

Tvangsfiksering i psykiatrien

- Patienters oplevelser

*Patienters forslag til
nedsættelse af antallet af
tvangsfikseringer
på Sct. Hans Hospital*

**Physical restraint in psychiatry – Patients' experiences
Patients' suggestions to physical restraint minimisation at Sct. Hans Hospital**

Forord

Denne afhandling beskriver en undersøgelse af nogle patienters forslag til, hvordan man kan nedsætte antallet af tvangsfikseringer på Sct. Hans Hospital. Afhandlingen afslutter min Master of Public Health uddannelse ved Københavns universitet august 2004.

Kan man få noget fornuftigt ud af at spørge psykotiske patienter ?

Ja det kan man, hvis man gør sig umage for at forstå deres særlige oplevelsesverden, og forstår at psykotiske patienter oftest kun er psykotiske i perioder, og i en del af deres oplevelsesfelt.

Denne undersøgelse har derfor kun kunnet gennemføres fordi patienterne har været villige til at lade mig interviewe dem, og har været villige til at dele deres oplevelser og forslag med mig. Dette vil jeg gerne takke dem for.

I forløbet med udarbejdelse af afhandlingen har mange mennesker deltaget.

Jeg vil starte med at sige tak til Hospitalsdirektionen for at give mig mulighed for at gennemføre uddannelsen, og at have en positiv indstilling til mit arbejde med afhandlingen. Til Afdelingsledelserne for at give mig tilladelse til at gennemføre interview på deres afsnit. Og ikke mindst til afdelingssygeplejerskerne på de lukkede afsnit, Jacob Johansen, Dorte Korsholm, Christian Lorentzen, Anette Damgaard, Bodil Svarre Sørensen og Birte Hæsum, der havde den primære kontakt, og som medvirkede aktivt i udvælgelsen af de interviewede patienter.

Der skal også lyde en tak til dem, der medvirkede i fokusgruppe interviewet, hvilket hjalp mig med at udvikle spørgeguiden.

Antropolog, ph.d., Charlotte Baarts, Arbejdsmiljøinstituttet var vejleder på afhandlingen. Din engagerende vejledning har været inspirerende og lærerig.

Lektor ph.d., Lone Schmidt, Afdeling for Social Medicin, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet var bivejleder på afhandlingen. Din viden om metoden var en god hjælp i en vanskelig periode.

Der skal lyde en særlig tak til Margit Asser, cand. cur. og MPA, sygeplejedirektør på Sct. Hans Hospital for at medvirke til at klarlægge min forforståelse gennem interview og sparring undervejs. Til Klinisk uddannelsesansvarlig oversygeplejerske Jane Pregaard for at hjælpe med fokusgruppe interviewet og ikke mindst for at give konstruktiv kritik i analysefasen og sparring undervejs.

Sidst, men ikke mindst, en stor tak til min familie, min kone Anne-Dorthe (der også hjalp med at udføre kontrol på transskriberingen) og min datter Charlotte, som under hele min uddannelse kærligt og loyal har stået ved min side.

Indholdsfortegnelse

FORORD	1
INDHOLDSFORTEGNELSE	2
1 INTRODUKTION	3
1.1 BAGGRUND	3
1.2 PROBLEMFOMULERING	6
1.3 FORFORSTÅELSE	6
1.3.1 <i>Egne erfaringer</i>	7
1.3.2 <i>Hypoteser</i>	7
1.3.3 <i>Forståelsessmæssigt udgangspunkt</i>	7
2 MATERIALE OG METODER	8
2.1 MATERIALE	8
2.1.1 <i>Patienterne</i>	8
2.1.2 <i>Udvælgelse</i>	9
2.2 METODE.....	10
2.2.1 <i>Forskningsdesign</i>	10
2.2.2 <i>Interviewmetode – Det kvalitative forskningsinterview</i>	10
2.2.3 <i>Transskribering</i>	12
2.2.4 <i>Analysemetode – Grounded Theory</i>	12
2.2.5 <i>Elektronisk databearbejdning</i>	15
3 GODKENDELSE OG ETIK	15
3.1 GODKENDELSE.....	15
3.2 ETIK.....	15
4 ANALYSE	15
4.1 ÅBEN KODNING	16
4.2 AKSIAL KODNING.....	17
4.2.1 <i>Årsager</i>	18
4.2.2 <i>Følelser</i>	22
4.2.3 <i>Handlinger</i>	25
4.2.4 <i>Rammefaktorer</i>	28
4.2.5 <i>Læring</i>	31
4.3 SELEKTIV KODNING	32
4.3.1 <i>Kernekategorien – Læring</i>	32
4.3.2 <i>Den analytiske historie</i>	35
5 DISKUSSION	39
5.1 LÆRINGSTILTAG	40
5.2 ÅRSAGS- VIRKNINGSSAMMENHÆNG MELLEM KATEGORIERNE.....	42
5.3 DEN CYKLISKE PROCESMODEL FOR INTERVENTIONSANALYSE AF TVANGSFIKSERINGER	42
5.4 HYPOTESER.....	43
5.5 MATERIALE OG METODER	44
5.5.1 <i>Intern validitet</i>	44
5.5.2 <i>Ekstern validitet</i>	46
5.5.3 <i>Refleksivitet</i>	46
5.5.4 <i>Triangulering</i>	47
5.5.5 <i>Etik</i>	47
6 KONKLUSION	48
7 PERSPEKTIVERING	50
7.1 KONSEKVENSER FOR PRAKSIS	50
7.2 KONSEKVENSER FOR FORSKNINGS- OG UDVIKLINGSARBEJDE	50
8 RESUMÉ	51
9 ABSTRACT	52
10 LITTERATUR	53
11 BILAGSOVERSIGT	58
12 TABEL- OG FIGUROVERSIGT	69

1 Introduktion

Dette studie handler om tvangsfiksering af psykiatriske patienter indlagt på Sct. Hans Hospital (SHH). SHH er et psykiatrisk hospital, der varetager specialfunktioner i psykiatrien i Hovedstadens Sygehusfællesskab. SHH plejer og behandler retspsykiatriske patienter, psykotiske patienter med misbrug, patienter til genoptræning efter hjerneskade og patienter til intensiv rehabilitering.

De fleste patienter der er indlagt på SHH har diagnosen skizofreni. Skizofreni anses for den alvorligste af de psykiatriske lidelser og har udtalte følger for den syge, såvel som for pårørende og samfundet (**Fejl! Ukendt argument for parameter.. s. 6**).

Tvangsfiksering af de psykiatriske patienter anvendes, i henhold til lovgivningen, i det omfang det er nødvendigt for at afværge, at en patient udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare, forfølger eller groft forulemper medpatienter, eller øver hærværk. Beslutningen om at tvangsfiksere tages af lægen (på nær i meget akutte tilfælde, hvor beslutningen tages af plejepersonalet) (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**).

Tvangsfikseringssituationen indebærer, at blive holdt fast af plejepersonalet (sygeplejersker, plejere og social- og sundhedsassistenter) og ført til stuen, hvor patienten bliver lagt på en seng, spændt fast med et bælte om maven og nogle gange også med remme på hænder og/eller fødder. Under tvangsfikseringen er der plejepersonale (fast vagt), der observerer patienten hele tiden. Ofte bliver der givet beroligende medicin mod patientens vilje.

Tvangsfiksering skal her forstås som bæltefiksering med hårdt bælte. Beskrivelsen hårdt bælte hentyder til, at bæltet er udført i læder, modsat et blødt bælte der er udført af stof. Blødt bælte anvendes, i henhold til lovgivningen, til beskyttelsesfiksering, oftest af ældre konfuse patienter for at undgå at de falder og skader sig selv. Det skal dog bemærkes, at læderbælterne er ved at blive udskiftet med bælte af nylon beklædt med stof, der er mere behagelige at være tvangsfikseret med.

1.1 Baggrund

Tvangsfiksering er et voldsomt indgreb i den enkelte patients bevægelsesfrihed, men er tvangsfiksering af psykiatriske patienter også et overgreb i forhold til patienternes autonomi og basale menneske rettigheder?

I *The European Convention of Human Rights* beskrives i artikel 3 at:

"No one shall be subjected to torture or to inhuman and degrading treatment or punishment (Fejl! Ukendt argument for parameter.)".

Så umiddelbart kan tvangsfiksering vurderes som et overgreb (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**), men hensynet til patienternes eget liv og andre menneskers liv og rettigheder (medpatienter, pårørende og personale) vægter umiddelbart højere, i den enkelte situation.

Vi står her med et dilemma det indtil nu, ikke har været muligt at løse.

Men alle kan vel være enige om at der skal gøres, hvad det er muligt for at nedsætte, og gerne helt fjerne tvangsfiksering af psykiatriske patienter, hvis bare det kan ske under betryggende forhold for andre mennesker.

Tvangsfiksering er et folkesundheds problem

Tvangsfiksering af psykiatriske patienter er et væsentligt folkesundhedsproblem, fordi omkring 7,9 % af alle indlagte psykiatriske patienter i år 2002 blev underlagt tvangsfiksering, hvilket svarer til knapt 2000 personer på landsplan (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**).

I samfundet har udviklingen de sidste årtier gået i retning af øget individualisme, autonomi og personlig frihed. I psykiatrien afspejler dette sig blandt andet i ændringer i psykiatri lovgivningen i 1989 (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**), hvor intentionen var at nedsætte antallet af tvangsfikseringer, dette skete dog ikke.

Som mulige forklaringer fandt Poulsen (**Fejl! Ukendt argument for parameter.,Fejl! Ukendt argument for parameter.**) og Raben (**Fejl! Ukendt argument for parameter.,Fejl! Ukendt argument for parameter.**) at reduktion i fremmødt personale, højere belægningsprocent (tidvis overbelægning), at patienterne fordi man fikserede senere i sygdomsforløbet, blev dårligere inden

sufficient behandling blev iværksat, fysiske forhold eller behandlingsideologi er faktorer der muligvis kan have indflydelse på antallet af tvangsfikseringer.

Owen (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**) beskriver modsat, at for meget personale kan have negativ indflydelse. Han beskriver også, at jo flere yngre der er til stede blandt personalet, jo flere tvangsfikseringer sker der. Ligesom for mange afløserer medfører en øget risiko for tvangsfikseringer.

Lee (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**) beskriver, at undervisning i kontrol- og fastholdelsesteknikker virker positivt. Grassi (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**) finder, at halvdelen af de voldelige episoder skete mens der var overbelægning i afdelingen.

Cannon (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**) finder, at benzodiazepiner (beroligende medicin) og antipsykotika (medicin mod psykosener) virker mod aggressioner, som kan medføre tvangsfikseringer.

Forholdene på SHH

På SHH har ressourcerne til de lukkede afsnit, været nogenlunde uændrede de sidste år. Personalets kompetencer er forsøgt højnet gennem bedre tilrettelagt undervisning og struktureret kompetenceudvikling. De fysiske rammer er blevet bedre (herunder flere enestuer), alderssammensætningen (erfaringen) blandt personalet er ikke ændret væsentligt, der er ikke mere overbelægning end tidligere, og den medicinske behandling er blevet mere effektiv. Dette er nogle af de faktorer, der er beskrevet i litteraturen, som kan have indflydelse på antallet af tvangsfikseringer af psykiatriske patienter.

Alligevel er der fortsat mange tvangsfikseringer

På trods af de ovenfor nævnte tiltag er der fortsat mange psykiatriske patienter på SHH der bliver tvangsfikserede. De officielle opgørelser beskriver, at antallet af tvangsfikseringer fra 2001 (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**) til 2002 (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**) stiger fra 86 personer der har været bæltefikseret 297 gange, til 92 personer der har været bæltefikseret 426 gange. Dette er en ganske betydelig stigning. Det skal dog her nævnes, at SHH har øget antallet af lukkede sengepladser i dette tidsrum, så et mere realistisk tal er nok at se på Hovedstadens Sygehusfællesskab samlet. Her er de sammenlignelige tal 484 personer der har været bæltefikseret 1327 gange, til i 2002, 485 personer der har været bæltefikseret 1449 gange. Dette er fortsat en lille stigning. På landsplan er antallet nogenlunde ens for de to år. På SHH viser interne opgørelser, at der sker et betydeligt fald fra 2002 til 2003 med næsten 100 tvangsfikseringer. De interne opgørelser, de sidste 10 år, viser dog store udsving i antallet af tvangsfikseringer fra år til år. Dette skyldes blandt andet, at det er ganske få patienter der fikseres meget. Bjorkly (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**) finder at 20 % af de indlagte stod for 80 % af de aggressive situationer. Da der er tale om ganske få patienter betyder det selvfølgelig, at det kan give ganske store udsving fra år til år.

Hvorfor er der fortsat så mange tvangsfikseringer

Det er uklart om andre forhold er vigtigere for at nedsætte antallet af tvangsfikseringer, eksempelvis besværligheder med rekruttering og fastholdelse af kvalificeret personale, øget arbejdspress i form af flere indlæggelser, flere administrative opgaver eller personalets kommunikative eller holdningsmæssige tilgang til patienterne.

Marangos-Frost (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**) finder, at beslutningen om, at bæltefikserer er ganske vanskelig, og at der opstår et beslutningsdilemma hos sygeplejersken, dette dilemma handler om muligheden for overhængende fare, den ”konfliktende sygeplejerske” (konflikten i valget mellem at beskytte personalet og patienten overfor muligheden for at skade patienten), vilkårene hvorunder den fysiske magtanvendelse foregår og manglende fund af alternative plejeforslag. Olofsson (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**) beskriver dilemmaet som, sygeplejerskernes problem med at ville patienterne det godt, hvilket er vanskeligt når de tvangsfikserer (fordi de reelt oplever tvangsfiksering som inhumant), det medfører, at det ikke er muligt for dem, at skabe overblik over situationen og finde alternative måder at takle situationen på.

Bjorkly (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**) finder, at situationer med grænsesætning og kommunikationsproblemer var baggrunden for 90 % af fikseringerne.

Disse tre fund viser, at der måske er andre forhold der er vigtigere.

Hvad sker der aktuelt

I år 2000 tog regeringen initiativ til en høring om psykiatriske patienters vilkår (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**). Det vigtigste resultat herfra var patienternes og de pårørendes oplevelse af manglende brugerinddragelse.

