

# Skjermingsplan

individuelt tilpasset for mindre variasjon og styrket kvalitet  
i akuttpsykiatrisk skjermingsenhet

Christoffer Wahl Dyrstad og Gard Anders Wedholm Edvardsen

# Prosjektets bakgrunn

# Utløsende faktorer for prosjekt

- **Stort trykk av pasienter med høyt symptomtrykk og høy voldsrisiko Høst/Vinter 2022**
  - Personell opplever et særlig behov for struktur, rammer og lik praksis
- **Miljømøter/Personalmøter**
  - «Skjerming mangler kontinuitet»
  - «Skjerming sklir ofte ut»
  - «Alle gjør forskjellig»
  - «Endret praksis ved månedsskifte, ved skifte av personal»
  - «Manglende stabilitet og kontinuitet er krevende for pasienter og personal»
  - «Skjerming føles ofte utrygt»
  - «Skjerming varer for lenge»

# Faglig råd fra Helsedirektoratet

## Når det er fattet vedtak om skjerming, bør ansvarlig behandler sørge for at det utarbeides en individuelt tilpasset skjermingsplan

### Råd

Skjermingspraksis på den enkelte avdeling må diskuteres jevnlig, og den må vurderes relatert til den enkelte pasient.

En individuelt tilpasset skjermingsplan bør omtale begrunnelsen for skjermingen, hvilke arealer pasienten kan benytte, innhold i dagen, tilgang til egne eiendeler og besøk. Innholdet må være minst mulig inngripende.

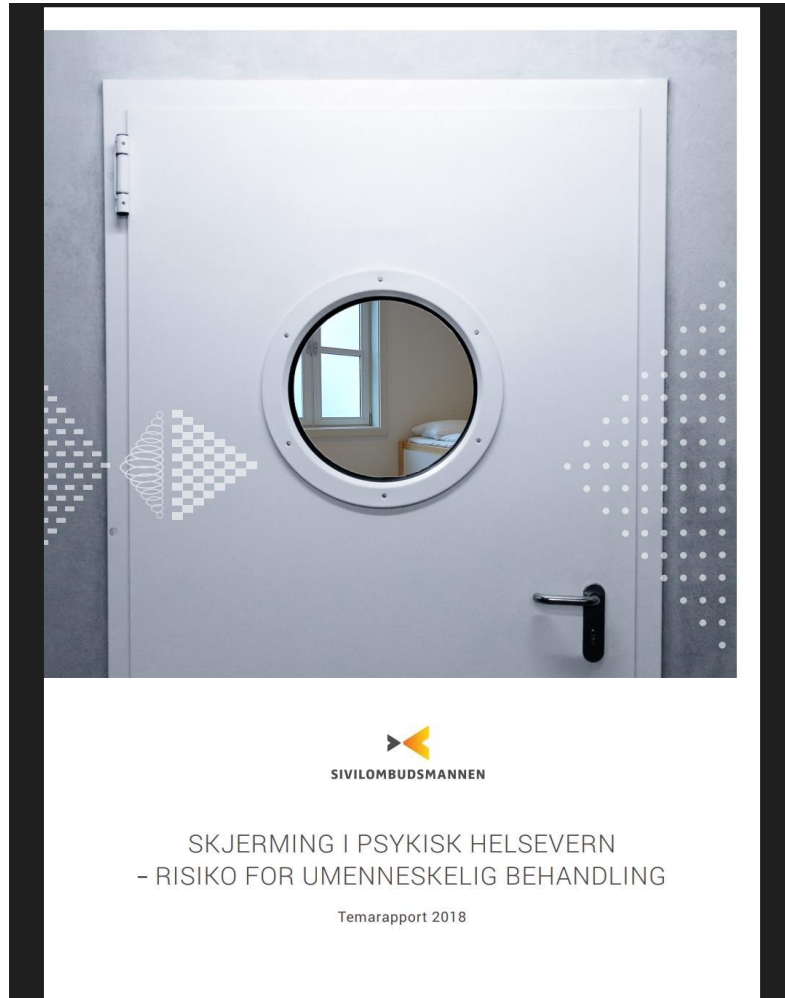
Pasienten skal tilbys å delta i utarbeidelsen av skjermingsplanen.

