 utg. Oxford: Butterworth Heinemann.
- Helsetilsynet (2003), *Der det er hjerterom....* Oslo: Helsetilsynet
- Helsetilsynet (2006), *Bruk av tvang i psykisk helsevern*. Rapport 4/2006. Oslo: Helsetilsynet
- Heritage, John (1984), *Garfinkel and Ethnomethodology*. Cambridge: Polity Press
- Heritage, John (1997), "Conversation Analysis and Institutional Talk: Analysing Data." I: David Silverman (ed.), *Qualitative Research. Theory, Method and Practice*. Chapter 11:161-182, London: Sage
- Hinselwood R.D.* & Wilhelm Skogstad (ed.) (2000), *Observing Organisations. Anxiety, defence and culture in health care*. New York: Brunner-Routledge

Hjort, Haldis og Torleif Ruud (2006), *En kvalitativ studie av akuttavdelinger i psykisk helsevern*. STF78A06012. Trondheim: SINTEF Helse

Hoekstra, T. Lendemeijer, H.H.G.M. og Jansen, M.G. M. J. (2004)*, "Seclusion: the inside story." *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. Vol. 11, No. 3:276–283

Vareide, Per Kristian, Christina Hofseth og Reidun Norvoll (2001), *Stykkevis og helt – Sykepleieres arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet i sykehus*. Rapport STF78 A 013506. Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning

Hofseth, Christina (2002), "Brukermedvirkning i psykisk helsevern – felles målsetting med felles mening?" *Organizational Theory and Practice, Scandinavian Journal of Organizational Psychology*, No.1:55-63

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

Holte, Jan Stensland (2001), *Som en livbøye i et opprørt hav. Skjerming – teoretisk begrunnelse og praktisk gjennomføring*. Rapport Nr. 4. Elverum: Høgskolen i Hedmark

Holte, Jan Stensland (2003), "Skjerming – utvikling av en begrunnet praksis." I: Jan Kåre Hummelvoll (red.), *Kunnskapsdannelse i praksis*. Kapittel 6:117–146. Oslo: Universitetsforlaget

Hubble, Mark, A., Barry Duncan og Scott Miller (1999), *The Heart and Soul of Change. What Works in Therapy*. Washington DC: American Psychological Association.

Hummelvoll, Jan Kåre (1982), *Helt – ikke stykkevis og delt. Synspunkter på psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal forlag

Hummelvoll, Jan Kåre (1988), *Helt – ikke stykkevis og delt. Introduksjon til psykiatrisk sykepleie*. 3. utg. Oslo: Gyldendal forlag

Hummelvoll, Jan Kåre (1992), *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie*. 4 utg. Oslo: Ad Notam Gyldendal

Hummelvoll, Jan Kåre (1997), *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie*. 5 utg. Oslo: Ad Notam Gyldendal

Hummelvoll, Jan Kåre & Elisabeth Severinsson (2001), "Coping with everyday reality: Mental health professionals' reflections on the care provided in an acute psychiatric ward." *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*. No.10:156–166

Høyer, Georg og Heidi Drange (1991), "Bruk av tvangsmidler i norske psykiatriske institusjoner." *Tidsskrift for den norske Lægeforening*. Vol. 114:585–588

Høyer, Georg. (2000), "On the justification for civil commitment." *Acta Psychiatrica Scandinavica*, No. 101:65–71

Iversen, Knut Ivar, Georg Høyer, Sexton Hal & Ole Kristian Grønli (2002), "Perceived coercion among patients admitted to acute wards in Norway." *Nordic Journal of Psychiatry*, Vol. 56, No. 6:433–439

Jacobsen, Michal H. og Søren Kristiansen (2002), *Erving Goffman. Sociologien om det elementære livs sociale former*. København: Han Reitzels Forlag

Jensen, Pernille (red.) (2004), *Recovery på dansk: at overvinde psykosociale handicap*. Århus: Systime Academic

Johnson, Mary E. (1998), "Being restrained: a study of power and powerlessness." *Issues in Mental Health Nursing*. No. 19:191–206

Johnson, M.E. & P.M. Hauser (2001)*, "The practices of expert psychiatric nurses: accompanying the patient to a calmer personal space." *Issues in Mental Health Nursing*. Vol. 22, No. 7:651–668

Jones, Maxwell (1953), *The therapeutic community*. New York: Basic Books

Jönsson, Lars- Eric (1998), *Det terapeutiska rummet. Rum og kropp i svensk sinnessjukvård 1850–1970*. Stockholm: Carlssons Bokförlag

Kaltiala-Heino, Riitakerttu, C. Tuohimäki, J. Korkeila & V. Lethinen (2003)*, "Reasons for using seclusion and restraint in psychiatric inpatient care." *International Journal of Law and Psychiatry*. Vol. 26, Issue 2:139–149

Karlsson, Bengt (2004), *Mani som fenomen og lidelse: pasient- og personalerfaringer som grunnlag for kunnskapsutvikling i psykiatrisk sykepleie*. Avhandling for dr.polit.-graden. Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

Kielberg, Pia og Anne Jensen (2003), *Prosjekt skærming i Region Nord*. Riskov: Utdannelsesadelen Psykiatrien i Århus Amt

Kirkpatrick, Helen (1989), "A descriptive Study of Seclusion: the unit Environment, Patient Behavior and Nursing Interventions." *Archives of Psychiatric Nursing*. Vol. 3, No.1:3–9

Kitzinger, Jenny (1994), "The Methodology of Focus Group: the importance of interaction between research participants." *Journal of Sociology of Health and Illness*, No.16:103–121

Kleinman, Arthur (1988), *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books

Kristiansen, Søren og Heidi K. Krogstrup (1999), *Deltagende observation. Introduktion til en forskningsmetodik*. København: Hans Reitzel Forlag