Der er i lyset af ovenstående lagt op til fra regeringens side, at loven skal ændres igen i år 2005-6. I det forberedende arbejde, er der iværksat forskellige forskningsprojekter for at klarlægge problemstillinger der bør inddrages i det forberedende lovgivningsarbejde, hvor patienter og pårørende deltager. Der er dog indtil videre ikke iværksat studier, der som nærværende afhandling, beskæftiger sig med patienternes oplevelser og forslag til, hvordan man nedsætter antallet af tvangsfikseringer.

Hvad ved man aktuelt om, hvad der kan gøres for at nedsætte antallet af tvangsfikseringer

Under min gennemgangen af den videnskabelige litteratur, viste der sig forskellige problemer, blandt andet fordi man i en del af de oprindeligt engelsktalende lande ikke anvender tvangsfiksering med bælte, men i stedet anvender "seclusion", det vil sige et isolations rum, hvor patienten lukkes inde og "physical restraint", det vil sige at patienten fastholdes af personalet, i stedet for at blive tvangsfikseret med hårdt bælte.

Problemstillingerne ved isolation og fysisk fastholdelse er ikke helt de samme som ved tvangsfiksering, blandt andet er et af problemerne ved isolation patienternes angst for ensomheden, som det også ses ved indsatte i de danske fængsler, der er isoleret. Hvor der ved tvangsfikseringen i Danmark er lovgivet om, at der altid skal være et personalemedlem tilstede under denne, hvorfor dette problem ikke opstår.

Derudover er en ganske stor del af studierne udført i plejehjemslignende afdelinger, hvor der bliver anvendt blødt bælte.

Her er omstændighederne meget anderledes end ved tvangsfiksering med hårdt bælte af psykiatriske patienter, fordi det her kun handler om beskyttelse af patienten selv (mod fald og lignende) og ikke beskyttelse af andre mennesker.

Der er enighed blandt forskere og klinikere om, at der er mange faktorer, der har indflydelse på løsningen af problemet, dette er også baggrunden for, at der kun er udført ganske få kvantitative studier med stærk kausalitet. Wing (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**) og Sailas (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**) finder, i deres review ingen kontrollerede forsøg, der beskriver miljøinterventioner. Men kvantitative studier er heller ikke det bedste design, når der er tale om meget komplicerede problemstillinger, der involverer menneskers handlinger, holdninger og følelser. Poulsen (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**) beskriver, at det ikke er muligt at designe en epidemiologisk undersøgelse, der kan vise sammenhæng mellem overbelægning og tvangsfiksering, der vil blandt andet være en lang række mulige confoundere, som det vil være svært at korrigere for.

Et rigtigt godt udgangspunkt for at finde ud af, hvad der tidligere er udført af videnskabelige studier, er et review udarbejdet af Fay L. Bower, Cynthia S. McCullough og Mae E. Timmons med titlen: "A Synthesis of What We Know About the Use of Physical Restraint and Seclusion with Patients in Psychiatric and Acute Care Settings: 2003" (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**). Dette review har den styrke, at det indeholder en vurdering af både kvantitativ- og kvalitativ forskning, ligesom det er meget grundigt. De har gennemgået 223 studier. Desværre er deres konklusion som følger:

*"Den smule vi ved om brug af fiksering (fastholdelse)/isolation indenfor denne population er inkonsistent. Patienters, familiers og personalets holdninger og oplevelser varierer. Dog havde alle patienter en negativ følelse, både i forhold til det at blive fikseret og det at være isoleret. Hvad der tilskynder til brug af fiksering/isolation varierer også, men professionelle mener at det er nødvendigt, for at forebygge voldelig adfærd. Nogle mener fiksering/isolation er effektivt, men der er ingen empirisk evidens der støtter denne antagelse. Mange ikke så restriktive alternativer er afprøvet, med varierende resultat. Flere undervisningsprogrammer hvor personalet lærer forskellige måder at håndtere voldelig/konfuse patienter, har været succesfulde (egen oversættelse, **Fejl! Ukendt argument for parameter.**)".*

Det viser sig dog, at selvom de gennemgår kvalitative studier er deres forslag til den videre forskning og udvikling, at der skal udføres flere prospektive, kontrollerede studier. Problemet generelt med review er, hvilket også er tilfældet her, at man ikke er enige om, hvordan kvalitative studiers kvalitet skal vurderes.

Dette betyder, at det er vanskeligt at samle resultaterne fra de kvalitative studier og udsige noget alment om disse.

Alligevel er reviewet det mest kvalificerede på området, fordi det grundigt gennemgår de kvalitative studier.

Patienternes oplevelser og forslag til nedsættelse af antallet af tvangsfikseringer

Under gennemgangen af litteraturen omhandlende, hvad patienternes oplevelser og forslag er til nedsættelse af antallet af tvangsfikseringer, beskrives om patienternes oplevelser ved fiksering/isolation: Generelt var oplevelsen negativ, de følte sig, vrede, hjælpeløse, fangede, kede af det, frygtsomme, ubehageligt til mode, magtesløse, og at deres privatliv blev krænket. De oplevede sygeplejerskerne straffede dem, og at de følte sig magtfulde.

Under fikseringen/isolationen, klagede patienterne over: Det rimelige i at være fikserede, kvaliteten af den pleje de modtog, manglende kommunikation, og længden de var underlagt restriktionen.

Begrundelserne for tvangsfikseringen/isolationen: Patienterne oplevede, at uenighed og vrede var den primære grund.

Om patienternes forslag til at nedsætte antallet af tvangsfikseringer:

De beskriver ingen forslag fra patienterne, men en del forslag der involvere patienterne:

- Timeout, en adfærdsmodificerende metode.
- Terapeutisk fastholdelse.
- Fjerne patienten fra stimuli (Removal from stimuli – RFS).
- Oppegående fiksering (kaldet forebyggende aggressions anordning).
- Kontakt-persons-system, med tre kontakt niveauer, specifik observation (en til en), tæt observation (hvor en benævnt person hele tiden viste, hvad patienten foretog sig) og generel observation (hvor personalet generelt vidste, hvad patienten foretog sig).
- Musikterapi.
- Multifacetterede interventioner, hvilket var dem der gav det mest positive resultat.

Derudover beskriver de at undervisning af personalet i: lovgivning og procedurer, holdningsterapi, forståelse af patientadfærd, den voldelige adfærds natur, forskellige måder at håndtere aggressive patienter, målings/vurderings strategier og fysiske holde- og afværge greb.

De beskriver fysiske forhold i miljøet, der kan have betydning for antallet af tvangsfikseringer. Ligesom indførelse af post-audit har en positiv virkning.

Der er som overfor beskrevet kun nogle ganske få studier, der handler om patienternes oplevelser i forbindelse med tvangsfiksering, som den anvendes i Danmark. Men nogle af de oplevelser, handlinger og følelser der findes i forbindelse med begrebet isolation er de samme som ved tvangsfiksering, blandt andet årsagerne, begrundelserne, beslutningerne og de medfølgende følelser når isolationen iværksættes. Jeg har ikke kunnet finde studier hvor patienternes forslag til, hvordan man kunne nedsætte, eller fjerne antallet af tvangsfikseringer er i fokus.

1.2 Problemformulering

Derfor ønsker jeg gennem analyse af kvalitative interview, at undersøge:

Hvilke forandringstiltag kan medvirke til at nedsætte eller eliminere anvendelsen af tvangsfiksering, herunder begrænse de negative oplevelser i forbindelse med tvangsfikseringen ?

Jeg ønsker at undersøge dette, fordi det er vigtigt, inden revisionen af lovgivningen på området, at kende mere til patienternes forslag, så disse kan få en større plads i fremtidens psykiatrilovgivning. Ligesom resultaterne kan kvalificere den fortløbende diskussion af, hvordan vi kan nedsætte antallet af tvangsfikseringer på SHH.

1.3 Forforståelse

Forforståelsen er den ”rygsæk” jeg bragte med ind i forskningsprojektet, før projektet startede. Malterud (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**) beskriver, at forforståelsen består af erfaringer, hypoteser, fagligt perspektiv og af den teoretiske referenceramme. I det følgende, skal jeg gøre rede for mine erfaringer indeholdende et fagligt perspektiv og hypoteser, men ikke min teoretiske referenceramme. I stedet beskrives mit forståelsesmæssige udgangspunkt, der også indeholder teori, men er tættere knyttet til den konkrete analyse. Det betyder at jeg ikke analyserer patientinterviewene med de beskrevne teorier (som i et fænomenologisk studie), men for at beskrive en forståelsesramme, jeg kunne se mig selv i.

Forforståelsen klarlagde jeg ved at lade Margit Asser, cand. cur. og MPA, sygeplejedirektør på SHH interviewe mig. Nogle af de begreber og spørgsmål der blev klarlagt var:

Overgreb: Jeg opfatter tvangsfiksering som et overgreb mod patienterne, men et nødvendigt overgreb og en måde at agere på, for at beskytte patienterne selv og andre mennesker.

Hvorfor patienterne i fokus?: Jeg mener, vi kan lære af at inddrage patienternes meninger og erfaringer i pleje- og behandlingsforløbet, fordi patienterne er eksperter i tolkningen af deres egen livssituation.

Magt i relationen: Jeg mener, at der altid er magt tilstede i relationen ikke nødvendigvis som et undertrykkende forhold, men noget det er vigtigt at tage med i analysen af den enkelte situation.

Et eksempel kunne omhandle vidensmagten (det at en person ved mere og derfor får magten over en anden). Pleje- og behandlingspersonalet har generel viden om forhold som: Sygdom, medicinering, handlemønstre og andet. Dette kunne medføre at patienten blev den undertrykte. På den anden side har patienten viden, om hans egen livssituation, handlemønstre, mestringsstrategier og andet. Derfor er kunsten at bruge magten (viden) produktivt så begge parter i samarbejde anvender deres viden til at opnå de bedste resultater for patienten.

Kan alle tvangsfikseringer undgås?: Jeg tror, at næsten alle tvangsfikseringer kan undgås ved, at personalet bliver bedre til konflikthåndtering, tolkning og vurdering af sygdom og adfærd, samt integrere patienternes erfaringer i plejen og behandlingen. Der vil være nogle få tvangsfikseringer dette ikke virker mod, i stedet kunne man anvende isolation, hvilket jeg tror er mindre indgribende. Udfra min egen helt subjektive forestilling af, hvordan det ville være henholdsvis at blive spændt fast, eller være isoleret. Til sidst vil der være ganske få selvmutilerende patienter tilbage, hvor fastholdelse af dages varighed, ikke vil være en løsning der hverken etisk eller praktisk er i orden, hvorfor de må tvangsfikseres.

1.3.1 Egne erfaringer

Min erfaring som sundhedspersonale med undersøgelsesfeltet er, at jeg har arbejdet som sygeplejerske i psykiatrien de sidste 20 år (de sidste 18 år på SHH). En del år på lukkede afsnit, hvor jeg har været involveret i mere end 100 tvangsfikseringer. Dette har medført, at jeg har et indgående kendskab til terminologien, hvad der sker, og hvilke følelser der er i spil i situationen blandt patienter (det de har fortalt mig) og personale (mine egne og det jeg er blevet fortalt). På nuværende tidspunkt arbejder jeg administrativt, hvilket betyder, at jeg ikke har noget direkte arbejdsmæssigt forhold til de deltagende patienter.

1.3.2 Hypoteser

Mine hypoteser er dels udviklet gennem de sidste år af mit virke som sygeplejerske og de er en del af begrundelsen for at udføre denne undersøgelse. Hypoteserne blev tydeligere gennem interviewet omhandlende min forforståelse.

- Jeg tror, det er muligt at nedsætte antallet af tvangsfikseringer på SHH til nogle ganske få tvangsfikseringer årligt, ved at intervenere på mange ”fronter” samtidigt (højne sikkerheden for personalet, højne vidensniveauet hos personalet og patienterne, samt holdningsbearbejdning).
- Jeg tror, det vil være mindre indgribende overfor den enkelte patient at anvende andre metoder end tvangsfiksering til at klare udad reagerende patienter, her tænker jeg især på isolationsrum.
- Jeg tror, det er muligt for personalet at agere i situationen med mere respekt og autonomi, ved at inddrage patienternes meninger og erfaringer i tvangsfikseringsforløbet. Dette på trods af de næsten totalt paternalistiske handlinger personalet skal udføre når de følger lovgivningen.

Respekt er nok ikke uden grund, et af nøgle begreberne i debatten, om et fælles værdigrundlag for psykiatrien i Danmark. Hvilket fortæller, at patienter og pårørende ikke oplever respekt nok i mødet med det psykiatriske pleje- og behandlingssystem.

1.3.3 Forståelsesmæssigt udgangspunkt

Jeg valgte, som nævnt indledningsvist, at beskrive mit forståelsesmæssige udgangspunkt, dette beskrev en del af min forforståelse, som grundlag for de indledende tolkninger i analysen.

Retten til at dømme, eller bedømme, bliver ofte frataget psykiatriske patienter fordi de er psykotiske. Det at være psykotisk, beskrives som tab af evnen til at kunne vurdere virkelighedspræget af sine oplevelser, følelser og forestillinger (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**, s. 21-22) og derfor kunne deres meninger, eller vurderinger hurtigt blive beskrevet som ikke fornuftige, eller ikke virkelighedsnære. Dette er selvfølgelig korrekt i nogle situationer, men jo langt fra i alle.

Gardamer, var en af tysklands mest fremtrædende filosoffer. Han udviklede en grundlæggende kritik af den moderne teoretiserende erkendelsesindstilling (32. s. 555). Han beskriver fornuften på følgende måde:

*”Fornuft består altid i, ikke blindt at fastholde det, der anses for sandt, men at forholde sig kritisk til det. Fornuftens gerning er stadigvæk oplysningens, men ikke som ny, absolut rationalitetsdogmatik, der ved alting bedre – fornuft er også at kunne gå ud over sig selv og sin egen betingethed i bestandig selvoplysning (**Fejl! Ukendt argument for parameter.** kap. 3)”*

Dette understøttede min forestilling, om at fornuften ikke var et statisk begreb, men foranderligt og hele tiden i spil i dialogen/vurderingen af, hvad der var sandt.

Det, at være psykotisk ville ofte kun give sig udtryk i specifikke situationer, eller dele af patientens oplevelsesfelt.