Pasientens tilstand kan gjøre det aktuelt å justere planen i løpet av dagen og fra dag til dag.

Skjermingsplanen skal journalføres som en del av behandlingsplanen. Pasienten bør tilbys utskrift av skjermingsplanen, med mindre det er tungtveiende grunner til at det ikke bør gjøres.

Hva som skal til for at skjermingstiltaket kan avsluttes, bør tydeliggjøres så snart som mulig.

# Sivilombudsmannens temarapport 2018: Skjerming i psykisk helsevern



- «Det avgjørende for å unngå «umenneskelig behandling» er hvordan skjerming utøves i praksis»
- «Mange likhetstrekk med isolasjon, der skjerming i praksis gir lav grad av bevegelsesfrihet og meningsfull kontakt»
- «Liten grad av selvbestemmelse som øker risiko for krenkelse av menneskerettslige krav og standarder»

# UKOM-rapport 2020 «Hanna»



- «Skjermingspraksis må diskuteres jevnlig»
- «Må knyttes individuelt opp til den enkelte pasient»
- «Viktighet av at alle medarbeidere deltar, slik at det ikke oppstår ulik praksis»
- «Mange hjelpere i omløp, stor mangel på kontinuitet»

## Erfaringskompetanse: Alternativer til tvang



- «Brukerne ønsker seg tydeligere hensikt med skjerming»
- «Ønsker at det foreligger en plan for hvordan man skal få hjelp til å endre fokus, samle tankene og å roe seg ned/avlede»
- «Det må foreligge en klar definisjon av hva som skal til for at tvangsbruken kan opphøre»



## Artikkel: Skjerming i akuttpsykiatrien (2014)

# Skjerming i akuttpsykiatrien

**BAKGRUNN** Skjerming er et tiltak som benyttes hyppig i psykiatriske døgnposter som en forlengelse av miljøterapien. Samtidig er metoden omdiskutert klinisk og helsepolitisk. Psykiater, tidvis psykolog, er ansvarlig for å fatte vedtak om skjerming i henhold til § 4-3 i loven om psykisk helsevern. På grunn av usikkerhet om metodens innhold og faglige legitimitet har vi gjennomført en litteraturstudie om faglig begrunnelse, praksis og effekt av skjerming.

**KUNNSKAPSGRUNNLAG** Artikkelen er basert på søk i nasjonale og internasjonale databaser for perioden 1930–2013.

**RESULTATER** Skjermingsmetoden har nær sammenheng med utviklingen av institusjonspsykiatrien, særlig akuttpostenes fremvekst, og miljøterapien. Begrepet «skjerming» dekker ulike tilnærminger, og det kunnskapsmessige grunnlaget er generelt svakt. Kliniske behandlingsstudier er i stor grad av eldre dato og trolig ikke dekkende for dagens praksis. Manglende effektstudier gjør at vi per i dag har lite kunnskap om nytten av behandling med skjerming.

**FORTOLKNING** Det er høy grad av diskrepans mellom skjermingsmetodens kliniske utbredelse og det kunnskapsmessige grunnlaget. For å kunne evaluere og eventuelt endre dagens praksis er det et klart behov for mer forskning på ulike typer skjerming og på effekten av skjerming.

### Reidun Norvoll

*reidun.norvoll@medisin.uio.no*  
Senter for medisinsk etikk  
Institutt for helse og samfunn  
Universitetet i Oslo

### Torleif Ruud

Divisjon psykisk helsevern  
Akershus universitetssykehus  
og  
Institutt for klinisk medisin  
Universitetet i Oslo

### Torfinn Hynnekleiv

Avdeling for akuttpsykiatri og psykosebehandling  
Sykehuset Innlandet, Reinsvoll



Se også kunnskapsprøve  
på [www.tidsskriftet.no/quiz](http://www.tidsskriftet.no/quiz)



