

## - OMSORGENS TVETYDIGHET VED BRUK AV SKJERMING -

THE AMBIGUITY OF CARE GIVEN DURING THE USE OF SECLUSION

*”Hvordan kan omsorgen sykepleieren gir skjermede pasienter utarte seg, når sykepleieren må velge mellom sitt velgjørighetshensyn og pasientautonomien?”*

Av  
Håvard Bäckström

Mastergradsstudium i tverrfaglig helse- og sosialfag med fordypning i psykisk helsearbeid, avlagt ved Høgskolen i Nord-Trøndelag 2011



## Innhold

FORORD .....	4
ABSTRACT.....	5
SAMMENDRAG.....	6
<b>1.0 INNLEDNING.....</b>	<b>7</b>
1.1 Begrunnelse og bakgrunn for valg av tema .....	7
1.2 Presentasjon og avgrensning av problemstillingen.....	8
1.3 Forforståelse .....	9
1.4 Hensikt og formål .....	9
1.5 Oppgavens oppbygning.....	9
<b>2.0 TEORI .....</b>	<b>11</b>
2.1 Hva er skjerming.....	11
2.2 Lovverk.....	12
2.2.1 Lovverk ved frivillig innleggelse .....	12
2.2.3 Lovverk om skjerming .....	13
2.3 Autonomiprinsippet .....	16
2.3.1 Autonomi .....	17
2.3.2 Integritet .....	17
2.3.3 Informert samtykke .....	18
2.4 Paternalisme og velgjørenhetshensynet .....	19
2.5 Makt og tvang.....	20
2.6 Hva er et etisk dilemma?.....	21
2.7 Nasjonal forskning om skjerming.....	22
2.8 Internasjonal forskning om skjerming .....	24
<b>3.0 Kari Martinsens vitenskapssyn og omsorgsteori/filosofi.....</b>	<b>28</b>
3.1 Kari Martinsens vitenskapssyn .....	28
3.1.1 Fenomenologien.....	28
3.2 Kari Martinsens perspektiv på omsorg.....	29
3.3 Presentasjon av Kari Martinsens omsorgsteori/filosofi .....	30
3.3.1 Omsorg som relasjonelt begrep .....	30
3.3.2 Omsorg som praktisk begrep .....	30
3.3.3 Omsorg som moralsk begrep .....	31
<b>4.0 METODE .....</b>	<b>32</b>
4.1 Hvorfor velge kvalitativ metode? .....	32
4.2 Datainnsamling - det kvalitative intervjuet.....	33
4.2.1 Gjennomføring av det kvalitative intervjuet.....	34
4.2.2 Utvalg og informanter .....	34
4.2.3 Transkribering.....	35
4.3 Analyse av kvalitative data.....	36
4.3.1 Å få et helhetsinntrykk.....	36
4.3.2 Meningsbærende enheter - fra tema til koder.....	37
4.3.3 Kondensering - fra kode til tema.....	37

4.3.4	Sammenfatning - fra kondensering til beskrivelser og begreper.....	38
4.4	Datakvalitet: reliabilitet og validitet.....	38
4.5	Etiske vurderinger: informert samtykke og konfidensialitet.....	39
4.6	Metodekritikk.....	40
4.7	Litteratur søk.....	41
5.0	ANALYSE.....	42
5.1	Ureglementert tvangsbruk.....	42
5.1.1	Tvangsbehandling uten gyldig vedtak og unødvendig bruk a tvang .....	42
5.1.2	Liten grad av rettsikkerhet og pasientautonomi .....	45
5.2	Uønsket velgjørenhet og strukturell tvang.....	46
5.2.1	Generelle regler og ansvarsovertakelse .....	46
5.2.2	Sykdom skal kontrolleres og behandles.....	47
5.2.3	Unnlatelseshandlinge.....	48
6.0	DISKUSJON .....	50
6.1	Metodediskusjon .....	50
6.2	Resultatdiskusjon .....	51
6.3	Diskusjon av konsekvenser og implikasjoner .....	64
7.0	AVSLUTNING .....	64
	ETTERORD.....	67
	Referanseliste: .....	68
	<b>VEDLEGG:</b> .....	74
	Vedlegg 1.....	75
	Vedlegg 2.....	77
	Vedlegg 3.....	80
	Vedlegg 4.....	81
	Vedlegg 5.....	82
	Vedlegg 6.....	84
	Vedlegg 7.....	85
	Vedlegg 8.....	88
	Vedlegg 9.....	89

## FORORD

*”Men all hjelpekunst begynner med ydmykelse. Hjelperen må først ydmyke seg under den han vil hjelpe, og derved forstå, at det å hjelpe ikke er det å beherske men det å tjene - at det å hjelpe ikke er å være den herskesykeste, men den tålmodigste.”*

**Søren Kierkegaard**

## ABSTRACT

**The title** of this project is: *"The ambiguity of care during the use of seclusion"*. The intention of this project has been to clarify and describe the kind of nursing intervention that has been given to voluntarily admitted patients at a psychiatric acute ward. The equivocation occurs when patients are secluded against their own will, and the nurse has to choose between her own level of beneficence and the patient's autonomy. The equivocation of the care consists of two moral demands that each could be legit, both has to be considered. Situations will occur when the nurse will have to choose between respecting the patient's autonomy or to make decisions on behalf of the patient, based on evaluating the patient's needs while he is secluded. One intention has been to contribute to increased knowledge, reflection and understandings within this certain area. **The approach to the question is:** *"How can the care given to the secluded patients by the nurse be degenerated, when the nurse has to choose between her level of beneficence and the patients autonomy?"* The approach to the problem covers the voluntarily admitted patients whom are secluded against their own will, underneath psychiatric healthcare § (2-1). It is the experiences made by the nurses about this dilemma that is studied, not the experiences made by the patients. **The theory:** This master project contains two chapters of theory. In Chapter 2 the magisterial psychiatric patient, the research and theory around seclusion is introduced. In chapter 3 Kari Martine's theory/philosophy of care is presented as my reference scope of the nursing profession. I reckon this theoretical material to be especially relevant to clarify the approach to the problem of this project. **The Method:** I have chosen a qualitative method for this master project. The selection contains of three psychiatric nurses and two head nurses, these hold several years of experience working with secluded patients. The informants work at the same hospital as me, but not at the same ward. Semi-structured interview guide has been chosen for the collection of the empirical data. I asked the nurses to tell me about the work regarding the seclusion at the ward. I asked particularly about the seclusion of patients whom not are willing to be secluded, a kind of care given during the use of coercion. **The analysis:** This project has a phenomenological perspective. I have chosen Systematic Text Condensation (STC) for the analysis of the data. **The sum up of the findings:** Findings indicate that there could be lack of comprehension, and too little knowledge among the caregivers regarding the legal rights of the voluntarily admitted patients at this hospital. The care given would in a few sectors be characterized by coercion. **Keywords:** autonomy, beneficence, paternalism, psychiatric nurse, seclusion, care and ethical dilemma.

## SAMMENDRAG

**Tittelen** på prosjektet er: *”Omsorgens tvetydighet ved bruk av skjerming”*. Hensikten og formålet med prosjektet har vært å finne ut og beskrive hva slags omsorg sykepleieren gir pasienter som er frivillig innlagt ved en psykiatrisk akuttavdeling. Tvetydigheten oppstår når pasienter skjermes mot sin egen vilje og sykepleieren må velge mellom sitt velgjørighetshensyn og pasientens autonomi. Omsorgens tvetydighet består i at to moralske krav som hver for seg kan være legitime, må avveies opp mot hverandre. Sykepleieren vil komme i situasjoner der hun kan komme til å måtte velge mellom det å respektere pasientens autonomi eller det å velge på vegne av pasienten ut fra en vurdering av hva som tjener pasientens best, når han er skjermet. En av hensiktene har også vært å bidra til økt kunnskap, refleksjon og forståelse innenfor dette området.

**Problemstillingen** er: *”Hvordan kan omsorgen sykepleieren gir skjermede pasienter utarte seg, når sykepleieren må velge mellom sitt velgjørighetshensyn og pasientautonomien?”*

Problemstillingen omfatter de frivillige innlagte pasientene som skjermes på akuttpsykiatriske sykehus mot sin egen vilje og som kommer inn under psykisk helsevernlov § (2-1). Det er pleiernes erfaringer ved dette dilemmaet som er studert, ikke pasientens.

**Teorimaterialet:** Masteroppgaven har to teorikapitler. I kapittel 2 presenteres de myndige psykisk syke pasientene, forskning og teori omkring skjerming. I kapittel 3 presenteres Kari Martinsens omsorgsteori/filosofi som sykepleiefaglig referanseramme. Jeg anser dette teorimaterialet for å være relevant for å belyse oppgavens problemstilling.

**Metoden:** Det er brukt kvalitativ metode i denne masteroppgaven. Utvalget består av tre psykiatriske sykepleiere og to spesialsykepleiere. Disse har arbeidet flere år med skjermingsarbeid. Informantene arbeider på samme sykehus som meg, men ikke på samme avdeling. Det er valgt et halvstrukturert intervju for innsamling av det data. Kort fortalt ba jeg sykepleierne fortelle om skjermingsarbeidet ved avdelingen. Det ble spurt spesielt om skjerming av pasienter som ikke ønsker dette, en form for omsorg gitt under tvang.

**Analysen:** Oppgaven har et fenomenologisk perspektiv. For å systematisere data er analysemetoden systematisk tekstkondensering valgt.

**Oppsummering av funn:** Funn viser at det kan være forliten forståelse, og for lite kunnskap blant omsorgsgivere, med hensyn til hvilke rettigheter frivillig innlagte pasienter ved dette sykehuset har. Omsorgen blir preget av tvang på enkelte områder.

**Søkeord:** autonomi, velgjørighet, paternalisme, psykiatrisk sykepleie, skjerming, omsorg og etisk dilemma.

## 1.0 INNLEDNING

Innledningsvis presenteres begrunnelse og bakgrunn for valg av tema, deretter temaets relevans. Så presenteres og avgrenses problemstillingen. Videre kommer en kort redegjørelse av formålet med oppgaven og tilslutt presenteres oppgavens disposisjon.

### 1.1 Begrunnelse og bakgrunn for valg av tema

Temaet som studeres i denne masteroppgaven er ”*Omsorgens tvetydighet ved bruk av skjerming*”. Selv om skjermingens hensiktsmessighet innen psykisk helsevern stadig debatteres blir fenomenet brukt for å gi omsorg til psykisk syke pasienter som er innlagt under frivillig- og tvunget helsevern. Juridiske og moralske argumenter om bruken av skjerming, tydeliggjør et behov for kritisk å undersøke skjermingens rolle i omsorgen som blir gitt psykisk syke mennesker. Kulturen vår er i endring og psykiske sykdommer som er relatert til alkohol og rus kan man anta øker i omfang. Rusmidlene kan utløse rusrelaterte psykoser. I slike tilfeller kan det være nødvendig med skjerming som behandling fordi pasienten kan skade seg selv og ande. Verden vi lever i blir mer komplisert og det kan det virke som de psykiske lidelsene også blir.

Når sykepleiere skal gi pleie og omsorg bør hennes handlingsvalg være basert på at pasienten skal få oppleve størst mulig grad av verdighet i en hver situasjon også når pasienten er skjermet. Skal dette idealet følges vil sykepleieren sette seg selv i situasjoner der hun kan komme til å måtte velge mellom det å respektere pasientens autonomi eller det å velge på vegne av pasienten ut fra en vurdering av hva som tjener pasientens best, når han er skjermet. Som psykiatrisk sykepleier har jeg vært vitne til situasjoner og hendelser som har gjort inntrykk. Det har hendt at sykepleiere i flere tilfeller har valgt å se bort fra pasientens autonomi, for så å velge på vegne av pasienten, ut fra en bedømming av hva sykepleieren mente var best i den aktuelle situasjonen. Det er i og for seg ikke noe galt i dette. Galt blir det bare hvis det dilemmaet som oppstår, forblir utematisert. Jeg ønsker å vite mer om hvordan omsorgen kan utarte seg, ovenfor pasienter som oppsøker sykehuset med ett ønske om å legge seg inn frivillig, når sykepleieren skal vurdere pasientens selvbestemmelse i alle situasjoner? I denne oppgaven har jeg forsøkt å søke forklaring på hvilke faktorer som medvirker når sykepleieren befinner seg i situasjoner der de må velge mellom pasientens autonomi og

pleierens velgjørenhet og hva som preger omsorgen pasienten får av sykepleieren. Jeg har forsøkt å reflektere over forholdet psykisk syke får i psykiatrisk sykehus.

Jeg ser tema og problemstilling som relevant både i pleie-, pasient-, og samfunnsperspektiv. Det dreier seg om å gi en helhetlig omsorg, som nødvendigvis også innebærer å ha omsorg for, og ivareta pasientens individuelle behov for omsorg ved skjerming på ett akuttpsykiatrisk sykehus. Samtidig er det viktig at pasientens legale rettigheter ivaretas i en slik situasjon og at hans verdighet ikke krenkes. Disse situasjonene kan ikke alltid løses. Det viktigste er at det ikke overses.

## **1.2 Presentasjon og avgrensning av problemstillingen**

Problemstillingen er: *”Hvordan kan omsorgen sykepleieren gir skjermede pasienter utarte seg, når sykepleieren må velge mellom sitt velgjørenhetshensyn og pasientens autonomi?”*

Problemstillingen er avgrenset til å omfatte frivillig innlagte, myndige psykisk syke pasienter under psykisk helsevernlov § (2-1), som skjermes mot sin egen vilje. Problemstillingen dreier seg om forhold til flere pasienter. Dette er ingen studie av et enkelt individ. Sykepleier defineres i oppgaven som:

”person (kvinne eller mann) som på eget eller legers ansvar arbeider med sykepleie ved sykehus eller i primærhelsetjenesten. Utdannelsen skjer ved sykepleierskoler og tar tre år. Det finnes mange videreutdanningsmuligheter for en sykepleier innen f. eks psykiatri, anestesi og lignende (Kåss 1998 s. 341).

Pasient defineres i oppgaven som ”syk person, person under medisinsk behandling” (Kåss 1998 s. 243). I masteroppgaven omtales sykepleier i hunkjønn og pasient i hankjønn.

Jeg vil forsøke å oppnå en dypere forståelse av sykepleiernes egne opplevelse i forhold til den omsorgen som gis til frivillige innlagte pasienter på psykiatrisk sykehus og hvordan omsorgen kan utarte seg. Det vil si at jeg prøver å forstå sykepleiernes subjektive opplevelse og erfaring og sykepleiernes opplevelse og tolkning av denne situasjonen. Jeg har derfor valgt å intervju sykepleiere og ikke pasienter. Jeg skulle gjerne snakket med pasientene om deres erfaringer på dette området, men det ville blitt ett for stort prosjekt for meg å gjennomføre innenfor den avgrensede rammen jeg har arbeidet. Tidsaspektet avgrenses til å gjelde den tiden pasienten er skjermet.



Problemstillingen består også av et etisk dilemma. Det etiske dilemmaet i denne problemstillingen handler om at sykepleieren skal forholde seg til pasientens autonomi, men også om at hun skal overprøve autonomiprinsippet og velge på vegne av pasienten ut fra et velgjørenhetshensyn, når han er skjermet. Det være seg for eksempel hvis pasientens valg kan medføre skade på seg selv eller andre. Dette kan medføre restriksjoner for pasienten. Det som gjør en problemstilling til et etisk dilemma, er at det tvinger oss til å velge mellom ulike etiske verdier som i og for seg kan være like gode. (Thompson *et al.*).

### **1.3 Forforståelse**

Etter å ha jobbet 10 år som sykepleier på psykiatrisk akuttpost, hovedsaklig med skjermingsarbeid, er mitt inntrykk at pasienter som er skjermet i noen grad har selvbestemmelse og innflytelse i forhold til den omsorgen sykepleieren utøver. Men noen ganger oppstår det dilemmaer, som gjør pleierens valg mer komplisert. Sykepleierens valg setter sitt preg på omsorgen som gis pasientene og er med og avgjør hvordan omsorgen utarter seg.

### **1.4 Hensikt og formål**

Formålet med prosjektet har vært å finne ut og beskrive hva slags omsorg sykepleieren gir pasienter som er frivillig innlagt ved en psykiatrisk akuttavdeling og som skjermes mot sin egen vilje, når sykepleieren må velge mellom sitt velgjørenhetshensyn og pasientens autonomi. Hvordan løser sykepleiere situasjoner som oppstår mellom ønske om å ivareta pasienten på best mulig måte ut fra sitt velgjørenhetshensyn, og samtidig ivareta pasientautonomien. I tillegg har hensikten og formålet vært å søke ny kunnskap, forstå sammenhenger innenfor dette området samt og bidra til økt refleksjon i praksis.

### **1.5 Oppgavens oppbygning**

I **kapittel 1** er begrunnelse for valg av tema og temaets relevans presentert. Problemstillingen presenteres også. Forforståelse, oppgavens formål og oppgavens disposisjon er også formidlet.

I **kapittel 2** presenterer jeg pasientgruppen og gjeldende lovverk for leseren. Jeg formidler også den etikken jeg mener er relevant for problemstillingen. Deretter gis en beskrivelse av begrepene autonomi, paternalisme og velgjørenhet, makt og tvang og hva et etisk dilemma er.

Det redegjøres også hva skjerming er, dets lovverk og skjermingens historie. Videre redegjøres det for forskning omkring begrepet skjerming (seclusion). Jeg systematiserer forskningsartiklene i nasjonale og internasjonale studier. Nasjonalt er det ikke forsket i den bredde at jeg systematiserer forskningen videre. Internasjonalt systematiserer jeg forskning om seclusion videre med kategoriene: **1.** Hva er skjerming og begrunnelse for skjerming, **2.** Effekten av skjerming og **3.** Sykepleierens oppfatning og etiske aspekter ved bruk av skjerming.

I **kapittel 3** presenteres masteroppgavens teoretiske tilnærming. Fenomenet studeres ut fra et fenomenologisk perspektiv. I kapittel 3 omtales derfor Kari Martinsens omsorgsteori/filosofi. Det er denne omsorgsteorien/filosofien jeg vil bruke som sykepleieteoretisk referanseramme. Det er slik at det fenomen som studeres kan belyses ut fra ulike teoriperspektiv, men ikke alle perspektiv vil være like gyldige. Denne teorien er særlig relevant for å belyse oppgavens problemstilling. Jeg gjør også rede for fenomenologien.

I **kapittel 4** presenteres metode kapittelet. Her beskriver og forklarer jeg hva jeg har gjort for å svare på problemstilling. Her presenteres framgangsmåte og etiske betraktninger, og jeg reflekterer også rundt min rolle som forsker. Jeg sier også noe om metodekritikk og litteratur.

I **Kapittel 5** presenteres resultater og analysen.

I **Kapittel 6** presenteres oppgavens diskusjon. Diskusjonen er delt i tre. En metodediskusjon, en resultatdiskusjon og tilslutt, en diskusjon av konsekvenser og implikasjoner.

I **kapittel 7** følger en avsluttende kommentar med refleksjon rundt temaet og problemstilling.

## 2.0 TEORI

Under dette kapitlet presenteres den teorien som ansees som relevant for å tolke og analysere datamaterialet i undersøkelsen slik at jeg kan svare på problemstillingen. Valg av teori påvirker hvordan jeg tolker og analyserer, og til slutt hvilke funn og konklusjoner som trekkes. I den første delen redegjøres det for hva skjerming er. Deretter hvilket lovverk som gjelder ved frivillig psykisk helsevern og ved bruk av skjerming ovenfor pasientgruppen som beskrives. Så presenteres teori om autonomiprinsippet, paternalisme og velgjørenhet og makt og tvang. Deretter følger en redegjørelse for hva et etisk dilemma er før kapitlet avsluttes med relevant teori og forskning om skjerming.

### 2.1 Hva er skjerming

I et historisk perspektiv har skjerming av pasienter i følge Norvoll (2007) vært brukt som tiltak siden de første ”døllhusene” kom i Norge. Før denne tid ble urolige og uhåndterlige familiemedlemmer håndtert med hjelpemidler som uthus, kjeller, lenker og tau. Senere og frem til 1970 tallet var ”isolatrommet” det mest kummerlige rommet i asylene.

”Det er usikkert om bruken av isolat gikk tilbake på 1950-tallet på grunn av de nye medisinene” (Norvoll 2007 s. 90). Norvoll skriver videre at:

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 s. 154–161, gjengitt i Norvoll 2007 s. 95).

Skjerming ble benyttet på 70-tallet, men det vokste frem som sentral metode på 1980-tallet blant annet gjennom ”Ullevåls - modellen” med innføring av en ”individbasert miljøterapi”. Ullevåls - modellen er en:

(...) Metode som tar utgangspunkt i den akutt-psykotiske pasientens behandlingsbehov.(...) Det skjer ved at et personalmedlem oppholder seg sammen med pasienten i et oversiktlig og begrenset miljø (som regel pasientens rom), og den har elementer av grensesetting og struktur. Samtidig skal den være stimulusbegrensende uten å være depriverende (Vaglun et al. 1984 s. 205, gjengitt i Norvoll 2007 s. 99).

Formålet med skjerming blir nå i følge Norvoll (2007) 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, gjengitt i Norvoll 2007 s. 99).

I følge Vaaler *et al.* (2006) besto skjerming før 1970 i Norge stort sett av isolat, fastvakt eller eneværelse. Skjerming som metode ble lansert på 80-tallet som et alternativ til isolat. I dag er skjerming en behandlingsmetode som finnes på de fleste psykiatriske akuttpsykehusene rundt om i landet i dag. Ifølge Hummelvoll er skjerming:

En metode som bl.a. tar utgangspunkt i akutt - psykotiske pasienters behandlingsbehov. Den innebærer at et personalmedlem oppholder seg sammen med pasienten i et oversiktlig og begrenset miljø – og inneholder elementer av grensesetting, struktur og stimulusbegrensning (uten å være depriverende) (Hummelvoll 2006 s. 213).

Målet med denne metoden er i følge Hummelvoll (2006) å hjelpe pasienten til å fungere samlet og gjenvinne autonomi og kontroll over seg selv og sitt forhold til sine omgivelser. Årsaken til at pasienter skjermes er primært at de ønsker det selv, at de trenger å observeres, at de har behov for å få kontrollert stimulus fra omgivelsene eller at de trenger hjelp til å kontrollere sin atferd.

## **2.2 Lovverk**

I denne masteroppgaven studeres pasienter under psykisk helsevernlov paragraf § (2-1) som er myndig, og som skjermes § (4-3), på skjermede avsnitt, mot sin vilje.

### **2.2.1 Lovverk ved frivillig innleggelse**

Med psykisk helsevern menes ”spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever” (Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)). I psykisk helsevernloven ”etablering og gjennomføring av psykisk helsevern” fra Helse- og omsorgsdepartementet som trådte i kraft 01.01-2001, sist endret 01.01-2007 står det blant annet om frivillig behandling under § (2-1). ”Psykisk helsevern ytes på bakgrunn av samtykke etter bestemmelsene i pasientrettighetsloven, med mindre annet følger av loven her” Om frivillighetsvilkår er det i følge Riedel & Dahl Elde (2008) en forutsetning at bruk av tvang kommer i annen rekke, og uttrykker det minste inngreps prinsipp. (Riedel & Dahl Elde 2008 s. 78). Videre står det i psykisk helsevernlovens § (4-2), vern om personlig integritet, at

restriksjoner og tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige, og det skal så langt det er mulig tas hensyn til pasientens syn på slike tiltak. Ved psykisk helsevern i institusjon skal oppholdet så langt det er forenlig med formålet og den enkeltes tilstand gjennomføres slik at pasientens mulighet til å bestemme over seg selv blir ivaretatt. Hvis det er nødvendig med tvang ovenfor denne gruppen kan det skje ved at overlegen benytter § (3-4), som er forbud mot overføring fra frivillig til tvungent psykisk helsevern. § (3-4) sier blant annet:

Den som er under psykisk helsevern etter eget samtykke, kan ikke overføres til tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern mens det frivillige vernet pågår. Forbudet i første ledd gjelder likevel ikke hvor utskrivning innebærer at pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse. (Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)).

En frivillig innlagt pasient kan også holdes tilbake på sykehuset etter nødrettsbestemmelsen i straffeloven § (47), denne sier at:

Ingen kan straffes for Handling, som han har foretaget for at redde nogens Person eller Gods fra en paa anden Maade uafvendelig Fare, naar Omstændighederne berettigede ham til at anse denne som særdeles betydelig i Forhold til den Skade, som ved hans Handling kunde forvoldes (Lovdata, Almindelig borgerlig Straffelov (Straffeloven)).

Ordet myndig krever en nærmere forklaring. Tranøy bruker ordet i to betydninger, en juridisk og en moralsk. Den juridiske betydningen av ordet er at alle personer over 18 år er myndige. Unntaket er personer som er umyndiggjorte etter vergemålsloven. Kriteriene for en slik umyndiggjøring er for eksempel visse former for sinnslidelser, bevisstløshet og senilitet. Den andre betydningen av ordet er moralsk, og bygger på at det kan være grader av moralsk myndighet og kompetanse hos voksne personer. Rus og sykdom kan være slike myndighetsnedsettende faktorer hos myndige og voksne personer (Tranøy 2005). Å være myndig innebærer derfor at en person må kunne forstå sine egne interesser og konsekvensene av sine handlingsvalg. Umyndiggjøring av voksne personer som fyller kriteriene for myndighetsbegrepet, innebærer en krenkelse av deres autonomi (Tranøy 2005). Når jeg nå definerer disse pasientene som en gruppe, vil jeg presisere at det ikke er en homogen gruppe mennesker jeg definerer. Her som befolkningsgrupper ellers i samfunnet finnes det individuelle forskjeller og ulikheter, som det er viktig at sykepleieren ikke overser.