Derfor, blev patienternes udsagn analyseret i forhold til fornuften i de enkelte situationer eller udsagn, så det blev muligt at vurdere præcist, hvornår deres udsagn skulle inddrages i den videre analyse eller forkastes som værende ufornuftige/psykotiske og ikke virkelighedsnære.

Fordi de psykotiske udsagn patienterne kom med, ikke kun skulle vurderes umiddelbart i forhold til fornuften men, også vurderes efter at dele af de psykotiske udsagn kunne være sande, valgte jeg at inddrage Foucaults beskrivelser af den sindssyges verden.

Foucault (32. s. 326-8) var fransk filosof men også uddannet indenfor psykologien, han forsøgte at demonstrere det frugtbare i konkrete udforskninger af afgrænsede empiriske felter. Et af de felter han beskæftigede sig med var psykiatrien, hvor han blandt andet beskriver det, at være sindssyg.

Han beskriver nogle af de sindssyges (herunder skizofrenes) verden som:

*”De sygelige elementer udskiller sig fra deres normale kontekst, lukker sig om sig selv og kommer til at udgøre en autonom verden. En verden, der for den syge har mange tegn på objektivitet; den er sat i gang og hjemsoget af ydre kræfter, hvis hemmelighedsfulde karakter umuliggør enhver nøjere udforskning; den påtager sig evidensens karakter, og den er uimodtagelig for argumentation. De hallucinationer, der udfylder denne verden, giver den virkelighedens sanselige righoldighed; dette vanvid, der forener dens elementer, sikrer den en næsten rationel sammenhæng. Men sygdomsbevidstheden udviskes ikke i denne kvasi-objektivitet; den forbliver tilstede, i det mindste rent marginalt; denne verden af hallucinatoriske elementer og af forskellige former for organiseret vanvid fjører sig blot til den virkelige verden (**Fejl! Ukendt argument for parameter.** kap.4)”*

Foucault beskriver videre, om de yderste former for sindssygdom. Mange af disse beskrivelser giver et billede af, hvordan verden måske opfattes af den sindssyge person. Han argumenterer senere for sine beskrivelser, blandt andet med en historie om en skizofren patient, der blev rask. Dette er ikke sket i Danmark, men det kan have noget at gøre med, hvordan vi diagnosticerer det, at være skizofren. At nogle psykotiske personer kan blive apsykotiske, er der ingen tvivl om. Det skal bemærkes at dette syn

på de sindssyges oplevelsesverden, ikke skulle anvendes til at sortere psykotiske udsagn fra, men til at sætte disse i en forståelig sammenhæng med fænomenet, jeg undersøgte.

2 Materiale og metoder

2.1 Materiale

2.1.1 Patienterne

Patienterne der blev interviewet var indlagt på lukkede afsnit på SHH. Interviewene blev gennemført i andet kvartal 2004.

Deres alder var mellem 20 og 50 år, og de havde alle diagnosen skizofreni.

Det, at have sygdommen skizofreni betyder at patienterne ofte lider af: Tankeforstyrrelser (hallucinationer, vrangforestillinger og kognitive forstyrrelser), autisme og emotionelle forstyrrelser, der giver sig udtryk i, at patienterne er præget af: Træghed, sløvhed, affektafladninger, initiativløshed, passivitet, sprogfattigdom, kontaktføringelse, manglende fremdrift eller interesse, tom eller formålsløs adfærd, indsynken i sig selv og social tilbagetrækning eller ensomhedssøgende (**Fejl! Ukendt argument for parameter..** s. 8-10).

De emotionelle forstyrrelser i form af affektafladninger og den sociale tilbagetrækning som medfører sociale konflikter, når patienterne er tvunget til at være lukket inde blandt mange mennesker, medfører at de skizofrene patienter er den patientgruppe der fikseres langt hyppigst (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**).

Patienterne blev interviewet højst 14 dage efter tvangsfikseringen, for at situationen kunne stå så klart i deres erindring som muligt.

Fordi jeg arbejdede på SHH betød det, at jeg havde forholdsvis let adgang til at lave aftaler, ligesom der var en tidsmæssig fordel i forbindelse med udførelse af interviewene, idet jeg ikke skulle bruge tid på transport.

Tabel 1. Karakteristika af de interviewede patienter

Karakteristika	Fordeling blandt de interviewede patienter
Alder	Fra 20 til 50 år.
Køn	8 mænd og 2 kvinder.
Ægteskabelig status	9 ugift, 1 skilt.
Etnicitet	2 iranere og 8 danskere.
Uddannelses niveau	7. til 10. klasse, flere havde startet på mere uddannelse, men ikke gennemført disse.
Diagnose	Alle havde diagnosen skizofreni (en mente det startede som en manio/depressiv lidelse, en mente ikke selv at fejle noget).
Sygdomsdebut	Som 14 til 16 årige.
Antal tidligere indlæggelser	Fra 5 til 57 gange.
Antal tidligere tvangsfikseringer	Fra 1 til ca. 60 gange.
Tvangsfikseringen – tid på døgnet	4 om formiddagen, 4 om eftermiddagen, 2 om aftenen.
Tvangsfikseringen – varighed	Fra 1,5 time til 21 døgn (kun to over et døgn, de fleste et par timer)
Interviewet – tid efter tvangsfikseringen	Fra 5 til 14 dage efter (geninterview 60 og 62 dage efter).

2.1.2 Udvalgelse

Afdelingssygeplejerskerne på de lukkede afsnit gav mig besked når de havde haft patienter, der havde været tvangsfikserede. Afdelingssygeplejerskerne udleverede patientinformationen, og spurgte om patienterne ville deltage i undersøgelsen. For de patienter der ikke ønskede at deltage gav de mig en begrundelse herfor.

De første 4 patienter blev valgt ud fra et strategisk valg med maksimal variation (**Fejl! Ukendt argument for parameter..** s. 142-6). I forhold til køn, alder og etnisk baggrund. Den videre udvælgelse af patienter foregik som beskrevet i Grounded Theory (GT), kaldet teoretisk udvælgelse (**Fejl! Ukendt argument for parameter..** s. 222-35, **Fejl! Ukendt argument for parameter.**).

Dette betød, at det videre valg blev styret af temaerne i interview guiden, og de analyserede data fra de første interview. De

næste patienter blev derfor valgt ud fra en forudsigelse af, hvilken type af personer der ville have den største mulighed for at bidrage til mætningen, eller udviklingen af de i analysen fundne kategorier. Det blev muliggjort ved at afdelingssygeplejerskerne deltog i udvælgelsen, efter mine anvisninger. Eksempelvis var nogle af de første patienter jeg interviewede meget sprogfattige, hvorfor jeg bad dem om at udvælge patienter med en større sproglig kompetence.

Den teoretiske udvælgelse sikrede, at jeg fik den størst mulige variation i informationerne om fænomenet tvangsfiksering, ud fra patienternes synsvinkel.

I alt var 10 interview tilstrækkeligt til at mætte de fundne kategorier, da der ikke fremkom væsentlige nye fænomener i de sidste par interview. Dette skyldes, på trods af kompleksiteten der omgiver fænomenet, at en del skizofrene patienter på grund af deres sygdom var ordfattige og forholdsvis konkret tænkende, hvilket medførte at kategorierne blev hurtigere dækket af udsagn.

Jeg opfordrede patienterne til at tage kontakt til mig, hvis de efter interviewet mente, at de havde mere at fortælle mig. Ligesom jeg forhørte mig, om jeg måtte kontakte dem igen, hvis det viste sig, at der var andet jeg havde brug for at få belyst. Alle gav mig deres tilladelse hertil. Det viste sig at være nødvendigt, fordi jeg kom til at mangle viden om fænomenet læring, der kunne belyses ved at tilføje spørgsmål om fænomenet i interviewguiden og geninterviewe to patienter.

2.2 Metode

2.2.1 Forskningsdesign

Studiets forskningsdesign var kvalitativt byggende på empiriske data.

Det kvalitative studiedesign var valgt, fordi forskningsspørgsmålet søgte svar på forhold, der handlede om menneskers livsverden gennem indsigt og fortolkning af menneskers motiver, handlinger, følelser, meninger og værdier (**Fejl! Ukendt argument for parameter..** s. 40-8).

2.2.2 Interviewmetode – Det kvalitative forskningsinterview

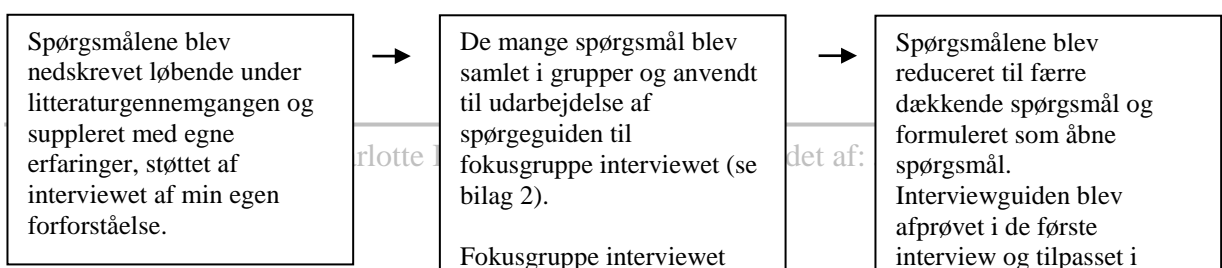
Som inspiration for både patientinterviewene og fokusgruppe interviewet anvendte jeg Kvaales (**Fejl! Ukendt argument for parameter..** s. 40-8) beskrivelser af det kvalitative forskningsinterview. Her handlede det om at indhente dele af de interviewedes livsverden, med henblik på at fortolke meningen med de fundne fænomener. Grundlæggende set, var det kvalitative forskningsinterview en samtale mellem interviewer og de interviewede. Den var temaorienteret, det vil sige at begge/alle talte om tvangsfiksering fordi det interesserede os. Derfor var deltagelsen også helt frivillig. I samtalen forsøgte jeg at indhente ufortolkede beskrivelser så præcist og nuanceret som muligt. Fordi jeg ønskede at nå frem til så mange forskellige beskrivelser af deres oplevelser med fænomenet tvangsfiksering, i stedet for fastlagte kategorier. Samtalen kunne ikke reproducere fordi spørgeguiden kun var udgangspunktet for samtalen. Og fordi jeg anvendte, gensvar teknikker og fulgte spørgsmål op med uddybende efter-spørgsmål. Igen for at få belyst fænomenet så bredt som muligt.

Det kvalitative forskningsinterview, tog udgangspunkt i semistrukturerede spørgsmål til de interviewede. Det vil sige at spørgsmålene, hverken var lukkede eller helt åbne/ustrukturerede. Disse spørgsmål blev skrevet i en spørgeguide, hvor de formulerede spørgsmål dannede udgangspunkt for interviewet.

Nogle af spørgsmålene i interviewene blev forholdsvis lukkede. Det skyldes at mange skizofrene patienter, på grund af deres sygdom, var konkret tænkende og sprogfattige, hvilket medførte, at de ikke kunne svare på spørgsmål der var for åbne. Interview guiden var derfor udformet med åbne spørgsmål, men med forslag i parenteser, der lukker spørgsmålene mere og mere afhængigt af, om patienterne kunne svare på dem (Se bilag 4).

Interview guiden udarbejdede jeg, ud fra mine egne erfaringer og efter litteratur gennemgang af kvalitative og kvantitative artikler (se bilag 1). Herefter gennemførte jeg et fokusgruppeinterview (**Fejl! Ukendt argument for parameter..** s. 1-20) med fagfolk. Guiden blev pilotafprøvet og justeret når der opstod spørgsmål der var uklare for de interviewede, for at sikre mig at patienterne forstod det samme ved spørgsmålene.

Figur 1: Diagram over udviklingen af interviewguide til patientinterviewene



Fokusgruppeinterview

Fokusgruppeinterviewet anvendte jeg, til at belyse fagpersonernes holdninger og meninger. Som en del af udviklingen af interviewguiden, hvilket betød at deltagerne fik indflydelse på studiets fokus og udfordrede min forforståelse.

På trods af, at studiets fokus var patienternes oplevelser valgte jeg, at inddrage fagpersoner i denne del af studiet fordi de tilsammen havde erfaringer fra mange flere tvangsfikseringen end jeg personligt havde, og derigennem kunne medvirke til at kvalificere udviklingen af spørgeguiden.

I fokusgruppen deltog: Sygeplejedirektøren, en ledende overlæge, en ledende oversygeplejerske, en kliniske oversygeplejerske og 3 afdelingssygeplejersker fra lukkede afsnit, alle ansatte på SHH.

Barbour og Kitzinger (**Fejl! Ukendt argument for parameter..** s. 1-20) beskriver, at et fokusgruppeinterview er en gruppediskussion der udforsker et bestemt sæt af spørgsmål eller fænomener. Hvor interviewer/facilitatoren aktivt observerer og inddrager gruppens dynamik. Det vil sige, at en deltagers udsagn for eksempel blev omformuleret til et spørgsmål der blev stillet til de andre deltagere. At interviewer forsøgte, at skabe en fri og åben diskussion, kun styret ganske lidt af fænomenet (her tvangsfiksering), der var i spil.

Fokusgruppediskussionen var ideel til at finde ud af menneskers erfaringer, meninger, ønsker og betæneligheder (livsverden).

Fordi det kvalitative forskningsinterview, her fokusgruppediskussionen, ikke kun handler om det enkelte udtrykker i ord, men også, hvordan det udtrykkes, stemninger og gestikulationer, valgte jeg at have en person med, hvis opgave det var at observere og nedskrive disse udtryk. Udtrykkende blev herefter inddraget i fortolkningen af interviewet.

Interviewet blev optaget på bånd. Jeg gennemhørte båndet nogle gange mens jeg nedskrev en indholdsanalyse, hvor jeg ledte efter områder/fænomener jeg endnu ikke havde berørt i interviewguiden til patienterne.

Anonymiteten blev opretholdt gennem en aftale om fortrolighed mellem deltageren i starten af interviewet.

Fokusgruppediskussionen, virkede som et spejl på min forforståelse, fordi deltagerne var fagpersoner som mig selv og derfor havde den samme tilgang til fænomenet. Diskussionen medvirkede til at nuancere og udbygge spørgsmålene i interviewguiden.