- Kogstad, Ragnfrid (2004), "Vendepunkt. Byggesteiner i bedringsprosessen." *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Vol.1, No. 4:41–49
- Krøvel, Bernt, Bjørn Rishovd Rund og Bjørn og Elisabeth Rør (red.) (1997), *Vold og psykiatri: om forståelse og behandling*. Oslo: Tano Aschehoug
- Langfeldt, Gabriel (1951), *Lærebok i klinisk psykiatri for medisinske studenter og praktiserende leger*. Oslo: Aschehoug forlag
- Langfeldt, Gabriel (1965), *Lærebok i klinisk psykiatri for medisinske studenter og praktiserende leger*. Oslo: Aschehoug forlag, 3.utg.
- Laurance, Jeremy (2003), *Pure Madness. How Fear drives the Mental Health System*. London: Routledge
- Lauveng, Arnhild (2005), *I morgen var jeg alltid en løve*. Oslo: Cappelen
- LeGris, J., M. Walters & G. Browne (1999)*, "The impact of seclusion on the treatment outcomes of psychotic in- patients." *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 30 No.2: 448–459
- Lehane, Mike & Colin Rees (1996), "Alternatives to seclusion in psychiatric care." *British Journal of Nursing*. Vol. 5, No. 25:974, 976–979
- Leifulfsrud, Håkon og Hvinden, Bjørn (1996), "Analyse av kvalitative data: Fiksérbilde eller puslespill?" I: Harriet Holter og Ragnvald Kalleberg (red.), *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. ss.220–239. Oslo: Universitetsforlaget
- Lelliot, Paul (2006), "Acute inpatient psychiatry in England: an old problem and a new priority." *Epidemiologia e psichiatria Sociale*, Vol. 15, No. 2: 91-94
- Lemert, Edvin (1956), *Social Pathology*. New York: McGraw-Hill
- Lendemeijer, Bert & Lillie Shortridge-Bagget (1997), " The Use of Seclusion in Psychiatry: A Literature Review." *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, Vol. 11, No. 4: 299-315
- Lofland, John og Lyn H. Lofland (1995), *Analyzing Social Settings. A guide to Qualitative Observation and analysis*. 3. utg. Belmont: Wadsworth Publishing Company
- Lorem, Geir Fagerjord (2005), *Withdrawal and exclusion: a study of the spoken word as means of understanding schizophrenic patients*. ISM skriftserie nr. 77, Tromsø: University of Tromsø, Institute of Community Medicine and Institute of Philosophy,
- Lov av 19. juni 1969 om sykehus m.v. (sykehusloven), med endringer sist ved lov av 20. desember 1974. Oslo: Grøndahl

Lov av 2. juli 1999, nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (den psykiske helsevernloven), (trådt i kraft 1. januar 2001), samt forskrifter. Oslo: Cappelen akademiske forlag

Lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v. nr 65, 2005–2006. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.

Ludvigsen, Kari (2002), "Forståelse og praksis knyttet til psykiske lidelser 1850-1920." I: Reidun Norvoll (red.), *Samfunn og psykiske lidelser. Samfunnsvitenskapelige perspektiver – en introduksjon*. Kap. 8:163-186, Oslo: Gyldendal akademiske forlag

Luhmann, Niklas (1979), *Trust and power / two works by Niklas Luhmann; with introduction by Gianfranco Poggi*. Chichester : John Wiley

Luhmann, Niklas (1999), *Tillid – en mekanisme til reduktion af social kompleksitet*. 1. utg. 1968. København: Hans Reitzel Forlag.

Lindell, Lisbeth (2003), *Mellan frisk och sjuk: en studie av psykiatrisk öppenvård*. Lund: Lunds universitet, Sociologiska institutionen

Lysgaard, Sverre (1985), *Arbeiderkollektivet. En studie i de underordnedes sosiologi*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget

Lysnes, Marie (1982), *Behandlere – voktere? Psykiatrisk sykepleies historie i Norge*. Oslo: Universitetsforlaget

Løchen, Yngvar (1965), *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus*. Oslo: Universitetsforlaget

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

Mann, Lee S, Thomas Wise & Laurel Shay (1993), "A prospective study of psychiatry patients' attitudes toward the seclusion room experience." *General Hospital Psychiatry*. Vol 15:177–182, Issue 3

Marangos-Frost, Sandy (2000), "Psychiatric nurses' thoughts and feelings about restraint use: a decision dilemma." *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 31, No. 2:362–369

Marshall, Randall & Robert Spitzer m.fl. (2001), "Assessing the Subjective Experience of Being a Participant in Psychiatric Research." *The American Journal of Psychiatry*. No. 158:319–321

Martinez, Ruby, Mary Grimm & Mary Adamson (1999), "From the inside looking out. Does a patient see seclusion as therapeutic or punitive?" *Journal of Psychosocial Nursing 1999*. Vol. 37, No. 3:13–22

Martinsen, Kari (2003), *Omsorg, sykepleie og medisin : historisk-filosofiske essays*. Oslo: Universitetsforlaget

Mason, Tom (1994), "Seclusion: an international comparison." *Medicine, Science and Law*. Vol. 34, No.1:54–60

Mason, Tom (1997), "En ethnomethodological analysis of the use of seclusion." *Journal of Advanced Nursing*. No. 26:780–789

Mathiesen, Juan Robbie og Per Føyn (red.) (2002), *Gjennombruddsprosjektet psykiatri. Bruk av tvang*. Den norske lægeforenings tidskriftserie for leger: utdanning kvalitetssikring. <http://www.legeforeningen.no/index.db2?id=10226>

Mathiesen, Thomas (1982), *Makt og motmakt*. Oslo: Pax.