### **2.2.3 Lovverk om skjerming**

Følgende regler om skjerming gjelder i følge psykisk helsevernlov: 1. Faglig ansvarlig kan bestemme å holde pasienten helt eller delvis adskilt fra medpasienter, og fra personell som

ikke deltar i behandlingen rundt pasienten. **2.** Dersom skjermingen varer ut over 24 timer, skal det treffes vedtak. **3.** Dersom skjermingen medfører betydelig endring av vedkommendes omgivelser, skal det treffes vedtak dersom skjermingen opprettholdes etter tolv timer. **4.** Vedtak kan bare treffes for inntil to uker om gangen, og skal nedtegnes uten ugrunnet opphold. **5.** Vedtak om skjerming kan påklages til kontrollkommisjonen av pasient eller nærmeste pårørende. I psykisk helsevernlov § (4-3) blir skjerming definert som:

Dersom en pasients psykiske tilstand eller utagerende atferd under oppholdet gjør skjerming nødvendig, kan den faglig ansvarlige bestemme at pasienten av behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter skal holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten. Det treffes vedtak dersom skjerming opprettholdes ut over 24 timer (psykisk helsevernloven).

I henhold til Ot. Prp. Nr.11, 1998-99, er vilkårene for å iverksette skjerming av behandlingsmessige grunner eller hensynet til andre pasienter grunnet pasientens sterke uro eller utagerende atferd, og sees som et ledd i å forebygge at det oppstår situasjoner som gjør bruk av tvangsmidler nødvendig. Skjerming var opprinnelig tenkt som et tiltak for pasienter med psykoser, men har også bredt seg til flere pasientgrupper: Maniske, selvskadere, ved aggresjon og uspesifikke uro - tilstander. Vilårene er i dag også utvidet til å gjelde pasienter som er katatone og som er selvmordstruede med virkning fra 1.1.2007.

Ifølge Riedel & Dahl Eide (2008) ble ikke skjerming lovregulert før 1999 selv om tiltaket før dette også ble brukt i stor utstrekning. Den siste endringen som er gjort ble endret ved lov 30. juni 2006 nr. 45 med ikrafttredelse 01.01.07. Skjerming skal kun benyttes hvis det venter å ha en så gunstig virkning på pasienten at det oppveier ulempene ved tiltaket. Videre står det i skjermingsforskriftens § 4 "Ved skjerming skal det dessuten legges til rette for at pasienten gis så stor innflytelse på tiltaket som mulig" (Riedel & Dahl Elde 2008 s. 136). Skjerming er ikke et tiltak som kun er forbeholdt de pasientene som er underlagt tvungent psykisk helsevern. Skjerming kan også benyttes ovenfor pasienter som er innlagt i institusjon på frivillig paragraf, men før skjerming av disse pasientene iverksettes fremgår det av skjermingsforskriftens § 7, andre ledd, siste punktum, "at frivillige innlagte pasienter skal informeres om sin rett til å skrive seg ut, når skjermingen iverksettes og gjennomføres" (Riedel & Dahl Elde 2008 s. 138). Det står også i skjermingsforskriften § 7 at pasienter som er under frivillig psykisk helsevern ikke kan holdes tilbake eller på annen måte forhindres i å forlate institusjonen dersom vedkommende ønsker dette. Dette gjelder også under

gjennomføringen av skjerming. Pasienten må informeres om sin rett til å skrive seg ut fra institusjonen (Forskrift om bruk av skjerming i institusjoner i det psykiske helsevernet, psykisk helsevernlov).

De fleste akuttpsykehus har i dag skjermede enheter. Ifølge Riedel & Dahl Eide (2008) er dette områder som er mindre enn hoveddelen av den ordinære avdelingen. Den skjermede enheten er som oftest atskilt fra resten av avdelingen med låst dør. Er man inneliggende på en slik enhet vil man normalt ikke ha tilgang til den ordinære avdelingens spisestue, dagligstue, tv rom eller andre oppholdsrom. Man kan heller ikke ha kontakt med pasienter eller pleiere som arbeider i dette området av avdelingen. Skjerming kan også skje utenfor skjermet avsnitt, da på pasientens rom ute i den ordinære avdelingen. Skjerming er et inngripende tiltak, og kan gjennomføres ved bruk av fysisk makt, jf. Skjermingsforskriften § (7).

I Norge er skjerming juridisk fundert. Skjerming er behandling av alvorlig syke i psykiatrisk akuttpost - med segregering i såkalte skjermingsavsnitt. Ved skjerming er pleiepersonell alltid sammen med pasienten. Norge er et av få land hvor skjermingsavsnitt benyttes - i andre land er det vanlig å isolere pasienten helt. I internasjonale fagartikler beskrives dette som "seclusion", og er det nærmeste vi kommer den norske skjermings- praksisen. I Norge kan det også benyttes isolering, men da som tvangsmiddel og kun to timer sammenhengende. (psykisk helsevernloven). I tillegg til bruk av skjerming gis det også, i henhold til psykisk helsevernlov, anledning til å gjøre vedtak om andre rettighetsbegrensende tiltak. Ett eksempel er restriksjoner i forbindelse med omverdenen, § (4-5) som sier følgende:

Den som har døgnopphold i institusjon for psykisk helsevern, har rett til å motta besøk og benytte telefon, samt sende og motta brev og pakker. For den som er under tvungent psykisk helsevern i form av døgnopphold i institusjon, kan den faglig ansvarlige vedta innskrenkninger i retten som nevnt i første ledd for inntil 14 dager, i den utstrekning sterke behandlingsmessige eller sterke velferdsmessige hensyn eller sterke hensyn til nærstående person gjør dette nødvendig (psykisk helsevernloven)).

Når det gjelder den skjermedes rett til å opprettholde kontakt med omverdenen under skjermingsforløpet, er lovens klare utgangspunkt at pasienter har rett til å opprettholde kontakten med omverdenen under oppholdet, så frem til det ikke er fattet vedtak som hindrer pasienten å gjøre nettopp dette. Pasienten kan for eksempel bestemme når og til hvem de skal ringe i telefonen. Noen mindre inngripende begrensninger kan derimot institusjonene innføre gjennom husordensregler (Riedel & Dahl Elde 2008).

I brev til sykehusets kontrollkomisjon fra Sosial- og helsedirektoratet (2005) drøfter seniorrådgiver John William Glad e. f og rådgiver Mari Svarstad, psykisk helsevernloven i forhold til et generelt forbud mot bruk av mobiltelefon i husordensreglement, på en lukket avdeling. I brevet står det skrevet:

Et forbud mot mobiltelefonbruk i psykiatriske institusjoner vil ikke frata pasientene enhver mulighet til å kommunisere, i og med at pasientene vil disponere vanlig telefon ved avdelingen. Fordi mobiltelefon nå er svært vanlig og fordi slike telefoner gir helt andre kommunikasjonsmuligheter enn vanlige telefoner, vil imidlertid et forbud mot slik bruk etter direktoratets oppfatning likevel innebære et så sterkt inngrep i den personlige integritet at dette bare kan skje med hjemmel i lov. Det kan således ikke fastsettes et generelt forbud mot dette i et husordensreglement (Brev fra helse- og sosialdirektoratet, vedlegg 7).

Videre står det at psykisk helsevernlov ikke gir hjemmel for et slikt generelt forbud, og direktoratet legger derfor til grunn at et slikt forbud ikke kan nedlegges. I følge Glad og Svarstad har det i juridisk teori vært antatt at institusjoner innenfor det psykiske helsevernet har kunne fastsettet generelle regler som virker styrende på dagliglivet i en institusjon, men husordensreglementet kan bare fastsette regler som er nødvendig av hensyn til at institusjonen skal fungere best mulig som et sosialt fellesskap og av hensyn til å oppnå effektiv drift og et godt tilrettelagt behandlingsmiljø.

### **2.3 Autonomiprinsippet**

Autonomiprinsippet har en utbredt gyldighet i vestlige samfunn, og er således akseptert i vår kultur. Det henter sin autoritet fra allmenmoralen. Tranøy benevner dette begrepet som et "absolutt" å betrakte. Selve benevnelsen autonomi skriver seg fra gresk. Auto er gresk og betyr selv, nomos betyr lov (Natvig 1997). På norsk betyr ordet selvbestemmelse eller selvstyre. Det er først i de siste tjue årene at autonomiprinsippet har begynt å bli tatt på alvor innenfor helsevesenet. Grunnen til dette er at den hippokratiske etikkens ideal, paternalismen, har hatt og har fortsatt en sentral plass i helsevesenet. Dette idealet står sentralt innenfor velgjørhetsprinsippet og innebærer at legen alltid skal gjøre det som er best for omsorgssubjektet (Fjelland & Gjengedal 1990). Dette kommer jeg tilbake til senere i oppgaven.

Begge prinsippene, autonomien og paternalismen, har sin gyldighet, og det er lett å se at de står i et spenningsforhold til hverandre. I følge Tranøy (2005) er paternalistisk oppførsel overfor voksne og myndige personer i juridisk forstand uakseptabelt, og må sees på som



overgrep. Autonomi har med makt å gjøre. Dette fordi pasientens rett til autonomi er lovfestet. Hensikten er i følge Slettebø (2006) å bemyndige pasientene og gjøre maktforholdet mellom pasient og helsepersonell så likeverdig som mulig. Autonomiprinsippet inneholder tre anerkjente begreper innenfor vestlig medisinsk etikk. Disse er autonomi, integritet og informert samtykke. Begrepene henger nøye sammen med hverandre, og det er umulig å akseptere et av dem dersom vi samtidig fornekker de to andre. Vi må akseptere alle tre begrepene, ellers vil vår tankerekke bli motsigende og ukonsekvent (Tranøy 2005). Jeg vil nedenfor si mer om disse begrepene.

### **2.3.1 Autonomi**

Autonomi handler først og fremst om retten til å være med på å ta beslutninger som angår ens egen velferd, ” den som berøres av en beslutning og må leve med konsekvensene av den, bør også være med å ta beslutninger ” (Tranøy 2005 s. 32). Autonomi er en anerkjent rett som alle voksne og myndige personer har krav på. Denne retten bygger på den oppfatningen at mennesket har en uendelig verdi ved å være et mål i seg selv. Verdien er bundet opp til det å være et menneske, og er slik uavhengig av individuelle egenskaper, personlig yteevne og hva en eier. Dermed framstår alle mennesker som likeverdige (Natvig 1997). Dette handler om respekt. I følge Slettebø kan respekt forklares med ærbødighet. Det vil si å være til stede, lytte, gi pasienten meddbestemmelse, vise ærlighet og sannhet. Hun legger også vekt på det å ha ærefrykt. Dette er å vise at andre er betydningsfulle, vise varsomhet og hensynsfullhet. Det siste hun trekker frem er aktelse, dette kan observeres ved blant annet å vise oppmerksomhet, verdsette, gjøre mennesker synlig, og å vise hensynsfullhet (Slettebø 2002). Visse kriterier må likevel være oppfylt for å kunne inneha retten til autonomi. "Mennesket må ha et selv (auto), være en person. Mennesket må være i stand til å foreta autonome valg" (Natvig 1997 s. 106).

### **2.3.2 Integritet**

Integritet er det andre ordet i autonomiprinsippet. Det kommer fra latinsk og betyr uberørt eller uskadd. I følge Tranøy (2005) har ordet noe med menneskelig verdighet å gjøre, og menneskeverdet krever at vi har respekt for vår neste. Hvert menneske er unikt, med egne verdier. Å ha respekt for den enkelte pasient innebærer å ha ærbødighet for det enkelte menneskets verdier og livssituasjon. Å respektere en annen som person innebærer å respektere personens verdier, like høyt som en ønsker at ens egne verdier skal bli respektert. Å se ned på en persons verdier kan være det samme som å vise forakt for personen, selv om målet er

velgjørenhet eller beskyttelse mot skade. Det står også nedfelt i sykepleiernes internasjonale etikk kodeks at ” Sykepleie bygger på respekten for menneskerettighetene, herunder retten til liv, til verdighet og til å bli behandlet med respekt. Sykepleie ytes uavhengig av alder, hudfarge, trosoppfatning, kultur, funksjonshemming eller sykdom, kjønn, nasjonalitet, politisk oppfatning, etnisk bakgrunn eller sosial status” (ICN 2001 s. 1). ”Å frata en person retten til selvbestemmelse eller medbestemmelse er å krenke vedkommendes integritet ved umyndiggjøring. Dette er en allmenngyldig påstand” (Tranøy 2005 s. 38). Nedverdige og ydmykende behandling kan krenke en persons integritet, og er et angrep på personens selvrespekt. Slik praksis kan influere negativt på den måten andre mennesker ser på personen, og kan videre føre til ytterligere devaluering av personen.

### **2.3.3 Informert samtykke**

I følge Tranøy medfører pasientens rettigheter plikter for personalet. En slik plikt er det informerte samtykke. Tranøy sier at ved valg mellom to behandlingsformer blir det informerte samtykket aktuelt. ”Det informerte samtykke er i dagens medisinske etikk en forkortelse for informert og frivillig samtykke” (Tranøy 2005 s. 41). Informasjon alene er ikke nok hvis legen eller andre tvinger pasienten til å velge et av de foreliggende alternativene. Informert samtykke er derfor et redskap for å unngå at persons autonomi og integritet krenkes. Tranøy sier at dersom vi hevder å være tilhengere av autonomiprinsippet, må vi også si ja til informert samtykke, ellers vil det ikke være snakk om reell autonomi for pasientene. Uten adekvat faglig informasjon vil ikke pasienten være i stand til å ta autonome avgjørelser, og han har ikke nok informasjon til å vite hvilke konsekvenser valgene hans får.

I en studie gjort av Harnett & Greaney (2008) informeres det om at det i 2006 kom en ny mental helse lov i Irland hvor målet er å maksimalisere pasientens autonomi. I studien forsøker forfatterne å se sammenhengen autonomi har innefor en sykepleier – pasient relasjon i psykisk helsearbeid. Forfatterne konkluderer med at pasientenes mulighet til autonomi varierer dramatisk fordi psykiatriske sykepleiere i realiteten bestemmer om de skal etterkomme og respektere pasientens autonomi eller heller ta hensyn til andre etiske prinsipper som velgjørenhet og ikke- skade. De konkluderer også med at en skal ta hensyn til et bredere perspektiv og se autonomi i sammenheng med psykisk helsearbeid.

## 2.4 Paternalisme og velgjørenhetshensynet

Helsepersonell har forestillinger hva som er til andres beste og da kan dette bli bestemmende uten at pasientens egen beslutning er med i avgjørelsen. I følge Tranøy (2005) sier prinsippet om paternalisme at man har en ufravikelig plikt til å handle til beste for pasienten, uansett hva pasienten eller andre mener. Til tross for at det foreligger juridisk tillatelse for bruk av paternalisme ovenfor myndige frivillig innlagte pasienter, er dette allikevel et område hvor sykepleieren må bruke sitt faglige skjønn. Sykepleieren blir daglig konfrontert med dilemmaer hvor hun må avgjøre om pasientens autonomi skal gjelde eller om situasjonen er av den art at sykepleieren må overprøve pasientens valg for at pasienten skal få den behandlingen han er best tjent med.

Det er flere ulike definisjoner på paternalisme og en av disse er; "Paternalism can be defined as: "the policy or practice on the part of people in positions of authority or restricting the freedom and responsibilities of those subordinate to or otherwise dependent on them" (Hoekstra et al.2004 s. 583). Forfatteren skriver i denne studien at hensynet til paternalismen reiser etiske spørsmål fordi det kan komme i konflikt med hensynet til en persons autonomi der hvor autonomi er definert som "the right to condition of selv-government". (Hoekstra et al. 2004 s. 584). Hensikten med å nyttiggjøre seg av det paternalistiske prinsippet er velgjørenhet eller beneficens som er "it should ensure "good" (Hoekstra et al.2004 s. 583). Selv om kontroll, tvang og skjerming kan skape konflikt i forhold til en persons autonomi, er det i følge Thompson et al. (2006) ofte referert til at bruk av paternalisme kan lindre en persons mentale lidelser og forhindre at han skader andre. Videre skriver Roberts (2004) at hvis man handler paternalistisk innenfor psykiatrien kan dette ofte rettferdiggjøres ved å referere til at personen som utsettes for dette er mental syk og at man derfor ikke kan ta hensyn til personens autonomi. Handlingen, basert på velgjørenhet, er da ment å forebygge skade og å gjøre det som er godt for pasienten, selv om pasienten selv ikke er i stand til å se handlingen som et gode i den aktuelle situasjonen. Et prinsipp som står sterkt innenfor paternalismen er velgjørenhetsprinsippet. Dette er et prinsipp som kan være veiledende for sykepleieren, når hun befinner seg i en situasjon, som krever faglig skjønn.

Velgjørenhetsprinsippet er et viktig prinsipp innenfor medisin og sykepleie. Fjelland & Gjengedal formulerer dette prinsippet slik: "Du skal alltid handle slik at det er til pasientens beste." ( Fjelland & Gjengedal, 1990 s. 154). Hva som er til pasientens beste, vil ofte bero på skjønn. Det andre aspektet ved velgjørenhetsprinsippet er ikke- skade -prinsippet. Du skal

ikke påføre unødig skade. Det innebærer, i) du skal ikke påføre andre skade, ii) du skal forhindre skade, iii) du skal fjerne skade, iv) du skal fremme det gode” (Natvig 1997 s. 122). Velgjørenhetsprinsippet kalles også for beneficens. Ordet er det latinske substantivet for velgjørenhet. ”Bene” betyr godt og vel, ”facere” betyr å gjøre. Sentrale spørsmål til dette prinsippet er: Hva er til pasientens beste? Hvem vet mest om hva som er best for pasienten? Forholdet mellom pleieren og omsorgssubjektet er vanligvis et asymmetrisk forhold på grunn av ulike kunnskaper innenfor området helsefag. I mange tilfeller kan sykepleieren og pasienten ha motsatte synspunkter på hva som er best for pasienten, begrunnet i ulike fagkunnskaper. Det er viktig med en god dialog for å få alle relevante fakta på bordet, både fra sykepleierens og pasientens side. Først da kan velgjørenhetsprinsippet fungere. Dersom vi, bevisst eller ubevisst, ikke undersøker bakgrunnen for pasientens uttrykte vilje, bryter vi velgjørenhetsprinsippet og vårt faglige og etiske ansvar. Det kan likevel tenkes at pasienten ønsker former for behandling som strider mot sykepleierens oppfatning omkring hva som er faglig forenlig med velgjørenhets - prinsipp. I slike tilfeller kan fagpersonen ikke tvinges til å utføre behandling som strider mot egne verdier, samt faglige - og yrkesetiske retningslinjer for utøvelsen av sitt yrke. Når det gjelder velgjørenhetsprinsippet kan ikke sykepleieren klandres for ikke å ha gjort noe som føles umulig for vedkommende. Plikten til velgjørenhet er en plikt til å gjøre så godt som mulig etter forholdene etter å ha gjort en nøye vurdering av konsekvensene av ulike valg (Natvig 1997).

## **2.5 Makt og tvang**

Helsepersonell har stor makt, i følge Slettebø & Nortvedt (2006) er det avgjørende hvordan vi bruker denne makten. Dette spiller en stor rolle for hvilke erfaringer en pasient gjør seg i sin sykdomsperiode. Makt kan defineres som: ”en persons nåværende middel til å fremme ett fremtidig gode”(Hobbes 1963 s. 66-74, gjengitt i Slettebø & Nortvedt 2006 s. 210). Makt kan deles inn i tre aspekter: ”faglig makt, karismatisk makt og sosial og kulturell makt”(Brody 1992 s. 16-17, gjengitt i Slettebø & Nortvedt 2006 s. 210). Faglig makt har helsepersonell i kraft av sin trening, makten er upersonlig og kan overføres mellom helsepersonell. Karismatisk makt er helsepersonalets personlige kvaliteter, som mot, vennlighet og nøyaktighet. Disse er ikke overførbar mellom personer. Sosial makt derimot kommer fra helsepersonellens sosiale status som autorisert helsepersonell. I tillegg til disse maktaspektene har vi i følge Slettebø & Nortvedt (2006) også stukturell makt. Dette handler om hva helsepersonell gjør for å regulere hverdagen til pasienter. Den strukturelle makten er bestemt

ut fra rettferdig fordeling av goder, likebehandling og god ressursutnyttelse. Hvordan helsearbeidere skal bruke makten ansvarlig kan blant annet innebære følgende: ” We can have the highest degree of confidence that the healers power is being used ethically and responsibly when that power can be described as owned power, shared power and aimed power” (Brody 1992, s.43, gjengitt i Slettebø & Nortvedt 2006, s. 211). Vi må altså ha et erkjent forhold til makten og den brukes som en bakenforliggende hensikt for å oppnå det beste eller det gode for pasienten. Makten fordeles også på flere personer og grupper (Slettebø & Nortvedt 2006).

Når det gjelder tvang er det i følge Slettebø nødvendig og kan forsvares i situasjoner der pleieren skal beskytte pasienten. Tvang blir brukt i situasjoner der sykepleierne står i etiske dilemma mellom to uønskede alternativ. Unnlattelse av tvang kan bidra til å skape livstruende situasjoner hvis for eksempel selvmordstruende pasienter som ønsker å skrive seg ut fra sykehuset. Bruk av tvang kan derimot skape redsel og ubehag hos pasienten (Slettebø 2006).

Hummelvoll(2006) sier også at tvang kan forsvares når det foreligger en situasjon hvor pasientens liv og andres sikkerhet står i fare. I slike sammenhenger kan man behandle pasienten mot hans vilje. Alle andre løsninger må derimot være prøvd først.

## **2.6 Hva er et etisk dilemma?**

Når sykepleieren befinner seg i en situasjon hvor hun må velge mellom sitt velgjørighetshensyn og pasientautonomien befinner hun seg i et etisk dilemma. For å kunne forklare på en god måte hva et etisk dilemma er, må vi først si noe om to sentrale begreper. Det er begrepene norm og verdi. Begrepet ”norm” har en sentral posisjon innenfor den normative etikken, og i følge Tranøy (2005) er dette påbud, forbud, tillatelse og rettigheter som har med rett og urett, riktig og galt å gjøre. Med norm forstår jeg de veiledende regler, formelle og uformelle, en bruker for å verne våre verdier. Normene finnes for å tydeliggjøre veien fra våre sykepleie verdier frem til sykepleierens konkrete handling med pasienter. Verdier er også et begrep som står sentralt innenfor sykepleien, og som krever en nærmere forklaring. Tranøy (2005) forklarer ordet verdi ut fra at det har noe med godt og vondt, bra eller dårlig å gjøre. ”Av og til oppstår situasjoner der normer eller verdier kommer i konflikt med hverandre, og disse situasjonene oppleves som vanskelige. Vi sier da at det har oppstått et etisk dilemma” (Natvig 1997 s. 24). Det som gjør et valg til et etisk dilemma er at det tvinger oss til å velge side i situasjoner hvor normer eller verdier kommer i konflikt med hverandre (Natvig 1997). Vi gir dermed det ene etiske prinsippet, og de verdier dette står for,

forrang framfor andre prinsipper. Noen ganger er dette den eneste muligheten til å løse et problem, og vi er da nødt til å velge mellom etiske prinsipper styrt av motsatte verdier, eller av verdier som hver for seg har til hensikt å ”gjøre godt” mot pasienten, men som likevel kommer i konflikt med hverandre. Lingås (2007) sier at kan etiske avgrensninger ved moralske valg forstås som en utredning og arbeid med konfliktfylte handlingsalternativer. Alternativene kan få negative konsekvenser for en eller flere berørte parter. ”En slik avgrensning av etiske valg betyr at etikken blir særlig sentral når vi skal velge mellom to onder. Det er da en virkelig står i et etisk dilemma” (Lingås 2007 s. 181).

Sen et al. (2008) har tatt for seg dilemmaet som oppstår mellom prinsippene respekt for autonomi, velgjørenhet, ikke-skade og rettferdighet. Forfatterne skriver at disse prinsippene skaper konflikter og dilemmaer til en hver tid i psykiatrisk behandling. Spesielt når det gjelder det juridiske hvor hensynet til pasienten ofte kommer i konflikt med en tredje part som for eksempel allmennheten. Ett av dilemmaene som beskrives i studien er den overdrevne bruken av skjerming, for å beskytte andre.

## **2.7 Nasjonal forskning om skjerming**

De nasjonale forskningsstudiene som vedrører temaet skjerming og som det er lagt vekt på i denne masteroppgaven er: Vaaler *et al.* (2006), Norvoll (2007), (Wynn 2002) og Sintef helse, (Bremnes, Halling & Bjørngaard) (2008).

Vaaler *et al.* (2006) bruker uttrykket ”segregation nursing” i sin studie, når de beskriver skjerming. ”Segregation nursing” er et alternativ til seclusion og betyr skjermende sykepleier. I artikkelen beskrives det at psykiatriske akuttenheter bruker ulike nivåer av segregering for å kontrollere og beskytte pasienten. Dette er en studie som måler effekten av segregering. Målet med studien var å sammenligne effekten hos akutt innlagte pasienter ved å tilby behandling kun på psychiatric intensive care unit (PICU) og ikke i en psykiatrisk akutt avdeling. Den ene gruppen pasienter hadde kun tilgang til PICU mens den andre gruppen hadde tilgang til hele avdelingen. Denne måten å skjerme på, ”segregation nursing” blir gjort rede for både i en åpen og en lukket del av skjermingsavsnittet. I denne artikkelen gjør forfatterne også rede for bruken av PICU. Resultatene viser at skjermingsmetoden ”segregation nursing” førte til færre tilfeller av trusler og vold. Hovedfunnene i studien viser at bruk av ”segregation nursing” på en PICU avdeling har effekt i forhold til å redusere forestående vold og den faktiske volden og trusler.