Patientinterview

Efter at afdelingssygeplejerskerne havde orienteret patienterne om muligheden for at deltage i interviewet, udleverede de patientinformationsmaterialet (se bilag 3). Hvis patienten ønskede at deltage aftalte de en tid, hvor interviewet kunne foregå, og kontaktede mig.

Interviewene foregik i besøgsrummet der var et "neutralt" sted, og som af de fleste patienter oplevedes som et trygt sted at opholde sig. To foregik, efter ønske fra patienterne, på deres værelser.

Efter at have præsenteret mig og gennemgået patientinformationen, sørgtet for skriftligt samtykke og at det blev optaget på bånd (se bilag 4), startede interviewet.

Det, jeg forsøgte at gøre i interviewene var, at overholde de kvalifikationskriterier Kvale (**Fejl! Ukendt argument for parameter..** s. 148-60) beskriver for interviewer: Viden om emnet, opretholde

strukturen, stille tydelige spørgsmål, venlig og imødekommende, aktivt lyttende, åben for nye aspekter, kritisk, efterprøve pålideligheden af svarene, huske svar og fastholde dem samt fortolke undervejs. Følelserne patienterne viste under interviewet uden at verbalisere dem, indtalte jeg efter hvert interview på båndet, og senere i transkriberingen blev disse indføjret i parenteser i forbindelse med de enkelte udsagn.

Varigheden af interviewene var mellem 20 og 60 minutter, det er tidligere beskrevet at selv svært psykotiske patienter vil kunne opretholde deres koncentration og svare relevant i dette tidsrum, forudsat at spørgsmålene ikke er for komplicerede (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**). Der var kun en patient der rejste sig 4 gange for at afbryde interviewet, men han var alligevel tryk nok i situationen til, at ombestemme sig og gennemføre det.

Jeg valgte individuelle interview, fordi de fleste patienter ville være mere eller mindre psykotiske med en kaotisk og ustruktureret tankegang til følge, så en til en kontakten øgede trykgheden og mindskede oplevelsen af kaos.

Kvale (**Fejl! Ukendt argument for parameter.** s. 148-60) beskriver, at et veludført interview bør være en positiv oplevelse, fordi den kan give den interviewede indsigt i nye dele af sin livssituation. De fleste af interviewene var en positiv oplevelse for patienterne, da flere af dem takkede mig, fordi de måtte deltage i interviewet, selvom det havde berørt store følelser i dem.

2.2.3 Transskribering

Efter at have hørt de bandede interview igennem tre gange, blev de transskriberet umiddelbart efter. Jeg valgte selv at transskribere, for at undgå tolkninger under transskriberingen (se bilag 5). Alle interviewene blev overført ordret og med vigtige gestikulationer og følelser beskrevet i parenteser. Hvis der var problemer med båndoptagelsernes kvalitet, havde jeg sikret mig at jeg kunne kontakte patienterne igen. Det blev ikke nødvendigt, da det var muligt at høre alt hvad patienterne sagde. Det eneste problem var en patient der to steder brugte neologismer (eget opfundet sprog), men dette var jeg opmærksom på under interviewet.

2.2.4 Analysemetode – Grounded Theory

Som analysemetode valgte jeg GT. Metoden var induktiv og teoriudviklende hvor jeg på basis af analyse af kvalitative empiriske data kunne udvikle teori om sociale fænomener, her tvangsfiksering (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**).

GT blev oprindeligt udviklet af to sociologer, Barney Glaser og Anselm Strauss op gennem tresserne. Jeg valgte, at tage udgangspunkt i Strauss og Corbin's beskrivelser af metoden (**Fejl! Ukendt argument for parameter., Fejl! Ukendt argument for parameter.**), fordi Strauss i sin videreudvikling af metoden, sammen med Corbin, bedre beskriver det kvalitativt analytiske arbejde. Jeg valgte at anvende Søren Holm's og Lone Smidt's forslag til en dansk standard nomenklatur af de tekniske termer i GT (**Fejl! Ukendt argument for parameter..** s. 222-35). Dog med den undtagelse, at jeg valgte at anvende Strauss' og Corbin's beskrivelser af underkategorier og kategorier i stedet for benævnelsen emnekategorier for begge.

GT har sit teoretiske fundament i den symbolske interaktionisme (**Fejl! Ukendt argument for parameter..** s. 195-7). Den symbolske interaktionisme er en retning indenfor den sociologiske tradition. Den er kendetegnet blandt andet ved at: Alle sociale handlinger foregår ved hjælp af fælles symboler, at mennesker handler meningsfuldt, at meningene kun forandres gennem social interaktion med andre, og at mennesker indtager en aktiv rolle når de agerer i problematiske situationer (**Fejl! Ukendt argument for parameter..** s. 195-7, **Fejl! Ukendt argument for parameter.**).

GT kan derfor benyttes når man vil studere fænomener omhandlende menneskers sociale interaktioner (samhandling).

Arbejdet med GT består af to processer, noteskrivning og kodning.

Noteskrivningen var der, hvor jeg nedskrev alle mulige analytiske indfald og forklaringer på valg af aktioner, relateret til forskningsprocessen. Formålet var at sikre, at jeg hele tiden var grounded, det vil sige, hele tiden fastholdt mit udgangspunkt i den empiriske virkelighed (**Fejl! Ukendt argument for parameter..** s. 222-35, **Fejl! Ukendt argument for parameter.**).

Kodningen bestod af tre faser: den åbne kodning, den aksiale kodning og den selektive kodning. De forløb ikke stringent i rækkefølge, jeg bevægede mig mellem de tre faser, frem og tilbage for hele tiden at validere min analyseproces og sammenligne med data, heraf navnet grounded. Kodeprocessen var der,

hvor dataene blev analyseret, konceptualiseret, kategoriseret og opbygget til en teori (**Fejl! Ukendt argument for parameter.. s. 222-35**).

I bilag 6 findes en uddybning af ord og begreber omhandlende de GT.

Åben kodning:

Den åbne kodning var en empirisk, analytisk proces, hvor begreber blev identificeret i data, underkategorier blev udviklet og defineret gennem deres egenskaber og dimensioner (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**).

Det betød, at jeg startede med at kode enkelte ord eller stykker af tekst fra interviewene. Dette gjorde jeg, for at undersøge dem grundigt og sammenligne for ligheder og forskelle, for senere at samle dem i mere abstrakte, forklarende sammenhænge, kaldet underkategorier, på tværs af interviewene.

For at komme i gang med kodningen, brugte jeg spørgeordene, hvem, hvornår, hvad, hvordan, og hvorfor i forhold til de enkelte tekststykker eller ord (mikrokodning). Koderne sammenlignede jeg konstant, med de data de sagde noget om, for at se, om de dækkede over samme begreb. Ligesom jeg foretog en sammenligning mellem koder der lignede hinanden, for at se, om de i virkeligheden var forskellige, kaldet konstant sammenligning.

Koderne satte jeg herefter sammen til mere komplekse overordnede underkategorier, der hver havde et sæt af beskrevne egenskaber og dimensioner. Disse blev også sammenlignet konstant (kaldet: teoretisk sammenligning), for derigennem at identificere variationer i disse, under forskellige forhold. Jeg benyttede også her spørgeord som, hvor, hvornår, og hvordan. Den teoretiske sammenligning krævede inddragelse af teori (her forstået som erfaring, dele med andre og litteratur) og adskilte sig derved fra den konstante sammenligning. Det var her sammenhængen med den teoretiske udvælgelse opstod, fordi det var her, det blev synligt, at jeg manglede svar på fænomener eller sammenhænge, der ikke fandtes i datamaterialet (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**).

Det var i denne del af analyseprocessen vigtigt, at jeg forsøgte at finde den rette balance mellem at være bevidst naiv, det vil sige, at jeg satte min forforståelse ud af kraft og tog informanternes udsagn for pålydende. Og på den anden side, viste at alle valg der blev taget på en eller anden måde ville være en konsekvens af min forforståelse, ikke mindst i den teoretiske sammenligning, men det, der var vigtigt var, at jeg forholdt mig til, at den viden jeg havde, ikke blev brugt som data, men at jeg i stedet var bevidst om, og fik nedskrevet, baggrunden for de enkelte valg i forbindelse med kodningerne.

Aksial kodning:

Den næste fase i analyseprocessen var den aksiale kodning. Aksial kodning var en proces, hvor jeg samlede underkategorierne der blev nedbrudt under den åbne kodning. Jeg sammenkædede underkategorier til kategorier i niveauet af deres egenskaber og dimensioner. Dette gjorde jeg, for at skabe mere præcis og komplet beskrivelse af fænomenerne.

Selvom den aksiale kodning var forskellig fra den åbne kodning i forhold til formål, var disse ikke fortløbende analytiske trin. Og de var ikke mere forskellige fra hinanden, end det at sætte navne på begreber, var en fuldgylidig del af analyseprocessen, i den åbne kodning.

I den aksiale kodning anvendte jeg spørgeordene på to måder: Til at finde svar på spørgsmålene, om baggrunden for fænomenet, for der i gennem at placere det i en struktur af betingelser, og til at finde svar på spørgsmålene, om den proces fænomenet eller kategorien var indlejret i.

Ideen var, at underkategoriernes struktur og proces blev relateret til hinanden, hvilket gav mig et helt billede af den kompleksitet, der omgav fænomenet eller kategorien.

Da sammenhængen eller relationerne mellem underkategorierne var svære umiddelbart at finde ud fra data, anvendte jeg et regime (paradigmmodellen) Strauss og Corbin har udviklet til at organisere arbejdet (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**).

Paradigmmodellen, er en analysemodel der hjælper med at samle og ordne data, på en måde, så struktur og proces integreres. Den er opbygget af syv komponenter: En beskrivelse af selve fænomenet, fænomenets kausale betingelser, konteksten hvori fænomenet er indlejret, fænomenets intervenserende omstændigheder, handlings-/interventionsstrategier som fænomenet udløser og konsekvenser i form af frembragte handlinger.

I denne fase opstillede jeg tabeller og diagrammer, hvor flere egenskaber og dimensioner kunne indeholdes og sammenlignes. Det var her hypoteserne begyndte at tage form, samtidigt med at jeg kontrollerede mine fund i data, episode for episode, på samme måde som ved den åbne kodning.

Sammenhængen med den teoretiske udvælgelse, var i denne fase, at kategorierne begyndte at blive mættede, det vil sige, at der i forbindelse med nye interview, ikke opstod ny viden, gennem kodningerne, hvorfor udvælgelsen af nye patienter til interview ophørte (**Fejl! Ukendt argument for parameter.. s. 222-35, Fejl! Ukendt argument for parameter.**).

Selektiv kodning:

Den sidste fase i analyseprocessen bestod i at integrerer de fundne kategorier og konstruere en overordnet kernekategori.

Kernekategorien var en af de fundne kategorier, der havde de analytiske kræfter, der skulle til for at konstruere en forklarende helhed.

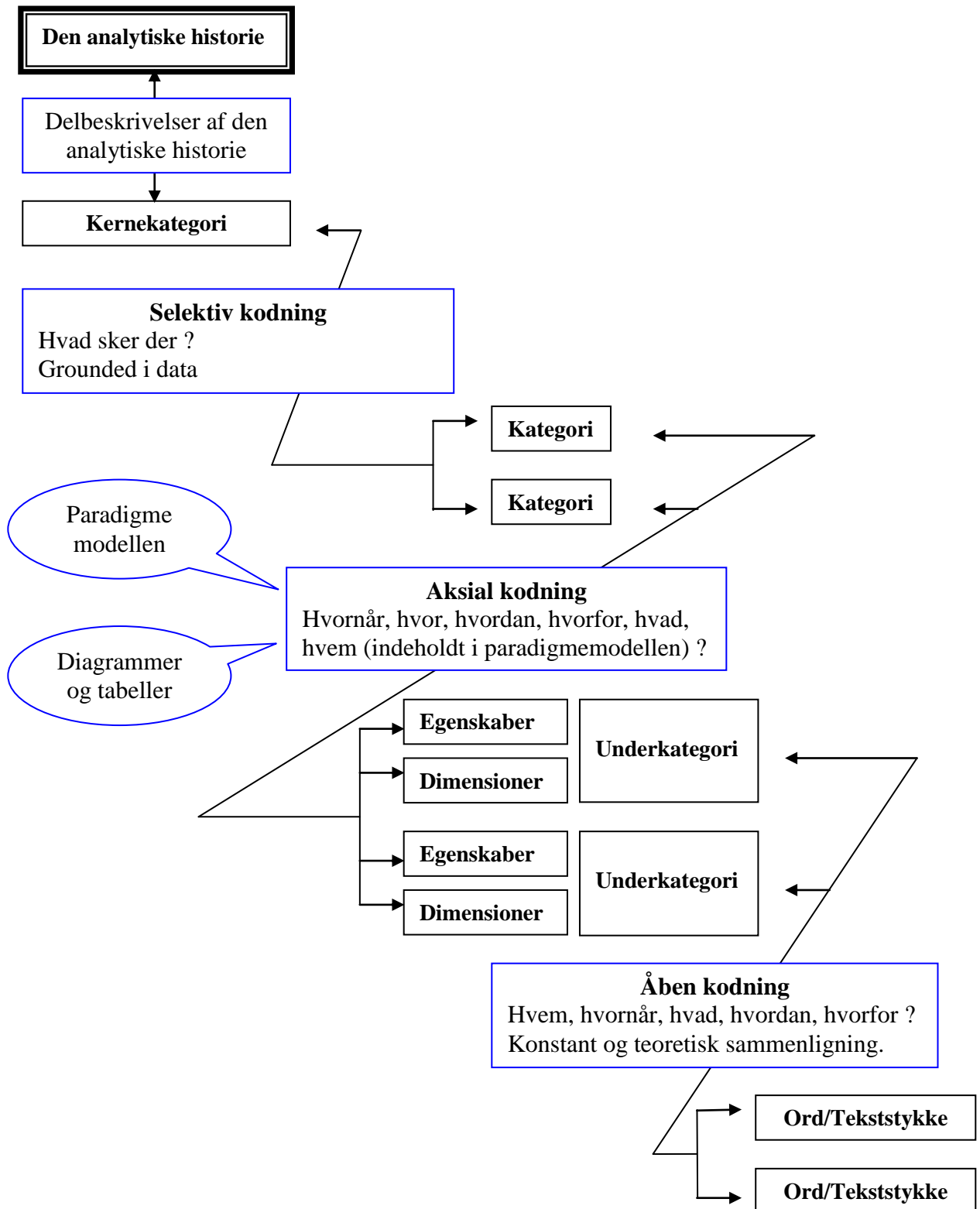
Strauss og Corbin har beskrevet et sæt af kriterier, når man skal udvælge kernekategorien: Den skal være central, ofte ses i data (grounded), forklaringen skal være logisk, betegnelsen skal være abstrakt og konceptet skal kunne forklare variation i fænomenet (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**).

