

Skjerming ble innført for å beskytte sårbare pasienter og hjelpe dem til å reetablere mellommenneskelige relasjoner. Gradvis har skjermingen fått mer preg av isolasjon og tvang

Skjerming – straff eller støtte?

I dette nummer av Tidsskriftet setter Reidun Norvoll og medarbeidere (1) et kritisk søkelys på skjerming i akuttpsykiatrien. De påpeker at det er betydelige sprik i både begrepsforståelse og praksis og trekker linjer tilbake til begynnelsen av 1980-årene og det arbeidet som da ble gjort for å modernisere miljøterapien på en akuttpsykiatrisk avdeling ved Ullevål sykehus. Under ledelse av Jarl Jørstad og Per Vaglum gjennomførte vi et omfattende arbeid med å omstille det terapeutiske samfunn slik at det virkelig ble terapeutisk for pasienter med psykoser. Vi integrerte erfaring fra en rekke forskningsprosjekter. Resultatene vakte internasjonal oppmerksomhet (2). Relasjonstenkning sto sentralt i vår forståelse. Vi var opptatt av å hjelpe pasientene til å finne igjen seg selv og å utvikle mellommenneskelige relasjoner. Vi visste at pasienter med psykoser lett ble overstimulert og at de var spesielt sårbare for sinne og aggressiv atferd. Vi hadde smertefullt erfart at uro og sinne i miljøet kunne utløse utagering og tilbaketrekning. På denne bakgrunn anbefalte vi at enkelte pasienter i sårbare perioder ble skjermet fra resten av avdelingen. Målet var å redusere stimulusmengden tilstrekkelig til at pasienten kunne våge, og makte, å gjenoppbygge relasjoner. Derfor var det helt sentralt at pasientene hadde god mulighet til kontakt med personalet under skjermingen.

På den tiden varte oppholdene på akuttavdelingene i flere uker – en viktig forutsetning for opplegget vårt. Utover i 1980-årene ble denne forutsetningen gradvis underminert. Akuttavdelingene måtte skrive ut pasientene stadig raskere. De skulle konsentrere seg om å gi nødvendig hjelp i den mest akutte fasen og måtte overføre pasientene til poliklinisk behandling så fort det var forsvarlig. Dermed ble vekten langt på vei flyttet fra det å utvikle relasjoner til å håndtere patologiske symptomer. Dette påvirket også akuttavdelingen på Ullevål, og det hadde klare negative konsekvenser for behandlingsmiljøet og personalets arbeidsmiljø (3, 4).

Allerede i siste halvdel av 1980-årene bidro denne utviklingen til at formålet for skjermingen gradvis ble dreid fra behandling til kontroll. Det er nok noe av bakgrunnen for det alarmerende fenomenet som Norvoll og medarbeidere beskriver: Mange har en svært negativ opplevelse av skjerming. Det er betenkelig hvis pasientene oppfatter skjerming mer som straff enn som omsorg og hjelp. Derfor bør personalet tenke grundig igjennom hva de kaller sine tiltak og prøve å gjøre dem forståelige for pasientene. Det kan selvsagt oppstå situasjoner hvor det er nødvendig med tvangsmidler eller isolering for å beskytte personale og medpasienter. Men da bør det ikke kalles skjerming eller behandling.

De siste 10–15 årene er helsevesenet blitt utsatt for økende press fra to kanter. For det første stilles det stadig større krav til produksjon. Bunnlinjen må holdes og køer elimineres. Det må jobbes raskere og mer effektivt. På akuttavdelingen på Ullevål hadde vi som ideal å skape en undringskultur. Begrepet stammer fra den britiske psykiateren Tom Main. Han mente at «a culture of inquiry» var helt grunnleggende for et miljø som ville virke terapeutisk. Det måtte ha rom for tvil og usikkerhet (5). Bare slik kunne vi vokse i erkjennelse. Dagens krav til hurtigtogs fart gir lite rom for slikt. Nå må det handles raskt og effektivt, uten forstyrrende tvil og motforestillinger. I tillegg kommer kravet om kontinuerlig dokumentasjon av at retningslinjer er fulgt. Det stjeler tid fra pasientkontakten. For en generasjon siden kunne en overlege si til sine underordnede: «Hvis du har valget mellom å snakke med en pasient eller skrive et journalnotat, så snakk med pasienten.» Det vil neppe noen våge i dag.