I Norvoll (2007) sin studie om skjermingsmetoden i psykiatriske akuttposter, er det bruk av skjerming i psykiatrien som er tema. Hun belyser spenningen mellom behandling og kontroll ved bruk av skjerming på to ulike psykiatriske sykehus. Skjerming er en metode som benyttes overfor stadig flere innlagte pasienter i psykiatrien. Studien viser hvordan skjermingsmetoden har nær sammenheng med utviklingen innenfor det profesjonelle kunnskapsgrunnlaget og sykehusorganiseringen siden 80 tallet. Mens psykiatriske institusjoner beskriver skjerming som god og nødvendig behandling viser det seg at pasientene gjennom klager til blant annet kontrollkommissjonen kan oppleve skjerming som straff og frihetsberøvelse. Norvoll (2007) mener den faktiske organiseringen av skjerming er mer preget av tvang enn hva ideologiene fremhever. Det diskuteres videre i forhold til at sykehusenes ideologier og organisering i for liten grad fanger opp pasientenes opplevelse av behandlingsbehov. Behovet for ytterligere styrking av sykehusenes behandlingssfunksjon og reduksjon av kontroll og tvang er noe det argumenteres for.

Wynn (2002) har publisert en studie om personalets holdninger ved bruk av tvang og skjerming på et norsk psykiatrisk universitetssykehus. Studien ble utført på Åsgård psykiatriske sykehus i Tromsø. I studien kommer det fram at majoriteten av personalet mente tvang og skjerming ble utført korrekt, at intervensjonene ble brukt riktig. Menn og personal med lang arbeidspraksis med bruk av tvang og skjerming, var mest avgjørende for hvor ofte intervensjoner ble brukt. Det kommer også frem at høyt utdannet personal ikke er mer kritisk til bruk av tvang og skjerming enn annet personale i følge studien. Ved skjerming av pasienter mente flertallet at dette gjorde pasienten roligere og ikke medførte til aggresjon. Til tross for dette var det hele 70 % av de spurte som hadde blitt overfalt av pasienter i forbindelse med skjerming. Majoriteten av personalet mente vold, selvskading og trusler var de vanligste årsakene til at det ble iverksatt tvang og skjerming. Økt bemanning blir i studien nevnt som en viktig strategi for å minske bruken av skjerming. I studien konkluderes det med at det er behov for å informere personalet om de negative sidene ved skjerming og undervisning og opptrening av personale i mindre restriktive måter å imøtegå aggressive pasienter.

Sintef helse, (Bremnes *et al.*), gav i november 2008 ut en rapport om bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, 2003, 2005 og 2007. I 2008 ble alle døgninstitusjoner innen psykisk helsevern for voksne i Norge bedt om å gi opplysninger om bruk av tvangsmidler og skjerming. Rapporten viser at bruk av tvangsmidler (antall ganger) samt vedtak om skjerming økte fra 2001 til 2007. Dette forklares blant annet med en økning i omfanget av bruken av

mekaniske tvangsmidler og bruken av skjerming. Bruken av kortidsvirkende medisiner og isolering er redusert i den samme perioden. Det er betydelige forskjeller mellom sykehusene i det totale omfanget av tvangsmidler og skjerming. Det er klar korrelasjon mellom institusjonenes rate for tvangsmiddelbruk for de enkelte tvangsmiddelbruk for de enkelte tvangsmiddelformene og på tvers av observasjonsårene. Dette kan tyde på at enkelte institusjoner gjennomgående bruker tvangsmidler og skjerming i større grad enn andre. Rapporten viser også at isolering ble brukt 829 ganger i 2001 mens det bare ble brukt 175 ganger som tvangsmiddel i 2007. Dette er en reduksjon på 79 prosent. Antall skjermingsvedtak økte i samme periode fra, 778 vedtak til 2349 vedtak, en økning på 202 prosent. 62 % av alle vedtakene ble fattet på akuttposter.

## **2.8 Internasjonal forskning om skjerming**

Internasjonale forskningstudier som verdører temaet skjerming (seclusion) i masteroppgaven er kategorisert inn i tre ulike kategorier. Dette er: **1.** hva er skjerming og begrunnelse for skjerming, **2.** effekten av skjerming og **3.** sykepleierens oppfatning og etiske aspekter ved bruk av skjerming.

*Hva er skjerming og begrunnelse for skjerming:* I forskningsartikler fra land som blant annet USA, England, Australia, New Zealand og Finland, dukker ordet "seclusion" opp. For å svare på hva skjerming (seclusion) er og begrunnelse for bruk av skjerming, var det nødvendig med enn inngående og systematisk gjennomgang av artiklene. Det er vanskelig å definere hva seclusion er ifølge Muir-Cochrane & Holms (2001), nettopp fordi det finnes ulike variasjoner og praktiseringer av dette fenomenet. Forfatterne skiller mellom ufrivillig skjerming, der pasienten mister bevegelsesfrihet og selvbestemmelse og frivillig skjerming, der pasienten selv ønsker skjerming. Videre står det at seclusion ofte kan assosieres og sammenblandes med andre variasjoner innenfor psykiatrisk omsorg. Dette kan være: "time out", "quietroom", "quiettime", "opendseclusion", "exclusion", "isolation", "confinement", "lock down" and "restriction to a low stimulus environment" (Holmes 1998).

I en artikkel av El-Badri & Mellsoop (2002) skrives det om secluding at det opp gjennom tiden har vært definert på ulike måter, blant annet som: "The supervised confinement of a patient specifically placed alone in a locked room for a period at any of the day or night for the protection of patient, staff or others from serious harm" (El-Badri & Mellsoop 2002 s. 399).



I denne studien som sier noe om bruken av skjerming (seclusing), de faktorene som knyttes til dette og hva som utløser skjerming (seclusion); er seclusion definert som; ” the placement of a patient in a locked room alone at any time during hospitalization” (El-Badri & Mellsop 2002 s. 400). Skjerming (seclusion) defineres som isolering bak låst dør uten pleier tilstedet. Resultatene i forteller blant annet at 84 (16 %) pasienter av 539 pasienter ble skjermet i 129 skjermingsepisoder. Menn står for en betydelig høyere andel av skjermingstilfellene (80 %), enn damene. 23 % av menn som ble skjermet tillot skjerming. Studien viser også at personer som skjermes varierer fra 0 episoder til 10 episoder. Gjennomsnittsalderen var 34 og 35 år. Studiet viser at 67 % av skjermingsepisodene skjedde i løpet av den første uka pasienten var på sykehuset og at tiden på hver skjermingsepisode varierte fra under en time til 100 timer. Gjennomsnittet var 14 timer. Pasienter med schizofreni var gruppen som hyppigst ble skjermet, deretter de maniske. Undersøkelsen viser også at utagering og truende atferd mot personalet utgjør den største årsaken for at pasientene ble skjermet. Det konkluderes med at mer forskning omkring fenomenet er nødvendig for å undersøke den mest effektive bruken av skjerming (seclusion) og utvikling og bruk av alternative strategier i å kontrollere voldelig atferd.

Om seclusion skriver O`Brian & Cole (2004) følgende og refererer til ulike kilder underveis:

Seclusion has been reported clinically indicated for containment and isolation and to decrease sensory input (Gutheil 1978), however, seclusion has been identified as a potentially traumatic experience for patients (Choen 1994; Herman 1992; Marangos-Frost and Wells 2000; Mcgorry et al. 1991; Mcgorry 1992; Norris and Kennedy 1992), and deleterious and distressing for patient (Meehan et al. 2000; Norris and Kennedy 1992; Tooke and Brown 1992) and staff (Outlaw and Lowery 1992). Seclusion is described as being punitive (Farrell and Dares 1996; Martinez et al. 1999; McDonnell 1996; Tooke and Brown 1992) and controlling in nature (Lendmeijer and shortbridge-Baggert 1997; Morrison 1990; Muir-Cochrane 1996; Muir-Cochrane and Harrison 1996; Sullivan 1998a) (O`Brian & Cole 2004 s. 91).

Hensikten med O`Brian & Cole (2004) sin studie var å utvikle en forståelse for konteksten og de erfaringene blant annet sykepleierne hadde gjort seg rund “closeobservation”. Dette er en form for skjerming (seclusion) som er forholdsvis lik slik den noske modellen for skjerming praktiseres, det samme som ”psychiatric intensive care unit”. Videre var hensikten å utvikle anbefalinger for klinisk praksis innenfor dette området.

I studien til Kaltiala-Heino, Tuohimäki, Korkeila & Lethinen (2003) henvises det til Gutheil (1987) når det gjelder begrunnelse for bruk av skjerming (secluding). Følgende står skrevet: 1. Preventing the patient from harming herself/himself (protection) or others (control); 2. Removing a patient from an interaction that may provoke her/his paranoid thinking (treatment, protection); and 3. Reducing sensory overload (treatment). I sin studie kommer forfatterne frem til at den hyppigste grunnen for å skjerme mennesker er at de var desorientert og agitert.

I en annen studie gjort av Wynaden, Chapman, McGowan, Holmes, Ash & Bochman (2002) kan andre begrunnelser for bruk av skjerming (seclusion) være at alle andre behandlingstiltak ovenfor pasientene ikke har lyktes. Her har målet vært å gi ny kunnskap og forståelse rundt de beslutningene som tas når pasienter skjermes (seclusion). Studien gir kunnskap om faktorer som er avgjørende for beslutninger gjort omkring skjerming som behandlingstiltak.

Keski-Valkama, Sailas, Eronen, Koivisto, Lönnqvist & Kaltiala-Heino (2009) har også publisert en studie der formålet var å finne årsakene og begrunnelser for bruk av skjerming på psykiatriske institusjoner. Forskerne konkluderer med at det å forhindre vold er den egentlige grunnen for å skjerme psykisk syke. Denne forskning viser at klinisk praksis avviker fra det teoretiske og juridiske grunnlaget som er etablert for tvang og skjerming.

*Effekten av skjerming:* LeGris, Walters & Browne (1999) har studert effekten av skjerming (seclusion). I denne studien har forskerne undersøkt effekten av skjerming. Effekten er undersøkt av skjerming (seclusion) som behandlingstiltak alene og effekten av skjerming (seclusion) som behandlingstiltak i kombinasjon med andre behandlingstiltak. Det være seg for eksempel i kombinasjon med medisiner og alvorlighetsgraden på sykdommen. Data ble hentet inn av 85 psykotiske pasienter som var innlagt over en åtte måneders periode på en psykiatrisk avdeling. Funn i studien viser at skjerming (seclusion) ikke kunne assosieres med mer eller mindre forbedring av pasientens psykiske helse ved utskrivning. Oppholdet på sykehuset ble derimot 12 dager lengre.

I Hoekstra, Lendemeijer & Jansen (2004) sin studie var også ett av formålene å måle effekten av skjerming (seclusion). Syv pasienter deltok i studien. I utgangspunktet var de fleste pasientopplevelsene som ble presentert negative, men en stund etter skjermingen var avsluttet

ble det ble det også fortalt positive erfaringer fra de samme pasientene. Allikevel var det vanskelig for pasientene å forsone seg med at dette var nødvendig behandling.

*Sykepleierens oppfatning og etiske aspekt på bruk av skjerming:* I denne studien av Muir-Cochrane (1996) studeres sykepleiernes oppfatning av skjerming (seclusion) Her er det bruk av skjerming på lukkede psykiatriske avdelinger omkring akutt psykisk syke mennesker som undersøkes. Sju psykiatriske sykepleiere på to ulike psykiatriske avdelinger ble intervjuet om sin rolle og oppfatning omkring fenomenet. Skjerming (seclusion) ble brukt som tilleggsbehandling overfor pasienter som ikke hadde kontroll og tiltaket ble beskrevet av personalet til å være innenfor rammen av makt og kontroll.

Griffiths (2001) presenterer forskning omkring skjerming (seclusion) som er publisert mellom 1994 og 1999. Analysen viser at skjerming (seclusion) blant annet blir oppfattet som en legitimt behandlingstiltak av personalet, men behandlingen oppleves ubehaglig for pasientene. I denne studien beskrives skjerming (seclusion) å være effektivt.

I en studie av Lind & Kaltiala – Heino (2004) studeres finske psykiatriske sykepleieres etiske oppfatning vedrørende tvang i en akutt psykiatrisk setting og i hvilken grad ansees bruk av tvang som etisk problematisk for psykiatriske sykepleiere og hvordan er karakteristikken til de sykepleierne som synes dette er etisk vanskelig. I denne studien er ”coercion” bruk av tvang. Det vil si; tvangsmedisinering, full fiksering i reimsett og skjerming. Resultatene i studien viser at enkelte situasjoner hvor tvang brukes oppleves mer etisk vanskelig å bedømme enn andre. Av de ulike tvangsmidlene som benyttes var det minst etisk vanskelig og vurdere skjerming.  $\frac{3}{4}$  av de spurte syntes ikke skjerming var etisk vanskelig å vurdere som behandling.

Muir - Cochrane & Holmes (2001) sin studie omhandler juridiske og etiske problemstillinger i forhold til bruken av skjerming (seclusion) som behandlingstilbud på psykiatriske sykehus. Skjerming etiske og juridiske problemstillinger studeres i lys av lovverket som eksisterer. Forskerne mener at etiske prinsipper og internasjonale psykisk helselover har redusert muligheten for bruk av kontrollmekanismer. Lovverket legitimerer fortsatt bruk av skjerming (seclusion) som behandling, men innen for ett avgrenset område.

### **3.0 KARI MARTINSENS VITENSKAPSSYN OG OMSORGSTEORI/FILOSOFI**

I dette avsnittet vil jeg gjøre rede for Kari Martinsens vitenskapssyn, fenomenologi, hennes perspektiv på omsorg og Martinsens omsorgsteori/filosofi. Denne teorien presenteres fordi Kari Martinsen er sykepleiefaglig referanseramme i denne oppgaven. Hennes teori brukes også på lik linje med den resterende teorien i oppgaven for å tolke og analysere datamaterialet i undersøkelsen slik at jeg kan svare på problemstillingen.

#### **3.1 Kari Martinsens vitenskapssyn**

Kari Martinsen forankrer sitt syn på sykepleie i fenomenologien. Martinsen vektlegger praktisk og erfaringsbasert kunnskap i sin teori, og kan tolkes slik at hun mener sykepleieren ikke trenger vitenskaplig kunnskap. Men i boka ” Fra Marx til Løgstrup” sier hun, ”Jeg sier dermed ikke at vitenskap ikke er viktig i sykepleien. Det er den. Gjennom den kan vi vinne ny innsikt og forstå noe vi ikke har forstått fra før. Vi kan forstå annerledes og på nye måter.” (Martinsen 1997 s. 99).

Sykepleie forankret i et tradisjonelt, naturvitenskapelig, vitenskapsperspektiv har ikke plass til nærhet og varme. I sammenheng med andre mennesker blir det viktig at den andre må få anledning til å tre frem på egne premisser. Dette kan først skje når man forholder seg til den andre både åpent, innlevende og empatisk. Vi møter alle verden med forutinntatte meninger og holdninger, derfor er det vår forforståelse som avgjør hvordan vi opplever ting, eller andre mennesker. Martinsen sier at vi må forstå verden slik den opplevelsesmessig trer frem”( Kristoffersen 1996 s. 230). Fordi Martinsen så tydelig bekjenner seg til en fenomenologisk metode, vil jeg her gjøre nærere rede for denne filosofiske retningen.

##### **3.1.1 Fenomenologien**

Det finnes flere variasjoner innen fenomenologien og det er dette som har gitt opphavet til betegnelsen, ”den fenomenologiske bevegelsen.” Felles for fenomenologien er derimot at: ”Fenomenologien fremstilles ofte som læren om det som kommer til syne og viser seg” (Thornquist 2003 s. 83). ”Tingene transenderer subjektet og kan ikke føres tilbake til subjektet selv. Subjektet er alltid rettet mot noe annet enn seg selv. Dette er det grunnleggende innholdet i det fenomenologiske intensjonalitetsteorien” (Bengtsson 2006 s. 16 og 17).

Husserl regnes som grunnleggeren av fenomenologien, og sier at det ikke er et skarpt skille mellom den som erkjenner og det som skal erkjennes. Altså objekt og subjekt forutsetter hverandre på en opprinnelig måte. Med dette representerer fenomenologien et brudd med den tradisjonelle vitenskapen. Husserl lanserte også begrepet ”til saken selv” som er en vending og en følsomhet mot ”det som viser seg” (Thornquist 2003 s. 84). Det vil si at i mellommenneskelige - forhold må den andre få anledning til å tre frem slik han selv ønsker. Dette kan først skje når man viser empati, forståelse slik at man er i stand til å leve seg inn i den andres situasjon. Aadland sier at:

Det gjelder å stille seg så ”naken” og fordomsfri som mulig framfor det andre mennesket; skjønne så lite som mulig på forhånd, slik at man får tak i det andre menneskets særegenheter og egenart så ubesmittet som mulig av egne forhåndstolkninger (Aadland 1997 s. 164).

Fenomenologisk filosofi ser det betydningsfulle i at vi må forstå menneskers verden slik den opplevelsesmessig trer frem for andre. Det vil si at det opplevde forholdet til seg selv og omgivelsene må vektlegges, også i en vitenskapssammenheng. En fenomenologisk tilnærming i sykepleien vil hjelpe oss til å finne kjennetegn og særtrekk ved menneskelige fenomener som smerte, lidelse, sorg og tap, men vi vil likevel ikke ha noen garanti for å forstå fenomener som omsorg, tillit og respekt. Disse fenomenene må alltid forstås ut fra en konkret situasjon og en spesiell sammenheng (Kristoffersen 1996). Fenomenologien er med andre ord en bevissthetsfilosofi (erkjennelsesfilosofi) som er karakterisert ved en form for retthet. Dette standpunktet er akkurat det motsatte av det positivistiske som sier at fysikkens idealspråklige verden er den primære, og at den vitenskapelige teori skal fjerne alle moment av dagligspråklig innslag i sin teori (Thornquist 2003)

### **3.2 Kari Martinsens perspektiv på omsorg**

Omsorg er et viktig og sentralt begrep i Kari Martinsens sykepleiefilosofi. ”Begrepet omsorg er beslektet med det tyske ordet ”sorgen” som oversettes med ”omtenksomhet” eller ”å bekymre seg for” eller ”å sørge for”” (Martinsen 2003 s. 69). I utøvelsen av omsorg forutsettes det to parter: en som yter omsorg og en som mottar omsorg. Når den ene parten lider vil den andre sørge for å lindre smerte eller sørge sammen med den. Kari Martinsen sier at omsorg handler om nestekjærlighet, og det å stå hverandre nær, noe som er en grunnleggende forutsetning for alle mennesker (Martinsen 2003). Martinsen sier videre at omsorg er sykepleiens verdigrunnlag, og deler omsorgsbegrepet inn i tre aspekt som henger nøye sammen. Det er et relasjonelt begrep, et praktisk begrep og et moralsk begrep.

### **3.3 Kari Martinsens omsorgsteori/filosofi**

Kari Martinsens omsorgsteori/filosofi kan beskrives i 3 hoveddeler. Dette er **1.** omsorg som relasjonelt begrep, **2.** omsorg som praktisk begrep og **3.** omsorg som moralsk begrep.

#### **3.3.1 Omsorg som relasjonelt begrep**

Omsorg som relasjonelt begrep handler om at vi står i relasjoner til hverandre, med andre ord mellom menneskelige forhold. Derfor representerer Martinsen et kollektivistisk menneskesyn der avhengighet er et sentralt begrep. Mennesker er avhengige av hverandre, og rollen som omsorgstrengende vil før eller senere berøre oss alle, ”Vi kan alle komme i den situasjonen at vi kan komme til å ha bruk for hjelp fra andre. Vi bør derfor handle slik at alle kan få samme mulighet til å leve det beste liv de er i stand til” (Martinsen 2003 s. 15). Dette handler om nestekjærlighet, det å ta vare på hverandre, stå hverandre nær, noe som ifølge Martinsen er en grunnleggende forutsetning for alle mennesker og som inngår i alle relasjoner. Et mellom menneskelig forhold er preget av gjensidighet, felleskap og respekt. Dette gjør forholdet mellom sykepleier og pasient til et subjekt–subjekt forhold og ikke til et uheldig asymmetrisk forhold. Kari Martinsens omsorgsteori har til hensikt at sykepleieren og pasienten skal bære hans byrder sammen. Sykepleieren må lære seg å hanskles med pasientens problemer, der muligheten til forbedring ikke er tilstede. Den gruppe pasienter jeg har valgt er psykisk syke. Disse har ofte en eller flere kroniske sykdomstilstander og står derfor i et klart avhengighets forhold til sykepleieren.

#### **3.3.2 Omsorg som praktisk begrep**

Martinsen understreker at omsorg er relatert til praktiske handlinger. Omsorg utføres i daglige situasjoner som både sykepleieren og pasienten kjenner. Den hjelpen pasienten får av sykepleieren er avhengig av tilstanden til den hjelpetrengende og konkret hjelp gis i konkrete situasjoner (Kristoffersen 1996). Omsorg som praktisk begrep innebærer å utføre praktiske handlinger for et menneske som ikke har ressurser til å mestre det selv. Martinsen tar i bruk lignelsen om den barmhjertige samaritan fra Bibelen for å tydeliggjøre dette. Ansvarer for den svake er forankret i det praktiske begrep og kommer til syne gjennom lignelsen om den barmhjertige samaritan. Lignelsen forteller om en som deltar aktivt i en annens lidelse, i stedet for å stille seg selv som passiv sentimental tilskuer på sidelinjen. Den barmhjertige samaritan deltar praktisk i den andres lidelse blant annet gjennom stell. Den hjelp som gis må derfor gjennomføres på en slik måte at pasienten kan få en opplevelse av anerkjennelse og

ikke en følelse av umyndiggjøring. Å delta med praktiske ferdigheter for å forbedre den lidendes situasjon er selve idealet i omsorgens praktiske begrep. Fra lignelsen fremkommer også at hjelpen gis uten forventninger om å få noe tilbake. Dette kaller Martinsen generalisert gjensidighet. Generalisert gjensidighet står i motsetning til sentimental omsorg hvor hjelpen gis fra omsorgsgiver til omsorgstaker på grunn av sympati (Kristoffersen 1996).

### **3.3.3 Omsorg som moralsk begrep**

Omsorg som moralsk begrep sier hvordan vi opptrer i en relasjon, gjennom våre praktiske handlinger, og hvilket innhold vi gir forholdet. Martinsen (2003) mener omsorg må læres av en mester gjennom erfaring av og oppdragelse til godhet. Verdiene må feste seg hos den enkelte og brukes på en kritisk måte. Solidaritet med den svake viser at makt brukes moralsk forsvarlig. Solidaritet er basert på engasjement, og ikke sympati og sentimental omsorg slik Martinsen (2003), uttrykker det. Man må kunne identifisere seg med den andre ved at man tenker solidarisk at rollene kunne vært byttet om. Hun formulerer det slik at: ” Dette forplikter til handling på en slik måte at de svakes posisjon kan endres slik at de får reell mulighet til å leve det beste liv de er i stand til” (Martinsen 2003 s. 17). Formålet må være at vi reduserer ulikheter mellom mennesker. Her er det viktig å huske at det verken er sympati eller solidaritet som står bak ønsket om å hjelpe den svake, men empati. Denne forståelsen er viktig for å finne en god balansegang mellom formynderi (handling ut fra egen bedreviten) og respekten for menneskets selvbestemmelse. Når sykepleieren utfører praktiske handlinger for pasienter som ikke er i stand til å utføre disse, kan det føre til paternalisme. Sykepleierens deltakelse blir for stor. Her er det viktig at sykepleieren har en god situasjonsforståelse.

En god situasjonsforståelse er nødvendig for å klare balansegangen mellom formynderi hvor omsorgsyter overtar for mye av ansvaret for den hjelpetrengende, og respekten for menneskets selvbestemmelse som kan føre til unnlåtelsessynder (Martinsen 2003 s. 16).

Derfor fremhever Kari Martinsen (2003) svak paternalisme som det ønskelige i spenningsfeltet mellom autonomi og paternalisme. Med dette mener hun at sykepleieren må bruke sin faglige forståelse på en måte som har til hensikt å gagne den enkelte pasient i størst mulig grad. Et av de etiske dilemmaene sykepleieren må forholde seg til i slike situasjoner, er forholdet mellom autonomi og velgjørenhet (Slettebø 2007).

## 4.0 METODE

Metode kapitlet er presentert, slik at leseren kan få en helhetlig forståelse av hvilken metodisk tilnærming som er brukt og hvordan prosess som er benyttet i den empiriske undersøkelsen. Det blir gjort rede for hvorfor kvalitativ metode er valgt for å svare på problemstilling. Så beskrives hvilken strategi som er brukte for å skaffe empirien. Det redegjøres også for analysemetoden som er brukt i analysekapitlet. Videre beskrives hva som menes med troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet. Tilslutt redegjøres det for etiske vurderinger og konfidensialitet før kapitlet avsluttes med avnitt om metodekritikk og litteratursøk.

### 4.1 Hvorfor velge kvalitativ metode?

Kvalitative forskningsprosjekt kan være nyttige dersom man vil undersøke et tema, som man ikke har mye forhåndskunnskaper om. I følge Malterud (2008) kan man ved hjelp av kvalitativ metode oppnå økt forståelse for hvorfor mennesker, i dette tilfelle sykepleiere, handler slik de gjør i bestemte situasjoner. Hvorfor vises denne atferden og hva er betydningen av hendelsen. Man kan oppnå forståelse av et fenomen og si om forståelsen kan brukes som forklaringsmodell i en lignende situasjon. Studien har en fenomenologisk tilnærming og det tas utgangspunkt i ”systematisk tekstkondensering” ved bearbeiding og analyse av data. Resultatene blir dermed informantenes egne oppfatninger og perspektiver slik de kommer fram i intervjuene.