Mattingly, Cheryl (2005), "Toward a vulnerable ethics of research practice." *Health*. Vol. 9, No. 4:453–472

Mead, George H. (1976/1934), *Medvetandet, jaget och samhället från socialbehavioristisk ståndpunkt*. Kalmar: Argos. 1.utg. 1934 som *Mind, Self and Society*. Chicago: University of Chicago Press

Meehan, Tom, Cathryn Vermeer & Carol Windsor (2000), "Patients' perceptions of seclusion: a qualitative investigation." *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 31:370–377

Meehan, Tom, Helen Bergen & Kevin Fjeldsoe (2004), "Staff and patient perceptions of seclusion: has anything changed?" *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 47, No. 1:33–38

Mehan, Hugh (1979), *Learning Lessons. Social Organization in the Classroom*. Cambridge: Harvard University Press

Mills, C. Wright (1971), *The sociological imagination*. Harmondsworth : Penguin Books

Moxnes, Paul (2002/1978), *Angst og arbeidsmiljø : en studie av samspill : eksemplifisert ved behandlingspersonalet på et psykiatrisk sykehus*. 2. utg., rev. og utvidet. Oslo: Paul Moxnes

Muir-Cochrane, Eimear & B. Harrison (1996)*, "Therapeutic interventions associated with seclusion of acutely disturbed individuals." *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, No.3:319–325

Muller, N. (1997)* "Historical and current construction of psychiatric hospitals." *Nervenarzt*, Vol. 68, No. 3:184–195

Mulvany, Janet. (2000), "Disability, impairment or illness? The relevance of the social model disability to the study of mental disorder." *Journal of Sociology of Health and Illness* Vol. 22, No. 5:582–601

Musisi, Seggane, Donald Wasylenki & Morton Rapp (1989), "A Psychiatric Intensive Care Unit in a Psychiatric Hospital." *Canadian Journal of Psychiatry*. Vol. 34:200–204

Måseide, Per (1975), *Paradoksal kommunikasjon i eit terapeutisk miljø*.
Magistergradavhandling i sosiolog. Tromsø: Universitetet i Tromsø

Måseide, Per (1997), "Feltarbeid i ekspertorganisasjoner. Sjukehuset som arena for sosiologisk forskning." I: Erik Fossåskåret, Otto Fuglestad og Tor Halvdan Aase (red.), *Metodisk feltarbeid: produksjon og tolkning av kvalitative data*. ss. 94-116. Oslo; Universitetsforlaget

Måseide, Per (2003), "Medical talk and moral order: Social interaction and collaborative work." *Text*, Vol. 23, No. 3:369–403

NEM, Den nasjonale komité for medisinsk forskningsetikk (1994), *Forskning på mennesker. Lover, regler og retningslinjer*. NEM publikasjon

NESH, Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (1999), *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, jus og humaniora*. Oslo: NESH publikasjon

NOU 1988:8 *Lov om psykisk helsevern uten eget samtykke*. Oslo: Sosialdepartementet

NOU 1997:2 *Pasienten først!* Oslo: Sosial- og helsedepartementet

O'Brian, Louise & Rose Cole (2004), "Mental Health nursing practice in acute psychiatric close-observation areas." *Australian and New Zealand Journal of Ophthalmology*, Vol. 13, No. 2:89–99

Odelstingproposisjon nr.11 (1998–99), *Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykiatriloven)*. Oslo: Stortinget, Sosialkomiteen 1999

Odelstingsproposisjon nr. 65 (2005–2006), *Om lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v.* Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement

Olofsson, Britta (2000), *Use of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians*. New Series No. 655. Umeå: Umeå Universitet, Umeå Medical Dissertation Department of Nursing and the Department of Clinical Sciences, Division of Psychiatry,

Palazzolo (2004)* "About the use of seclusion in psychiatry: the patients' point of view." *Encephale*, Vol. 30, No.3: 276- 284

Pedersen, Karen Louise (2006), *Pårørendes opplevelse av politiassistert tvangsinnleggelse i psykiatrisk institusjon*. FOU-rapport nr. 2/2006. Bergen: Diakonissehjemmets høyskole

Pedersen, Per Berhard (2002), ”Deinstitusjonaliseringen av det psykiske helsevernet.” I: Reidun Norvoll (red.), *Samfunn og psykiske lidelser. Samfunnsvitenskapelige perspektiver – en introduksjon*. Kap. 9:187–204. Oslo: Gyldendal Akademisk

Pedersen, Per Bernhard, Trond Hatling og Johan Håkon Bjørngaard (2004), *Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001 og 2003*. SINTEF-rapport STF78A045029. Trondheim: SINTEF Helse

Perrow, Charles (1965), ”Hospitals: Technology, Structure and Goals.” I: James G. March (ed.), *Handbook of Organizations*, Chapter 22:910–972. Chicago: Rand-McNally and Company

Pilgrim, David & Ann Rogers (1999), *A Sociology of Mental Health and Illness*. 2.utg. Buckingham: Open University Press

Poulsen, Henrik, Lars Søndergård, Claus Hansen og Anne Lindhardt (2005), ”Psykiatriske patienters oplevelse af ophold i skærmede enheder.” *Ugeskrift for Læger*, Vol. 167, No. 5:509– 513

Quirk, Alan & Paul Lelliot (2001), “What do we know about life on acute psychiatric wards in the UK? A review of the research evidence.” *Social Science of Medicine*. No. 53:1565–1574

Radley, Alan (red.) (1993), *Worlds of illness: biographical and cultural perspectives on health and disease*. London: Routledge

Ray, Nancy, Karen Myers & Mark Rappaport (1996), “Patient perspectives on restraint and seclusion experiences: a survey of former patients of New York States psychiatric facilities.” *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Vol.1, No. 20:11–18

Reinholdtsen, Christin (1997), ” ”Ansatt på skjærmingskontrakt” *En studie av ufaglærte pleieres opplevelse av sin rolle på en psykiatrisk akuttavdeling*. Hovedfagsoppgave. Tromsø: Universitetet i Tromsø, Institutt for samfunnsvitenskap

Repstad, Pål (1997a), *Sosiologiske perspektiver for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Tano Aschehoug.