Disse kategorier anvendte jeg til, at sikre mig, at det var en kernekategori jeg fandt.

Til sidst skrev jeg den analytiske historie, i narrativ form.

Den analytiske historie, ifølge Corbin og Strauss kaldet storyline, beskrev kernekategorien og redegjorde for de teoretiske sammenhænge i materialet, på denne måde gav det mig en forståelse af det grundlæggende fænomen, teorien blev bygget op om. Den var en fortælling med et naturligt og logisk udviklende forløb, samt den "røde tråd" i analysen, som styrede udviklingen af teorien, gennem analysens hovedfaser og dannede rammen for en række analytiske aktiviteter (kodningerne). Den analytiske historie hjalp til at skabe overblikket og til at flytte fokus fra beskrivelser af enkelt fænomener til forklarende sammenhænge i materialet (**Fejl! Ukendt argument for parameter.. s. 222-35, Fejl! Ukendt argument for parameter.**).

Figur 2: Diagram over den analytiske proces i GT*



* Diagrammet skal "læses" nedefra, begyndende med ord eller tekststykker, fordi der tages udgangspunkt i materialet og gennem analysen ender med den analytiske historie. Pilene i diagrammet (der går begge veje) skal illustrere at analyse-processen ikke kun forløber fremad, men ofte frem og tilbage mellem de enkelte analysetrin. Ligesom de illustrerer den konstante tilbagevenden til data.

2.2.5 Elektronisk databearbejdning

Til hjælp i analysen af de mange transskriberede sider (79 sider) anvendte jeg programmet NVivo 2.0 (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**). Programmet blev udviklet til anvendelse i forbindelse med GT, men kan anvendes til al kvalitativ forskning. Programmet var opbygget med tre forskellige typer koder (frie koder, trækoder og sagskoder), og kunne linke til noter både i programmet og udenfor programmet, udenfor kunne det også linke til dokumenter, regneark, web sider med mere.

De frie koder anvendte jeg i starten af analysen til at skabe de første lag af koder, dette blev gjort ”in vivo” eller jeg navngav dem selv. Trækoderne var hierarkisk opbygget og anvendtes til den senere analyse. Sagskoderne anvendte jeg ikke. Kodningerne kunne hele tiden flyttes, ændres eller sammenkædes med andre koder, enten hierarkisk eller på kryds og tværs. Der var grafiske værktøjer, så jeg kunne skabe modeller og jeg kunne generere rapporter, for eksempel over de tekststykker jeg havde kodet sammen med beskrivelserne af kodernes egenskaber og dimensioner. Disse blev udskrevet med henvisninger til, hvilke interview, linier og koder der aktuelt var tale om. Programmet havde også en simpel og en mere avanceret søgefunktion. Så det var muligt at søge efter svar på spørgsmål både i selve interviewene, i koderne og i noterne (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**).

3 Godkendelse og etik

3.1 Godkendelse

Der skulle i denne form for studie ikke ansøges det videnskabsetiske råd om tilladelse (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**).

Jeg kontaktede sundhedsfaglig konsulent og jurist Maj Lee Vigh den 6. januar 2004, Den Regionale Videnskabsetisk komité for Bornholms, Frederiksborg, Roskilde, Storstrøms og Vestsjællands amter, der støttede denne tolkning.

Vedrørende fortolkning af begrebet forsøgsbehandling i ”Bekendtgørelse af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**)” kontaktede jeg formanden for Dansk Psykiatrisk Selskab og lægelig direktør Søren Bredkjær den 7. januar 2004 og afdelingslæge ph.d. Henrik Day Poulsen den 8. januar 2004. Begge tolkede at projektet ikke kom ind under begrebet forsøgsbehandling, hvorfor det kunne gennemføres som planlagt med patienter der var underlagt tvangsforanstaltning.

SHH havde interne regler, der betød at projekter skulle forelægges direktionen på SHH, ligesom afdelingsledelserne og afdelingssygeplejerskerne for de involverede afsnit skulle give deres godkendelse. Deres samtykke blev indhentet både skriftligt og mundtligt. Herudover blev patienternes samtykke indhentet, såvel mundtligt som skriftligt.

3.2 Etik

At blive tvangsfikseret var en voldsom begivenhed i den enkelte patients liv, og derfor ville interviewene kunne ”røre” ved store følelser omhandlende afmagt, angst, stigmatisering, aggression og så videre. Dette betød at jeg som interviewer skulle besidde en parathed og viden om kommunikation med sårbare og psykotiske patienter. På grund af min lange erfaring med psykiatriske patienter i alle faser af deres livssituation ville jeg have mulighed for, at tolke, vurdere og tilpasse kommunikationen i interview situationen så det som følge af, at det var følsomme spørgsmål der blev stillet, alligevel blev en god oplevelse for patienterne.

Deltagelse i interviewene var frivillige, og deltagerne blev informeret mundtligt og skriftligt om rammer, form og indhold, hvor det blandt andet blev præciseret, at deltagelse hele tiden kunne afbrydes (se bilag 4).

Alle data blev behandlet anonymt og endvidere så de overholdt datatilsynets forskrifter.

Studiet blev gennemført så det overholdte SSN’s etiske retningslinier for sygeplejeforskning i Norden (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**) og ICN’s Ethical Guidelines for Nursing Research (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**).

4 Analyse

Analyseafsnittet er bygget op omkring de tre faser i den GT. Det indeholder eksempler fra patienternes oplevelser, som citater, for at vise den direkte sammenhæng med de udviklede kategorier og det patienterne fortalte mig (grounded). Denne opdeling er lidt kunstig, fordi analyseprocessen ikke forløb stringent i trin, men bevægede sig frem og tilbage mellem de tre analyse trin, men den giver alligevel et overblik over analysen.

Reglerne for citationerne følger de, i bilag 5 beskrevne.

4.1 Åben kodning

I starten af analyseprocessen blev de enkelte ord eller tekststykker kodet (mikrokodning) ved at bruge spørgeordene: Hvem, hvornår, hvad, hvordan, og hvorfor. Et eksempel kunne være en patient der siger følgende:

”Så stopper vi for denne gang, sagde han (lægen), så sagde jeg, så slår jeg dig ihjel, og så kom vi her ind (patienten blev ført på stuen). Så fortsatte det herinde, der stod 5 eller 6 personer udenfor døren og de kom tættere og tættere på. Til sidst følte jeg det som en snegl i sit sneglehus”.

Hvem slog hvem ihjel: Patienten slår lægen ihjel.

Hvornår skete dette: Det skete ikke, der var tale om en trussel.

Hvad: Slå ihjel.

Hvordan: Var ikke nærmere beskrevet.

Hvorfor: Fordi patienten blev skuffet over den besked lægen gav.

På denne måde blev knapt 500 ord og tekststykker mikrokodet og sammenlignet med de data de sagde noget om, den kontekst de blev udledt af (konstant sammenligning).

I dette eksempel blev dette tekststykke placeret i underkategorien *trusler*.

Andre tekststykker omhandlende trusler blev også placeret i denne underkategori og sammenlignet for, om de reelt sagde noget om det samme fænomen.

Underkategorierne blev beskrevet i form af deres egenskaber og dimensioner.

Et eksempel kunne være underkategorien *fysiske handlinger* denne underkategori blev beskrevet med følgende egenskaber: Fysiske aggressive, handlinger der medfører tvangsfiksering.

Og følgende dimensioner: Handlinger mod medpatienter, inventar og personale.

Underkategorierne blev sammenlignet med andre underkategorier, for derigennem at identificere variationer, forskelle og ligheder mellem disse (teoretisk sammenligning). I den teoretiske sammenligning blev mine egne erfaringer, andres meninger og litteratur inddraget. Her blev spørgeordene: Hvor, hvornår og hvordan anvendt.

Et eksempel kunne være de to underkategorier, *fysiske handlinger* og *trusler*:

Hvor: Både de fysiske handlinger og truslerne fandt sted i afsnittet: På gangen, på patienternes stuer, i dagligstuen og i konferencerummet. Der er kvantitative studier der beskriver hvor aggressive/voldelige episoder oftest forekommer. Grassi (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**) beskriver at 58% af situationerne, hvor patienterne udviste aggressiv adfærd forekom på gangen i afsnittet. Der var ikke fællestræk, der kunne anvendes til at udsige noget om variationen mellem disse to underkategorier.

Hvornår: Både de *fysiske handlinger* og *truslerne* skete før tvangsfikseringen og var en del af forløbet og begrundelsen for at patienterne blev tvangsfikseret. Forskellen mellem dem var, at truslerne kom før de fysiske handlinger. Truslerne kunne i disse tilfælde beskrives som advarselstegn på de senere aggressive handlinger. Owen (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**) beskriver, at der i 48 % af alle tilfælde, hvor patienterne reagerer aggressivt findes advarselstegn. Situationerne skete i umiddelbar tilknytning til tvangsfikseringerne, hvor fire foregik om dagen, fire om eftermiddagen og to om aftenen. Der var ikke fællestræk, mellem hvornår de *fysiske handlinger* og *trusler* foregik på døgnet, der kunne udsige noget om forskellen mellem de to underkategorier.

Hvordan: De fysiske handlinger førte i alle tilfælde til tvangsfiksering. Truslerne førte alle til handlinger der medførte tvangsfiksering. Min egen erfaring, og andre jeg har snakket med fortæller, at fysiske aggressive handlinger oftest fører til tvangsfiksering, men at trusler oftest ikke fører til tvangsfiksering. Det særlige i disse interview var, at truslerne alle førte til tvangsfiksering, men dette skyldes, at jeg kun interviewede patienter der umiddelbart før havde været tvangsfikseret.

På denne måde blev de 30 underkategorier (42 inklusiv baggrundsoplysningerne) gennemarbejdet i forhold til variation og forskellighed. I bilag 7 findes en oversigt over alle underkategorierne med deres tilhørende egenskaber.

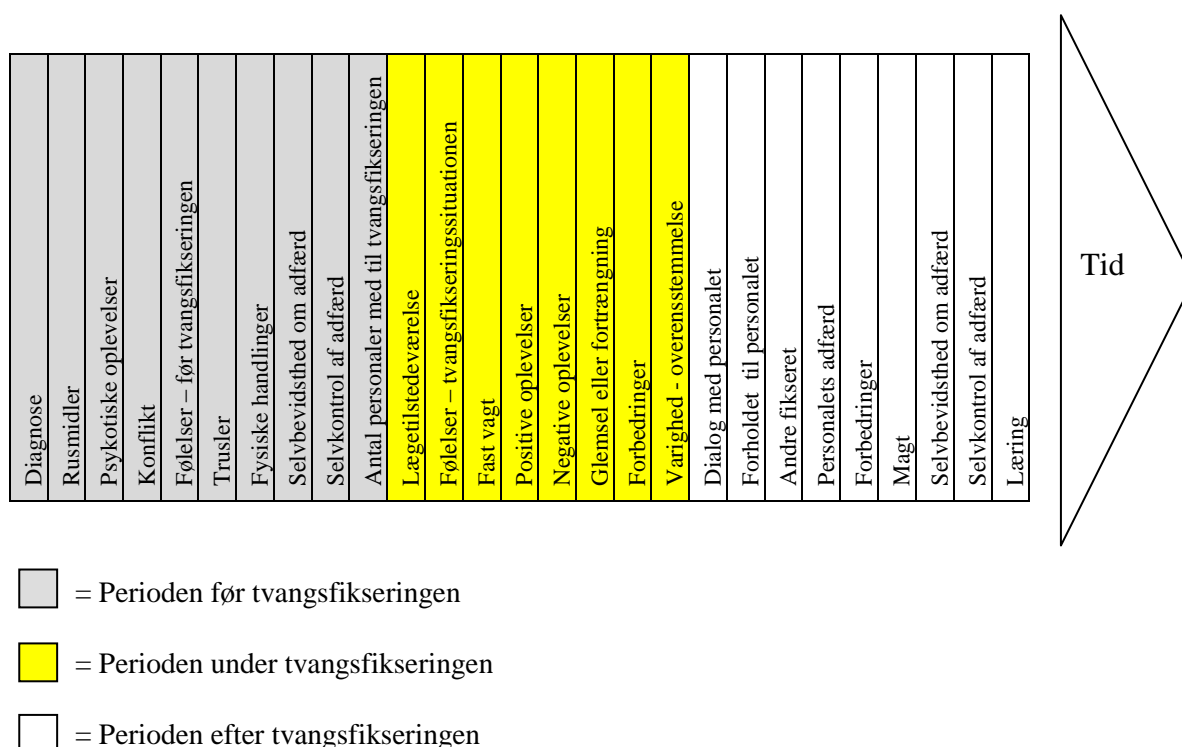
4.2 Aksial kodning

I den aksiale kodningsproces startede jeg med at placere de 42 underkategorier, i niveau af deres egenskaber og dimensioner, i en 42 gange 42 tabel, hvor de fundne sammenhænge (variationer og forskelligheder fra den åbne kodning), blev udtrykt i plusser og minusser, samt nogle få nøgleord. På denne måde begyndte de 5 kategorier at tage form. Inden disse blev tydelige, viste der sig et behov for at skabe et forløbsmæssigt/kronologisk overblik over fænomenet tvangsfiksering. Min indre dialog handlede om ”hønen og ægget”, hvad kom først den psykotiske oplevelse, konflikten, fysiske eller verbale handlinger eller følelserne. Fandtes der nogle mønstre der var vigtige at forstå, for at kunne tolke fænomenet tvangsfiksering.

Jeg gjorde derfor det, at jeg udarbejdede en form for små ”livslinjer”, eller ”storylines”, der blev opbygget ved at placere underkategorierne i kronologisk orden efter, hvor de optrådte i de enkelte patient forløb.