Motivet for å velge denne retningen, er å forsøke å forstå et fenomen isteden for å måle det. Det generaliserer ikke fra et utvalg slik man gjør i kvantitativ forskning. De kvalitative metodene kjennetegnes ved at undersøkelsene er basert på en intervjuguide, dvs. en oversikt over de problemområder som skal avdekkes, og ikke et tradisjonelt spørreskjema som benyttes ved de kvantitative metodene. Det finnes ingen standardtilnærming i kvalitativ forskning men ett mangfold, det være seg bl.a. observasjon, analyse av tekst og intervju som er den mest brukte metoden i følge Ryen, både i Norge og i utlandet. Forskere som benytter seg av kvalitativ metode, studerer objekt i deres naturlige setting, der de prøver å forstå eller tolke fenomener ut i fra den meningen mennesker gir dem (Ryen 2006).



Ved å velge en kvalitativ metode kan man skaffe seg en helhetlig forståelse av spesifikke forhold. Postholm (2005) skriver at kvalitativ forskning innebærer at man utforsker prosesser eller problem i en virkelig setting. Hun sier videre at kvalitativ forskning innebærer å forstå deltakernes perspektiv. For å øke forståelse rundt dilemmaet som presenteres i problemstillingen, pleierens velgjørenhetshensyn kontra pasientautonomien, velges en fenomenologisk tilnærming. Studien har en induktiv tilnærming.

#### **4.2 Datainnsamling - det kvalitative intervjuet**

Datamaterialet er samlet inn ved hjelp av et halvstrukturert kvalitativt intervju. Med dette intervjuet forsøker man å identifisere hvordan aktørene gir mening til verden rundt seg og hvilke grunner de gir for å handle slik de gjør. Man vil prøve å forstå eller tolke fenomenene ut i fra den meningen sykepleierne gir dem. Med denne fremgangsmåte er man i dialog med personene som studeres, dette åpner for at man kan få en annen type kunnskap enn man kan ved spørreundersøkelser. Det går i dybden på et smalt felt noe som kan være en fordel dersom man undersøker et fenomen som man ikke vet mye om fra før. En kan da følge opp tema som kommer frem i intervjuene og man kan endre på problemstillingen underveis. Ryen (2006) sier at denne typen intervju kjennetegnes med at man på forhånd har satt opp spørsmål og tema men uten å fastlegge i detalj spørsmålsformuleringer og rekkefølgen av spørsmålene. Utfordringen er ifølge Ryen at det ikke blir for mye struktur i intervjuet:

Blir det for mye struktur, kan det skje at man ikke fanger opp eller misforstår fenomener som er viktige for respondenten. En fast struktur kan bidra ikke bare til å låse interaksjonen for mye, men også til at man blir mindre oppmerksom ved at intervjuet tenderer mot å bli en relativ mekanisk interaksjon (Ryen 2006 s. 97)

Formålet med intervjuene er å fange informantens tanker, erfaringer og følelser, det vil si, prøve å få tak i de delene av sykepleiernes livsverden som angår oppgavens tema og som videre kan bidra til mer forståelse rundt problemstilling. Intervju guiden er utarbeidet med spørsmål som skulle minne om de temaene man ønsker data om. Ifølge Malterud (2008) kan man få den rikeste kunnskapen hvis informanten inviteres til å dele sine egne erfaringer i form av konkrete hendelser. Dette kan føre til en opplevd historie som hadde en spesiell betydning angående en bestemt sak. Intervjuet skal kunne åpne for kunnskap som er forankret i vedkommendes livsverden. Dette er den levende kunnskap slik den ser ut for den som lever det livet vi snakker om. Intervjuet skaper en situasjon som gjør det mulig for informanten og fortelle om meningsinnholdet og hvilken betydning har dette for informanten (Kvale 2008).

#### **4.2.1 Gjennomføring av det kvalitative intervjuet**

På forhånd ble det utarbeidet en intervjuguide. Flere spørsmål var formulert ferdig i intervjuguiden men under intervjuet varierte jeg med spørsmålsstillingen og rekkefølgen. Målet var å finne ut av noe en ikke vet fra før, så det var en utfordring og ikke lage intervjuguiden for detaljert eller å følge denne for slavisk. Informantene delte sine erfaringer i konkrete hendelser. Intervjuene ble gjennomført på ett kontor på sykehuset og lagret på diktafon.

Å vise en sensitivitet og følsomhet er ifølge Malterud (2008) nødvendig både for å skape et klima preget av trygghet og fortrolighet, men også avgjørende for å fange opp ny informasjon. Spørsmål som ble stilt var for eksempel: ” Kan du fortelle meg om en skjermings situasjon du har vært i som gjorde inntrykk på deg? Hvordan tenkte du og hva tenkte du? For å få mer utbroderende svar forsøkte jeg å oppmuntre til refleksjon over ett tema og da hendte det at jeg spurte, ”kan du si litt mer om det?”, eller jeg spurte ”hva?” og ”hvordan tenkte du?”. Jeg ba også informanter gi eksempler eller presisere hva de mente. Malterud (2008) sier at det er slik man skal stille spørsmålene. Underveis i intervjuet forsøkte jeg å få intervjuet til ”å flyte godt”. Dette gjorde jeg ved å gi respons, ved å vise forståelse og ved å lytte. Jeg forsøkte også å observere hva informantene formidlet av følelser nonverbalt.

Alle intervjuene gikk greit, enkelte ganger var engasjementet så som så mens det andre ganger var et sterkt personlig engasjement, hos den enkelte sykepleieren, når det var snakk om bestemte personer og situasjoner. Da intervjuene gikk mot slutten fikk informantene mulighet til å komme med kommentarer, eventuelt oppklare uklarheter.

#### **4.2.2 Utvalg og informanter**

Utvalget i denne oppgaven er ikke representativt men strategisk. Grunnen til dette er at målet med denne studien er forståelsen og ikke det å generalisere. ”Kvalitativ metode bygger sjelden på materialer som består av mange enheter. Fra et godt strategisk utvalg kan vi likevel utvikle beskrivelser, begreper og teoretiske modeller som forteller om kjennetegn og mening” (Malterud 2008 s. 62). Forskningen skal gjøres på egen arbeidsplass. Sykehuset består blant annet av fire akuttposter. Disse akuttpostene har lik funksjon men er utformet noe ulikt. Det varierer blant annet i antall skjermingsplasser på de ulike akuttpostene.

For å få tak i informanter kontaktet jeg forskningsrådgiveren på Østmarka sykehus for å forhøre meg hvordan jeg skulle gå fram. Deretter kontaktet jeg avdelingssykepleierne på to av de respektive skjermingsenhetene hvor jeg skulle intervjuer. Avdelingssykepleierne trakk utvalget de anså som dyktig med skjermingsarbeid. Jeg fikk en liste på 12 navn med spesialsykepleiere og psykiatriske pleiere av begge kjønn. Alle disse fikk ett brev i postkassen sin på arbeidsplassen. Brevet bestod av to deler. Den ene delen var ”forespørsel om å delta på et forskningsprosjekt”, (vedlegg 3). Her informerer jeg kort om prosjektet. Den andre delen av brevet bestod av ”samtykke - erklæring”, (vedlegg 4). Jeg fikk underskrift signert av 5 sykepleiere på hvert sitt samtykkeskjema. Deretter avtalte jeg hvor og når intervjuene skulle foregå. Utvalget ble 3 psykiatriske sykepleiere og to spesial sykepleier med minimum ett par års erfaring fra både skjermingsarbeid og arbeid på åpen avdeling, to menn og tre kvinner.

Informantene var i aldersgruppen mellom 30-65. Jeg har valgt å bruke spesialsykepleiere og psykiatriske sykepleiere som informanter. Dette fordi det er disse som iverksetter skjerming av pasienter som er innlagt på sykehus. Deres tanker, følelse, holdninger og erfaringer rundt det å iverksette skjerming av pasienter som er frivillig innlagt på sykehus er noe jeg håper å forstå mer av. Et annet argument for å velge psykiatriske sykepleiere og spesial sykepleiere med minimum et par års erfaring fra skjermingsarbeid, er at de da kan fortelle om mange ulike situasjoner. Erfarne pleiere er også tryggere enn uerfarne pleiere. Det er vesentlig at situasjonene som fortelles er slik at de faktiske forholdene kommer fram. Hvis ikke vil det kanskje kunne overskygge annen kunnskap som er relevant for det temaet det snakkes om. Intervjuene ble gjennomført i arbeidstiden vår.

### **4.2.3 Transkribering**

Etter at alle intervjuene var unnagjort og hørt igjennom et par ganger transkriberte jeg intervjuene. Det er mange gode grunner til at forskeren skal gjøre dette arbeidet, selv om det er tidskrevende. ”Dette kan spille en stor rolle selv ved mindre redigeringer når den muntlige samtalen skal overføres til tekst, og styrker validiteten av analyse materialet (Malterud 2008 s. 80). Intervjuene ble hørt igjennom flere ganger og jeg gjorde mitt beste når jeg transkriberte. Lydkvaliteten har vært god på alle fem intervjuene, det vil si at jeg hørte alt som ble sagt. Dette arbeidet er gjort så detaljert og nøyaktig jeg klarer. Alle lyder som var på diktafonen er skrevet ned. Selv om teksten i følge Malterud (2008) bare er en tekst og ikke virkeligheten, kommer meningsinnholdet i teksten tydelig fram. Når muntlig samtale skal omformes til skriftlig tekst kan vi stå overfor en motsetning mellom gyldighet og pålitelighet, der

gyldigheten svekkes hvis vi sikter mot en mekanisk forståelse av påliteligheten (Malterud 2008).

Samtalens naturlige kontekst er med på å gi struktur til muntlige uttrykk som i skriftlig form kan virke ufullstendig. Nonverbale sider av kommunikasjonen og partenes felles erfaringsbakgrunn kan utgjøre en felles kunnskapskapital som i høyeste grad former meningen i samtalen, men likevel ikke kan gjenfinnes på båndet (Malterud 2008 s. 78).

Men som deltaker i samtalen og som mellomledd mellom tale og tekst, kan man være i stand til å huske momenter som var av betydning for meningen i teksten. Man får også gjenoppleve erfaringene fra intervjuene samtidig som en kan gjøre seg kjent med materialet fra en ny side.

### **4.3 Analyse av kvalitative data**

Formålet for fenomenologisk analyse er ”å utvikle kunnskap om informantens erfaringer og livsverden innen et bestemt felt. Vi leter etter essensen eller de vesentlige kjennetegn ved de fenomener vi studerer, og forsøker å sette våre egne forutsetninger i parentes i møtet med data (Giorgi, gjengitt i Malterud 2008 s. 99). Å legge helt til side sin egen forforståelse kan være vanskelig men jeg vil forsøke å gjenfortelle informantenes erfaringer så lojalt som overhodet mulig. Videre skal analysen bygge bro mellom rådata og resultater ved at det organiserte datamaterialet blir fortolket og sammenfattet” (Malterud 2008). For å få en gjennomarbeidet og veldokumentert analyse er det i følge Malterud (2008) nødvendig med en forpliktende struktur, selv om helhetsblikket skal fange det vesentlige. På bakgrunn av dette er det valgt systematisk tekstkonsensering som analysemetode for denne masteroppgaven. Denne analysemetoden er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse og modifisert av Malterud. Analysen er gjennomført i fire trinn, dette er: **1.** å få et helhetsinntrykk, **2.** å identifisere meningsbærende enheter, **3.** å abstrahere innholdet i de meningsbærende enhetene, og **4.** å sammenfatte betydningen av dette ( Malterud 2008).

#### **4.3.1 Å få et helhetsinntrykk**

Her skal vi i følge Malterud (2008) legge vår forforståelse til side å spørre oss selv hvilke tema vi skimter i materialet når vi leser igjennom dette, her er målet å unngå å bli for detaljert. Med utgangspunkt i dette leste jeg gjennom vel 100 sider transkribert tekst og lagde en liste over de temaene som vekket oppmerksomheten. Temaene fikk ett navn. Sju tema satt jeg igjen med etter å ha lest igjennom intervjuene flere ganger. Malterud sier at temaene

”representerer et første intuitivt og databasert steg i organiseringen av materialet ( Malterud 2008 s. 101). Hun sier at temaene ikke er resultater eller kategorier.

#### **4.3.2 Meningsbærende enheter – fra temaer til koder**

I den andre delen av analysen skal forskeren i følge Malterud (2008) organisere den delen av materialet som skal studeres nærmere. Det vil si at det skal gjøres en systematisk gjennomgang av teksten for å identifisere meningsbærende enheter. Her velger jeg ut de delene av teksten som omhandler temaene fra første trinn. Dette er måten vi kan gjøre det på i følge Malterud (2008). Jeg nummererer de ulike meningsbærende enhetene og merker de med ulike tusjfarger alt fra hvilket tema de faller inn under. Jeg samler også store deler av teksten ved å skrive de ulike meningsbærende enhetene på nytt igjen under de ulike temaene. Deler av teksten hentes ut av sin opprinnelige sammenheng for å kunne leses sammen medfor beslektet tekst.

I følge Malterud kalles dette dekontekstualisering. Jeg begynner å systematisere. Det er dette som kalles koding. Hensikten med koding er ” å fange opp og klassifisere alle de meningsbærende enhetene i teksten som har sammenheng med de temaene vi merket oss innledningsvis i første analysetrinn” (Malterud 2008 s. 102). Hun sier videre at ”Med temaene som veiviser skal vi finne tekstbiter, som etter sitt innhold merkes med en kode - en merkelapp som skal samle tekstbitene som har noe til felles” (Malterud 2008 s. 102). Tre ulike koder ble resultatet av dette arbeidet.

#### **4.3.3 Kondensering – fra kode til mening**

I analysens tredje trinn abstraheres kunnskapen hver kode representerer, dette er kondenseringsfasen, man går fra kode til mening. Her skal de meningsbærende enhetene innen hver kodegruppe omskrives til abstrakt mening. Materialet sorteres også i ulike subgrupper. I tillegg til dette lagde jeg en matrise for organisering av materialet i analysefasen (Vedlegg 9). Når vi er på dette stadiet er det sub gruppen som er analyseenheten, innholdet i hver subgruppe kondenseres og fortettes ved at det lages et kunstig sitat. Det vil si et artefakt som er forankret i data (Malterud 2008 s. 108). I følge Malterud er dette ikke et sitat men en måte å sammenfalle innholdet i de meningsbærende enhetene i hver subgruppe. I tillegg skal forskeren velge sitat fra råmaterialet som støtter de abstraherte sitatene.

#### **4.3.4 Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser og begreper**

I den siste fasen av analysen settes bitene sammen igjen, forskeren skal i følge Malterud (2008) rekontekstualisere. I trinn fire av analysen forsøkte jeg å vurdere om resultatene forststatt gav en gyldig beskrivelse av sammenhengen den opprinnelig var hentet fra. Jeg sammenfattet innholdet i hver kodegruppe og subgruppe og med utgangspunkt i de kondenserte tekstene lagde jeg en innholdsbeskrivelse for ulike subgrupper. Hver subgruppe fikk eget avsnitt. Innholdsbeskrivelsen blir støttet med sitater fra de meningsbærende enhetene som jeg synes gav et godt bilde av det som ble omtalt i teksten.

Det er slik man skal gjøre det i følge Malterud (2008). ”På dette trinnet slutfører vi begrepsutviklingen ved å gi nytt og endelig navn for den kategorien som representeres av innholdsbeskrivelsen og sitatet” Malterud 2008 s. 110). Dette er sluttresultatet av analysen.

Tilslutt valideres funnene ved hjelp av matrisen (vedlegg 9). Malterud (2008) sier vi skal rekontekstualisere resultatene opp mot materialet. Systematisk krysslesning av matrisen, både horisontalt og vertikalt kan brukes som prosedyre. Hensikten med analysen er å utvikle nye beskrivelser og begrep som gir mening av innholdet av fenomenene. Det er derfor det er valgt en induktiv tilnærming. Malterud (2008) sier at en induktiv tilnærming brukes ved prosjekter hvor kvalitative data skal lede til nye begreper gjennom datastyrt analyse.

#### **4.4 Datakvalitet: reliabilitet og validitet**

I forskning refererer vanligvis reliabilitet til resultatenes pålitelighet mens validitet dreier seg om metoden undersøker det den intenderer å undersøke (Postholm 2005). I følge Postholm (2005) er det normale kriteriet på reliabilitet at resultatene kan reproduseres og gjentas, men i denne metoden som er kvalitativ, er dette ikke mulig. Innen fenomenologisk forskning vil det være en fordel at intervjuerens sensitivitet varierer. Da kan det skaffes en bredere og ett mer balansert bilde av de temaene som står i fokus (Kvale 1997). Å gjenta et intervju gang etter gang på eksakt samme måte er umulig. Dette skyldes blant annet at informantene ikke kan repetere det som ble sagt, dette fordi han ikke husker hva som ble sagt og fordi vedkommende vil få økt kunnskap etter det første intervjuet. I fenomenologien er dette irrelevant fordi undersøkelsen må belyse et unikt tilfelle som er spesielt tids- og stedbundet fenomen. Likevel kan resultatene være reliable eller pålitelige. Det viktige er om undersøkelsen er konsekvent og relativt stabil over tid og på tvers av forsker og metoder. Hvor godt analysen forsvare de

fortolkninger som blir foretatt. En annen ting som skiller metodene i kvantitativ- og kvalitativ forskning er at dataene ikke omtales som objektive, men som bekreftbare (Postholm 2005).

Når det gjelder validitetskriteriet handler det ifølge Postholm (2005), om fortolkningen av et utsagn er rimelig dokumentert og logisk konsekvent. I intervjuanalysene er validitet et spørsmål om hvor godt kategoriseringen representerer kategorier i menneskelige erfaringer. I fenomenologisk forskning stiller man ikke spørsmålet om hvor stor grad av overensstemmelse det er mellom teksten og virkeligheten, men om en gruppe erfarne forskere aksepterer resultatene som sannsynlige eller troverdige. En høy validitet (gyldighet) er avhengig av at leseren kan følge med gjennom hele forskningsprosessen. Da kan leseren se hvilke spilleregler forskeren har brukt i enhver fase. Malterud (2008) sier at det kan være mer hensiktsmessig å ta for seg overførbarhet isteden for generaliserbarhet i fenomenologiske studier. Dette fordi bare unntaksvis kan forskning levere funn som gjelder for alle mennesker i alle samfunn og under enhver historisk betingelse. ”Å spørre etter overførbarhet er en måte å operasjonalisere spørsmålet om ekstern gyldighet på” (Malterud 2008 s. 63).

#### **4.5 Etske vurderinger: informert samtykke og konfidensialitet**

Helsinkideklarasjonen er en erklæring om etiske prinsipper til leger og andre som utfører medisinsk forskning som omfatter mennesker. I følge Malterud (2008) sier den blant annet at ”Medisinsk forskning er underlagt etiske standarder som fremmer respekt for alle mennesker og beskytter deres helse og rettigheter” (Malterud 2008 s. 199). Med dette forstås at et grunnleggende prinsipp er respekt for enkeltindividet. Enkeltindividet skal være viktigere enn kunnskap, selv om kunnskapen kan komme til nytte. Det kan oppstå etiske konflikter både i løpet av forskningsprosessen og i anvendelsen av forskningsresultatene. Det er et absolutt at en skal vise respekt for informanten Det er også nødvendig å informere om prosjektet og informantene skal gi et fritt og informert samtykke.

Det er fire former for risiko eller belastning deltakerne kan utsettes for gjennom en kvalitativ studie. Dette er psykisk uro, fordreining, missbruk og gjenkjennelse. Datainnsamlingen er en potensiell intervensjon som kan åpne en prosess og skape psykisk uro. (Malterud 2008).

Helsinkideklarasjonen omfatter pasienter. Den gir ikke samme beskyttelse for helsepersonell som utforskes. Her må man utvise skjønn i forhold til forskningsetikk ovenfor de informantene som lar sin kunnskap oss komme til kjenne. Når det gjelder gjenkjennelse er det viktig at informantene føler seg trygg på at anonymiteten blir ivaretatt på en tilfredsstillende

måte. All informasjon behandles konfidensielt. Som forsker er man også underlagt taushetsplikt etter § 13 i Forvaltningsloven (Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)). Informantene har rett til å fremstilles som anonyme og da må ofte opplysninger en har mottatt, for eksempel om personer, steder eller lignende, anonymiseres slik at de ikke gjenkjennes hvis det kan gå ut over vedkommende. Denne normen om anonymisering gjør det ofte vanskelig å etterprøve spesielt kvalitativ forskning. Informantene ble også informert at de kunne trekke seg fra prosjektet når som helst hvis de ønsket det, uten at dette vil få noen konsekvenser.

Jeg mener å ha ivaretatt konfidensialiteten underveis i dette prosjektet. Lydbåndene har vært innelåst, bare jeg har lyttet til dem. Tekstene er det bare jeg og min veileder som har hatt tilgang til. Jeg har tekstene lagret på min personlige datamaskin som kun jeg har adgang til, jeg har også ett eksemplar i papirformat som ikke er tilgjengelig for andre. De signerte samtykkeerklæringene og listene jeg fikk av avdelingssykepleierne på de aktuelle postene vil bli makulert sammen med lydopptakene når oppgaven er vurdert. Enkelt personer vil ikke kunne gjenkjennes i oppgaven. Det er heller ikke innhentes spesielle opplysninger om enkeltpasienter. Søknad ble sendt til Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK) i Midt-Norge og Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS (NSD). Hos REK fikk jeg til svar at:

komiteen viser til prosjektprotokollen og komiteen finner at dette faller utenom komiteens mandat da det ikke involverer pasienter, men helsepersonell og de holdninger disse har til den beskrevne situasjonen på psykiatrisk avdeling. Prosjektet faller utenfor komiteens mandat og vurderes derfor ikke. (vedlegg 1).

NSD godkjente prosjektet men ba meg om å sende et revidert skriv hvor jeg gjorde enkelte endringer. Disse endringer ble gjort (vedlegg 2).

#### **4.6 Metodekritikk**

Det jeg ser som en stor utfordring når jeg forsker på egen arbeidsplass er å få tilstrekkelig analytisk distanse som kreves i et vitenskapelig arbeid. Jeg er jo en del av miljøet, det blir dermed ikke lett å skape den distansen som trengs. Min subjektive forforståelse kan gjøre meg blind og dermed representere en feilkilde, resultatet kan dermed bli at jeg hindrer ny kunnskap å komme frem. Jeg er klar over at jeg har med meg en forforståelse inn i dette prosjektet, min oppgave blir dermed å innta en ikke viten posisjon slik at ny kunnskap kan produseres.



En forsker som ikke kommer nær nok, vil ikke kunne forstå de utforskede verden. En forsker som ikke kommer fjernt fra den, vil ikke kunne klare å oppdage og sette ord på det selvfølgelige. Heller ikke løfte analysen over det trivielle” (Thornquist 2003 s. 207).

Med dette forstår jeg at det både kan være fordeler og ulemper med å forske på egen arbeidsplass. Det krever at man er strengt profesjonell og disiplinert. Når det gjelder intervjuet stilte stort sett de samme åpne spørsmålene til alle informantene. Dette gjorde det lettere for meg og sortere materialet enn om jeg ikke hadde stilt de samme spørsmålene til alle. Ved å stille åpne spørsmål ble erfaringer og refleksjoner omkring ulike skjermingssituasjoner presentert meg av informantene. Nøkkelordet er fullstendighet, ikke nøyaktighet. Dette gjør at intervjueren blir det kritiske leddet i datainnsamlingen når en velger å benytte seg av en kvalitativ metode, i motsetning til instrumentet som er den mest kritiske faktoren ved innsamlingen av kvantitative data.

#### **4.7 Litteratursøk**

Når det gjelder litteratursøk er det fokusert på perioden mellom 1990-2009, både på bibsys med søkeordene: skjerming, omsorg, autonomi, paternalisme og etisk dilemma og på medline, pubmed og swemed med søkeordene: seclusion, atonomy, benefits, restraint, sosial isolasjon, patient isolasjon, ethical aspekts/ callenges, paternalism in mental healt og psychiatric care dilemma.

## 5.0 ANALYSE

I dette kapitlet vil analysen av masteroppgavens empiri presenteres. Det er problemstillingen som er utgangspunkt for analysen og denne skjer på bakgrunn av teorimaterialet som er presentert i oppgaven. Fem subgrupper har oppstått fra kodene i det empiriske materialet. Subgruppene er; 1) tvangsbehandling uten gyldig vedtak og unødvendig bruk av tvang, 2) liten grad av rettsikkerhet og pasientautonomi, 3) generelle regler og ansvarsovertakelse, 4) sykdom skal kontrolleres og behandles og 5) unnlatesehandlinger. For å sammenfatte subgruppene er det utviklet nye begrep som ”*ureglementert tvangsbruk*” og ”*uønsket velgjørenhet og strukturell tvang*” som overskrifter i analysekapitlet. Resultatene presenteres som en sammenfatning av materialet hvor funnene er omformet til mer generelle nivå, enn hva som gjelder for den enkelte informant. Rådata er presentert som sitat for å illustrere poenget i tekstens sammenfatning.

### 5.1 Ureglementert tvangsbruk

Sykepleierens velgjørenhetshensyn kan i noen tilfeller medføre at pasienter utsettes for tvangsbehandling uten gyldig vedtak og at unødvendig bruk av tvang benyttes slik at rettsikkerheten og pasientautonomien svekkes. Omsorgen sykepleieren utøver kan i enkelte tilfeller utarter seg i retning at pasienten utsettes for ureglementert bruk av tvang. Med dette mener jeg behandling pasienten ikke ønsker men allikevel blir påtvunget av sykepleiere, og som kan være lovstridig.