Det er ikke lenger nok at du har handlet riktig, du bør helst kunne dokumentere at du har handlet uangriplig. Ufullstendig dokumentasjon kan bli nådeløst straffet.

Det er vanskelig å måle kvaliteten av en relasjon. Derfor havner relasjonen lett i skyggen av krav til produksjon og dokumentasjon. Det kan føre til at vi nøyer oss med å behandle symptomer og atferd, men forsømmer å behandle det lidende mennesket. Den fraværende relasjonen har i lang tid vært beskrevet som et problem i somatisk medisin. I psykiatrisk behandling er relasjonen en hjørnestein. Å forsømme den vil lett gi økt symptompress og mer uro – og krav om mer tvang. For mens gode relasjoner kan bidra til bedring, kan uheldige relasjoner ha skadelig effekt. Til og med relasjoner innad i personalgruppen kan forverre pasientenes helse. Dette såkalte Stanton-Schwartz-fenomenet ble beskrevet allerede i 1950-årene (6). Det kan oppstå når to grupper er sterkt uenige om behandlingen av en pasient, uten at dette kommer åpent frem. Når konflikten går under jorden, vil pasienten lett bli utsatt for krysspress og vil kunne reagere med forvirring og uro som det ofte er vanskelig å behandle med medisiner eller skjerming. Det er i prinsippet to måter å løse denne krisen på. Den vanligste er å flytte pasienten ut av spenningsfeltet, til en annen post eller avdeling. Men en annen metode er minst like effektiv: At personalet rydder opp i sin egen konflikt. Det siste kan være krevende følelsesmessig og tar ofte lang tid (7). Det er ikke enkelt å gjennomføre en slik prosess i tider med høye effektivitetskrav.

Norvoll og medarbeidere bebuder at de vil gjøre en forskningsinnsats omkring skjerming. Jeg ønsker dem lykke til med et viktig arbeid og håper at de også vil vurdere betydningen av akuttavdelingenes arbeidssituasjon.

Svein Friis


svein.friis@medisin.uio.no

Svein Friis (f. 1945) er professor i psykiatri ved Universitetet i Oslo. Han har vært spesialist i psykiatri siden 1976 og aktiv i klinisk psykiatrisk forskning i over 40 år.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Norvoll R, Ruud T, Hynnekleiv T. Skjerming i akuttpsykiatrien. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 35–9.
2. Vaglum P, Friis S, Karterud S. Why are the results of milieu therapy for schizophrenic patients contradictory? An analysis based on four empirical studies. Yale J Biol Med 1985; 58: 349–61.
3. Røssberg JI, Melle I, Opjordsmoen S et al. Patient satisfaction and treatment environment: a 20-year follow-up study from an acute psychiatric ward. Nord J Psychiatry 2006; 60: 176–80.
4. Røssberg JI, Melle I, Opjordsmoen S et al. The relationship between staff members' working conditions and patients' perceptions of the treatment environment. Int J Soc Psychiatry 2008; 54: 437–46.
5. Main T. Knowledge, learning and freedom from thought. Aust N Z J Psychiatry 1967; 1: 64–71.
6. Stanton AH, Schwartz MS. The mental hospital. New York, NY: Basic Books, 1954.
7. Bradshaw WH jr. The coffee-pot affair: an episode in the life of a therapeutic community. Hosp Community Psychiatry 1972; 23: 33–8.

 Podkast på www.tidsskriftet.no