Et eksempel kunne være patient nummer xx:

Figur 3. Skematiseret ”storyline” over patient forløb.



Underkategorierne blev derefter udfyldt med de dimensioner, der var aktuelle for denne patient. På samme måde blev de andre ni patienters forløbsbeskrivelser udarbejdet og sammenholdt med hinanden. Jeg udarbejdede disse forløbsbeskrivelser, ikke kun fordi kronologien var vigtig i forhold til analysen, men også for ikke at miste konteksten ved kun at analysere på tværs af de løsevne data.

De fem kategorier der blev udviklet kaldte jeg: Årsager, følelser, handlinger, rammefaktorer og læring. Udviklingen af de fem kategorier er beskrevet efterfølgende, under de enkelte kategorier.

For at sikre mig, at processen og strukturen i analyse arbejdet blev integreret, placerede jeg de fem kategorier i paradigmemodellen (En beskrivelse af selve fænomenet, fænomenets kausale betingelser, konteksten hvori fænomenet er indlejret, fænomenets intervenserende omstændigheder, handlings-/interventionsstrategier som fænomenet udløser og konsekvenser i form af frembragte handlinger, se nærmere beskrivelse i bilag 6).

Litteraturhenvisningerne i afsnittet vil fortrinsvis være anvendt begrebsafklarende og af faglitterær art. Faglitteraturen vil for de flestes vedkommende være dem vi bruger i forbindelse med grund- og efteruddannelse af psykiatrisk hospitalspersonale.

4.2.1 Årsager

Fænomenet:

I analysen af patientinterviewene beskrev patienterne mange begrundelser for, hvorfor de var blevet bæltefikseret. Men det viste sig senere at der kun var to grundlæggende årsager, eller bagvedliggende forhold (psykotiske oplevelser eller konflikter), der var tilstede hos alle de tvangsfikserede.

Kausale betingelser:

Kategorien blev udviklet ud fra underkategorierne:

Diagnose, selvkontrol af adfærd, selvbevidsthed om adfærd, personalets adfærd, dialog med personalet, forholdet til personalet, psykotiske oplevelser, rusmidler, sygdom, eget ønske om fiksering, samt nedsættelse af antallet. Gennem sammenligning af disse underkategoriers egenskaber om dimensioner, opstod muligheden for at isolere dem fra andre underkategorier, der for eksempel omhandlede begrundelser som, trusler, handlinger, fysiske handlinger, følelser.

Konteksten:

Den ene type af årsager var psykotiske oplevelser. Disse fremkom på to måder. Den ene var psykisk sygdom, blandt de patienter jeg interviewede, skizofreni. En patient siger helt konkret:

”Det var sygdommen der var skyld i, at jeg blev bæltefikseret”.

En anden patient mener, han var jordens rigeste, klogeste og stærkeste mand, hvilket betød at han bestemte alt, og derfor blandt andet kunne tillade sig at sparke medpatienter.

Den anden måde de psykotiske oplevelser opstod på, var indtagelse af stoffer, i dette tilfælde hash. Patienten oplevede følgende, når han havde indtaget hash:

”Jeg ser små mennesker, nogle der løber rundt på gulvet over det hele”.

Den anden grundlæggende årsag var konflikter. Konflikter med baggrund i personlige, sociale eller samfunds- og kulturmæssige normer, rammer eller regler. Et eksempel var en patient der truer nogle af sine medpatienter, hvilket han synes er helt i orden, men det synes medpatienterne ikke. Patienten udtrykte det som:

”De sagde, at jeg havde truet nogle”.

Der var her tale om forskellige opfattelser af, hvad der var acceptabel social adfærd.

Eller en patient der blev skuffet over at han ikke får godt nyt af lægen. Han fortalte:

”Lægen havde lovet, at jeg skulle have godt nyt til påske, så siger jeg, er der godt nyt og lægen svarer, nu må vi vente og se. Hvorefter der ikke er noget godt nyt alligevel”.

Det handlede om, at patienten ikke fik tilladelse til at komme hjem i påsken, fordi han fortsat var for syg. Der var her tale om rammer og regler for tvangstilbageholdelse fastsat i lovgivningen sammen med en faglig vurdering af, om patienten kunne klare flere dage uden intensiv pleje og behandling.

En tredje patient kom op at diskutere med en anden patient, han udtrykte en del af begrundelsen på denne måde:

”En medpatient stod og svinede mig til og kaldte mig en trækkerdreng fra Istedgade af”.

Der var her tale om en personlig/social konflikt, men hvad denne konflikt handlede om var ikke til at vide, da patienten ikke kunne huske, hvad der egentligt startede den.

Det skal bemærkes, at de psykotiske oplevelser og konflikten kunne have en kronologisk sammenhæng, et eksempel var den tidligere nævnte patient, der havde en psykotisk oplevelse af at være den mægtigste mand på jorden, hvorfor han kunne tillade sig, at behandle de andre patienter som det passede ham. Dette betyder selvfølgelig, at der ville opstå konflikter mellem ham og de andre patienter, men det behøvede ikke, at hænge sådan sammen. Den psykotiske oplevelse efterfulgtes ikke altid af en konflikt. Et eksempel kunne være patienten der oplever små mænd, som han bliver bange for, derefter valgte han at handle, så han blev bæltefikseret. I denne situation var der ingen konflikt tilstede.

Intervenerende omstændigheder:

Det vigtige ved, at kunne identificere årsagerne i hændelses forløbet var, at interventionerne ville være forskellige afhængig af, hvor i hændelses forløbet patienten befandt sig.

Handlings-/interventionsstrategier:

Psykotiske oplevelser med baggrund i sygdommen (skizofreni):

Interventionerne havde her fokus på at mindske eller fjerne de psykotiske oplevelser der skyldes patienternes sygdom. Blandt de patienter jeg interviewede, havde alle diagnosen skizofreni. Udtryk af de fleste patienter direkte som:

”Jeg er skizofren”.

Og et par som:

”De siger jeg er skizofren”.

Eller:

”I dommen skrev de at jeg var paranoid psykotisk”.

Dette er en af SHH's hovedopgaver, udtrykt i virksomhedsgrundlaget på følgende måde:

” Det er hospitalets vision, at det gennem en professionel indsats vil opnå at særlige grupper af sindslidende oplever et minimum af sygdom og en selvstændig tilværelse (Fejl! Ukendt argument for parameter.)”.

Tilgangen til opgaven er behandlingsmæssigt både psykodynamisk, kognitiv og naturvidenskabelig, samt kombineret med en sygeplejetænkning baseret på en tværvideenskabelig tankegang. Det vil være alt for omfattende at komme ind på i denne afhandling, men nogle af de interventioner der var i spil var: Psykodynamisk terapi (**Fejl! Ukendt argument for parameter..** s. 63-98), kognitiv terapi (**Fejl! Ukendt argument for parameter..**), farmakologisk behandling (**Fejl! Ukendt argument for parameter.-Fejl! Ukendt argument for parameter..**), miljø terapi (**Fejl! Ukendt argument for parameter., Fejl! Ukendt argument for parameter..** s. 219-48), samtalerapi (den terapeutiske samtale) (**Fejl! Ukendt argument for parameter..** s. 313-31, **Fejl! Ukendt argument for parameter..** kap. 1-3,5-6), ”jeg støttende sygepleje” (**Fejl! Ukendt argument for parameter..** s. 77-103), relationsbehandling (**Fejl! Ukendt argument for parameter..** s. 105-52), psykoeducation (**Fejl! Ukendt argument for parameter..** kap. 10) og mange andre.

Et fænomen der viste sig tydeligt i interviewene var pleje- og behandlings alliancen, halvdelen af patienterne udtrykte, at de ikke var enige med personalet og lægerne om deres pleje og behandling, udtrykt som:

”Jeg tror ikke vi er enige om noget”.

Eller:

”Nej der er ikke nogen pleje og behandling, det er opbevaring”.

Den anden halvdel, beskriver at de var enige med personalet og lægerne.

Det var vigtigt her, for en stor del af patienternes vedkommende, at arbejde mere med begrebet motivation (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**), patient inddragelse og medindflydelse.

Et andet fænomen patienterne beskriver, var om mere sufficient eller anderledes medicinering kunne have medført, at de ikke var blevet bæltefikseret. Halvdelen beskrev, at medicin ikke hjalp, udtrykt som:

”Nej, det har intet med medicin at gøre”.

Eller:

”Medicin hjælper ikke”.

Og halvdelen beskrev at medicinen hjalp, et eksempel kunne være:

”Jeg vil gerne have det jeg får her, de giver mig noget så jeg slapper af”.

Eller:

”Medicin ? Ja, det ville have hjulpet”.

Der var her tale om en konkret sammenkædning mellem medicinering og tvangsfiksering, og ikke generelt om medicinen hjalp mod de psykotiske oplevelser. Dette kunne ikke tolkes som øget eller anderledes medicinering altid ville være medvirkende til færre tvangsfikseringer, men at nogle af patienterne oplevede, at en anderledes, eller øget medicinering kunne have hjulpet dem til at undgå tvangsfiksering. Her var det vigtigt at inddrage patienternes erfaringer med medicin og deres sygdom, for at opnå færrest mulige tvangsfikseringer, gennem at mindske eller fjerne deres psykotiske oplevelser. Det er beskrevet i et cirkulære fra sundhedsstyrelsen omhandlende behandlingsplaner (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**), hvor et af punkterne er ”patientens holdning til behandlingsplanen”, herunder medicinering. Men interviewene viste, at det var et område der burde have et øget fokus.

Psykotiske oplevelser med baggrund i indtagelse af stoffer:

Her handlede interventionen, om at mindske eller eliminere brugen af stoffer, for derigennem at fjerne de psykotiske oplevelser. Denne sammenhæng, beskrev en patient sådan:

”Jeg er rask, selv om jeg lige har været i bælte så er jeg velmedicineret og rask, det var fordi jeg har røget hash”.

Når patienten røg hash, blev han psykotisk og oplevede små mænd overalt der forsvandt, hvis han blev bæltefikseret.

Det handlede, om at arbejde med patienternes misbrug (**Fejl! Ukendt argument for parameter.** kap. 9, **Fejl! Ukendt argument for parameter.** kap. 6,7). Denne intervention var ligesom den ovenfor beskrevet ganske omfattende, og inddrog mange af de samme pleje- og behandlingstiltag som tidligere beskrevet.

Når vi på SHH møder disse patienter er det, som også i dette tilfælde, fordi de både er skizofrene og misbrugende (dobbeltdiagnose patienter), dette kan være med til at komplicere pleje- og behandlingsforløbet, fordi en del af disse patienter bruger stofferne til ”selv-medicinering”, det vil sige de erstatter medicinen med misbrugsstoffer, for at kunne holde tilværelsen ud. Dette anskueliggøres i det næste citat, hvor en patient sagde til spørgsmålet om han var påvirket ?:

”Overhovedet ikke, men jeg ville godt have været det”.

Et andet forhold, der var med til at komplicere det var, at virkningen af selv små mængder stoffer, ofte resulterede i psykotiske gennembrud.

Et af de forhold patientinterviewene beskrev omkring deres forhold til stoffer var:

Og: *”Jeg fandt selv ud af hvad speed var, det fandt jeg ud af hernede (på SHH)”.*

”Næste gang, jeg skal til samtale, skal de nok have at vide, hvorfor jeg lagde de 500 kr. i en ”postkasse” (griner), det ved de godt, gad vide, om der er nogle på afdelingen der har nogle stoffer”.

Disse citater viser, at arbejdet med at skabe et miljø hvor snakken om stoffer og tilgængeligheden af stoffer mindskes, var vigtig som en del af interventionen.

Konflikter med baggrund i personlige, sociale eller samfunds/kulturmæssige normer, rammer eller regler:

Her handlede interventionen om grundlæggende arbejde med forståelse, accept og håndtering af personlige, sociale og samfundsmæssige normer, rammer og regler. Eksempler på, hvordan patienterne kunne arbejde med disse forhold i et samarbejde med personalet var: Adfærdstræning, så som kognitiv social færdighedstræning (**Fejl! Ukendt argument for parameter..** kap. 10), mestrings- og copingstrategier (**Fejl! Ukendt argument for parameter..** kap 5. **Fejl! Ukendt argument for parameter., Fejl! Ukendt argument for parameter.,**), socialisering (**Fejl! Ukendt argument for parameter.,** kap 4) og konflikthåndtering (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**). På det mere praktiske plan i afsnittenes dagligdag, var der specielt to forhold der trådte frem:

Tydelige og accepterede sociale normer og regler. I afsnittene beskrives disse blandt andet i husordner, der er et sæt af sociale spilleregler, aftalt mellem personale og patienter på patientmøder. En patient beskrev:

”Det kan godt være, at det gør man bare hernede”.

Underforstået at han var uenig med denne regel/norm.

En anden patient fortalte om en situation, hvor han var uenig med plejepersonalet om en regel, at personalets svar var:

”Det plejer vi at gøre”.

Udsagnene fortæller, at nogle regler/normer ikke var accepteret af disse patienter og at personalet ikke formåede at give en begrundelse for, hvorfor de var sådan. Måske kan det være, at husordnerne (regler/normer i det hele taget) er blevet for statiske, at de på et eller andet tidspunkt blev aftalt på demokratisk vis med patienterne, men at patienterne måske ikke er de samme som på det tidspunkt de blev aftalt. Arbejdet med regler og normer skulle gerne være en uendelig proces af dialog og demokratiske beslutninger med plads til den enkelte som person, hvilket også ville hjælpe til at forklaringskraften i, hvorfor man har en bestemt regel, bliver mere tydelig, forståelig og accepteret. Det var dog klart, at en del af accepten også hang sammen med viljen til at forstå og acceptere demokratiske beslutninger, hvilket ikke alle kunne eller ville.

Tydelige og forståelige aftaler mellem patienter og personale. De følgende citater beskrev fænomenet:

”Så siger de, jamen det varer et stykke tid endnu, uden at sige et klokkeslæt, uden at sige noget, om der er et kvarter eller en halv time tilbage”.

”Da der var gået en times tid sagde han endelig at jeg fik lov til at være der en time, men så når der kommer en ny vagt, så siger de, nu får vi se”.

”Så skulle jeg bare sidde her, ret op og ned og kukkelure, og se lige ind i væggen, på ubestemt tid, og når noget sker på ubestemt tid, så bliver jeg sindssyg, så slår det klik”.