#### 5.1.1 *Tvangsbehandling uten gyldig vedtak og unødvendig bruk av tvang*

Funn viser at pasienter som er frivillig innlagt, etter psykisk helsevernlov § (2-1), tvangsbehandles uten gyldige vedtak, og at det benyttes unødvendig tvang. I det følgende presenteres en sammenfatning av informantenes synspunkt i forhold til dette fenomenet. Mange informanter fortalte at pasienter som kommer frivillig til sykehuset skjermes mot sin vilje uten at det er fattet skjermingsvedtak. Unødvendig bruk av tvang forekommer overfor denne pasientgruppen, Det er ofte uenighet og diskusjon i personalgruppen før skjerming iverksettes. Tvangsmedisinering opplyses som det mest brukte tvangsmiddelet.

En informant forteller at hun ikke helt vet hvor grensen for skjerming går og at sykepleiere påtvinger pasienter hjelp som ikke vil ha dette. Hun mener dette er betenkelig.

Informantene beskriver en type omsorg som er preget av tvang der dette kanskje ikke burde vært tilfellet. For å illustrere fenomenet presenteres et utvalgt sitat fra en informant som gir et bilde av det som er omtalt over i tekste. Informanten sier at:

Jeg vet ikke riktig hvor grensen – hvordan en definerer det der med skjerma da, for å si det sånn. De er jo på skjerma avsnitt som vi kalte det tidligere da. Og der er de jo frivillig en rekke pasienter. Og de har jo ikke så store sansen for å – å være der da. Men vi - vi holder dem jo der, og det er mye i forbindelse med utskriving og sånt. At de ønsker seg bort der ifra. Det syns jeg gjør litt inntrykk på meg. (.....). Men de skal overtales til å være å være å være. Og – og det syns jeg er litt veldig betenkelig fordi at - at. Jeg husker spesielt en ung gutt her, som var her. Og han kom så fint og ba om å – at han ville bli utskrevet, og det gjentok seg en fire fem ganger det der, og vi snakket og snakket og snakket med han for å overtale han. Han kom nå hit frivillig, så skal det nå være sånn, så syns jeg det begynner å bli vanskelig å jobbe med det egentlig. Fordi at – at en kan jo tenke med seg selv, hvis dem kom hit frivillig og – og ønsket hjelp, og så blir en holdt tilbake, og tvunget på hjelp. Det tror jeg ikke føles veldig bra.

I det overnevnte rådatasitatet forteller informanten at pasientene holdes tilbake på skjermet avsnitt mot sin vilje selv om de er frivillig innlagt, hun sier hun ikke har sansen for dette, men at de holdes der allikevel. Sykepleieren sier pasientene overtales til å være der selv om de ønsker seg bort derifra, og at dette gjør inntrykk på henne.

Alle fem informantene har opplevd situasjoner og episoder der pasienter som har kommet til sykehuset på frivillig initiativ og dermed kan avbryte behandlingen når de måtte ønske det, allikevel vel har blitt utsatt for tvangsskjerming. Det opplyses at ingen av disse pasientene samtykket i bruk av denne behandlingsmetoden og at det i flere tilfeller ble gjennomført uten gyldig skjermingsvedtak. Informantene forteller at det kan være ulike årsaker til at denne pasientgruppen blir skjermet. Det kan være for å beskytte pasienten mot å skade seg selv eller andre, og det kan også være en del av behandlingen til pasienter med personlighetsforstyrrelsesdiagnose. En annen årsak til at pasienter skjermes er at de ikke ønsker å etterkomme pleiernes instruksjoner. En sykepleier sier at hun ikke synes det er heldig å bruke tvang i det hele tatt, men der og da kan det være vanskelig å finne bedre alternativ. Hun sier at tvangsbehandling aldri er den beste behandlingen en pasient kan få.

En annen informant bruker betegnelsen overgrep da han snakker om skjerming og tvangsbehandling av frivillig innlagte pasienter. Han mener det finnes andre alternativ til skjerming. Ett alternativ er å skrive ut pasienten, ett annet alternativ er å kontakte politiet hvis pasienten er utagerende.

Så da er spørsmålet om hvor stor inn gripen eller hvor stort blir det overgrepet for pasienten at vi griper inn kontra det at vi lar pasienten fortsette. Hva er det verste av to onder her.

Og:

Normal prosedyre ville vært å skrive henne ut og ringe på politiet, for det er en politisak, men der blir det valgt å fysisk skjerme henne til hun fikk samlet seg.

Videre forteller alle informantene at det benyttes tvang for å gjennomføre skjermingen. Pasientene kan bli tvangsmedisinert eller reimet mens de er på skjermet avsnitt. Flertallet av informantene forteller at tvangsmedisinering er det mest benyttede tvangsmiddelet. Pasienten har ikke noen valg vedrørende medisiner selv om han er på frivillig paragraf. En sykepleier forteller at pasientene blir tvangsmedisinert hvis han ikke følger sykepleierens retningslinjer og anbefalinger i forhold til medisin. Han sier sykepleierne oppfordrer pasientene til å ta medisin men gir dem egentlig ikke noe valg, selv om det kan høres ut som vi gjør det. Pasienter som er frivillig innlagt kan også bli fysisk geleidet inn på skjermet avsnitt uten at pasienten er spurt eller informert om dette. Situasjonen kan eskalere og pasienten bli agitert og utagerende. Da benyttes ofte tvangsmidler som reimer og medisin.

Flere informantene opplyser at unødvendig bruk av tvang forekommer overfor denne gruppen. Det fortelles at kommunikasjonsproblemer kan medføre unødvendig bruk av tvang ovenfor pasientene. Dette kan være situasjoner hvor pasienten snakker dårlig norsk. En sykepleier forteller at pasienter som er innlagt på frivillig paragraf ofte holdes igjen på avdelingen selv om pasienten vil reise hjem. Dette skjer uten at overlege konverterer paragrafen eller benytter seg av nødrett. Det blir også fortalt om unødvendig bruk av tvang med tvangsmedisinering og reiming av pasienter, under begrunnelse av atferdsterapi. Sykepleieren som beretter dette mener det er lovstridig behandling. Videre fortelles det om begrepet ” litt overmakt” i forhold til unødvendig makt bruk. Sykepleieren forteller at en pasient slo en pleier under en reimingssituasjon.

Det var en reimingssituasjon for noen år siden som gjorde veldig inntrykk på meg. Det ble brukt litt overmakt men heldigvis så har vi blitt mer obs på det der alle sammen.(...). Det var jo ingen som snakket med pasienten, eller det ble så upersonlig og så ble det brukt i hvert fall nok makt med å få på de reimene da. Og i tillegg da så, det er nå greit nok å bruke noen ting foran munnen når de spytter, men det var liksom litt i overkant og så med ei sånn pute som ble trukket nedi, og veldig hardt.

Informanten sier pleierne var upersonlig i det de gjorde, det var ingen som snakket med pasienten og det ble brukt overdreven makt for å få fiksert reimene. Informanten sier at det ikke skal være fritt fram for kolleger å ta igjen ovenfor pasientene derfor meldte hun inn forholdet slik at det ble opprettet sak.

### 5.1.2 Liten grad av rettsikkerhet og pasientautonomi

De fleste informantene beskriver behandlingsformer og utøvelse av miljøterapi og omsorg som i noen tilfeller gir liten rettsikkerhet og pasientautonomi. Dette gjelder situasjoner hvor sykepleieren står i situasjoner der hun må velge mellom velgjørenhetshensynet og pasientautonomien. Slik beskriver to informanter hvordan omsorgen kan utarte seg når sykepleieren må velge mellom velgjørenhetshensynet og pasientautonomien.

Hvordan skal man gjøre det beste for pasienten, gjøre det som pasienten ønsker og også gjøre det som behager oss på en måte. Og er man først i ett slikt tvils tilfelle så er jeg nesten, ja i 99 % av tilfellene så går nok dette til personalets fordel. Dessverre, men klart. Mennesket er jo skapt til å tenke på seg selv først og fremst også kommer andre etterpå. Nå jobber jo vi i ett omsorgsyrke der hvor jobben våres er å gi andre omsorg. Så, så, det er jo litt slik motsigende akkurat det jeg sa nå kanskje men. Nei altså, jeg føler vel det så langt at det behager oss så kan vi gjøre det aller meste for pasienten. Men føler vi at vi selv blir ukomfortabel, at det ikke behager oss så er det lettere å ikke gjøre det som pasienten ønsker vi gjør.

Og:

Pasienten har jo en innflytelse, det er pasienten som i utgangspunktet bestemmer hva han vil ta imot av medikamentell behandling eller ikke. Det er i utgangspunktet pasienten som bestemmer om en vil være innlagt eller ikke. Om en vil ta imot samtaleterapi eller ikke, om en ønsker å ta imot miljøterapi eller ikke, og det hender jo ofte at pasienten har egne forslag til hva som kan, hva som hjelper han eller henne best også. Og da hører vi jo på det, og vi vil jo prøve, vi vil jo prøve å få pasienten frisk. Og hvis pasienten vet best selv hvordan han skal - hvordan han eller hun skal bli frisk så prøver vi jo det. Med mindre det går imot våres oppfatning av hva som er til det beste for han.

Informanten forteller at det er vanskelig å gjøre det som er til beste for pasienten samtidig som det skal behage sykepleierne. Han sier at i 99 prosent av tilfellene hvor sykepleieren må velge mellom sitt velgjørenhetshensyn og pasientautonomi, velges velgjørenhetshensynet. Informanten sier mennesket er skapt til å tenke på seg selv først, så andre, i dette tilfellet pasientene. Det kommer også fram at sykepleiere ikke utfører handlinger hvis det medfører ubehag selv om pasienten ønsker dette. Videre fortelles det at pasienten har innflytelse. Informanten sier at det i utgangspunktet er pasienten som bestemmer når han er på frivillig paragraf. Det er pasienten som bestemmer om han vil være innlagt eller ikke, og om han ønsker å ta imot behandlingen han får. Hvis pasienten vet hvilken behandling han trenger, blir pasienten hørt med mindre det går mot behandlingsapparatets oppfatning. Det fortelles også at pasientens ønske om utskrivelse ikke blir møtt slik det burde av leger og sykepleiere. En sykepleier forteller at pasientene blir tvunget på hjelp selv om de ikke ønsker det. Sykepleieren forteller videre at disse pasientene blir tatt fra medbestemmelse når de er blant annet blir låst inne på skjermet avdeling. Hun mener det er systemet, reguleringene og reglene som har skylden.

## 5.2 Uønsket velgjørenhet og strukturell tvang

Sykepleierens ønske om å gjøre det som er til beste for pasienten kan i visse tilfeller gi uønsket velgjørenhet og skape omsorgsytere som gir omsorg basert på strukturell tvang. Uønsket velgjørenhet er et begrep jeg velger å bruke når sykepleierens velgjørenhet utarter seg til å bli noe annet enn hva hensikten i utgangspunktet var. Med strukturell tvang mener jeg de strukturelle føringene som ligger i sykepleiernes handlinger.

### 5.2.1 Generelle regler og ansvarsovertakelse

Funn viser at det utøves generelle regler og ansvarsovertakelse når frivillige innlagte pasienter behandles i psykiatrisk sykehus. Flere informanter fortalte at pasientene ikke har utgang ut det første døgnet. Flere nevner at dette har sammenheng med at man skal bli kjent med pasienten først og at pasientene skal ha samtale med lege før de får utgang utenfor institusjonens vegger. Dette er hva noen av informantene ytret i denne sammenheng.

Det er jo en generell regel vi har her da på alle pasientene som kommer inn. Og ukjente pasienter da som kommer inn da ønsker vi egentlig å, ja få muligheten til å bli litt kjent med da før vi begynner og går ut.

Og:

Jeg tror nok ikke at, at vi klarer å etterkomme så veldig mange av de ønskene med tur ut og slik.

Og:

Vi har også som en regel at pasientene ikke - ikke har mulighet til utgang det første døgnet. Det - det sier regelen våres. Praksisen er egentlig at - at de ikke har muligheten til å gå ut før etter at de har hatt en samtale med det som blir deres behandler, og det er veldig ofte første virkedag eller første dag også i helgene.

Informantene forteller at dette praktiseres som en generell regel på avdelingen ovenfor alle pasientene. Dette er fordi pleierne vil bli kjent med pasienten før han får gå ut. Det fortelles også at det er vanskelig å etterkomme pasienters ønsker om tur ut på grunn av personalressurser. En informant forteller at dette skjer fordi ingen pasienter skal få gå ut før de har snakket med behandler. Videre fortalte informantene som jobber på skjermet enhet at pasienten gis ytterligere begrensninger som for eksempel forbud mot å bruke mobiltelefon. På de to skjermingsenhetene informantene arbeidet viser det seg at det praktiseres et generelt mobilforbud. Informantene forteller at ingen frivillige innlagte pasienter som er på skjermet avsnitt får ringe fra sin egen mobiltelefon. Dette på tross av at det ikke er tatt telefonvedtak, jf. § (4-5) av overlege. Telefonen fratras pasienten og låses inn. Dette praktiseres som en generell husregel. Denne husregelen sammen med flere andre husregler har kontrollkommisjonen godkjent. Informantene sier blant annet følgende om gjeldende praksis på avdelingen de jobber:

Nei det er ikke fattet noe vedtak det er mer ett slik generelt forbud som er innlemmet i husreglene, og husreglene skal jo godkjennes i kontrollkommisjonen, som i da igjen forhåpentligvis setter seg inn i lovverket og ser etter at det er rett det vi gjør. Så, så når vi regulerer telefonbruken ut i fra husreglene så er det med kontrollkommisjonens velsignelse. Det skal sies slik, det er ikke noe vi gjør på eget initiativ. Vi får det fram slik at hvordan det er lovregulert, hvordan kontrollkommisjonen ser på det kan jeg ikke svare for. Så lenge vi får det godkjent av kontrollkommisjonen kan vi bruke det.

Og om det er fattet telefon restriksjonsvedtak:

Så vidt meg bekjent så, så er det ikke regulert i lovverket. Den reguleringa vi har er jo godkjent fra kontrollkommisjonen som da er den juridiske instansen og forholde seg til. Så det.

Og:

Telefonene blir automatisk tatt – tatt inn og låst inn i kurv, men pasientene kan få lov til å se, sjekke mobilen sin innpå vaktrommet sammen med ett personal, bare for å se om det har kommet noen meldinger.

Og hvorfor telefonen tas fra pasienten:

Og det og egentlig for å beskytte pasientene. For vi ser jo mange som er innpå – innpå skjerma avsnittet, selv om de er der frivillig så har de jo mye telefoning som – som en, som en angrer på etterpå da i forhold til pårørende, i forhold til for eksempel spåkoner, så det er for å ha, beskytte pasienten at det tiltaket er satt i verk og.

Informantene opplyser at praksisen som her beskrives kommer i konflikt med legalitetsprinsippet og lovverket, spesielt § (4-2) etter psykisk helsevernlov, vern om personlig integritet. Informantene opplyser at det heller ikke er fattet telefonrestriksjonsvedtak, § (4-5), men at forbudet praktiseres som en generell regel etter godkjenning fra fylkets kontrollkommisjon.

### **5.2.2 Sykdom skal kontrolleres og behandles**

Informantene forteller at sykdom skal kontrolleres og behandles. Dette gjelder selv om pasientene ikke ønsker behandling og de er innlagt på frivillig paragraf. Mange informanter fortalte at pasientene ikke får benytte sin rett til utskrivelse hvis personalet og behandlere mener pasienten ikke er i stand til å ta vare på seg selv eller er til fare for seg selv og andre. Informantene forteller at det sjeldent benyttes nødrett og konvertering som virkemidler, men likevel oppholdes denne gruppen pasienter i dagevis på skjermet avsnitt selv om de har begjært seg utskrevet. Sitat fra en informant som bekrefter det overnevnte er som følger;

vi har jo en slik situasjon akkurat nå der hvor vi har en frivillig pasient på skjermet avsnitt, der hvor hun egentlig ikke ønsker å være men valget er at hun skrives ut og det ser vi heller ikke som noen særlig god løsning. Og pårørende har et ønske om at hun skal holde ho her, det vil si at hun får ikke lov å komme hjem i den tilstanden hun er i nå. Så pasienten er jo da på skjermet avsnitt mot sin vilje, men da som følge av trykk utenifra kan du si. Og også fra personalet sin side som føler hun er for dårlig til å være på åpent avsnitt.

Det fortelles at pasienter kan holdes igjen på sykehuset fordi pårørende ønsker dette.

I dette tilfellet skal pasienten i følge psykisk helsevernlov informeres hvorfor han skjermes og det skal fattes skjermingsvedtak, § (4-3). I følge informantene skjer dette sjelden.

Det beskrives videre av informantene at pasientene har rettigheter, men at disse overprøves av sykepleierne når de mener pasienten ikke har kontroll over sin egen psykiske helse.

Sykepleierne mener derfor nødvendig å holde disse pasientene tilbake på institusjonen, ved å bruke skjerming som behandling selv om dette går mot pasientens vilje. Dette gjelder farlige og suicidale pasienter. Informantene forteller at de forsvarer sin praksis med nødvergeloven, og at de bruker nødrett i slike tilfeller. Når nødrett brukes kan en frivillig innlagt pasient holdes tilbake på institusjonen mot sin vilje. Pasienten har da rett på en ny paragrafvurdering av en ekstern lege, gjerne legevakten. Hvis legevakten mener pasienten er for syk til å skrives ut skal paragrafen omgjøres fra frivillig paragraf og til tvangs paragraf. Informantene forteller at pasienten ikke alltid får denne vurderingen av legevakten. I stedet motiverer pleierne pasienten til å bli selv om han ikke ønsker det.

Informantene sier de handler for, eller på vegne av pasienten fordi sykepleierne mener dette gagnar pasientene best. Her kan Sykepleiernes omsorg føre til formynderi og ansvarsovertakelse. Sykepleierne kan gli inn i formynderrollen når pasientens tilstand gjør at vi må ta over ansvaret, helt eller delvis. Dette er ofte nødvendig når pasienten er sterkt selvmordstruende eller psykotisk, men det er ikke alltid sykepleierne vil gi pasienten tilbake ansvaret over eget liv. En av informantene forklarer dette på følgende måte:

Det blir da vel systemet vi jobber under det da, det blir nok det, er jeg redd. Men det betyr jo ikke at vi ikke hører på dem og hva de sier, men det er jo ikke alt du får til da. Og der på en sånn skjerma avdeling så har jeg jo snakket tidligere om regler og reguleringer der, så der tar vi jo fra dem mye medbestemmelsen, det holder jeg nå fast på jeg ja.

Informantene sier ofte tror de vet hva som er best, fordi en som sykepleier har en klar målsetning for pasienten. Det er ofte slik at det er avdelingens struktur og ideologi pasientens skal tilpasse seg og ikke omvendt.

### **5.2.3 Unnlatelseshandlinger**

Ett av funnene viser at sykepleierne unnlater å handle i bestemte situasjoner som kan oppleves krevende. Flere informanter fortalte at det hender sykepleierne trekker seg bort fra pasientene,



når de kanskje burde gått inn i en relasjon med disse. Dette begrunnes med at pasientene oppleves krevende. Informantene beskriver handling basert på unnlatelse. Slik beskrives dette av to informanter.

Når en pasient krever så mye av deg så blir man jo sliten. Så det er kanskje lettere å trekke unna pasienten, dessverre.(...). Så det er litt slik, jeg vet ikke jeg. Man skulle kanskje ytt bedre når man hadde muligheten til og gjort det, enn det som faktisk skjer.

Og:

Men da prøver jeg å være tydelig, tydelig da at jeg må gå for eksempel hvis han har kommet langt inn i samtalen, si at jeg må gå om fem minutt og, og vi kan snakke mer om dette her senere, kommer tilbake litt senere.

Informantene forteller at sykepleierne unnlater å handle når de møter enkelte krevende pasienter, men det fortelles også at hvis en respekterer pasientens autonomi i enhver sammenheng kan også konsekvensen bli at sykepleieren unnlater å hjelpe i enkelte tilfeller.

## 6.0 DISKUSJON

I dette kapitlet presenteres diskusjonen. I følge Malterud (2008) kan det være nyttig å skrive denne i 3 deler som følger logisk etter hverandre. Derfor har jeg skrevet en metodediskusjon, en resultatdiskusjon og en diskusjon av konsekvenser og implikasjoner. I metodediskusjonen drøftes betydningen av styrken og svakheter i designet. Videre forteller resultatdiskusjonen hva resultatene egentlig betyr og hvordan en kan forstå den kunnskapen som formidles. Tilslutt diskuteres konsekvenser og implikasjoner av den kunnskapen som er lagt fram.

### 6.1 Metodediskusjon

Ved å stille spørsmål om gyldigheten kan man i følge Malterud (2008) forebygge systematiske feil i forskningsprosessen. Her er både intern validitet (hva det er sant om) og ekstern validitet (overførbarhet) relevant å undersøke. Ved å konfrontere noen av informantene med funnene mine kunne jeg i større grad sikre intern validitet, og det var mulig å undersøke om disse kjente seg igjen med resultatene. Informantene syntes funnene virket realistiske. Videre har jeg benyttet strategisk utvalg av informanter. Informantene har nærhet til fenomenet jeg ønsket å undersøke og de har også minimum 4 års høyskole utdanning. Allikevel kan det hende at informantene holder tilbake informasjon, eller blir påvirket av de spørsmålene jeg stilte under intervjuene, slik at korrekt informasjon ikke når frem.

Dette er et prosjekt som er gjennomført på det sykehuset jeg jobber. Å forske på egen arbeidsplass kan medføre dilemma i forhold til nærhet og avstand til det fenomenet du ønsker å undersøke. Jeg har forsøkt å være dette bevist ved ikke å la min tolkning bli påvirket av min referanseramme. Jeg har forsøkt å være objektiv i fremstillingen av datamaterialet.

Det er videre benyttet rådata fra intervjuene og det er presentert en matrise (vedlegg 9) for å vise hvordan de forskjellige informantene bidrar til de ulike subkodene. Det gir oss også et bilde på hvor stoffet under hver kode stammer fra.

Å sikre ekstern validitet handler i følge Malterud (2008) om funnene kan gjøres gjeldende utover den konteksten der vi har kartlagt dem og om funnene kan generaliseres. Hensikten har vært å forstå problemstillingen knyttet til skjermingsarbeid på det lokale sykehuset. Jeg har ikke undersøkt fenomenet på andre liknende sykehus, og kan derfor ikke hevde at resultatet i dette prosjektet har overførbarhet til andre psykiatriske sykehus. Jeg har forholdt

meg til lokale kontekster og dermed vil jeg hevde at den eksterne validiteten blir lav. Jeg erkjenner derfor at det finnes flere gyldige versjoner av den kunnskapen som er undersøkt.

Malterud (2008) sier at spørsmålet om gyldighet leder til et krav om konsistens, en ”rød tråd” som skal knytte problemstillingen og den teorien, metoden og dataene som tilslutt gir kunnskapen. Derfor har jeg valgt metode ut fra problemstillingen og ikke omvendt. I oppgavens problemstilling skulle det undersøkes et tema, som man ikke har mye forhåndskunnskaper om. Derfor ble valget kvalitativ metode. I løpet av denne forskningsprosessen har jeg utviklet en nærhet til det fenomenet som er studert. Jeg hadde også min forforståelse rundt fenomenet før prosessen startet, dette fordi jeg har arbeidet på en slik avdeling i flere år. Jeg har vært bevisst det fenomen at dette kan vanskeliggjøre kritisk refleksjon. Derfor har jeg underveis spurt meg selv hva det er som avgjør det jeg ser, og hvilke ”briller” jeg har på når jeg leser data. Min konklusjon er at resultatene i dette masterprosjektet kanskje bare er avgrenset til å gjenspeile en del av virkeligheten og at min person på en eller annen måte, uten at jeg har vært dette bevisst, har vært med på å påvirke resultatene.

## **6.2 Resultatdiskusjon**

*Tvangsbehandling uten gyldig vedtak og unødvendig bruk a tvang:*

I dagens samfunn er en av våre hovedplikter å gi omsorg til de mennesker som ikke klarer seg selv. De som faller utenfor. Det er denne omsorgsplikten eller velgjørenheten som til tider kan skape problemer og tvetydighet. Personer som trenger omsorg vil ikke ha hjelp eller skjønner ikke at de trenger hjelp. De motsetter seg dette. Valget sykepleieren må foreta er om pasientens autonomi skal respekteres, eller om sykepleieren skal gi omsorg til de som trenger det, basert på velgjørenhetshensynet. Dette valget vil imidlertid kunne krenke pasientens rettigheter. Det skjer fordi pasienten kan bli fratatt vern for fysisk og psykisk integritet, noe vi anser som grunnleggende i vårt samfunn. Sykepleieren er forpliktet til å gå inn i relasjon med pasienten for å yte den hjelpen han trenger ut fra sin situasjon. Sykepleieren må handle slik at hun har muligheten til å finne ut hva hun tror pasienten er best tjent med (Kristoffersen 1996). Å skape tillit til pasienten er grunnleggende for at sykepleieren skal kunne handle riktig. Dette er kun mulig hvis sykepleieren har brukt sine kunnskaper om kommunikasjon og mellom- menneskelige forhold på en slik måte at pasienten føler seg trygg på den behandlingen hun får, altså sin relasjonskompetanse. I følge Martinsen (2003) kan sykepleieren bidra til å gjøre den andres liv truende eller trygt. Hun må

oppfatte pasientens signal riktig og med blikket prøve å oppfatte helheten. Som sykepleier kan man blant annet velge å se pasienten med et diagnostiserende blikk. Da ser en bare sykdommens problemer og fatter ikke særlig interesse for pasienten. Faren ved dette kan være at pasienten tilslutt vil føle seg som en ting eller objekt. Et diagnostiserende blikk skaper derfor ikke tillit, trygghet og varme, men objektiviserer pasienten som sykepleieren videre distanserer seg ifra.