Podkast på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

> Se lederartikkel side 8

- «Skjerming som miljøterapi»
  - Omdiskutert klinisk og helsepolitisk
- «Skjerming har nærsammenheng med utvikling av institusjonspsykiatrien»
- «Det er manglende effektstudier som gjør at vi har lite kunnskap om nytten av skjerming»
- «Stor klinisk utbredelse»



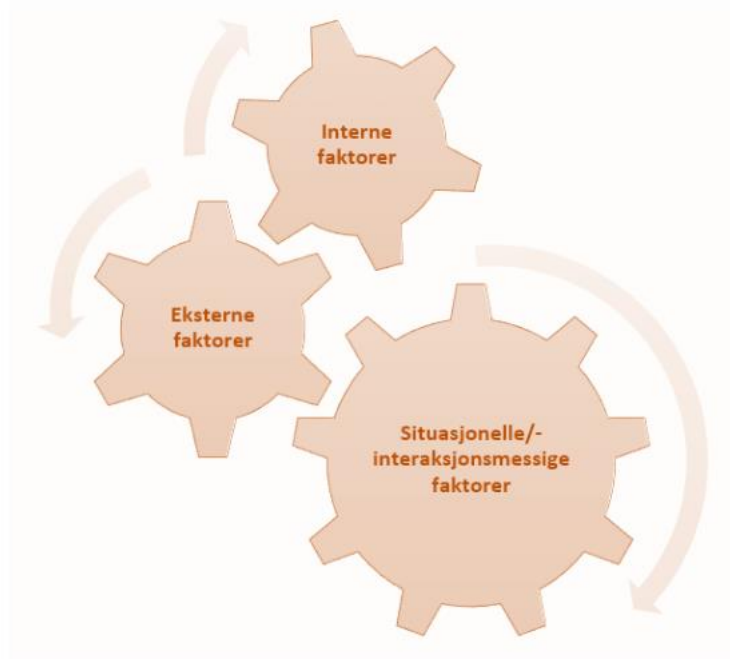
# Faglig støtte

# MAP: "Relasjonskonto"

- Relasjonens betydning; «volden som et felles problem»
- Gir større rom for verbal korrigering
- Felles prosjekt for bedring
- Sammen finne iboende styrker og krefter for å fremme bedring og mestring av utfordringer for individer



# MAP: Tre faktorer for å forstå aggresjon – vold – trusler



- Interne
- Eksterne
- Situasjonelle/interaksjonelle

(Duxbury & Whittington, 2005; Nijman, 2001; Nijman, et al., 1999)

## MAP: Tre faktorer for å forstå aggresjon – vold – trusler

**Interne faktorer:** psykose, rus, alder, kjønn, traumeerfaringer (vold, seksuelle og psykiske overgrep, m.m.), kognitive evner, empati, mentaliseringsevner, holdninger til autoriteter

**Eksterne faktorer:** bomiljøet, trygghet i nærmiljøet, stemning i avdelingen, behandlingsfilosofi, grad av kontroll- og overvåkning i avdelingen, tilhørighet i rus- og kriminelle miljøer

**Interaksjons-/situasjonsmessige faktorer:** holdninger blant personalet, manglende empati, engasjement, involvering, eller anerkjennelse, villighet til å bruke tvang og makt hos personalet

# MAP: Situasjoner/tilstander der trusler og vold forekommer

- **Grensesettingsituasjoner**
- Avslag (på tjenester eller goder)
- Opplevelse av manglende hjelp, eller manglende interesse/engasjement/forpliktelse fra hjelperen
- Opplevelse av krenkelser og ydmykkelser
- Sterkt press/belastning
- Ruspåvirkning (informasjonsbearbeidelse, impuls kontroll)
- Psykisk uhelse (psykose, delirium, depresjon)
- Smertetilstander
- Ernæringsmangel

# Avmaktsbasert forståelse av aggresjon – vold – trusler

- «Å befinne seg i en situasjon der man ikke ser noen utvei, midler eller mulighet til å endre sin situasjon eller å motsette seg andres viljeutøvelse mot seg selv»  
(Mathisen, 1982)