Repstad, Pål (1997b), *Mellom nærhet og distanse*. Oslo: Universitetsforlaget

Retterstøl, Nils (1974), *Det psykiatriske sykehus i omforming. En redegjørelse basert på omstruktureringsarbeider ved et psykiatrisk sykehus*. Oslo: Universitetsforlaget

Rhodes, Lorna A. (1991), *Emptying Beds. The Work of Emergency Psychiatric Unit*. Berkeley: University of California Press

Rose, Nicholas (1986), “Law, Rights and psychiatry.” I: Peter Miller & Nicholas Rose (red.), *The Power of Psychiatry*. Cambridge: Polity Press

Rosenhan, David L. (1973), “On being sane in insane places.” *Science*, No.179:250–258

Richardson, Betty Kehl (1987), "Psychiatric Inpatients' Perceptions Of the Seclusion-Room Experience." *Nursing Research*. Vol. 36, No. 4:234– 238

Ruud, Torleif og Helge Hagen (2004), *Pasienter i psykisk helsevern for voksne 20 november 2003*. Rapport 3/04STF78 A045026 Trondheim : SINTEF Helse

Rønnestad, Michael (2000), "Psykoterapiforskning: Noen utviklingslinjer og betraktninger om "the Dodo bird verdict": "Everybody has won and all must have prizes." *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Nr. 37:1003-1016

Rådet for psykisk helse (2004a). *Stykkevis og delt. Forprosjekt om kvalitetsutvikling i psykisk helsearbeid*. Oslo: Rådet for psykisk helse

Rådet for psykisk helse (2004b), *Verdig liv. Velferd, medvirkning og helhet ved psykiske lidelser*. Oslo: Rådet for psykisk helse

Sailas E. & M. Fenton (2003)*, "Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses." *The Cochrane Library*, Issue 3. Oxford: Update Software

Sarangi, Srikant & Celia Roberts (1999), "The dynamics of interactional and institutional orders in work-related settings." I: Srikant Sarangi & Celia Roberts (red.), *Talk, Work and Institutional Order. Discourse in Medical, Mediation and Management Settings*, Chapter 1:1–42. Berlin: Mouton de Gruyter

Sasson, Yehuda m.fl.(1998), "Healing environment i psychiatric hospital design." *General Hospital Psychiatry*. Vol. 20, No. 2:108-114

Schatzman, Leonard & Anselm Strauss (1973), *Field Research. Strategies for a Natural Sociology*. Englewood Cliffs: Prentice Hall

Scheff, Thomas J. (1975/1966), *Psykisk syk – en sosiologisk teori*. Danmark: Gyldendals samfundsbibliotek. 1.utg. 1966, *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*. Chicago: Aldine Publishing Co.

Scull, Andrew (1993), *The Most Solitary of Afflictions: Madness and Society in Britain, 1700–1900*. New Haven/London: Yale University Press

Scull, Andrew (1989), *Social Order/Mental Disorder. Anglo-American Psychiatry in Historical Perspective*. Berkely: University of California Press

Schön, Donald A. (1991), *The reflective practitioner: how professionals think in action*. Aldershot : Avebury

Schaanning, Espen (1999), *Fortiden i våre hender. Foucault som vitenshåndtør*. Bind 1 Historisk praksis. Oslo: Unipub Forlag

Silverman, David (2000), *Doing Qualitative Research. A Practical Handbook*. London: Sage Publications

- Sirnes, Thorvald (1999), "Alt som er fast, fordamper?" I: Siri Meyer og Thorvald Sirnes (red.), *Normalitet og identitetsmakt i Norge*, ss.29–75. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Sjöström, Bengt (1992), *Kliniken tar över dårskapen. Om den moderna svenske psykiatrins framväxt*. Gøteborg: Daidalos
- Sjöström, Stefan (1997), *Party og Patient? Diskursive Practices Relating to Coercion in Psychiatric and Legal Settings*. Umeå: Borea forlag
- Skagestad, Petter (1978), *Vitenskap og menneskebilde. Charles Pierce og amerikansk pragmatisme*. Oslo: Universitetsforlaget
- Skatvedt, Astrid (2001), *Fortellinger om kjærlighet. Om kommunikasjon mellom ansatte og klienter på en institusjon for stoffmisbrukere*. Hovedoppgave i sosiologi. Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi. Oslo: Universitetet i Oslo
- Skretting, Astrid (1996), *Når kan samtykke sies å være frivillig? Forskningspersonvern og samtykke*. De nasjonale forskningsetiske komiteers skriftserie
- Skretting, Astrid (1999), *Avveining mellom etikk og metode i rusmiddelforskning. Etikk og Metode*. Skriftserie nr. 12. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteer
- Skålevåg, Svein Atle (2002), *Fra normalitetens historie. Sinnsykdom, 1870–1920*. Avhandling til dr.art.-graden. Bergen: Universitetet i Bergen
- Smith, Mark (1998), *Social Science in Question*. London: The Open University
- Solberg, Anne (1996), „Erfaringer fra feltarbeid.“ I: Harriet Holter og Ragnvald Kalleberg (red.), *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*, ss. 130—144. Oslo: Universitetsforlaget
- Sosial- og helsedirektoratet (2006), *Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
- Stanton, Alfred H. & Schwartz, Morris S. (1954), *The Mental Hospital*. New York: Basic Books
- Stiftelsen Psykiatrisk opplysning: (2001), *Miljøterapi – en modell for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk opplysning
- Stortingsmelding nr. 9 (1974–75), *Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen*. Oslo: Sosialdepartementet
- Stortingsmelding nr. 25 (1996-97), *Åpenhet og helhet*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet
- Strand, Liv (1990), *Fra kaos mot samling, mestring og helhet. Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal akademisk