Våre holdninger kommer til uttrykk gjennom våre handlinger. Hvis vi praktiserer dårlige handlinger som et resultat av dårlige holdninger, vil sykepleierens streben etter å oppnå et tillitsforhold til pasienten være nytteløst. Dårlige holdninger kan i følge Natvig (1997) skyldes mangel på kunnskap. Mangel på kunnskap i den konkrete situasjon fører at vi ikke vil være i stand til å foreta et så korrekt valg som mulig. Jeg mener et eksempel på dette kan være funn som viser at pasienter som er frivillig innlagt tvangsbehandles av sykepleiere uten gyldig vedtak, og at unødvendig bruk av tvang forekommer. En informant forteller blant annet at hun ikke vet hvor grensen i forholdt til det å bruke skjerming som behandlingsmetode går, og hvordan fenomenet defineres. Ifølge Muir-Cochrane & Holms (2001) er det vanskelig å definere skjerming, nettopp fordi det finnes ulike variasjoner og praktiseringer av dette. I en artikkel av El-Badri & Mellso (2002) skrives det at skjerming opp gjennom tiden har vært definert på ulike måter.

I følge Hummelvoll (2006) sin studie, beskrives skjerming som en metode som tar utgangspunkt i den akuttpsykotiske pasientens behandlingsbehov. Ett personalmedlem oppholder seg sammen med pasienten i et oversiktlig og begrenset miljø, og den har elementer av grensesetting og struktur. Samtidig skal den være stimulusbegrensende uten å være depriverende. Vaaler *et al.* (2006) bruker uttrykket ”segregation nursing” i sin studie, når de beskriver skjerming. Dette betyr skjermende sykepleier. I artikkelen beskrives ulike nivåer av segregering for å kontrollere og beskytte pasienten.

Hvis informantens usikkerhet rundt skjerming handler om begrunnelser for bruk av skjerming skriver Kaltiala-Heino *et al.* (2003) og henviser til Gutheil (1987) at skjerming benyttes for å: ”preventing the patient from harming herself/himself (protection) or others (control), removing a patient from an interaction that may provoke her/his paranoid thinking (treatment, protection) and reducing sensory overload (treatment)”. I sin studie kommer forfatterne frem til at den hyppigste grunnen for å skjerme mennesker er at de var desorientert og agitert. I en

annen studie gjort av Wynaden *et al.* (2002) begrunnes skjerming med at alle andre behandlingstiltak ovenfor pasientene ikke har lyktes. I tillegg begrunnes bruk av skjerming ifølge Keski-Valkama *et al.* (2009) med å forhindre vold utøvd av psykisk syke. Psykiske lidelser kan medføre tap av selvinnsikt og kontroll. Bruk av skjerming kan gi en ytterligere begrensning av pasientens frihet. I en skjermingssituasjon vil sykepleieren ofte være i bevegelse mellom inngripen og det å lytte til pasientens ønsker, noe som krever stor faglig utfordring.

Informantene forteller at pasienter skjermes mot sin egen vilje på frivillig paragraf. Selv etter gjentatte forespørsler om utskrivelse blir pasientene ikke møtt på sine ønsker. Om skjerming skriver O'Brian & Cole (2004); dette hindrer pasientens bevegelsesfrihet og blir beskrevet som straff (Farrell and Dares 1996; Martinez et al. 1999; McDonnell 1996; Tooke and Brown 1992) og kontrollerende i sin natur (Lendmeijer and Shortbridge-Baggert 1997; Morrison 1990; Muir-Cochrane 1996; Muir-Cochrane and Harrison 1996; Sullivan 1998a).

Psykisk helsevernlov åpner for at frivillige pasienter kan skjermes men, da med skjermingsvedtak § (4-3). I psykisk helsevernlov står det også at det skal treffes vedtak dersom skjerming opprettholdes ut over 24 timer. Dersom pasienten overføres til skjermet enhet eller liknende som innebærer en betydelig endring av vedkommendes omgivelser eller bevegelsesfrihet, skal det treffes vedtak dersom skjerming opprettholdes ut over 12 timer.

#### *Liten grad av rettsikkerhet og manglende pasientautonomi*

I det overnevnte er det beskrevet behandling med tvang uten gyldig vedtak og unødvendig bruk av tvang. Disse fenomenene var utbredt på dette sykehuset og pasientene som var innlagt fikk ikke alltid sine rettigheter og sin pasientautonomi ivaretatt av pleierne. I følge informanten skjer behandlingen på pasientens premisser så langt det lar seg gjøre, men når sykepleierne og legene mener behandlingen blir formålsløs, griper behandlingsapparatet inn og avbryter behandlingen for å iverksette andre og nye tiltak. Er det slik at vi skal opptre mykt paternalistisk ovenfor pasienten, som Martinsen sier, når vi mener dette gagnar ham? Skal vi heller vise pasienten den rett han innehar og respektere hans autonomi?

Ofte står valget mellom to onder (Lingås 2008). Valget kan for eksempel stå mellom å ikke imøtekomme pasientens ønske ved at sykepleieren låser ham inne, skjerner ham, nekter ham telefon, utskrivelse og utgang ut. Dette for å beskytte ham. Man kan også velge å skrive pasienten ut selv om han kan oppleves som en fare for seg selv og andre. Martinsen sier at det

ikke kan gis noe entydig svar på dilemmaet autonomi kontra velgjørenhet. Sykepleieren må kunne bruke sin faglige mer forståelse på en måte som har til hensikt å gagne pasienten mest mulig. Derfor sier Martinsen at sykepleieren, i de tilfeller som krever det, kan ta i bruk svak paternalisme (Martinsen 2003). Jeg mener at det ikke er noen situasjoner som er lik, derfor må hver enkelt situasjon vurderes separat, men det er allikevel ikke lett å vite hvilket valg vi skal ta når vi står i et dilemma hvor vi skal velge mellom autonomi eller velgjørenhet. Natvig nevner tre betingelser som må være til stede for å kunne oppfylle velgjørenhets- prinsippet. Disse er, ”Den som trenger hjelp vet hva som er godt. Den som skal hjelpe må ha muligheter for å gjøre godt. Det å gjøre godt på et område må ikke resultere i at sjansen øker for færre goder og større skade på et annet felt” (Natvig 1997 s. 123). Hun forklarer det første punktet med å si at det er viktig å undersøke hva den hjelpetrequende oppfatter som godt. Likeså kreves det en vurdering av om ønsket til den hjelpetrequende er faglig og etisk forsvarlig å utføre. Det andre punktet krever at de rette personene finnes, og at de har tid. Punkt nummer tre krever at ressursene skal settes inn der de trengs mest, noe som innebærer at de benyttes slik at det fører til størst mulig nytte for flest mulig. I tillegg til det nevnte må man påse at det valgte alternativ gir minst mulig risiko for skade (Natvig 1997).

Slik jeg forstår Natvig må sykepleieren være seg bevist sine valg. Selv om sykepleieren gjennom sin utdanning ofte sitter inne med mer kunnskap enn det pasienten gjør må valget hun tar være godt gjennomtenkt på forhånd. På en annen side finnes situasjoner der man må vurdere autonomiprinsippets suverenitet. Dette er i situasjoner der pasienten tar valg hvor han kan skade seg selv og andre, eller i situasjoner der pasientens ønsker er urimelige og krevende, og tar mye ressurser og tid. Det er viktig å være klar over at sykepleieren ikke bare er ansvarlig for den ene pasientens autonomi. Hun må også ta hensyn til andre pasienters ønsker. Rettighetene til den ene pasienten må derfor modereres i de situasjonene som gir for store negative konsekvenser for andre pasienters rettigheter. I slike situasjoner lar sykepleieren ofte velgjørenhetsprinsippet få forrang i stede for autonomiprinsippet. Dette kan også brukes i situasjoner hvor pasienten er svært krevende, fordi dette innskrenker sykepleiernes mulighet til å ivareta andre pasienters behov. En annen grunn til å la velgjørenhetsprinsippet få forrang er hvis sykepleieren er usikker på om pasientens ytring, er det han virkelig mener (Fjellanger & Gjengedal 1990).

I følge ikke skadeprinsippet har sykepleieren plikt til å handle slik at pasienter ikke blir skadet av den behandlingen han får (Slettebø 1997). Med dette prinsippet forstår jeg at en ikke kan ta

hensyn til pasientens ønske hvis den behandlingen han krever kan være til skade for ham selv og hans omgivelser. Prinsippet om velgjørenhet krever i tillegg at sykepleieren handler til beste for pasienten. Praksisen med velgjørenhetshensynet forklares av informantene ved at pasienten ikke skal gjøre skade på seg selv eller andre, altså med utgangspunkt i ikke- skade prinsippet. Dette prinsippet henger svært nært velgjørenhetsprinsippet.

Martinsen (2003) sier at vi må kunne identifisere oss med den svake, tenke på at rollene er ombyttet, først da kan sykepleieren yte omsorg basert på engasjement. En god situasjonsforståelse er nødvendig for å klare balansegangen mellom formynderi der omsorgsnyteren overtar for mye av ansvaret for den hjelpetrequende og respekten for menneskets selvbestemmelse som kan føre til unnlatelse (Martinsen 2003). Jeg mener sykepleieren må ha evnen til å se viktigheten i et hvert etisk dilemma. Der det ikke finnes konkrete handlingsregler må sykepleieren utøve faglig skjønn. Det kan medføre at sykepleieren tar i bruk svak paternalisme. Sykepleieren utøver da handlingsvalg hun mener er til det beste for pasienten. Disse valgene kan ofte være i uoverensstemmelse med pasientens egen vilje og autonomi.

#### *Generelle regler og strukturell tvang*

Det informeres at pasientene ikke har adgang til fri kommunikasjon ved bruk av mobiltelefon. De har heller ingen mulighet til utgang ut av institusjonen det første døgnet. Informantene opplyser at praksisen som her beskrives kan være i konflikt med legalitetsprinsippet og lovverket, spesielt § (4-2) etter psykisk helsevernlov, vern om personlig integritet. *Under § (4-2)* står det at restriksjoner og tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige. Informantene opplyser at det heller ikke er fattet telefonrestriksjonsvedtak, § (4-5), men at forbudet praktiseres som en generell regel. I psykisk helsevernlov § (4-5) står det blant annet at, den som har døgnopphold i institusjon for psykisk helsevern, har rett til å motta besøk og benytte telefon, samt sende og motta brev og pakker. I følge brev fra helse- og sosialdirektoratet (vedlegg 7), formidles det at man skal fattes telefonvedtak § (4-5) hvis telefonen tas fra en pasient. Det kan derfor ikke fastsettes et generelt forbud mot dette i et husordensreglement. Pasienten får begrenset sin rett til autonomi fordi sykepleierne forholder seg til husregler med generelle forbud som er godkjent av fylkets kontrollkommisjon, uten at dette er hjemlet i psykisk helsevernlov. Sykepleieren er den som praktisk utfører de handlingene som direkte innvirker på pasientens autonomi og hans rett til å benytte kommunikasjonsmidler.

Slettebø & Nortvedt (2006) sier at helsepersonell har faglig makt i kraft av sin trening. Makten er upersonlig og kan overføres mellom helsepersonell. I tillegg har man strukturell makt. Dette handler om hva helsepersonell gjør for å regulere hverdagen til pasienten.

Etter mitt skjønn kan det virke som sykepleierne ikke tilstrekkelig nok respekterer de rettighetene pasienten i utgangspunktet har. Man kan tenke at jussen ikke kan belastes for dårlig sykepleiepraksis, men det virker uklart når kontrollkommisjonen vedtar ett sett husregler som i følge psykisk helsevernloven og helse- og sosial- direktoratet (vedlegg 7) virker å være lovstridig. I min fortolkning av Kari Martinsens omsorgsteori handler det i dette tilfellet om sykepleieren skal ta hensyn til pasientens rett til autonomi eller om sykepleierens ønske om velgjørenhet skal ha gyldighet. Hvorfor skal det fastsettes rigide generelle regler? Jeg tenker at en kanskje burde hatt mer individuellorientert pleie og omsorg, la pasienten tre frem og respekter pasienten autonomi så langt det lar seg gjøre. Skal pasientene begrenses bør dette skje etter gjeldende lovverk og etter god sykepleiepraksis hvor konsekvensen av våre handlingsvalg for pasienten er godt gjennomtenkt. Dette mener jeg er et eksempel på en fenomenologisk tilnærming. Videre tror jeg det er viktig å lytte til pasientens ønske, selv om man skal ivareta flere hensyn. Sykepleierne som jobber med dette dilemmaet til daglig spør seg nok om de skal la pasienten ha telefonen eller ikke. Her velger sykepleierne og ta mobiltelefonen fra pasienten for så å låse den inn, slik at pasienten ikke får bruke denne på skjermnet avsnitt. Spørsmålet som umiddelbart dukker opp er om handlingen til sykepleierne er riktig eller gal, eller for å si det på en annen måte, er den ene handlingen mer korrekt enn den andre? Om en handling er riktig eller gal, eller spørsmålet om den ene handlingen er mer riktig enn den andre, er interessant ettersom våre handlinger ofte får konsekvenser for andre mennesker. For å komme fram til et fornuftig svar på dette spørsmålet, må vi kanskje relatere handlingen til et eller flere punkter utenfor selve handlingen. Uten et fast holdepunkt utenom selve handlingen, uten noe å stå i forhold til, kan en handling ikke klassifiseres som verken god eller dårlig. Isolert sett er derfor en bestemt praksis verken god eller dårlig. Dette er moment vi må ta i betraktning og forholde oss til når vi skal ta en beslutning. For avgjørelsen i slike situasjoner får ofte konsekvenser for pasienten. Å få et konstruktivt svar på en slik problemstilling kan være vanskelig, her er det de verdier og normer som er integrert hos hver enkelt sykepleier som er avgjørende for hvilken handling som velges. Kunnskapen sykepleieren sitter inne med gjør at hun kan bestemme på vegne av pasienten i situasjoner der hun mener pasientens ønske ikke er til det beste for ham. Men er det riktig å skyve prinsippet om autonomi til side til fordel for prinsippet om velgjørenhet i denne sammenheng?



Sykepleieren plikter å forholde seg til de normer og regler som er knyttet til det å respektere en myndig pasients autonomi.

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleie står det blant annet i punkt nummer 2.3.

”Sykepleieren respekterer pasientens rett til selv å foreta valg” (NSF 2001 s. 5). For å sikre pasientens autonomi må sykepleieren også ha klart for seg hvilke juridiske lover som gjelder for pasienter. Pasientene det refereres til i denne sammenhengen er kompetent. Det vil si at disse uttrykker sine ønsker i full bevissthet og forstår konsekvensene av sine valg. Disse pasientene har også evnen til å bearbeide informasjon. Pasientenes ønske om å ikke gi fra seg telefonen er også konsistent.

Jeg mener det er rimelig å stille spørsmålstegn ved sykepleiernes praksis vedrørende et generelt forbud mot bruk av mobil på skjermet avsnitt, men det er vanskelig for meg å si om valget sykepleierne tar er rett eller galt. Dette fordi sykepleierne handler ut fra det de mener er til beste for pasientene. Sykepleierne forebygger mulig en forverring av pasientenes situasjon ved at pasientene for eksempel ikke har mulighet til å blamere seg på telefonen, eller bestille dyre produkter, når de for eksempel er manisk. At sykepleierne ønsker å hjelpe sin neste er vel og bra, men for å hjelpe må man ha innsikt i vedkommendes livssituasjon. Her er empati et nøkkelord. Kari Martinsen sier at det verken er sympati eller solidaritet som står bak ønsket om å hjelpe den svake, men empati. Det vil si god situasjons - forståelse og innsikt i pasientens liv. Hun tar videre utgangspunkt i at sykepleie er omsorg i nestekjærlighet for det lidende og syke menneske hvor fagkunnskap og menneskelig nærhet er vevet inn i hverandre, uttrykt i aktelsens språk (Martinsen 2003). Med denne påstanden forstår jeg at vi som mennesker innehar verdier som gjør at vi kan handle til beste for våre medmennesker, noe som ikke bare er basert på vår fagkunnskap som sykepleiere. Det handler altså om nestekjærlighet, og det å stå hverandre nær. Dette er en grunnleggende forutsetning for alle mennesker.

Man regner med at det er fire hovedprinsipper innen sykepleiefaglig etikk som i følge (Sen et al. 2007) skaper autonomi-, velgjørenhets-, ikke-skade-, og rettferdighetsprinsippet til dilemmaer i psykiatrisk praksis. Hvis man tar utgangspunkt i det foreliggende tilfellet er pasientene kompetente, men ved å ikke gi pasienten øyeblikkelig autonomi kan man styre deres autonome valg på lengre sikt. Pasienten ødelegger kanskje ikke relasjoner til andre mennesker når han benytter sin mobiltelefon, og kan derfor ha den samme kontakten med sine

pårørende når han er ferdig behandlet. Jeg mener det er dette som er velgjørenhet, nemlig å aktivt søke å bidra til at pasienten får et bedre liv. Sjøstrand & Helgesson (2008), sier at den som burde bestemme er pasienten slik han ville valgt hvis han var frisk. Her har også rettferdighets- prinsippet sin gyldighet. Dette prinsippet sier at like tilfeller skal behandles likt noe som skjer i det foreliggende da alle sykepleierne forholder seg til en generell regel.

### *Sykdom skal kontrolleres og behandles*

En problemstilling er om frivillig innlagte pasienter som blir skjermet har rett til å forlate institusjonen? I psykisk helsevernlov består en slik rett. Frivillig innlagte pasienter skal skrives ut, uten ubegrunnet opphold, hvis han eller hun begjærer det. Allikevel kan pasientene bli holdt tilbake på skjermet enhet mot sin vilje fordi pårørende ønsker dette eller at sykepleierne mener pasienten er til fare for seg selv og andre. I følge Sen P. et al. (2008) som har drøftet forholdet mellom disse prinsippene kommer hensynet til pasienten ofte i konflikt med en tredje part. I spesielle tilfeller kan derimot en pasient holdes tilbake mot sin vilje (jf. nødrettsbestemmelsen § 47 i straffeloven), men da må det foreligge en fare som ikke kan avverges på annen rimelig måte, enn ved redningshandling. Dette krever dessuten en særdeles betydelig interesse overvekt i favør av redningshandlingen for at den skal være lovlig. Skjer dette skal en ekstern lege utenfor sykehuset vurdere paragrafen på nytt. Sykehuset kan også benytte seg av det som kalles konverteringsforbud med unntak, § (3-4). Da kan overlegen på sykehuset overføre pasienten fra frivillig paragraf til en tvangsparagraf.

Å holde tilbake pasienter på skjermet avdeling når de ikke har kontroll og ønsker uskrivelse, kan nok oppfattes legitimt av sykepleierne, men opplevelsen vil nok være annerledes for pasienten. I studien til Muir-Cochrane (1996) blir skjerming beskrevet av personalet til å være innenfor rammen av makt og kontroll. I Griffiths (2001) blir skjerming oppfattet som et legitimt behandlingstiltak av personalet, men behandlingen oppleves ubehaglig for pasientene.

Ut fra Kari Martinsens omsorgsteori kan man si at dette fenomenet handler om hvordan forholdet mellom sykepleier og pasient blir gjort til et makt- avmaktsforhold. Hvis denne skjermingspraksisen skal legges til grunn, virker det på meg som at sykepleierne møter pasientene ut fra sin forforståelse og bedreviten, uten å ta hensyn til pasientens selvbestemmelse og hans rettigheter. Pasienter som etterspør utskrivelse gjentatte ganger, noe de har rett til å gjøre, blir likevel holdt tilbake på avdelingen. Omsorgens tvetydighet kommer til syne ved at sykepleierne i dette tilfellet handler ut fra ett ønske om velgjørenhet,

noe jeg mener kan føre til uønsket velgjørenhet. Det kan virke som sykepleierne holder pasienten skjermet fordi de mener pasienten er for syk til å skrives ut. De ser dermed bort fra pasientens autonomi.

Med utgangspunkt i Tranøys (2005) beskrivelse av myndighetsprinsippet mener jeg at sykepleierne i liknende situasjonen kan ha opptrådt ukorrekt fordi de har satt pasientenes myndighet til side. Sykepleierne gikk kanskje ut i fra at pasientene ikke visste hva de gjorde da de ønsket utskrivelse. Det er mulig sykepleierne hadde den holdning om at mangel på skjerming ville medføre negative konsekvenser for pasientene og pårørende, og trodde kanskje at hun ville bedre pasientens psykiske helse ved å sørge for at pasienten fortsatt var på skjermet avsnitt. På grunn av dette valgte sykepleierne å unnlate å handle istedenfor å handle. Manglende kunnskap om når pasienten har rett til å bestemme selv og manglende empirisk kunnskap fra lignende situasjoner, kan ha medført at forholdet mellom sykepleierne og pasient blir gjort til et makt- avmakts forhold. Det kan ha blitt ett asymmetrisk forhold mellom sykepleierne og pasienten. Dette er i sterk motsetning til det Martinsen (2003) sier. I følge henne er både sykepleieren og pasienten best tjent med et subjekt til subjekt forhold. Selv om utvikling av et asymmetrisk forhold mellom sykepleieren og pasienten er uheldig, står pasienten i følge Martinsen i et avhengighetsforhold til sykepleieren. Å stå i relasjon til hverandre vil i denne sammenheng si at pasienten står i et avhengighets forhold til sykepleieren. Pasienten er med andre ord overlatt til sykepleierens bedreviten. Martinsen mener i følge (Kristoffersen 1996) at det er sykepleierens faglige skjønn som avgjør hvordan det er riktig å handle for at pasienten skal få det best mulig. Dette forutsetter at sykepleieren er villig til å sette seg inn i pasientens situasjon, og at sykepleieren forsøker å forstå situasjonen ut fra pasientens perspektiv. Velgjørenhet blir i denne sammenheng brukt av sykepleieren for å trekke pasienten inn i beslutningsprosessen når det tjener pasienten.

Antall skjermingsvedtak i Norge økte i følge Sintef (2008), med 202 % fra 2001 og til 2007. 62 % av alle vedtakene ble fattet på akuttposter. Dette er skjermingsepisoder som er juridisk forankret. Ett spørsmål som dukker opp er hva årsaken til økningen skyldes. Pasienter har blitt skjermet i all tid på forskjellige måter, og etter dagens metode siden slutten av 1970 tallet (Norvoll 2007). De fleste informantene forteller at det fortsatt skjerms pasienter som er på frivillig paragraf, hvor det ikke alltid fattes vedtak. Det kan tyde på at det finnes mørketall og at den reelle andelen av skjermede pasienter kanskje er større enn det som kommer fram i Sintef (2008) sin rapport. Wynn (2002) viser i sin studie om personalets holdninger ved bruk

av tvang og skjerming, at majoriteten av personalet mente tvang og skjerming ble utført korrekt. Norvoll (2007) mener derimot den faktiske organiseringen av skjerming er mer preget av tvang enn hva ideologiene fremhever. Psykiatriske institusjoner beskriver ofte skjerming som god og nødvendig behandling mens pasientene gjennom klager til blant annet kontrollkommissjonen kan oppleve skjerming som straff og frihetsberøvelse. Behovet for ytterligere styrking av sykehusenes behandlings- funksjon og reduksjon av kontroll og tvang fremmes (Norvoll 2007).

Jeg tror det er den profesjonelle sykepleieren som setter standard for god pleie og omsorg ut i fra prinsippene om pasientens autonomi og sykepleierens velgjørenhet. Oppgaven sykepleierne står ovenfor når det gjelder skjerming av frivillig innlagte pasienter, som ikke ønsker skjerming, er å vurdere hva som er best for den enkelte pasient før skjerming iverksettes. Deretter bør det stilles strengere krav til dokumentasjon av observasjoner og vurderinger knyttet til skjerming. Sykepleieren skal tilse at de vedtak som skal fattes og at eventuell paragrafvurdering blir gjennomført ved å rapportere til overlegen innen de tidsfrister som er bestemt i lovverket. Hvis dette ikke skjer kan ikke jussen lastes for dårlig sykepleiepraksis. På en annen side kan man si at det kan være lettvinnt å overføre ansvaret til andre profesjoner og skylde på lovverket. Man kan kanskje si at det ikke er sykepleierne som setter standard for sin fagutøvelse lengre, men i en mye sterkere grad samfunnet gjennom lovregulering. Det bør ikke være noen grunn til å skjerme en pasient hvis dette strider mot lovverket. Hvis derimot grunnlaget for skjerming er tilstedet, mener jeg at dokumentasjon og rapportering til legen er noe sykepleieren har ansvar for. Muntlige og skriftlige observasjoner kan gi grunnlag for å beslutte om pasienten fortsatt skal være skjermet eller ikke. Dette forutsetter et nært samarbeid mellom sykepleier og lege. Man kan kanskje si at man svikter pasienten når jussen kommer inn og regulerer dette. Velgjørenhetsprinsippet har lang tradisjon og bygger på en konsekvensetisk tankegang, derfor mener jeg at velgjørenhet ikke bør forkastes. På en annen side kan ønsket om velgjørenhet for pasienter som er innlagt på psykiatrisk skjermet enhet utvikle seg til noe annet enn hva intensjonen er. Det kan medføre at sykdom skal behandles og kontrolleres for en hver pris.

Tvetydigheten mellom pasientautonomien og sykepleierens velgjørenhetshensyn kan føre til at omsorgen som blir gitt pasienter utvikler seg til tvang der dette ikke burde skjedd. For å unngå dette tror jeg velgjørenhetsprinsippet bør brukes aktivt i de tilfeller som kan medføre farer for pasienten og andre. Men dette må gjøres slik at pasienten føler seg hørt og sett, at

han også blir tatt med i betraktningen der det lar seg gjøre. Det å la pasienten tre fram på egne premisser så langt det lar seg gjøre, så lenge det er ansvarlig og innenfor de områdene hvor han mestrer sitt liv, det kan være den største utfordringen sykepleierne stilles ovenfor i sitt daglige virke. Hvis sykepleieren skal handle til beste for pasienten ved å iverksette skjerming av frivillig innlagte pasienter når dette er strengt tatt nødvendig, medfører dette at hun kanskje handler i strid med lovverket. Jeg mener at velgjørenhet i slike tilfeller er viktigere enn å ikke handle for å risikere juridiske søksmål.