- «Eksistensiell mangeltilstand som karakteriseres ved at behov, målsettinger eller forventninger ikke oppfylles, ved at en hindres i å gjøre noe en vil eller at en opplever sitt lit eller sin integritet som truet eller angrepet: Redusert forutsigbarhet, oversikt, kontroll, innflytelse og påvirkningsmulighet, utveier og løsningsmuligheter, beskyttelse og trygghet, kontakt (sett, hørt, forstått og anerkjent)»

(Isdal, 2018)

# Avmaktsbasert forståelse av aggresjon – vold – trusler

- **Arbeid med individuell tilpasning av skjermingsplaner oppleves å:**
  - Skape felles målsetninger og forventninger
  - Større grad av forutsigbarhet
  - Involverer pasienten i behandlingen
  - Gir god og enkel oversikt
  - Bidrar til å fremme pasientens følelse av kontroll, innflytelse og påvirkningsmulighet, med mulighet for å endre sin situasjon.
  - En arena for å skape kontakt der det gjøres mulig å gjøre pasienten sett, hørt, forstått og anerkjent.



# Recovery- og personorientert i arbeid med skjermingsplan

- Samtaler **med** den det gjelder – skape terapeutiske relasjoner
- Pasienten fremstilles som ekspert på seg og sine utfordringer, der personell i større grad «medvandrer» - utjevning av maktrelasjoner
- Personorientering, og individuelle tilpasninger, **ikke** basert på statistiske gjennomsnitt
- Vold, trusler og atferd som et felles problem
- Raskere oppfattelse av uro og tidligere planlagte intervensjoner basert på pasientens erfaringer
- Nærhet fremfor avstand
- Isolering, skyldfølelse og fordømmelse bare øker risiko for ny vold og trusler
- Toleranse fremfor nulltoleranse (Paterson et al., 2008)
  - «Best Practice» Collaborative risk management («den nye normen»)
    - i motsetning til mer tradisjonelle Defense risk management
      - Også fortsatt «best practice»



# Utvikling og arbeid med plan

## Den spede begynnelse

- Behov for struktur og lik praksis
- Et skriv med ulike måter å tilnærme seg aktuell pasient
- Rotete oppsett, diffuse beskrivelser

## Skjermingsplan

- **Validere på følelse av usikkerhet: Eks: «Det må være forferdelig slitsomt å være så usikker på oss»**
- **Alltid to personal tilstede i korrigerings situasjoner!**

## Utvikling og arbeid med plan

# Første mal

- Fanten ingen «offisiell mal» for skjermingsplaner
- Utarbeidet ut fra Helsedirektoratets råd
- Mye tekst og informasjon
  - Opplevdes uoversiktlig og for omfattende – ble ikke fulgt opp

## Skjermingsplan

*Når det er fattet vedtak om skjerming, bør ansvarlig behandler sørge for at det utarbeides en individuelt tilpasset skjermingsplan. Innholdet må være minst mulig inngripende. Skjermingsplanen skal journalføres som en del av behandlingsplanen. Pasienten bør tilbys utskrift av skjermingsplanen, med mindre det er tungtveiende grunner til at det ikke bør gjøres.*

### Begrunnelse for skjerming:

Pasient med sammensatt psykisk lidelse, med flere tvangsinleggelse siste år. Aktuelt forverring av maniforme symptomer, preget av grandiose og selvhenførende vrangforestillinger. Pasienten påstår at hans mal for skjermingsplan skal «løse alle problemer og fikse psykiatrien». Rapporteres at han ikke har sovet på 4 døgn da han angivelig har jobbet med en presentasjon av skjermingsplanene han skal ha for de «mektiske personene i norsk psykiatri». Pasienten fremviser samtidig påståelig og aggressiv kamp for rettferdiggjøring av en påstått urett, forenlig med kverulantparanoia, der han påstår at «Kardemommeby er et diktatur som åpenbart har diskriminert røverne Kasper, Jesper og Jonathan». Pasienten har siste halvåret skrevet flere brev og leserinnlegg om at den norske stat har legitimert diktatur gjennom subsidier til Kardemomme by, og at kongen er korrupt. Pasienten har forut innleggelse gått med fakkell utenfor slottet, bundet seg fast i benet på en gardist og nektet å forlate slottsplassen før han får snakke med kongen. Brakt inn til Blakstad av politi på bære. I mottakssamtale barrikaderer pasienten seg på et rom med overlege og to miljøarbeidere, og skal angivelig ha iverksatt skjermingsplaner, etter at det behandler har sagt at han var i Kardemomme by i sommer.