Strauss, Anselm & Leonard Schatzman m.fl. (1981/1964), *Psychiatric ideologies and institutions*. 1.utg. 1964. London: Transaction Books

Strauss, Anselm L. & Juliet M. Corbin (1988), *Shaping a New Health Care System*. San Francisco: Jossey-Bass

Strauss, Anselm L. & Juliet M. Corbin(1998), *Basics of Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded theory*. London: SAGE Publications

Sullivan, Ann, Janet Bezmen, Charles Barron m.fl. (2005), "Reducing Restraints: Alternatives to Restraints on an Inpatient Psychiatric Service-Utilizing Safe and Effective Methods to Evaluate and Treat the Violent Patient." *Psychiatric Quarterly*. Vol. 76, No. 1:51–65

Sundin, Bertil (1970), *Individ, institution, ideologi – anstaltens socialpsykologi*. Stockholm: Bonnier fakta

Svensson, Roland (1998), *Samfunn, medisin, sykepleie – en introduksjon til medisinsk sosiologi*. Oslo: Ad Notam Forlag

Sørensen, Nelli Øvre (2006), *I virkeligheten udenfor: et dobbelt perspektiv på sygeplejerskers arbejde i en psykiatrisk institution: en analyse af magt, styrings- og selvstyrings teknikker*. Ph.D. afhandling. Roskilde : Institut for uddannelsesforskning, Forskerskolen i livslang læring, Roskilde universitetscenter

Sørgaard, Knut W. (2004), "Patients' perception of coercion in acute psychiatric wards. An intervention study." *Nordic Journal of Psychiatry*. Vol. 58, No. 4:299–304

Sørhaug, Hans Christian (1977), *Ansatte og innsatte på et psykiatrisk sykehus: makt, gjensidighet og ansvar*. Hovedoppgave i sosialantropologi. Oslo: Universitetet i Oslo

Taxies, J. Carole (2002), "Ethics and praxis: alternative strategies to physical restraint and seclusion in a psychiatric setting." *Issues in Mental Health Nursing*. No. 23:157–170

ten Have, Paul (1999), *Doing conversational Analysis. A Practical Guide*. London: Sage Publications

Thwaites, Tony, Lloyd Davis & Warwick Mules (2002), *Introducing cultural and media studies: a semiotic approach*. Houndmills: Palgrave

The Sainsbury Centre for Mental Health (1998), *Acute Problems. A survey of the quality of care in acute psychiatric wards*. London: The Sainsbury Centre for Mental Health

Thorsnes, Sigrid Lerstad (1979), *Sykepleie i psykiatri*. Oslo: Diakonhjemmets sykepleierhøgskoles skriftserie. Nr. 5 /79

Tomes, N. (1988), "The great restraint controversy: a comparative perspective on Anglo- American psychiatry in the nineteenth century." I: William Bynum, Roy Porter & Michael Shepard (ed.), *The Anatomy of Madness. Essays in the History of Psychiatry*. ss.191–225. London: Tavistock Publications

Tunde-Ayinmode, Mosunmola & John Little (2004), "Use of seclusion in a psychiatric inpatient unit." *Australian Psychiatry*, Vol. 12, No. 4: 347–351

Tveit, Hanne, Thor Haaland og Helge Knudsen m.fl.(2000), *Miljøterapeutiske prosesser i en psykiatrisk avdeling. Forståelse, forankring, forandring. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk opplysning*

Vaglun, Per, Sigmund Karterud og Jarl Jørstad, J. (red.) (1984), *Institusjonsbehandling i moderne psykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget.

Van Maanen, John (1988), *Tales of the Field. On Writing Ethnography*. Chicago: University of Chicago Press

Vatne, Solfrid (2003), *Korrigere og anerkjenne. Sykepleieres rasjonale for grensesetting i en akuttpsykiatrisk behandlingspost*. Dr.gradsavhandling, Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for sykepleievitenskap

Visalli, Hank & Grace McMcnasser (2000), "Reducing Seclusion and Restraint: Meeting the Organizational Challenge." *Journal of Nursing Care Quality*, Vol. 14, No.4: 45–44

Vaaler, Arne, Gunnar Morken og Olav Linaker (2005), "Effects of different interior decorations in the seclusion area of a psychiatric acute ward." *Nordic Journal of Psychiatry*, Vol. 59, No. 1:19–24

Wadel, Cato (1991), *Feltarbeid i egen kultur*. Flekkefjord: Hegland Trykkeri A/S

Wadson, Harriet & William Carpenter (1976), "Impact of the seclusion room experience." *The Journal of Nervous and Mental Disease*. Vol. 163, No. 5:318–325

Whitfield, William (1996), "A brief historical note on the use of restraint and seclusion of the metally disordered." *International History of Nursing Journal*. Vol. 2:92–96

Wifstad, Åge (1991), "Etikk i psykiatrien. Noen observasjoner." *Sykepleien Fagtidsskriftet*, Nr. 3:2–5

Wimmer, August (1936), *Spæciel klinisk psykiatri for Studerende og Læger*. København: Levin og Munksgaard

Wolcott, Harry F. (2001), *Writing Up Qualitative Research*. 2. utg. London: Sage Publications

Wynn, Rolf (2003), "Staff attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital." *Nordic Journal of Psychiatry*. Vol 57, No. 6:453–459