Kari Martinsen knytter solidaritet og ansvar for den svake som overordnede begrep for den moralske begrunnelsen for sykepleie. Et slikt syn som hun presenterer åpner for sentrale problem som makt og avmakt og velgjørenhet kontra autonomi. Gode sykepleieholdninger må læres. Dette læres gjennom normmoral eller ”krykkemoral” som først får sin gyldighet når den spontane moralen svinner hen. Hvis alle sykepleiehandlinger hadde vært spontane og uegennyttige handlinger, til beste for pasienten, hadde ikke sykepleieren behøvd normmoral. En god indikasjon er at mange sykepleiere trenger normmoral, og ikke minst det å lære normmoral selv. Ut fra Martinsens omsorgsmoral kan jeg se en parallell fra sykepleierens holdninger i forhold til den behandlingen pasientene få av sykepleierne. Sykepleierne mener det er legitimt å skjerme myndige pasienter når det er fare for liv og helse. Dette mener jeg vitner om god pasientbehandling fra sykepleierens side, noe som indikerer at hun benytter normmoral i sin praktiske hverdag. Martinsen sier at dette har med livsførsel å gjøre, og hvordan vi er i relasjon gjennom det praktiske arbeidet. Martinsen sier at omsorgsmoral må læres, det må slå røtter i oss, samtidig som verdiene underkastes kritisk vurdering. Her tar Martinsen (2003) opp dilemmaet velgjørenhet kontra autonomi. Hun fremhever den myke paternalismen som ønskelig. Slik jeg forstår det mener Martinsen at sykepleieren skal inkludere pasienten i den behandling som angår han, men at pasienten i visse situasjoner skal skånes mot å ta beslutninger som han ikke har forutsetning for å ta, og at dette skal gjøres på en slik måte at følelsen av å føle seg verdsatt er der.

Jeg mener at det kan være grunnlag for å skjerme psykotiske, maniske og suicidale pasienter på skjermet avsnitt selv om pasienten i utgangspunktet er på et frivillig vern. Det kan i ytterste konsekvens handle om å berge liv. Men det blir vel galt i det lange løp å ikke tilpasse miljøterapien og omsorgen individuelt for denne gruppen pasienter. Det er kanskje nødvendig med skjerming i en periode. Pasienten trenger å bli sett og hørt, men også å bli ivaretatt i en vanskelig situasjon.

### *Unnlatelseshandlinger:*

I praktisk utøvelse av sykepleie skal sykepleieren i følge Martinsen bruke sitt faglige skjønn for å avgjøre hva som er de beste praktiske løsningene for pasienten. Når Martinsen (2003) hevder at sykepleieren er i stand til å gjenkjenne og å sette seg inn i pasientens situasjon på dette området, fordi den har så mange likhetstrekk med vår egen hverdag, er jeg enig med henne. I tillegg til den empiriske dagligdagse kunnskapen har sykepleieren også fagkunnskap på dette området som pasienten ikke har. Sykepleieren vet for eksempel hvilke objektive symptomer man skal se etter når det gjelder bivirkning av en bestemt type medisin eller hvilke symptomer som viser om en pasient er psykotisk eller manisk. Dette er avgjørelser som fullt og helt er sykepleierens ansvar. Det vil si at sykepleieren skal handle på en hensiktsmessig måte i praktisk utøvelse av sykepleie, dette er ikke alltid problemfritt. Ett fenomen informantene berettet om innenfor den praktiske utøvelsen av sykepleie, er unnlatelse av tilstedeværelse i konkrete situasjoner med pasientrettet arbeid.

Med utgangspunkt i Martinsens (2003) omsorgsteori/filosofi kan en si at det overnevnte handle om hvilke ressurser som skal brukes hvor og konsekvenser av dette. Det handler også om sykepleierne har ressurser og vilje til å møte pasientens behov i situasjoner som oppleves krevende over tid, en situasjon der sykepleieren kanskje ikke oppnår å få noe tilbake. Hvis dette er grunnen til at det ikke handles aktivt og at en stiller seg passiv til pasientens ønske, eller unnlater å handle strider dette mot Martinsens (2003) prinsipp om ansvaret for den svake som er forankret i det praktiske begrep. Her kommer prinsippet om Martinsens generalisert gjensidighet til sin gyldighet. Sykepleieren skal i praksis ikke ha tanker om gjengjeldelse i en situasjon hvor det å lytte til pasienten gagnar pasienten mest mulig. I slike situasjoner kan det skje at pasientene ikke alltid blir møtt på sitt behov. Krevende pasienter ble ikke alltid møtt på sitt ønske om samtale. Det virker som om det kunne være en allmenn oppfattelse blant sykepleierne på avdelingene at dette var krevende situasjoner. Spørsmålet jeg mener sykepleierne kanskje burde stilt seg, er om pasientenes krav var urimelig eller ikke. Skulle en pleier sitte inne på rommet for å dekke pasientenes behov, eller skulle sykepleieren være ute i avdelingen der resten av pasientene oppholdt seg? Disse pasientene hadde jo også like stor rett til at sykepleierne hadde anledning til å ivareta deres autonomi.

Jeg tror ikke det er galt å sette grenser hvis ressursbruken ovenfor en pasient går utover de andre pasientenes behov på en urimelig måte. Her er jeg enig med Martinsen (2003) at myk paternalisme kan benyttes i situasjoner der pasientens ønsker er urimelige og krevende, og tar

mye ressurser og tid. Det er viktig å være klar over at sykepleieren ikke bare er ansvarlig for den ene pasientens autonomi på avdelingen. Sykepleierne må også ta hensyn til andre pasienters ønsker. I denne situasjonen er jeg enig at det er mulig å modere den ene pasientens autonomi for å bevare autonomien til de andre pasientene på avdelingen. Dette kunne sykepleierne ikke ha gjort hvis de skulle hørt på ulike pasienterhistorier store deler av dagen. At flest mulig pasienter har størst mulig utbytte av sykepleierens tjenester mener jeg er det avgjørende i denne sammenheng. Selv om jeg personlig tar dette standpunktet i denne situasjonen, ser jeg også faren for at sykepleierne kan gjemme seg bak prinsippet om velgjørighet i lignende situasjoner.

Jeg mener at Martinsens omsorgsteori og prinsippet om ansvar for den svake gjør velgjørighet og autonomi til et etisk dilemma i denne sammenheng. Hvis vi setter den ene pasientens rett til autonomi på spissen i denne sammenheng, kan det i følge Martinsen medføre at de andre pasientene ikke får dekket sine behov. Hvis man i tillegg trekker seg unna pasienten fordi han oppleves krevende, kan dette medføre at pasienten ikke angår meg, altså unnlattessynder. Min oppfatning er at unnlattelse kan være mer utbredt enn ansvarsovertakelse, selv om det ikke er like lett å dokumentere. Hvis en sykepleier gjør lite for å engasjere seg i pasientens situasjon og ikke forsøker å forstå ham, vil velgjørighetens grunnlag være borte.

Med utgangspunkt i den teorien jeg har presentert i oppgaven og de funnene som har kommet fram, mener jeg sykepleierne er best mulig stilt til å velge mellom pasientenautonomi og sykepleierens velgjørighetshensyn når sykepleieren har satt seg inn i pasientens situasjon og viser empati. Når sykepleieren gjennom empati klarer å samle mest mulig kunnskap om pasientens situasjon, er hun best rustet til å ta et valg når hun står i etiske dilemmaer. Jeg tror også det er viktig at sykepleieren har lært hva gode sykepleiehandlinger er, at hun er hensynsfull og høflig, respekterer pasientens integritet og private liv og lytter til pasientens meninger. I dette ligger også at sykepleieren gir pasienten informasjon på en måte han forstår, og at sykepleieren ikke på forhånd lar sine personlige meninger bestemme pasientens behov. Til slutt er det avgjørende at hver enkelt sykepleier praktiserer ut fra gjeldende lovverk og har klart for seg hvilke restriksjoner en kan iverksette og hva som trengs av vedtak for å iverksette disse. Hvis ikke tror jeg det kan bli mange generelle forbud. Dette kan ramme de mest sårbare pasienter, de som ikke er i stand til å spørre, de som tar et nei for et nei.

### **6.3 Diskusjon av konsekvenser og implikasjoner**

Malterud (2008) spør om en forskers funn kan ha betydning for videre praksis innenfor feltet. Kan man legge fram anbefalinger på bakgrunn av resultatet i prosjektet? Til dette er svaret ja.

Det kan endres og iverksettes tiltak som først og fremst sørger for at pasienten rettsikkerhet og hans pasientautonomi ivaretas under frivillig innleggelse i psykiatrisk sykehus. Med dette mener jeg at sykepleierne som iverksetter og opprettholder tvangsbehandling ovenfor disse pasientene bør forholde seg til psykisk helsevernlov og dens bestemmelser. Ingen sykepleiere har legitim grunn til å utøve tvang hvis vedtak på tvangsbehandling ikke er fattet.

Sykepleierne kan derimot benytte seg av ulike tvangsmidler men da skal disse i hvert tilfelle rapporteres til ansvarshavende lege.



## 7.0 AVSLUTNING

I denne masteroppgaven er det informantenes erfaringer vedrørende skjermingsarbeid som er etterspurt. Det er disse erfaringene som legges til grunn i denne oppgaven. Skjermingsarbeid er ett vanskelig og krevende arbeid for pleierne som arbeider på en slik avdeling. Pasientene er i en sårbar og ofte kritisk situasjon, ofte i en livs - krise. Å bli skjermet fra andre mennesker og de dagligdagse omgivelsene kan være inngripende for mange pasienter. Det å måtte overprøve pasienters autonomi i en slik setting er ikke alltid like lett, men å regulere pasientens autonomi gir derimot mening hvis hans handlinger kan være til skade for seg selv eller andre. Sykeleierne befinner seg i en spesiell situasjon. De skal gi omsorg under tvang, i dette tilfelle til pasienter som er under frivillig vern i psykisk helselov.

Yrkesetiske retningslinjer (2001) gir klart uttrykk for hvordan sykepleieren skal forholde seg til pasienten. Punkt to i yrkesetiske - retningslinjer handler om sykepleieren og pasienten. I kommentaren til punktet står det blant annet at en sykepleiers plikt er å beskytte og bevare liv til det fra naturens side må anses som avsluttet. Skal sykepleieren følge dette punktet må hun i enkelte situasjoner handle mot pasientens vilje og i dette tilfelle kan skjerming og bruk av tvang mot en frivillig innlagt pasient berge pasientens eller andres liv i ytterste konsekvens. I kommentaren til punktet står det også at sykepleieren skal respekterer pasientens rett til selv å foreta valg. At sykepleieren skal bevare liv samtidig som hun skal respektere pasientens valg om å kunne avslutte påbegynt sykepleie, skaper et etisk dilemma mellom autonomi og velgjørenhet.

Jeg synes dette er et dilemma sykepleiere må ta på alvor, for pasientens velferd og livskvalitet påvirkes av de valgene sykepleieren tar. Psykisk syke har rett til å bli behandlet etter de samme kriteriene som mennesker ellers i samfunnet behandles etter. Dette underbygges av Kari Martinsens solidaritets tanke. Sykepleiere er ansvarlig for den behandlingen de gir til en pasient til en hver tid. Dette må man være bevisst, å handle ut i fra den kunnskapen en har ervervet seg gjennom høyskole- og universitetsutdanning.

I tillegg til dette er også sykepleierens empiriske kunnskap avgjørende. Det være seg de holdninger, verdier og normer som representerer sykepleierens handlinger og som avgjør hvilken omsorg man velger å gi pasientene. Riktige holdninger kan få sykepleiere til å handle

rett. Alle sykepleiere har nok opplevd at de har vært i grenseland når det gjelder hva som er etisk korrekt behandling av pasienter. Å opprettholde respekten for den enkelte pasient og hans rett til autonomi til en viss grad, er viktig, også når sykepleierne mener at man har bedre forutsetninger for å handle enn omsorgsmottaker.

Behovet for omsorg er et grunnleggende trekk ved menneskelivet, noe alle trenger i forskjellig grad og til forskjellige tider. Omsorg er også et behov i samfunnet og spesielt i helse - og omsorgstjenestene. Velgjørighetshensynet skal tjene det gode, men kan lett gli over i det onde med tvang og overgrep, noe analysen til en viss grad indikerer. Analysen viser også at det kan være mindre forståelse eller for liten kunnskap blant omsorgsgiveren, for hvilke rettigheter frivillig innlagte pasienter på dette sykehuset har.

I oppgavens problemstilling spørres det etter hvordan omsorgen kan utarte seg når sykepleiere må velge mellom sitt velgjørighetshensyn og pasientautonomien? Funnene som er presenter i kapittel 5 viser at omsorgen som blir gitt pasientene er preget av ureglementert tvang, uønsket velgjørighet og strukturell tvang. Med å ville det gode for pasientene bruker sykepleierne sitt velgjørighetssyn for å legitimere en omsorg preget av tvang ovenfor pasienter som er innlagt på frivillig paragraf. Funnene viser også at omsorgen preges av generelle regler og at sykepleierne i gitte situasjoner utfører handlinger som kan virke å være i konflikt med lovverket (psykisk helsevernlov) og dens legalitets prinsipp. Å overprøve en frivillig innlagt pasients autonomi her relatert til sykepleierens prinsipp om velgjørighet er noe som skjer. Det kan være ved å skjerme pasienten, bruke tvang mot pasienten, nekte pasienten bruk av mobiltelefon og ved å nekte pasienten utskrivelse. Dette skjer ofte uten at vedtak er fattet, slik informantene i denne studien forteller. Målet burde kanskje vært en viss dreining mot større selvstendigjøring slik at behovet for paternalistiske handlinger reduseres ved at pasienten gjenvinner kontroll og reell autonomi.

Jeg mener funnene som er presentert i kapittel 5 viser hvordan omsorgen kan utarte seg når sykepleiere må velge mellom sitt velgjørighetshensyn og pasientautonomien. Dermed mener jeg det gis det svar på masteroppgavens problemstilling.

## ETTERORD

Masteroppgaven i tverrfaglig helse – og sosialfag avslutter tre år med studier i tillegg til fulltidsjobb som psykiatrisk sykepleier på en psykiatrisk spesialpost.

Jeg vil takke alle som har bidratt slik at dette prosjektet har kunne blitt realisert. Jeg vil først og fremst takke de fem informantene som valgte å bli med. Jeg vil takke HINT min studie plass, for en lærerik periode. Jeg vil også takke min arbeidsgiver, for studiepermisjoner og tilrettelegging under studien.

Tilslutt vil jeg rette en takk til mine to veiledere. Disse er Valentina Cabral Iversen (NTNU) og Ove Hellzen (HINT). Jeg takker for faglig og god veiledning under hele prosjektet.

Håvard Bäckström

## Referanseliste:

- Bengtsson, J. (Red.). (2006). *Å forske i sykdoms- og pleieerfaringer. Livsfenomenologisk bidrag*. Oslo: Høyskoleforlaget.
- Berg, A.S., Fagermoen, M.S., Kobbenes, T. og Kristoffersen, S. (2001). Skjerming: Faglig omsorg og sykepleierens ansvar. *Sykepleien*. 15.
- Berg, J.E. (2008). *Akuttpsykiatri for leger og sykepleiere*. (2. utg.). Stavanger: Hertevig forlag.
- Borgan, V. & Søråa, G. (1972). *Fra asyl for sinnssyke til psykiatrisk sykehus*. Trondheim: Adresseavisens Boktrykkeri.
- Bremnes, R., Hatling, T. & Bjørngaard, J.H. (2008). Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, 2003, 2005 og 2007. *SINTEF Helse*. 1-61.
- Bøe, T.D. & Thommassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (4. utg., 2. oppl.). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- El-Badri, S. M. & Mellsop, G. (2002). A study of the use of seclusion in an acute psychiatric service. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 36: 399-403.
- Everett, E.L. og Furseth, I. (2006). *Masteroppgaven. Hvordan begynne - og fullføre*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fjelland, R. & Gjengedal, E. (1990). *Sykepleie som vitenskap*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Fjelland, R. & Gjengedal, E. (1995). *Vitenskap på egne premisser. Vitenskapsteori og etikk for helsearbeidere*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

- Fisher A.W. (1994). Restraint and Seclusion: A Review of the Literature. *(Am) Psychiatry*. 151: 1584 – 1591.
- Griffiths, L. (2001). Does seclusion have a role to play in modern mental health nursing? *British Journal of Nursing* 10: 656-661
- Harnett, P.J. & Greaney, A.M. (2008). Operationalizing autonomy: solutions for mental health nursing practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 15: 2-9.
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. & Løkke, J. A. (2006). *Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå beskrive og behandle*. (2. utg., 3. oppl.) Oslo: Gyldendal Norske Forlag A.S.
- Hoekstra, T., Lendemeijer, H. H. G. M. & Jansen, M. G. M. (2004). Seclusion: the inside story. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 11:276-283
- Hummelvoll J.K. (1984). *Sykepleier-pasient-fellesskapet. Fasetter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Hummelvoll, J.K. (1997). *Helt- ikke stykkevis og delt*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.
- Kaltiala-Heino, R., Tuohimäki C., Korkeila J. & Lethinen V. (2003). Reasons for using seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. *International Journal of Law and Psychiatry*. 26:139-149
- Keski-Valkama, A., Sailas, E., Markku, E., Koivisto, A.M., Lönnquist, J. & Kaltiala-Heino, R. (2009). Reasons for using seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. A nationwide 15-year study. *Nord J Psychiatry*.
- Kringlen, E. (2007). *Norsk Psykiatri gjennom tidene*. Oslo: N. W. Damm & Søn A.S.
- Kristoffersen, N. J. (1996). *Generell sykepleie- bind 1*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kvale, S. (2008). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo Gyldendal Norsk forlag.

- Kåss, E. (1998). *Medisinsk Ordbok*. Oslo: Kunnskapsforlaget.
- Levin, M. & Rolfsen, M. (2004). *Arbeid i team, læring og tvilling*. Oslo: Fagbokforlaget,
- LeGris, J., Walters, M. & Browne, G. (1999). The impact of seclusion on the treatment outcomes of psychotic in-patients. *Journal of Advanced Nursing*. 30: 448-459.
- Lind, M., Kaltiala-Heino, R., Suominen, T., Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. (2004) Nurses' ethical perceptions about coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11: 379-385
- Lindseth, A. og Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Nordic College of Caring Science*. 18: 145-153.
- Lingås, L.G. (2007). *Etikk og verdivalg i helse- og sosialfag*. (3. utg., 4. oppl.). Oslo: Gyldendal Norske Forlag A.S.
- Malterud, K. (2008). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. (2. utg., 4. oppl.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2005). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og utfordringer. *Ugeskr Læger*. 167/22: 2377-2380.
- Martinsen, K. (1993). *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*. (2. oppl.). Otta: Tano A.S.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Otta: Universitetsforlaget.
- Muir-Cochrane, E. C. (1996). An investigation into nurses' perception of secluding patients on closed psychiatric wards. *Journal of advanced nursing*. 23:555-563.
- Muir - Cochrane, E. C. & Holmes, C.A. (2001). Legal and ethical aspects of seclusion: an Australian perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 8:501-506.

Natvig, R. S. (1997). *Sykepleieetikk*. Oslo: Universitetsforlaget.

Norvoll, R. (2008). Brukeralternativer til tvang i sykehus - en presentasjon av internasjonal og nasjonal litteratur. *SINTEF Helse*. 2-76.

Norvoll, R. (red.). (2007). *Samfunn og psykiatriske lidelser. Samfunnsvitenskapelige perspektiver - en introduksjon*. (1. utg., 3. oppl.). Oslo: Gyldendal Norske Forlag.

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

O'Brien, L. & Cole, L. (2004). Mental health nursing practice in acute psychiatric close – observations areas. *International Journal of Mental Health Nursing*. 13: 89 – 99.

Orb, A., Eisenhauer, L. & Wynaden, D. (2000). *Ethics in Qualitative Research*. *Journal of Nursing Scholarship*. 33(1): 93-96.

Pettersen, R. C. (2008). *Oppgaveskrivingens ABC*. Oslo: Universitetsforlaget A.S.

Postholm, M. B. (2005). *Kvalitativ metode. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kausstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.

Ricardson, G. (2002). Autonomy, Guardianship and Mental Disorder: One Problem, Two Solutions. *The Modern Law Review Limited*. 702-723.

Riedl, T. & Dahl Elde, W. (2008). *Psykisk helsevernlov. Med nøkkelkommentarer*. Oslo: Cappelen Damm.

Roberts, M. (2004). Psychiatric ethics; a critical introduction for mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 11: 583-588.

Ryen, A. (2006). *Det kvalitative intervjuet. Fra vitenskapsteori til feltarbeid*. (2. oppl.). Bergen: Fagbokforlaget.

- Sandelowski, M (2002). Finding the Findings in Qualitative Studies. *Journal of Nursing Scholarship*. 34(3): 213-219.
- Sandelowski, M. (2004). Using Qualitative Research. *Qualitative Health Research*. 14: 1366-1386.
- Selim El-Badri, M. & Graham, M. (2002). A study of seclusion in an acute psychiatric service. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 36: 399 - 403.
- Sen, P., Gordon, H., Adshead, G. & Irons, A. (2007). Ethical dilemmas in forensic psychiatry: two illustrative cases. *J. Med. Ethics*. 33: 337-341.
- Slettebø, Å. (2007). *Sykepleie og etikk*. (4. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Slettebø, Å. & Nortvedt, P. (red.). (2006). *Etikk for helsefagene*. ( 1. utg., 1. oppl.). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Thompson, I.E., Horsburg, D., Boyd, K.M. & Melia, K.M. (2006). *Nursing ethics*. Churchill Livingstone, Edinburgh
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tranøy, K.E. (2005). *Medisinsk etikk i vår tid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Vaaler, A. E., Morken, G., Fløvik, J.C., Iversen, V. C. & Linaker, O.M. (2006). Effects of psychiatric intensive care unit in an acute psychiatric department. *Nord Journal Psychiatric* 60:144-149.
- Wojnar, D.M. & Swanson, K.M. (2007). Phenomenology. An Exploration. *Journal of Hollistic Nursing*. 25: 172-180.



Wynaden, D., Chapman, R., McGowan, S., Holmes, C., Ash, P. & Bochman, A. (2002). Through the eye of the beholder: To seclude or not to seclude. *International Journal of Mental Health Nursing*. 11: 260 – 268.

Wynn, R. (2003). Staff's attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital. *Nord J Psychiatry*. 57: 453 – 459.

Aadland, E. (1997). *Og eg ser på deg: vitenskapsteori og metode i helse- og sosialfag*. Oslo: Tano Aschehoug.

## Nettsider

<http://www.lovdato.no/all/nl-19670210-000.html> Besøksdato 18.01.11

Lovdata. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. (Psykisk helsevernloven)

<http://lovdata.no/all/hl-19990702-062.html#2-1> Besøksdato 18.01.11

Lovdata. Almindelig borgerlig Straffelov (Straffeloven).

<https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/113949/ICNs%20ETISKE%20REGLER%20FOR%20SYKEPLEIERE.pdf> Besøksdato 18.01.11

Sykepleierforbundet (2001) Yrkesetiske retningslinjer

[https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/282884/Yrkesetiske\\_retningslinjer.PDF](https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/282884/Yrkesetiske_retningslinjer.PDF) Besøksdato 18.01.11

Sykepleierforbundet (2001) ICN's etiske regler for sykepleiere

<https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/113949/ICNs%20ETISKE%20REGLER%20FOR%20SYKEPLEIERE.pdf> Besøksdato 18.01.11

## **VEDLEGG:**

**Vedlegg 1:** Svar på søknad til REK (Regional etisk komité).

**Vedlegg 2:** Svar på søknad fra NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS).

**Vedlegg 3:** Forespørsel om å delta i et forskningsprosjekt.

**Vedlegg 4:** Samtykke- erklæring.

**Vedlegg 5:** Intervju guid.



**Vedlegg 6:** Vedtak i følge Psykisk helsevernloven.

**Vedlegg 7:** Brev fra helse- og sosialdirektoratet.

**Vedlegg 8:** Analysetabell.

**Vedlegg 9:** Matrise for organisering av datamaterialet i analysefase trinn 3.

## Svar på søknad til REK (Regional etisk komité).

 <b>NTNU</b> Norges teknisk-naturvitenskapelige Universitet	<b>Det medisinske fakultet</b> <b>Regional komite for medisinsk og</b> <b>helsefaglig forskningsetikk</b> <b>Helseregion Midt-Norge</b>		
Prosjektleder: Ph.d. Valentina Cabral Iversen			
Vår dato:	Vår ref.:	Deres dato:	Deres ref.:
19.01.2009	4.2008.1323		
<b>Omsorgens dilemma ved bruk av skjerming.</b>			
Med hjemmel i lov om behandling av etikk og redelighet i forskning § 4 har Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge vurdert prosjektet i sitt møte 19. desember 2008 med følgende vilkår og vurdering:			
Formålet med prosjektet er å beskrive det dilemmaet pleieren kan komme i når frivillig innlagte pasienter skjermes mot sin vilje på psykiatrisk akuttavdeling, samt å bidra til økt kunnskap innenfor dette området.			
Personen som trenger omsorg og som ikke vil ha hjelp eller ikke skjønner at han eller hun trenger det vil ofte motsette seg dette. Her oppstår etiske og rettslige dilemmaer. Det etiske dilemmaet som ligger under denne problemstillingen, er valget mellom å unnlate å gi hjelp eller det å gi omsorg til den som trenger det. Dette vil imidlertid kunne krenke medmenneskers frihet ved å frata dem et vern for fysisk og psykisk integritet som vi anser som et grunnleggende i vårt samfunn. Dette etiske dilemma er aktuelt i forhold til pasienter som frivillig søker hjelp fra det psykiske helsevern. Kan bruk av tvang og skjerming overfor frivillig innlagte pasienter forsvares etisk? Oppgaven fokuserer på pasientens autonomi og selvbestemmelse, samt sykepleierens velgjørenhet.			
Det er gjort lite forskning tidligere på hvilke holdninger pleiere har når det skjerms pasienter som er på frivillig grunnlag. Derfor er det viktig å sette søkelys på hvilke utfordringer helsearbeideren ofte møter i utøvelsen av omsorg i disse situasjonene, hvordan de forstås og håndteres.			
Utvalget av informanter vil bli gjort av avdelingssykepleierne på to av de respektive skjermingsenhetene hvor prosjektleder ikke har noen tilknytning. Avdelingssykepleierne trekker utvalget de anser som dyktig med skjermingsarbeid. Prosjektleder oppretter førstegangskontakt. Utvalget vil være psykiatriske sykepleiere og sykepleiere med			
Postadresse Medisinsk teknisk forskningssenter 7489 Trondheim dmf-post@medisin.ntnu.no	Besøksadresse Medisinsk teknisk forskningssenter Olav Kyrres gt 3 www.medisin.ntnu.no	Telefon +47 73 59 88 59 Telefaks +47 73 59 88 65 Org. nr. 974 767 880	Side 1 av 2 4.2008.1323.doc

minimum ett par års erfaring fra både skjermingsarbeid og arbeid på åpen avdeling. Informantene vil være i aldersgruppen mellom 25-67. Datainnsamlingen vil skje gjennom semistrukturerte dybdeintervju av 5 personer.