”De kunne bare have sagt, bliv på dit værelse en time”.

Det patienterne beskrev var uklare aftaler, i disse tilfælde uden tidsangivelse, hvilket betød, at de ikke havde noget at forholde sig til, andet en uvisheden. Dette viste at aftaler mellem patienterne og personalet burde indeholde præcise beskrivelser, blandt andet af tidshorizonten, men også med begrundelser der var til at forstå og forholde sig til.

To patienter berettede om at det gav højere anseelse blandt medpatienterne at blive tvangsfikseret. Det var ikke min vurdering at dette var hovedårsagen til tvangsfikseringen, men det er noget personalet bør være opmærksomme på.

For at imødegå dette, handlede det om at have en åben dialog i afsnittet, om hvad tvangsfiksering var, og nedtone ”fængselsjargonen”. Selvfølgelig ikke i forhold til den aktuelle tvangsfiksering, men som en generel dialog.

Konsekvenser:

Konsekvenserne hvis det ikke var muligt at intervenere overfor de grundlæggende årsager var, at processen fortsætter hen imod tvangsfikseringen.

4.2.2 Følelser

Fænomenet:

Af følelser beskrev patienterne det at være bange, vrede, sure, skuffet, rolig, godt, tryk, rasende, ked af det, gal, uretfærdigt behandlet, irriteret, ligeglad, det at være indespærret, en kvælende fornemmelse og en nedværdigende oplevelse.

Kausale betingelser:

Kategorien blev udviklet ud fra underkategorierne:

Selvkontrol af adfærd, selvbevidsthed om adfærd, straf, magt, skyld, følelser – før tvangsfikseringen, følelser i tvangsfikseringssituationen, psykotiske oplevelser, konflikter, eget ønske om fiksering, nedsættelse af antallet.

Følelserne fordelte sig i forhold til de kausale betingelser i to grupper:

- En gruppe hvis kausale betingelse var direkte kronologisk sammenhængende med perioden før tvangsfikseringen: Bange, vrede, det at være indespærret, skuffet, en kvælende fornemmelse, rasende, gal, irriteret og uretfærdigt behandlet.
- En gruppe der beskrev tvangsfikseringssituationen: Beroligende, nedværdigende, tryk, ligeglad, god.

Gruppen der beskrev tvangsfikseringssituationen, var følelser, der var dimensioner af andre fænomener. For eksempel følelsen tryk, der var en beskrivelse eller en dimension af underkategorien: Oplevelsen af den faste vagt. Dette betød, at disse ville blive behandlet andet sted og på en anden måde end i denne kategori, selvom de også var følelser.

Jeg valgte derfor i denne kategori/afsnit at beskæftige mig med følelserne i den første gruppe, fordi de hver især og selvstændigt havde deres egenskaber og dimensioner, alle med den konsekvens at de ledte hen imod tvangsfikseringen.

Det var følelser patienterne beskrev som:

”Jeg bliver bange inden, det er synerne”.

En anden patient svarer bekræftende på spørgsmålet, om han var bange for at skade andre, en tredje patient fortalte om en samtale med lægen, at han blev skuffet og fortsætter så:

”Så daskede jeg dem ud af hånden på ham (nogle engangskrus lægen havde i hænderne), fordi det gjorde mig sindssyg (vred), at han ikke kunne koncentrere sig om det jeg sagde”.

En fjerde patient havde en konflikt med en medpatient:

”Jeg blev sur, når han kunne tillade sig at sparke mig”.

Han oplevede situationen uretfærdig, fordi han mente, at personalet straffede den forkerte. I alle interviewene beskrev patienterne en eller anden følelse, der var svær at håndtere for dem. De beskrev også alle sammen følelser inden de handlede.

Konteksten:

Goleman, beskriver i bogen ”*Følelsernes intelligens (Fejl! Ukendt argument for parameter.)*”, at tanker eller kognition og følelser er to forskellige bevidsthedsformer der arbejder hånd i hånd og muliggør eller umuliggør tænkningen. Den tænkende hjerne indtager en lederrolle overfor følelserne bortset fra de øjeblikke, hvor kontrollen over følelserne svigter og følelserne løber løbsk (oftest kæmp-flugt reaktioner), men ligegyldigt om følelserne er bevidste eller ej, vil de altid komme før handling.

Jeg så på samme måde i interviewene, ingen steder hvor handlingerne kom før følelserne.

Nogle patienter beskrev, tanker der fører til følelser, der senere medfører handlinger. Her var der tale om en bevidst styring af følelserne. Et eksempel var en patient der har nogle ubehagelige psykotiske oplevelser, han var bange for at komme til at skade andre, hvorfor han selv bedte om at blive tvangsfikseret. En anden patient valgte at smide med møblerne, fordi han viste at dette ville medføre, at han blev tvangsfikseret.

Andre beskrev, at følelserne kom meget hurtigt, hvorefter de handlede. En patient svarede på spørgsmålet, viste du at din adfærd ville føre til tvangsfiksering ?:

”Jeg tænkte ikke over det, det var en impulsreaktion på at blive uretfærdigt behandlet”, en anden patient beskriver ”når jeg bliver bange, så udløser det en bombe der springer”.

Goleman (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**) beskriver, to former for følelsesmæssig reaktion, en langsom og en hurtig. Den langsomme, der også kunne kaldes den bevidste reaktion, hvor tankerne eller kognitionen spiller den centrale rolle i bestemmelsen af, hvilke følelser der bliver vækket. Når først vurderingen er taget følger en passende følelsesmæssig reaktion.

Den hurtige der kunne beskrives som impulsreaktionen, hvor reaktionen kommer direkte fra den følelsesmæssige bevidsthed uden involvering af den rationelle bevidsthed, der ofte (men langt fra altid) ses i forbindelse med følelserne vrede og frygt der syntes at ramme os snarere, end at være noget vi vælger. Den findes også i forelskelsen der har samme karakter af ustyrlighed.

Følelserne kommer altid før tanker fordi registrering og reaktion tager den rationelle bevidsthed et øjeblik længere tid, end den følelsesmæssige bevidsthed. Goleman forklarer dette med en neurofysiologisk forskel i de to systemer, hvor de neurale forbindelser i hjernen når der er tale om følelser, er kraftigere eller hurtigere forbindelser. En længere neurofysiologisk forklaring er det ikke muligt at beskrive her, men hvis man tænker på sine egne reaktioner i forhold til følelser, virker denne forklaring ganske logisk.

Begge måder at reagere på stimuli ses som ovenfor nævnt i patienternes reaktioner. Der fandtes til gengæld ingen andre måder. Så Goleman’s måde at beskrive følelsernes forhold til kognition og reaktion, passer fuldstændig til det jeg så, i de situationer patienterne beskrev.

Goleman (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**) foreslår otte kategorier: Vrede, bedrøvelse, frygt, fornøjelse, kærlighed, overraskelse, afsky og skam. Med hver deres dimensioner, eller ord der dækker over samme grundfølelse.

Følelserne jeg fandt i interviewene, der var i spil før handlingerne der medførte tvangsfiksering, var alle indenfor de to kategorier; vrede og frygt.

Dette var vigtigt i forhold til hvordan man intervererede fordi tolkningen af, om der var tale om en hurtig eller langsom reaktion, ville indebære forskellige interventioner.

Intervenerende omstændigheder:

Det vigtige ved at kunne identificere følelserne i hændelses forløbet var, at interventionerne ville være forskellige afhængig af, hvor i hændelses forløbet patienten befandt sig.

Handlings/interventionsstrategier:

Som tidligere nævnt var der tale om interventioner overfor to kategorier af følelser, vrede og frygt.

Der var også et andet forhold der var vigtigt, nemlig om der var tale om en hurtig eller en langsom reaktion på stimuli.

Interventionen for at eliminere følelsen af vrede eller frygt, handlede om begrebet følelseshåndtering. Goleman (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**) kalder, egenskaben følelsesmæssig intelligens: Det kan være evnen til at kunne motivere sig selv, at have kontrol over impulser, styre sin sindsstemning og at kunne leve sig ind i andres følelser. Forskellen fra den almindelige opfattelse af intelligens er, at mens almindelig intelligens ikke er noget der kan opøves, så kan følelsesmæssig intelligens læres. Dette forhold var et vigtigt udgangspunkt, fordi det så kunne være muligt for den enkelte patient at ændre på det, at blive tvangsfikseret.

Når der var tale om følelsen vrede, var det desværre den sværeste følelse, at ændre.

Et problem var sammenhængen mellem følelsen af vrede og frygt. Frygt, eller det at være bange er universel igangsætter af vrede. Deres sammenhæng beskrives også i den meget grundlæggende kamp eller flugt respons, der er en urgammel overlevelses strategi, vi stadig er underlagt. Følelsen af at være udsat for fare kommer ikke kun fra direkte trusler, men også gennem symbolske trusler mod ens selvfølelse eller værdighed: Man føler sig uretfærdigt behandlet, krænket, nedværdiget eller skuffet (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**). Der var i de tidligere beskrevne citater eksempler på patienter, der følte sig uretfærdigt behandlet og skuffet.

Et andet problem var, at vrede kan skabe mere vrede. Når kroppen allerede befinder sig i en irriteret tilstand, medfører yderligere stimuli (en følelsesmæssig kapring) at den efterfølgende følelse, uanset om der var tale om vrede eller frygt, bliver af særlig stor intensitet (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**).

En almindelig opfattelse er, at det er godt at få luft for sin vrede, at få afløb for sine følelser, dette kunne gøres ved, at patienten kunne råbe af den han var gal på, slå i sin dyne eller sparke på døren. Det har dog vist sig, at dette kun forlænger sindsstemningen og ikke det modsatte. Der var nu heller ingen af patienterne der foreslog dette.

Det Goleman (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**) foreslår er, at man først "køler" af og derefter konfronterer den anden (hvis der er tale om en social konflikt) på en konstruktiv og mere selvsikker måde.

Hvordan "køler" man så af?: Man opsøger et sted hvor man kan være alene, fysisk aktivitet, afspænding, afledning (fjernsyn, bøger, film, musik) eller opfange negative tanker og derefter nedskrive dem, så det er muligt at tage afstand fra de negative tanker (virker bedst meget tidligt i vredes forløbet). Et sidste forslag gik ud på at bede fordi, hvis man er religiøs, hjælper det at bede, på alt.

På næsten samme måde arbejder man med følelsen frygt, eller det at være bange: Først handler det om at opøve sin selv-bevidsthed, for at kunne gribe fat i de foruroligende episoder så tæt på de opstår, som muligt. Derefter kan afspændingsteknikker være gavnlige. Til sidst udfordres de foruroligende tanker: Er det sandsynligt det sker?, er der kun et alternativ, for at det sker, eller er der andre muligheder for, hvad der sker?, er der konstruktive løsninger?

Nogle af de forslag patienterne havde var:

"Hvis kontaktpersonen kom ind, og snakkede med mig".

Underforstået hjælp mig med at få styr på mine følelser.

"Hvis personalet, ville bede sammen med mig".

Hjælp patienten til at blive mere tryk, og at en anden tog over (Gud).

"De kunne bare bede mig, om at gå på mit værelse".

Hjælp patienten til at tænke over følelsen for sig selv.

"Spille fodbold på terrassen eller gå en tur".

Patienten havde erfaring med at fysisk udfoldelse hjalp til at dæmpe angsten.

"Høre musik virker beroligende".

Det gav muligheden for at komme til at tænke på noget andet, end vreden (afledning).

Mange af de erfaringer og forslag patienterne gav var samstemmende med det Goleman beskriver, der afhjælper vrede og frygt.

Det, der primært hjalp mod hurtig reaktion på stimuli var: Afledning, fysisk udfoldelse og at bede sammen.

Det, der primært hjalp mod langsom reaktion på stimuli: Det at være alene, afspænding og omorganisering af negative tanker.

Basis for at pleje- og behandlingspersonalet kunne hjælpe patienterne med dette, var at de var tilstede både mentalt og fysisk.

En patient udtrykte følgende:

”Men jeg syntes, de (personalet) kunne have ageret anderledes ved at snakke med mig, hørt på hvad jeg sagde, i stedet for at agere på noget de troede skete, en illusion”.

Fænomenet der blev beskrevet her, handlede om oplevelsen af manglende fysisk tilstedeværelse af personale.

En anden patient fortalte:

”Jeg har endda spurgt dem (personalet), kan I overhovedet lide at være her, og de svarede, nej vi er her kun for pengenes skyld, og de mener det, jeg syntes bare, at så skal man ikke arbejde her”.

Fænomenet, der blev beskrevet her, handlede om at personalet var fysisk tilstede, men ikke engagerede og motiverede.

Et andet forhold der var vigtigt var, at personalet havde viden om, hvordan følelsernes væsen var, og hvordan man kan hjælpe patienterne med at øge deres følelsesmæssige intelligens. Dette vil jeg mene, kræver undervisning af personalet, eksempelvis med større fokus på følelshåndtering.

Konsekvenser:

Konsekvenserne, hvis det ikke var muligt at intervenere over for følelserne var, at processen fortsatte hen imod tvangsfikseringen.

4.2.3 Handlinger

Fænomenet:

Fænomenet, der var tale om i denne kategori var de aggressive handlinger der havde den konsekvens, at de førte til tvangsfiksering. De kunne deles op i to grupper. Fysiske handlinger og verbale trusler.

Kausale betingelser:

Kategorien blev udviklet ud fra underkategorierne:

Selvkontrol af adfærd, selvbevidsthed om adfærd, trusler, fysiske handlinger, konflikter, nedsættelse af antallet, forholdet til personalet, social anseelse, samt antal personale med til fikseringen.

Handlingerne var rettet mod personale, medpatienter eller ting.

Det var handlinger, som patienterne beskrev på følgende måde:

Verbale trusler mod andre: En patient havde truet de andre patienter og fortalte:

”Fordi personerne (medpatienter), siger jeg havde truet dem, så kommer jeg i bælte”.

Verbale trusler mod personalet: En patient havde en samtale med lægen, hvor han bliver skuffet, han reagerede med vrede og derefter trusler:

”Så slår jeg dig ihjel”.