Wynn, Rolf (2004), *Restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital*. Avhandling (dr.med.), Tromsø: University of Tromsø, Department of Clinical Psychiatry, Institute of Clinical Medicine

Wærness, Kari (1999), "Kan travelhet skape grusomhet i den offentlige omsorgstjenesten?" I: Kirsten Thorsen og Kari Wærness (red.), *Blir omsorgen borte? Eldreomsorgens hverdag i den senmoderne velferdsstaten*. 149-157. Oslo: Ad Notam Forlag

Waal, Helge (1978), *Psykiatriske sykehus, utviklingsmuligheter og begrensninger*. Oslo: Universitetsforlaget

Waal, Helge (1980), "Strukturendringer i Gaustad sykehus." I: Nils Retterstøl (red.), *Gaustad sykehus 125 år*. 169-181. Oslo: Universitetsforlaget

Østerberg, Dag (1982), *Sosialfilosofi. Forståelsesformer. Samfunnsmotsetninger*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Østerberg, Dag (1990), "Det sosiomaterielle handlingsfelt." I: Ivar Frønes (red.), *Kulturanalyse*. 65–80. Oslo: Gyldendal forlag

Aaslestad, Petter (1997), *Pasienten som tekst. Fortellerrollen i psykiatriske journaler. Gaustad 1890–1990*. Oslo: Tano Aschehoug

* Fornavn ikke oppgitt

Alle kilder som er brukt i denne oppgaven er oppgitt.

VEDLEGG

- Vedlegg 1. Godkjenning fra Regional komite for medisinsk forskningsetikk,
- Vedlegg 2. Godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.
- Vedlegg 3. Informasjonsskriv til personalet
- Vedlegg 4. Informasjonsskriv til pasienter
- Vedlegg 5. Samtykkeskjema pasient
- Vedlegg 6. Informasjon til kontrollkomisjonen ved sykehuset

REGIONAL KOMITE FOR MEDISINSK FORSKNINGSETIKK

Helseregion Sør

Forsker
Reidun Norvoll
SINTEFUnimed
Pb. 124, Blindern
0318 Oslo

Deres ref.: 783522.01

Vår ref.: S-00153

Dato: 12.04.02

Bruk av skjerming som virkemiddel for behandling og sosial kontroll i psykiatriske akuttavdelinger.

Prosjektleder: Forsker Reidun Norvoll, SINTEF Unimed

Svar på merknader. Nye informasjonsskriv

Vi takker for brev av 2002-03-18 med vedlegg, mottatt 10.04.02, og e-post av 11.04.02 med vedlegg.

Vi takker for utførlig kommentar til vårt brev av 14.03.02. Komiteen tar kommentarene til etterretning.

Nye pasientinformasjoner

Komiteen forslår en del endringer i pasientinformasjonene. De fremgår av vedlagte eksemplarer av informasjonen til pasienter ved _____ der endringene er satt inn med understreket skrift i pasientinformasjonen vedlagt e-post 11.04.02.

Setningene om kontrollkommisjonen og avdelingsoverlegen kan du ta med hvis du ønsker det.

Da komiteen er et rådgivende organ og ikke et forvaltningsorgan, er uttrykket "godkjent" erstattet med "tilrådd" i omtalen av komiteens behandling av prosjektet. Uttrykket "godkjent" vil kunne oppfattes som en godkjennelse i rettslig forstand.

Komiteen er opptatt av at en pasientinformasjon skal ha en nøytral form, og at man unngår ord og vendinger som bryter med dette. Setningen "Takk for all hjelp og velvillighet", er derfor foreslått strøket. Dette passer dessuten med at pasientinformasjonen er en forespørsel om deltakelse.

De øvrige endringene anser vi det unødvendig å kommentere.

Pasientinformasjonen for _____ endres tilsvarende.

Postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo, tlf 22 84 46 66, faks 22 84 46 61, e-post: rek-2@medisin.uio.no
Besøksadresse: Frederik Hølst's hus/Ullevål terrasse, Ullevål sykehus

Informasjonsskrivene til personalet

Vennligst se det vedlagte informasjonsskrivet der det er noen mindre endringer i samsvar med kommentarene overfor.

Når de gjelder skriftlig samtykke fra personalet, overlater komiteen, som meddelt i e-post, valget til deg.

Komiteen går ut i fra at disse merknadene kan tas til følge, og tilrår at prosjektet gjennomføres.

Vi ønsker lykke til med prosjektet.

Med vennlig hilsen

Annetine Staff (sign)
overlege dr.med.
nestleder


Ola P. Høle
avdelingsleder
sekretær

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Reidun Norvoll
Avdeling for psykisk helse
SINTEF Helse
Postboks 124 Blindern
0314 OSLO

Vår dato: 09.11.2005

Vår ref: 200501640-55 /NH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 06.10.2005. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>13455</i>	<i>Skjerming som behandling og kontroll av psykiatriske akuttavdelinger</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>SINTEF, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Reidun Norvoll</i>

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt.

Vedlagt følger vår vurdering. Prosjektet kan settes i gang.

Vennlig hilsen


Bjørn Henriksen


Synnøve Scrigstad

Kontaktperson: Synnøve Scrigstad tlf: 55 58 35 42

Vedlegg: Prosjektbeskrivelse

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uis.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 10 07. kjone.sjuaell@ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVU, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsd@svu.uib.no



INFORMASJON TIL PERSONALET VED POST ...

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSUNDERSØKELSE OM BRUK AV SKJERMING I PSYKIATRISKE AKUTTAVDELINGER

Mitt navn er Reidun Norvoll. Jeg er sykepleier og sosiolog og ansatt som forsker ved SINTEF Unimed i Oslo. Jeg har fått midler fra stiftelsen Helse og Rehabilitering gjennom Rådet for psykisk helse til å gjennomføre et doktorgradsprosjekt som omhandler bruk av skjerming i psykiatriske akuttavdelinger. Undersøkelsen startet januar 2002 og skal vare ut 2004. I løpet av denne perioden vil jeg være tilstede i to akuttavdelinger våren 2002 og høsten/vinteren 2002.