### Skjermingen skal utøves på:

- Eget pasientrom  
 Skjermet enhet

### Pasientens ønsker/behov ved skjerming:

Trenger friluft og egentid, blir gæærn av folk! Liker å spille spill og snakke tull. Må ha litt humor/underholdning i hverdagene; vitser og quiz er gøy. Ønsker gjerne å høre på lydbok. Ønsker også mulighet til å spille bordtennis, evt annen fysisk aktivitet, dette gir meg ro. Pleier å sove lenge når jeg først sovner, ønsker ikke vekkes.

### Miljø-/handlingsplan:

- Generell observasjon. Tett oppfølging i miljø av to personal grunnet utageringsfare og ukritisk atferd.
- **Grensesetting** - må alltid gjøres med to personal tilstede(en styrer ordet, en følger):
  1. Orientering: eks "Nå sier du/nå gjør du..."
  2. Veiledning: eks "Når du gjør/sier sånn så blir andre redd"
  3. Markering: eks "Vi kan ikke tillate at andre blir redd/utrygge, så du må enten dempe deg eller trekke deg tilbake til du har funnet ro."
- **Validere** følelse av: frustrasjon, avmakt etc. Eks "når du sier dette så forstår jeg det som et uttrykk for at du er frustrert, er det riktig?"
- **Normalisere** følelse av: frustrasjon, avmakt etc. Eks "Det er mange som føler på frustrasjon her"
- Ved tvangsmedikasjon §4-4:
  - Forbered med økt bemanning grunnet nylig utagering i medikasjonssituasjon
  - Forsøk å skap samarbeid ved å la pasienten velge hvem som gir medikasjon, og medikamentform.

### Tidlige tegn på økt uro:

- Økt motorisk aktivitet
- Snakker om Kasper, Jesper og Jonathan
- Sluttes å lytte til hva andre sier, innesluttet
- Mørk i blikket

### Avledningsalternativer ved økende uro:

- Spille kort, høre musikk, gå tur, quiz, vitser og samtale om hverdagslige ting (glad i fotball). Tilby tilstedeværelse, men gi også pasienten mulighet til å være for seg selv, oppfordre til rolig musikk/lydbok.

### Arealer pasienten kan benytte:

Pasienten kan benytte fellesarealer på skjermet enhet med tett oppfølging. Følge plan for aktivitet og hvile med aktivitet 60 min i fellesareal og hviletid 30 min på egen enhet med tilbud om tilstedeværelse av personal. Må ha tilsyn ved bruk av røykeveranda grunnet nylige forsøk på ildpåssettelse. Ikke aktuelt på nåværende tidspunkt med utprøving på åpen post.

### Tilgang til egne eiendeler:

Maniregime - 1 ting inn, 1 ting ut.

Skal ikke ha tilgang på banner, ropert og annet protestmateriale pasienten hadde medbrakt. Generelle sikkerhetstiltak på skjermet enhet; ingen skarpe gjenstander, eller potensielle våpen/barrikaderingsutstyr.

### Tilgang på mobiltelefon:

Pasienten har gyldig §4-5-vedtak, skal ikke ha tilgang på kommunikasjonsverktøy. Kan snakke med advokat, pårørende ønsker ikke oppringninger.

### Tid/rammer for individuell samtale med behandler:

Samtaler med behandler etter kl 11. Følge av to miljøpersonell grunnet nylig utagering mot behandler.

### Tid i friluft:

Ingen utgang. Kan benytte hage ved sikkerhetsseksjon med følge av to personal; må avtales på forhånd med ansvarsvakt sikkerhetsseksjonen (tlf 1143).

### Planlegging av besøk:

Kan ha besøk av pårørende med følge av personal.

### Plan for avslutning av skjerming:

Stabilitet og samarbeid med miljøpersonell over tid. Reduksjon av maniforme symptomer, god søvnrytme og fravær av verbale og fysiske utageringer.