Komiteen har følgende merknader til prosjektet:

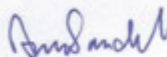
- Komiteen viser til prosjektprotokollen og komiteen finner at dette faller utenom komiteens mandat da det ikke involverer pasienter, men helsepersonell og de holdninger disse har til den beskrevne situasjonen på psykiatrisk avdeling.

**Vedtak:**

**"Prosjektet faller utenfor komiteens mandat og vurderes derfor ikke."**

Vedtaket kan påklages og klagefristen er tre uker fra mottagelsen av dette brev, jf. fvl. §§ 28 og 29. Klageinstans er Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM), men en eventuell klage skal rettes til REK Midt-Norge. Avgjørelsen i NEM er endelig. Det følger av fvl. § 18 at en part har rett til å gjøre seg kjent med sakens dokumenter, med mindre annet følger av de unntak loven oppstiller i §§ 18 og 19.

Med hilsen

  
Arne Sandvik  
Professor  
Leder i komiteen

  
Arild Hals  
Seniorrådgiver



## Svar på søknad til NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS).

**Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS**  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES

**NSD**

Harald Hårfages 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

Ove Hellzen  
Avdeling for helsefag  
Høgskolen i Nord-Trøndelag  
Serviceboks 2501  
7729 STEINKJER

Vår dato: 24.11.2008      Vår ref :20387 / 2 / KH      Deres dato:      Deres ref:

**KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER**

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 31.10.2008. Meldingen gjelder prosjektet:

20387	<i>Omsorgens dilemma ved bruk av skjerming</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Nord-Trøndelag, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Ove Hellzen</i>
Student	<i>Håvard Bäckström</i>

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 09.11.2009, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

*Vigdis Kvalheim*  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

*Kjersti Håvardstun*  
Kjersti Håvardstun

Kontaktperson: Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
✓ Kopi: Håvard Bäckström, Distriktslege Øverlids vei 10, 7072 HEIMDAL



Ombudet legger til grunn at prosjektet er klarert med avdelingsledelsen ved aktuelt sykehus.

Det anbefales at avdelingsleder formidler henvendelsen med forespørsel om å delta på vegne av studenten, og at interesserte ansatte tar direkte kontakt med student.

Ombudet finner informasjonsskrivet til utvalget noe mangelfullt og forutsetter at følgende opplysninger tilføres:

- kontaktopplysninger til veileder (daglig ansvarlig)
- at datamaterialet anonymiseres og lydopptak slettes innen prosjektslutt 09.11.2009
- at enkeltpersoner ikke vil kunne gjenkjennes i oppgaven

Vi ber om å få tilsendt revidert skriv.

Det forutsettes at det ikke innhentes opplysninger om tredjepersoner (enkeltpasienter), og at taushetsplikten ikke er til hinder. Ombudet anbefaler student om å gjøre informantene oppmerksom på deres taushetsplikt før intervjuene starter.

Datamaterialet anonymiseres ved prosjektslutt 09.11.2009 ved at verken direkte eller indirekte personidentifiserbare opplysninger fremgår. Lydopptak slettes, indirekte personidentifiserbare opplysninger som alder og arbeidssted, fjernes, omskrives eller kategoriseres tilstrekkelig.

Viser til mottatt revidert skriv. Skrivet er ok, men jeg anbefaler deg likevel å gjøre følgende endring under avsnittet "taushetsplikt". Den første setningen i avsnittet kan strykes og erstattes av følgende: Student og veiledere er underlagt taushetsplikt.

Lykke til med prosjektet!

--

Vennlig hilsen  
Kjersti Håvardstun  
Rådgiver  
(Adviser)

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
(Norwegian Social Science Data Services)  
Personvernombud for forskning  
Harald Hårfagres gate 29, 5007 BERGEN

Tlf. direkte: (+47) 55 58 29 53  
Tlf. sentral: (+47) 55 58 21 17  
Faks: (+47) 55 58 96 50  
Email: [kjersti.havardstun@nsd.uib.no](mailto:kjersti.havardstun@nsd.uib.no)  
Internettadresse [www.nsd.uib.no/personvern](http://www.nsd.uib.no/personvern)

## **Forespørsel om å delta i ett forskningsprosjekt.**

Jeg er student ved Høgskolen i Nord-Trøndelag. Der studerer jeg master i tverrfaglig helse- og sosialfag. Jeg ønsker å gjennomføre en studie om ”omsorgens dilemma ved bruk av skjerming” Formålet med prosjektet er å beskrive det dilemmaet pleieren kan komme i når frivillig innlagte pasienter skjermes mot sin vilje på psykiatrisk akuttavdeling, samt å bidra til økt kunnskap for meg selv og andre på dette området.

### *Framgangsmåte*

I mitt masterprosjekt skal jeg intervju 5 pleiere som jobber på skjermet enhet. Deres erfaring fra situasjoner hvor frivillig innlagte pasienter er blitt skjermet vil vektlegges under intervjuet. Alle intervjuene vil i sin helhet bli tatt opp på lydband. Når det gjelder opplysningene som fremkommer under intervjuet vil disse bli behandlet konfidensielt. Informasjonen på lydbandet vil bare være tilgjengelig for meg og mine veiledere som er Valentina Cabral Iversen og Ove Hellzen.

### *Godkjenning*

Den Regionale komité for medisinsk forskningsetikk, Region Midt-Norge, Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste AS og Østmarka sykehus har godkjent prosjektet.

### *Frivillighet*

Alle som deltar i undersøkelsen skal gjøre dette frivillig. Man kan trekke seg fra undersøkelsen når som helst uten å angi begrunnelse og det vil ikke ha noen uønskede konsekvenser for deltakerne om de trekker seg.

### *Taushetsplikt*

Student og veiledere er underlagt taushetsplikt. Datamaterialet anonymiseres og lydopptak slettes innen prosjektslutt 09.11.2009. Enkelt personer vil ikke kunne gjenkjennes i oppgaven. Det vil heller ikke innhentes opplysninger om enkeltpasienter.

Hvis du ønsker å delta i denne undersøkelsen ber jeg deg fyller ut samtykkeskjemaet jeg sender til deg. For positiv tilbakemelding kontakter jeg deg for å avtale tid og sted for intervjuet.

Ved spørsmål angående prosjektet kan du kontakte mine veiledere som er:

Valentina Iversen på tel nr: 73864500 eller e- mail: [valentina.iversen@ntnu.no](mailto:valentina.iversen@ntnu.no)

Ove Hellzen på tlf. nr: 74212365 eller e- mail: [ove.hellzen@hint.no](mailto:ove.hellzen@hint.no)

Du kan også kontakte meg, Håvard Bäckström på tlf nr: 924 28 587 eller e- mail:

[Havard.Backstrom@stud.hint.no](mailto:Havard.Backstrom@stud.hint.no)

Med hilsen

.....  
Håvard Bäckström



## Samtykke-erklæring.

### **Samtykke om å delta i en studie om: Omsorgens tvetydighet ved bruk av skjerming**

Jeg er orientert om overnevnte studie, og har lest det som står om prosjektet i informasjonsskrivet. Jeg gir samtykke til at du får lov til å intervju meg i forbindelse med ditt masterprosjekt, og at det etter mitt samtykke kan tas lyd- opptak av intervjuet. Etter transkribering slettes lydopptakene.

Det er derimot en forutsetning at følgende forhold er tilstedet:

1. Alle opplysninger om meg som jeg gir til studiet blir behandlet konfidensielt og oppbevares og brukes på en ikke-personidentifiserbar måte. Alle private opplysninger jeg gir skal behandles i henhold til gjeldende lovverk om taushetsplikt.
2. Ved eventuell publisering av resultatene av studien skal resultatene fremstilles slik at det ikke er mulig å gjenkjenne enkeltpersoner.

Prosjektet er godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk og Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste.

Sted..... Dato.....

.....  
(Underskrift, deltaker)

## Intervjuguide.

*Dette er en halvstrukturert intervjuguide. Dette er ikke et spørreskjema men en sjekklister for ulike emner knyttet til skjermingsarbeid på en akutt psykiatrisk skjermet avdeling.*

**Formål:** intervjuet skal bidra til å fange opp informantenes livsverden, erfaringer, holdninger, tanker og kunnskap vedrørende skjerming av pasienter som er frivillig innlagt.

**Utvalg:** 3 psykiatriske sykepleiere og 2 spesialsykepleiere fra St. Olavs hospital vil intervjues om følgende temaer:

- Skjerming av frivillig innlagte pasienter.
- Den psykiatriske sykepleierens velgjørenhet ved skjerming.
- Pasientens autonomi ved skjerming.
- Lovverk om skjerming.

<i>Tema</i>	<i>Spørsmål</i>	<i>Intensjon</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hva er din alder?</li> <li>• Hvilket kjønn er du?</li> <li>• Hvor lang ansinitet har du som psykiatrisk (spesial) sykepleier?</li> </ul>	Formell og uformell kompetanse
<b>velgjørenhet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan hjelper du andre mennesker som ikke er i stand til å sette grenser for seg selv?</li> <li>• Kan skjerming være aktuelt selv om pasienten er frivillig innlagt?</li> <li>• Kan du fortelle meg om en skjermingssituasjon av en frivillig innlagt pasient du har vært i som gjorde inntrykk på deg? Hvordan tenkte du og hva tenkte du?</li> <li>• Hender det at du må bruke makt/ tvang for å gjennomføre skjerming?, evt. hvilke typer tvangsmidler(tvangsmedisinering?)</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan du fortelle om du har vært i en skjermingssituasjon der unødvendig makt og tvang ble brukt?</li> <li>• Er det faglig uenighet mellom deg og dine kolleger vedrørende skjerming7bruk av tvang av frivillig innlagte pasienter?</li> </ul>	
<b>Autonomi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan viser du at du har respekt for pasientenes rettighet og ivaretar disse på en juridisk og moralsk måte?</li> <li>• Kan du fortelle om det praktiseres noen generelle forbud ovenfor pasientene i husreglene?</li> <li>• Hvordan imøtekommer du krav og ønsker fra pasienter som krever tid og ressurser, f, eks krav om samtaler eller tur ut? Har du noen eksempler på slike situasjoner?</li> <li>• Er det noen bestemte faktorer som avgjør pasientens grad av medbestemmelse?</li> </ul>	
<b>Lovverk PHVL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det mulig ifølge psykisk helsevernlov å skjerme en pasient som er innlagt på § 2-1?, hvis ja, i hvilke situasjoner?</li> <li>• Har disse pasientene ifølge skjermingsforskriften krav på informasjon at de kan skrive seg ut hvis skjerming iverksettes og gjennomføres? (§ 4 i skjermingsforskriften sier at det skal legges til rette for at pasienten får så stor innflytelse på skjermingen som mulig)</li> </ul>	

**Vedtak i følge psykisk helsevern loven.**

<i>Paragraf</i>	<i>Vedtak og beslutning</i>
2 – 1	Avgjørelse av om samtykkeevne foreligger ved frivillig psykisk helsevern
2 – 2	Begjæring om at pasienten skal samtykke til tvungent psykisk helsevern i inntil 3 uker jf. § 3-5, avgjøre om samtykkeevne og forutsetninger for samtykke foreligger
3 – 2	Vedtak om tvungen observasjon på bakgrunn av legeundersøkelse av lege uavhengig av institusjonen samt oppfyllelse av vilkår i henhold til punkt 1–6, og personlig undersøkelse
3 – 3	Vedtak om tvungent psykisk helsevern bakgrunn av legeundersøkelse av lege uavhengig av institusjonen, eventuell tvungen observasjon, samt oppfyllelse av vilkår i henhold til punkt 1–6, og personlig undersøkelse. Pasienten skal undersøkes av lege.
3 – 7	Vedtak om opphør av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, basert på manglende oppfyllelse av vilkår i § 3-2, punkt 1-6 eller § 3-3, punkt 1-6
3 – 8	Etterprøving uten klage, forlengelse av tvungent psykisk helsevern, hvor vedtaket begrunnes ut fra § 3-3, punkt 1-6
4 – 3	Vedtak om skjerming treffes dersom skjerming opprettholdes over 24 timer, eller når overføring til skjermet enhet eller betydelig endring i bevegelsesfrihet opprettholdes ut over 12 timer
4 – 4 a	Vedtak om behandling med legemidler uten eget samtykke. Kan kun fattes av lege.
4 – 4 b	Vedtak om ernæring uten eget samtykke som et strengt nødvendig behandlingsalternativ
4 – 5	Vedtak om innskrenkning i forbindelse med omverdenen og om postkontroll i inntil 14 dager
4 – 6	Vedtak om undersøkelse av rom og eiendeler, samt kroppsvisitasjon
4 – 7	Vedtak om beslag
4 – 7 a	Begjæring og samtykke til urinprøve eller vedtak om urinprøvetaking
4 – 8	Vedtak om bruk av tvangsmidler, hvorav punkt c enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt kun kan fattes av lege
4 – 9	Ansvar for at det minst en gang hver tredje måned ved undersøkelse vurderes om vilkårene for vernet etter § 3-3 fremdeles er til stede.
4 - 10	Vedtak om overføring uten samtykke, mellom institusjoner og mellom med og uten døgnopphold
5 – 3	Dom på overføring til tvungent psykisk helsevern. Bestemme hvordan dom under psykisk helsevern skal gjennomføres etter rådføring med de rettspsykiatriske sakkyndige
5 – 6	Begjære overføring til anstalt under fengselsvesenet

Utarbeidet ved: St. Olavs Hospital /Divisjon Psykisk Helsevern. Kilde: EQS (elektronisk kvalitet system)

## Brev fra sosial- og helsedirektoratet.

KOPI

 Sosial- og helsedirektoratet

66

Kontrollkommisjonen

Deres ref:  
Saksbehandler: MAS  
Vår ref: 05/253  
Arkivkode:  
Dato:

**Vedr. husordensreglement og regulering av mobiltelefonbruk**

Sosial- og helsedirektoratet viser til Deres brev av 5. januar 2004. Vi beklager at henvendelsen på grunn av stor saksmengde i direktoratet ikke har blitt besvart tidligere.

I brevet viser De til at enkelte akuttposter ved \_\_\_\_\_ avd. psykiatri, ser behov for å utarbeide husordensreglement, og at det i denne forbindelse er blitt stilt spørsmål om hvorvidt det er adgang til å nedlegge et generelt forbud mot bruk av mobiltelefoner et slikt reglement.

Dette spørsmålet må avgjøres etter en vurdering av om et slikt forbud vil innebære et inngrep som etter legalitetsprinsippet krever hjemmel i lov.

Forvaltningsrettens legalitetsprinsipp i er relativt, det vil si at prinsippets gjennomslagskraft varierer avhengig av rettsområde eller sakstype. Vurderingen av gjennomslagskraften skjer ut i fra en avveining mellom rettsikkerhetshensyn og andre rettskildeargumenter i den konkrete saken.

I denne saken må det tas utgangspunkt i at pasienter som er innlagt i psykiatrisk institusjon i likhet med andre har en grunnleggende rett til fri kommunikasjon og respekt for sin korrespondanse. Disse rettighetene er fastsatt i menneskerettskonvensjoner, blant annet i EMK art. 8. EMK gjelder som kjent som norsk lov, jfr. menneskerettslovens § 2, og skal dessuten gå foran norsk lov ved motstrid, jfr lovens § 3.

Et forbud mot mobiltelefonbruk i psykiatriske institusjoner vil ikke frata pasientene enhver mulighet til å kommunisere, i og med at pasientene vil disponere vanlig telefon ved avdelingen. Fordi bruk av mobiltelefon nå er svært vanlig og fordi slike telefoner gir helt andre kommunikasjonsmuligheter enn vanlige telefoner, vil imidlertid et forbud mot slik bruk etter direktoratets oppfatning likevel innebære et så sterkt inngrep i den personlige integritet at dette bare kan skje med hjemmel i lov. Det kan således ikke fastsettes et generelt forbud mot dette i et husordensreglement.

Psykisk helsevernloven (phvl.) gir ikke hjemmel for et generelt forbud, og direktoratet egger derfor til grunn at et slikt forbud ikke kan nedlegges.

Direktoratet mener videre at det heller ikke kan nedlegges generelt forbud mot bruk av mobiltelefoner med kamera- eller videofunksjon når dette ikke har hjemmel i lov. Det vises til at svært mange mobiltelefoner i dag har slike funksjoner, slik at et forbud mot

Sosial- og helsedirektoratet  
Avdeling for psykisk helse

Postadr: Pb 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadr: Universitetsgaten 2, Oslo  
Tel: 24 16 30 00 • Faks: 24 16 30 14 • Org.nr.: 983 544 622 • shdir@shdir.no • www.shdir.no



dette i realiteten vil kunne innebære et inngrep i korrespondansefriheten. Individuelle innskrenkninger i retten til bruk av slike telefoner kan bare nedlegges i den grad de strenge vilkårene i phvl. § 4-5 annet ledd er oppfylt.

Neste problemstilling blir i hvilken grad det er adgang til å *regulere* mobiltelefonbruken i et husordensreglement.

Det har i juridisk teori vært antatt at institusjoner innenfor det psykiske helsevernet har adgang å fastsette generelle regler som virker styrende på dagliglivet i en institusjon, og dette er også bekreftet i forarbeidene til psykisk helsevernloven (Ot.prp nr 11 1998-1999 s. 99-100)). Loven gir hjemmel for å regulere bruken av husordensregler i forskrift, men denne adgangen er ikke benyttet.

Husordensreglementet kan bare fastsette regler som nødvendige av hensyn til at institusjonen skal fungere best mulig som et sosialt fellesskap og av hensyn til å oppnå effektiv drift og et godt tilrettelagt behandlingsmiljø (jfr. merknadene til phvl. § 4-2 i rundskriv I/10-2001).

I og med at bruk av mobiltelefon kan ha uheldig innvirkning på behandlingsmiljøet virke forstyrrende for andre som oppholder seg i avdelingen, vil disse hensynene gjøre seg gjeldende i forhold til spørsmålet om regulering av mobiltelefonbruk. Det samme gjelder bruk av telefoner til å lagre og spre bilder eller videoopptak av pasienter, både i tilfeller der pasienten ikke ønsker dette og i tilfeller der pasienten ikke er i stand til å ivareta sine egne interesser.

Adgangen til å fastsette husordensreglement er imidlertid begrenset til å gjelde tiltak som representerer *mindre inngrep* i pasientenes selvbestemmelsesrett (jfr. legalitetsprinsippet, jfr. foran). Lovens forarbeider viser i denne sammenheng til at eksempelvis er adgang til å regulere tidspunkt for nattero, bruk av radio og tv, lån av telefon og så videre. Samtidig sier forarbeidene at husordensreglementer ikke kan gi hjemmel for inngrep av så sterk karakter som bestemmelsene i loven for øvrig, for eksempel ved å fastsette adgang til ransaking av bagasje. Pasientene kan heller ikke pålegges å delta i aktiviteter i avdelingen.

På bakgrunn av dette legger direktoratet til grunn at det i husordensreglement til en viss grad må være adgang til å regulere *hvordan mobiltelefoner kan brukes* i avdelingen i den grad det vurderes som nødvendig for å ivareta ovennevnte hensyn.

For eksempel må det være adgang til å påby at telefoner skal være innstilt på "lydløs" om natten, for eksempel mellom kl 22.00 og 07.00.

Videre må det kunne nedlegges forbud mot bruk av mobiltelefon i fellesarealer.

Dessuten må det kunne nedlegges forbud mot at det tas bilder eller video-opptak av personer som er tilstede ved institusjonen uten at disse samtykker til dette. Samtykket må være gyldig, slik at den som samtykker må ha samtykkekompetanse. Det vil si at vedkommende må være i stand til å forstå hva han samtykker til og til eventuelle konsekvenser av dette. Det kan i denne sammenheng nevnes at personopplysningslovens § 39 forbyr utlevering av bildeopptak uten samtykke fra den som er avbildet.

Derimot kan det ikke fastsettes regler om at mobiltelefoner kan inndras som følge av brudd på husordensreglementet. Inndragelse av telefon kan bare skje i den utstrekning phvl. § 4-5 gir hjemmel for det. Det samme gjelder annen strengere regulering av mobiltelefonbruk i forhold til enkeltpasienter. Det understrekes at adgangen til å begrense kontakten med omverdenen med hjemmel i phvl. § 4-5 forutsetter at strenge vilkår er oppfylt.

Direktoratet vil til slutt bemerke at vi mener at det vi har sagt om husordensreglement ovenfor er i samsvar med reglene i EMK art. 8 annet ledd, som under visse forutsetninger gir adgang til å gjøre unntak fra rettighetene som oppstilles. Når det gjelder kravet om at slike unntak må være "i samsvar med loven", vises det til at EMKs lovsbegrep dekker både skrevne og uskrevne rettsregler som har grunnlag i nasjonal rett, slik at hjemmelsgrunnlaget for husordensreglement tilfredsstillende dette kravet. EMDs praksis viser videre at regelverket som angir unntaket må videre være tilgjengelig, tilstrekkelig presist formulert og i samsvar med kravet om rettsikkerhet. Disse kravene må tilfredsstilles ved utferdigelsen av reglementet. Videre faller begrunnelsen for reguleringen inn under de hensyn som EMK opplyser som lovlige, samtidig som reguleringen som tilfredsstillende de forutsetninger som er nevnt foran etter direktoratets oppfatning må regnes som "nødvendige" i EMKs forstand og forholdsmessige i forhold til de hensyn som skal ivaretas. De aktuelle innskrenkningene er dessuten etter direktoratets oppfatning av lite inngripende karakter, slik at myndighetene i henhold til EMDs praksis må ha et vidt skjønnsmessig spillerom på dette området.

Vi håper De med dette har fått fyllestgjørende svar på Deres henvendelse.

Med vennlig hilsen

John William Glad e.f.  
seniorrådgiver

Mari Svarstad  
rådgiver

Kopi:  
Helse- og omsorgsdepartementet  
Landets fylkesmenn

**Trinnvis oversikt over analyseprosessen systematisk tekstkondensering i masteroppgaven, slik at skjermingspraksis ut fra analysen kan gjenkjennes.**

<p>Trinn 1: <b>Tema.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bruk av tvang.</li> <li>• Skjerming mot sin vilje.</li> <li>• Tvangsmedisinering.</li> <li>• Pleiere bryter lovverk.</li> <li>• Pasienten bestemmer ikke selv.</li> <li>• Mange regler og system.</li> <li>• Pleieren vet best.</li> </ul>
<p>Trinn 2: <b>Koder.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Velgjørenhet.</li> <li>• Autonomi.</li> </ul>
<p>Trinn 3: <b>Subgrupper.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tvangsbehandling uten gyldig vedtak og unødvendig bruk av tvang.</li> <li>• Liten grad av rettssikkerhet og manglende pasientautonomi.</li> <li>• Generelle regler og ansvarsovertakelse.</li> <li>• Sykdom skal kontrolleres og behandles</li> <li>• Unnlatelseshandlinger.</li> </ul>
<p>Trinn 4: <b>Beskrivelser og begreper.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ureglementert tvangsbruk</li> <li>• Uønsket velgjørenhet og strukturell tvang</li> </ul>



**Matrise for organisering av materialet i analysefasen trinn 3 (Tallene viser fra hvilken startlinje tekstbitene er hentet i intervjuene hos de ulike informantene).**

<b>Subkoder Informanter→</b> ↓	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Liten grad av rettssikkerhet, manglende pasientautonomi	68, 129, 213, 241, 250.	142, 199.	109, 197.	186.	241, 263, 364.
Generelle regler og ansvarsovertakelse.	68, 106, 123, 133, 213.	16, 22, 25, 94, 184, 188, 217, 245, 249.	19, 161, 170, 185, 234, 256.	100, 144.	91, 215, 229, 287.
Sykdom skal kontrolleres og behandles.	28, 30, 274.	33, 55, 328.	30, 469.	4, 18, 88, 290.	28, 67.
Tvangsbehandling uten gyldig vedtak og unødvendig bruk av tvang	18, 117, 133.	55, 88, 98, 101.	96, 103, 206.	29, 115, 146.	53, 148.
Unnlatelseshandlinger.	194, 198, 204, 234, 264.	102.	324, 352, 390.	357, 409.	301, 323.