I undersøkelsen er jeg opptatt av to forhold. For det første har det skjedd store endringer i psykisk helsevern i løpet av de siste tiårene med økt utbygging av kommunehelsetjenesten og nye former for sykehusorganisering. Det mangler imidlertid kunnskap om forholdene innenfor sykehusavdelingene i dag, og det er behov for å oppdatere forskningen fra 1960- og 1970-tallet. For det andre vil undersøkelsen studere skjermingspraksis i akuttavdelingene og hvordan pasientene erfarer det å bli skjermet. Selv om skjerming er en sentral behandlingsform i akuttavdelingene, finnes det i dag lite forskning om skjermingspraksis. Bruk av skjerming befinner seg også i gråsonen mellom behandling og tvang, og hvor det kan oppstå vanskelige kliniske avveininger i praksis om bruk av skjerming. Prosjektet skal dermed bidra til å gi mer kunnskap om bruk av skjerming.

Siden jeg er sosiolog er jeg i undersøkelsen opptatt av organiseringen av sykehusene og sosiale forhold i avdelingen som påvirker bruken av skjerming. Fokuset i undersøkelsen er dermed på virksomheten innenfor avdelingen generelt mer enn enkeltpersoner.

I undersøkelsen vil jeg benytte feltarbeid som forskningsmetode. Dette betyr at jeg vil benytte deltakende observasjon i avdelingen, samtaler med personalet og pasienter underveis og to gruppeintervjuer med personalet. I tillegg vil det gjennomføres intervjuer med et utvalg pasienter. Intervjuene vil skje ved utskrivelse av avdelingen og tre måneder etter utskrivelse.

Jeg vil være tilstede en uke i avdelingen i uke 17 (22. april til 26. april 2002). I tillegg til vil jeg være tilstede i posten over noe lengre tid fra høsten 2002.

I disse tidsperiodene vil jeg delta i avdelingens aktiviteter noen timer av gangen i løpet av ulike vakter. I løpet av perioden vil jeg også gjennomføre intervjuer med pasienter og gruppeintervjuene med personalgruppen. Når jeg er tilstede i avdelingen,

Vedlegg 3

vil jeg delta ved morgenmøte og rapporter. Jeg vil også sitte inne på skjermte avsnitt for å bli kjent med pasientene og avdelingen mer generelt, og delta i avdelingens aktiviteter med pasientene. Jeg vil ikke inngripe i behandlingen eller i vanskelige situasjoner mellom personalet og pasientene, men holde meg mer passiv og nøytral i slike situasjoner.

Prosjektet er tilrådd av Regional komité for medisinsk forskningsetikk. For å sikre informert og frivillig samtykke til deltakelse vil jeg be om at dere i situasjoner hvor jeg ikke har møtt pasienten/e før, informerer pasientene om hvem jeg er og spør om jeg kan være tilstede. Jeg vil også være takknemlig dersom dere sier fra om observasjonen ikke passer der og da. Jeg vil ha overlegen som klinisk veileder når jeg er i posten. Det er også laget en avtale med avdelingen om at pasienten kan kontakte kontaktperson/avdelingslege i posten dersom det dukker opp spørsmål eller tanker etter intervju med meg. Dette vil jeg informere pasientene om. Forøvrig er det bare fint om dere opptrer som dere ville gjort uten at jeg er tilstede, og ikke tar spesielle hensyn til at jeg er i avdelingen.

Som forsker har jeg en uavhengig rolle i avdelingene. Det vil si at jeg ikke er representant for ledelsen eller pasientorganisasjoner. Jeg har underskrevet taushetsplikten ved sykehuset. Undersøkelsen vil anonymiseres og bli behandlet konfidensielt gjennom hele prosessen.

Dersom dere har noen spørsmål kan dere ta kontakt på telefon 22 06 79 51, eller e-postadresse: Reidun.Norvoll@sintef.no

Med vennlig hilsen

Reidun Norvoll



TIL PASIENTER VED POST

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKT VED AVDELINGEN

Mitt navn er Reidun Norvoll. Jeg er sykepleier og sosiolog og ansatt som forsker ved SINTEF-Unimed i Oslo. Jeg har fått midler fra stiftelsen Helse og Rehabilitering gjennom Rådet for psykisk helse til å gjennomføre et doktorgradsprosjekt ved psykiatriske akuttavdelinger. Undersøkelsen startet januar 2002 og skal vare ut 2004. I løpet av denne perioden vil jeg være tilstede ved to akuttavdelinger over en 6 måneders periode høsten/vinteren 2002/2003.

Dette brevet er en forespørsel om du, som er innlagt ved denne psykiatriske akuttavdelingen, vil delta i denne studien. Regional Etisk Komite har tilrådd gjennomføringen av studien.

Jeg vil være tilstede en uke i denne avdelingen i uke 17 (22. april til 26. april 2002). I tillegg vil jeg være tilstede i posten over noe lengre tid fra høsten 2002.

I undersøkelsen min er jeg opptatt av to forhold. For det første har det i løpet av de siste tiårene skjedd store endringer i organiseringen av sykehus. Det mangler samtidig forskning om hvordan forholdene er innenfor de psykiatriske sykehusavdelingene i dag, og denne undersøkelsen skal bidra til å oppdatere forskningen.

For det andre skal prosjektet studere hvordan akuttavdelinger benytter skjerming. Selv om akuttavdelingene ofte benytter skjerming som behandlingsform finnes det i dag lite forskning om skjermingspraksis. Undersøkelsen skal gi mer kunnskap slik at sykehusene kan benytte skjerming på best mulig måte overfor pasientene. Fokuset er dermed organiseringen av sykehuset og det som skjer innenfor avdelingen mer generelt.