# Skjermingsplan

## Utvikling og arbeid med plan

# Andre mal

- Felles evaluering av første mal – hvorfor følges de ikke?
  - Internundervisning med diskusjon
  - Mentimeter for å innhente tilbakemeldinger med lav terskel
    - «For mye tekst»
    - «Lite iøyenfallende»
    - «Det viktige forsvinner»
    - «Tar for lang tid å utarbeide/for omfattende»
    - «Mye dobbelt- og trippelføring»
- Setter oss ned i en gruppe og ser på tilbakemelding – utarbeider ny mal

Når det er fattet vedtak om skjerming, bør ansvarlig behandler sørge for at det utarbeides en individuelt tilpasset skjermingsplan. Innholdet må være minst mulig inngripende. Skjermingsplanen skal journalføres som en del av behandlingsplanen. Pasienten bør tilbys utskrift av skjermingsplanen, med mindre det er tungtveiende grunner til at det ikke bør gjøres.

**Skjermingsplan skal være et verktøy som skal oppdateres kontinuerlig i tråd med endringer i behandling og følge evaluering av tiltak - samt behov fremover**

### Hensikt med skjerming:

(Kortfattet og lett forståelig språk for hva som er hensikten med avskjerming)

### Skjermingen skal utøves på:

- Eget pasientrom
- Skjermet enhet

Tid i friluft	Besøk	Miljøterapeutisk fokus	Prøves ut på åpen post
(Utgangstatus)	(Planlegging av besøk)  Hovedpårørende: (navn og tlf)	(Kort hovedfokus for miljøterapi)	(Mulighet for å prøves ut på åpen post)
Observasjon	Behandlersamtale	Gyldige vedtak	Voldsrisiko
(Observasjonsstatus)	(Plan for behandlersamtale)	§	* aktuell vrisk-vurdering *BVC *samarbeids-dialog
Pasientens ønsker	Begrensning i tilgang til eiendeler		
(kort beskrivelse av pasientens ønsker og behov ved skjerming)	Generelle sikkerhetstiltak skjermet enhet. (evt andre særlige individuelle begrensninger)		

### Miljø-/handlingsplan:

- Beskrivelse av handlingsplan for oppfølging;
  - antall personal
  - plassering av personal (f.eks. alltid to i nærheten ved forhøyet voldsrisiko)
  - mannlig/kvinnlig personal
- Kort handlingsplan for grensesetting som skal fungere sammen med KLAR/Samarbeidsdialog
- Handlingsplan for utførelse av tvangsmedisinering ved §4-4-vedtak.

### Plan for avslutning av skjerming:

(Hva som skal til for at skjermingstiltaket kan avsluttes, bør tydeliggjøres så snart som mulig.)

# Hvordan planene utarbeides med pasienter

- Vanligste fremgangsmåte er en ustrukturert innfallsvinkel
  - Samtale med pasient som legges til rette for pasientens perspektiv på hva som er viktig/likes å gjøre/kan være gode tilnæringsmetoder
- En annen metode er mer strukturert, der planen presenteres for pasienten, og utarbeides punktvis og etter mal
- En tredje metode er at miljøpersonell går sammen og lager en skjermingsplan basert på sine erfaringer med den enkelte pasienten, der pasienten enten er i for dårlig tilstand til å medvirke direkte – og dette kan virke forstyrrende eller uroe pasienten ytterligere.
- **Det viktigste er at pasienten involveres i planleggingen**
  - **Pasienten bør tilbys utskrift av skjermingsplanen, med mindre det er tungtveiende grunner til at det ikke bør gjøres.**

# Veien videre



# Gruppearbeid

# Wittario

- Gå sammen i en gruppe på 3-8
  - (1 er lagleder som bruker mobilen for å gi gruppens tilbakemelding/besvarelse)
- Last ned Wittario-appen og gå inn i spillet (QR-kode)
- Dere kan velge selv om dere vil sitte her, eller gå ut og diskutere spørsmålene som stilles et annet sted (f.eks. utendørs 😊)



Game-Code: 989224