I undersøkelsen vil jeg benytte observasjon hvor jeg ser på hvordan akuttavdelingene arbeider og hvordan skjerming foregår. I tillegg vil jeg intervju noen fra personalgruppen om bruk av skjerming og noen pasienter som har lyst til å delta om deres erfaringer med skjerming.

I perioden ved avdelingen vil jeg delta noen timer i avdelingens aktiviteter på visse dager og på ulike vakter. Når jeg er i avdelingen vil jeg være tilstede i avdelingen på vanlig måte som annet personell. Jeg vil samtidig ikke ta bestemmelser om behandling og heller ikke utføre behandlingsoppgaver. Dersom dere synes det er i orden vil jeg gjerne være med på turer og lignende.

Jeg vil understreke at observasjonene og intervjuene er frivillig. Det er full anledning til å si ifra til meg eller til personalet dersom du ikke ønsker at jeg skal være til stede eller ikke vil delta i intervju. Du har også rett til å få slettet data som angår deg.

Vedlegg 4

Avslaget må ikke begrunnes nærmere og vil ikke påvirke den behandlingen du får ved avdelingen. Jeg gir gjerne mer informasjon om prosjektet dersom det er flere spørsmål.

Som forsker har jeg en uavhengig rolle i avdelingene. Det vil si at jeg ikke er representant for ledelsen, personalet eller pasientorganisasjoner. Jeg har underskrevet taushetsplikten ved sykehuset. Undersøkelsen vil bli behandlet anonymt og konfidensielt gjennom hele prosessen.

Dersom dere har noen spørsmål kan dere ta kontakt på telefon 22 06 79 51, eller e-mailadresse: Reidun.Norvoll@sintef.no

Med vennlig hilsen

Reidun Norvoll



Pasienter

SAMTYKKEERKLÆRING TIL FORESPØRSEL OM Å DELTA I INTERVJU OM SKJERMING I PSYKIATRISKE AKUTTAVDELINGER

Jeg samtykker herved i å delta i intervju om mine erfaringer av det å bli skjermet under mitt opphold i avdelingen

Jeg er informert om formålet for undersøkelsen og at intervjuet er helt frivillig slik at jeg kan nekte å svare på spørsmål eller avbryte intervjuet når jeg selv måtte ønske dette uten at dette vil få noen konsekvenser for meg. Jeg er også informert om at jeg har rett til å få slettet data om jeg ønsker dette.

Jeg er videre innforstått med at alle opplysninger vil anonymiseres og behandles konfidensielt gjennom forskningsprosessen og ved publisering av rapporten.

Jeg er også informert om at jeg kan ta kontakt med min kontaktperson i avdelingen:

Navn:

Telefonnummer:

eller avdelingsoverlege

dersom jeg har behov for å snakke med noen i etterkant av intervjuet.

Ved spørsmål og andre kommentarer kan du kontakte forsker

Reidun Norvoll ved Sintef Unimed, Tlf. 22 06 79 51

Sted

Dato

.....
Navn på den som blir intervjuet

Kopi gis til pasient

SINTEF Unimed

Postadresse:
Postboks 124, Blindern
0314 Oslo
Besøksadresse:
Forskningsveien 1, Oslo
Telefon:
22 06 73 00
Telefaks:
22 06 79 09

Foretaksregisteret:
NO 948 007 029 MVA

Kontrollkommisjonen forsykehus
v/formann

Deres ref.:

Vår ref.:

Direkte innvalg:
22 06 79 51

Oslo,
2002-03-19

INFORMASJON VEDRØRENDE DOKTORGRADSPROSJEKT OM BRUK AV SKJERMING I PSYKIATRISKE AKUTTAVDELINGER

På anmodning fra Regional komite for medisinsk forskningsetikk (REK), vil jeg med dette brev informere kontrollkommisjonen ved ...sykehus om at jeg vil gjennomføre et doktorgradsprosjekt om bruk av skjerming som behandling og sosial kontroll fra 2002-2004 (se vedlagte projektskisse og siste brev til REK). Prosjektet er finansiert av Stiftelsen Helse og Rehabilitering og ansvarlig for oppfølging av prosjektet er Rådet for psykisk helse.

Jeg er ansatt som forsker ved SINTEF Unimed i Oslo og sitter der under prosjektperioden. Jeg er videre knyttet til doktorgradsprogrammet ved samfunnsvitenskapelig fakultet, institutt for sosiologi. Professor Dag Album ved samme institutt er hovedveileder, og Harald Grimen ved UiO, seksjon for medisinsk antropologi, er biveileder. I tillegg er overlegen ved hver avdeling, her overlege oppnevnt som klinisk veileder for forsker under opphold i avdelingen. Overlegen vil også bistå i vurderingen av samtykkekompetanse og forskerens tilstedeværelse i avdelingen når dette er aktuelt.

Det vil benyttes kvalitativ metode i form av feltarbeid med observasjon og intervju fra høsten 2002 ved en akuttavdeling ved to sykehus gjennom en periode på ca. 6 måneder. Endelig tidspunkt for opphold i avdelingen er ikke avklart på nåværende tidspunkt, men kan fås ved forespørsel hos overlegen eller posten.

Dersom det er behov for ytterligere opplysninger kan dere gjerne kontakte ansvarlig overlege eller undertegnede på telefonnummer 22 06 79 51 eller e-mail: Reidun.Norvoll@sintef.no

Med vennlig hilsen

Reidun Norvoll
Forsker, SINTEF Unimed

Kopi: Regional komite for medisinsk forskningsetikk
Overlege