Fysiske handlinger mod ting (inventar o.l.): En patient oplevede at blive uretfærdigt behandlet, han reagerede med vrede og derefter væltede han møblerne:

”Så tog jeg et lille bord og væltede det, jeg hev det bare op, og så røg jeg i bælte”.

Fysiske handlinger mod andre: En patient havde en konflikt med en anden patient, hvorfor han sparkede ham:

”Jeg sparkede ham”.

Fysiske handlinger mod personalet: En patient fortalte om, hvorfor han havde fået sin dom:

”Ja jeg har lavet tyveri og vold, jeg har gennembanket nogle mennesker oppe på afsnit XX, det var tre damer (kvindeligt personale) og jeg gav dem hver en lige under hagen”.

De fem eksempler var typiske for, hvad det var for handlinger der førte til tvangsfiksering. Helt i tråd med lovgivningen (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**, **Fejl! Ukendt argument for parameter.**).

Handlinger rettet mod patienten selv (selvmutilerende adfærd) fandtes også på SHH, men de patienter der havde denne adfærd, kunne ikke interviewes fordi deres sproglige færdigheder var begrænsede.

Om loven blev overholdt, eller intentionerne i loven blev det, kan jeg ikke udtale mig om. Det kunne se ud i eksemplet, hvor patienten vælter et bord på gangen, som om loven ikke var overholdt. I loven står der:

*”Øver hæværk af ikke ubetydeligt omfang (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**)”.*

Hvilket efter patientens udsagn ikke kunne siges at være tilfældet. Det skal så nævnes, at patienten selv ønskede at blive tvangsfikseret, og det at vælte et bord, mere var en rituel handling, for at blive tvangsfikseret. Derudover havde jeg kun belyst den ene side af sagen, nemlig patientens fortælling.

Det, jeg kunne sige noget om var, at der altid var handlinger tilstede inden der blev tvangsfikseret. Den kausale betingelse for handlingerne var, at de altid opstod på baggrund af følelser i patienterne.

Konteksten:

Goleman beskriver:

”Følelser er i deres inderste væsen impulser til handling, de umiddelbare planer for at klare sig i tilværelsen, som evolutionen har indbygget i os.

At følelser fører til handling ses tydeligst, når man betragter dyr eller børn. Det er kun hos ”civiliserede” voksne, vi så ofte ser eksempler på den anormale adfærd i dyreriget, at en følelse – en fundamental impuls til handling – er adskilt fra en indlysende reaktion.

Hver enkelt følelse i vores følelsesmæssige repertoire spiller en unik rolle, hvilket afsløres ved deres karakteristiske biologiske signaturer.

*Opstår der vrede, strømmer blodet til hænderne, hvilket gør det lettere at gribe et våben eller slå en fjende; hjertefrekvensen øges, og frigivelse af hormoner som for eksempel adrenalin oplader kroppen med energi, der er stærk nok til voldsomme handlinger (**Fejl! Ukendt argument for parameter.. s. 24-7**)”.*

Han fortsætter med at underbygge sin påstand i forhold til følelserne: Frygt, lykke, forelskelse, overraskelse, væmmelse og sorg.

Det, der var vigtigt her var forståelsen af, at specifikke følelser var tæt forbundet med de handlinger der udførtes, men også at grunden til at de ”anormale” voksne ikke handlede, var fordi de evnede at kontrollere/styre deres følelser og handlinger. Det, at have muligheden for at ændre på handlingsmønstrene var centralt for dette afsnit.

Intervenerende omstændigheder:

Mange har den opfattelse, at når handlingerne først var udført, var det enten eller, enten blev patienten tvangsfikseret, eller også blev han det ikke. Dette dikotome forhold fandt Høyer (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**) også i et studie vedrørende oplevelsen af tvang. Enten oplevede patienterne, at der blev anvendt tvang eller også oplevede de det ikke. Sådan så det umiddelbart også ud i disse interview. Så man dog lidt nærmere på, hvad der skete i forbindelse med disse handlinger, var der dog flere forhold der havde indflydelse på, om en bestemt handling førte til tvangsfiksering. Ligesom det var muligt at påvirke disse forhold, at intervenere. I det næste er beskrevet følgende forhold der blev fundet i patientinterviewene, og som har indflydelse på om specifikke handlinger førte til tvangsfiksering: Regler/normer, accept af handlinger, vurdering af trusler, vurdering af handlinger, reorganisering af adfærd og handlinger samt afledning.

Handlings/interventionsstrategier:

Normer eller regler har indflydelse på om en handling var acceptabel eller den medfører tvangsfiksering. Grundlaget var fastlagt i en samfundsnorm beskrevet i lovgivningen (**Fejl! Ukendt argument for parameter.,Fejl! Ukendt argument for parameter.**), men tolkningen lå hos den enkelte der havde ansvaret, for iværksættelse af tvangsfikseringen. Om tolkningen var korrekt i de enkelte situationer kan afprøves i patientklagenævnet.

En af patienterne udtalte følgende:

”Det eneste jeg kan gøre, er at klage til patientklagenævnet, og de afviser sagen, de er ligeså indspiste som I er”.

Dette citat var et udtryk for, at patienten oplevede at kæmpe mod et system han ikke kunne påvirke. Spørgsmålet var her ikke om afgørelse var korrekt, men om vi skulle vælge at ændre vores tolkning af, hvornår en given handling medførte tvangsfiksering, for på denne måde at nedsætte antallet af tvangsfikseringer. Hvis man ville dette, ville det kræve en dialog bredt på hospitalerne og en holdningsændring hos personalet, der var ansvarlig for iværksættelsen af tvangsfikseringerne.

Et af de forhold der kunne være med til at ændre oplevelsen hos patienterne, var en åben dialog om normer og regler, at de var tydelige, og at de kunne forklares.

Det handlede også om personalets viden om indgrebets størrelse. En af patienterne beskrev, at det at være tvangsfikseret medførte at:

”Jeg får selvmordstanker af at være i bælte, jeg vil ikke igennem det en gang til”.

Det skal bemærkes at patienten truede med at begå selvmord efter han blev løsnet, men udførte det ikke. Citatet beskrev, selv om patienten ikke gjorde alvor af truslen, at der var ganske voldsomme negative følelser forbundet med at være tvangsfikseret, hvilket de fleste patienter havde.

Det var derfor vigtigt at personalet kendte indgrebets størrelse, så det kunne komme med i vurderingen af, hvornår tvangsfikseringen skulle iværksættes.

Accept af handlinger:

Et andet forhold der spillede ind på handlingernes konsekvens, var personalets og medpatienternes rummelighed. Det at være rummelig handler om holdninger som ovenfor beskrevet, men også om, hvor sikkert personalet optrådte i situationen, om de gav patienten en oplevelse af at kunne klare, eller kunne tage hånd om deres adfærd. En af patienterne svarede på spørgsmålet om personalets adfærd:

”De var bange”.

Det var klart at personalet ind imellem blev bange for aggressive patienter. Noget der kunne være med til at gøre personalet mindre bange var deres oplevelse af at kunne værge for sig. Det vil sige helt konkret at de kendte nogle selvforsvarsgreb og kunne anvende dem.

Oplevelsen af sikkerhed kunne også handle om, hvor meget personale der var tilstede. Patienterne beskrev at der var mellem to og otte personer tilstede i selve tvangsfikseringssituationen. Spørgsmålet er, om man kunne have mere personale tilstede i længere tid så personalet på denne måde kunne optræde med større selvtillid.

Vurdering af trusler:

Vurderingen af om trusler var reelle og senere blev iværksat, eller om de blev sagt i et øjeblikks vredes udbrud. Havde indflydelse på hvordan der blev handlet. En af patienterne der havde truet personalet fortalte:

”Jeg er ikke en person der slår løs på folk”

Det hørte dog med til historien at denne patient fortalte at han havde en dom for vold mod personalet. Så vurderingen af om truslerne var reelle eller ej var ganske vanskelige. Nogle situationer ville måske kunne håndteres ved, at der var mere personale tilstede i en periode. En anden patient giver som forklaring at han havde truet nogle af sine medpatienter. Her var det måske muligt at lave en frivillig aftale mellem patienterne, om at de holdt sig fra hinanden. Det var muligt, for at dette kunne lade sig gøre, at det ville kræve mere personale i en periode. Det at vurdere risikoen af om truslerne var reelle, var vigtigt for personalets oplevelse af tryghed. Der findes forskellige rating scales der kunne anvendes til dette (eksempelvis HCR-20 (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**)).

Vurdering af handlinger:

Vurderingen af handlingerne hang meget sammen med vurderingen af trusler. Dog vil vurderingen af om handlingen har baggrund i et selvvalgt ønske om at blive tvangsfikseret, kunne betyde at den reelle fare var længere væk (se afsnittet om langsom reaktion på følelser). Dette betyder at der var tid til at sætte ind med andre foranstaltninger.

Reorganisering af adfærd/handlinger:

Reorganisering af adfærd/handlinger handlede om at sætte andre handlinger i stedet for de handlinger der medførte tvangsfiksering. Patienterne kom med flere forslag til dette, musik, fysiske aktiviteter og så videre. Jeg har ikke eksempler på, hvordan dette virkede i patientinterviewene, men afdelingssygeplejerskerne fortalte mig om eksempler på dette, ligesom jeg selv tidligere har oplevet reorganisering blive brugt. Situationen var, at patienten bed medpatienter og personale når han blev utryg/bange. Patienten fik en pude at bide i, samtidig med at et personale holdt om ham. I løbet af et stykke tid kunne patienten selv få utrygheden til at forsvinde ved at efterligne denne adfærd. Interventionen her tager længere tid og var ikke noget der kunne iværksættes ”her og nu”. Men reorganisering var en vigtig metode til at undgå handlinger der medførte tvangsfiksering hos de mange patienter der blev tvangsfikseret flere gange, patienterne jeg interviewede havde tidligere været fikseret mellem en og tres gange.

Afledning:

Flere af patienterne fortalte om forløb, hvor handlingerne eskalerede og for eksempel startede med trusler for senere at gå over i fysiske overgreb. Det handlede her om at aflede tankerne (vrede og frygt) til andre mere positive tanker, og om tidlig intervention i forløbet og derfor personalets tilstedeværelse og deres evnen til at kunne analysere situationen (som beskrevet i forhold til følelser).

Konsekvenser:

Konsekvenserne, hvis det ikke var muligt at intervenere over for handlingerne var at processen fortsatte hen imod tvangsfikseringen.

4.2.4 Rammefaktorer

Fænomenet:

Fænomenet der var tale om i denne kategori, var de faktorer der dannede rammen om selve tvangsfikseringen.

- Oplevelser i forbindelse med perioden umiddelbart før tvangsfikseringen, det at patienterne blev holdt fast og ført til stuen, hvor han blev lagt på en seng og spændt fast med et bælte om maven, nogle gange også med remme på hænder og/eller fødder.

- Oplevelser i forbindelse med perioden under tvangsfikseringen, hvor patienten lå fastspændt i bæltet. Under tvangsfikseringen var der plejepersonale (fast vagt) der observerede vedkommende hele tiden. Ofte blev der givet beroligende medicin mod patientens vilje. Patienterne lå fikseret mellem to timer og enogtyve døgn.
- Oplevelser i forbindelse tiden umiddelbart efter tvangsfikseringen, bearbejdning af de negative oplevelser.

Kausale betingelser:

Kategorien blev udviklet ud fra underkategorierne: Glemsel eller fortrængning, negative oplevelser, følelser i tvangsfikserings situationen, fast vagt, positive oplevelser, varighed – overensstemmelse, forholdet til personalet, lægetilstedeværelse, nedsættelse af antallet og forbedringer. Den kausale betingelse for dette fænomen var handlingerne, der tidligere er beskrevet.

Konteksten:

Om fænomenet beskrev patienterne både positive og negative forhold:

Af positive oplevelser beskrev patienterne:

At blive roligere, ikke så bange, ikke så vrede, at den faste vagt og personalet snakkede med dem, blandt andet, om hvad der var sket, at de faldt i søvn, at ryge, at Gud var tæt på, at forholdet til personalet blev bedre, at få klar besked, om hvor længe de skulle ligge der.

”Det var rart at hun (kontaktpersonen) kom ind og snakkede med mig. Vi snakkede, om hvad der var sket, og hvorfor jeg var kommet i bælte”.

Patienterne forklarede, at grunden til at tvangsfikseringen hjalp, var for nogles vedkommende medicinen og dels fordi tiden gik så de fik mulighed for at få angsten/frygten eller vreden, som oftest var den udløsende følelse, på afstand.

Af dårlige eller negative oplevelser, beskrev patienterne:

At personalet var for voldsomme og at det gjorde ondt, at de mange mennesker gav en følelse af klaustrofobi, at ligge ubehageligt, at føle sig indespærret, at føle sig nedværdiget, at blive behandlet dårligt, ikke at måtte ryge (nok), at de hvide vægge var ubehagelige at stirre på, at den faste vagt ikke sad inde i rummet hos dem, at personalet ikke lod dem komme på toilettet (de fik i stedet bækken), foruroligere tanker om tidligere traumatiske oplevelser (der kunne minde om elementer i et post traumatisk stress syndrom, hvilket jeg dog ikke har undersøgt), frygten for at blive tvangsfikseret igen, at det var tortur og ødelæggelse af tillidsforholdet til personalet.

”Jeg har mindre tillid til dem (personalet), også til mine kontaktpersoner, fordi de vælger at bæltefikse mig. Jeg syntes det er strengt i stedet for at snakke med mig, stille og roligt”.

”Forholdet til personalet er blevet dårligere. Jeg har et dårligt forhold til XX, fordi han var med til at fastholde mig. Han kan ikke gøre mig glad, når han kommer grinende ned af gangen, som han kunne tidligere”.

Relationen (**Fejl! Ukendt argument for parameter..** s. 105-52, **Fejl! Ukendt argument for parameter..** kap. 5, **Fejl! Ukendt argument for parameter..** s. 155-98) mellem patienterne og pleje- og behandlingspersonalet var meget vigtigt og grundlæggende for om plejen og behandlingen lykkedes. Relationen var ofte grundlaget for, om patienterne ønsker at følge den pleje og behandling, der blev tilbudt for at de kunne komme til at leve bedre med deres sygdom (compliance). Nogle af patienterne oplevede, at forholdet tog skade, mens andre ikke oplevede dette, et par endda tværtimod. Hvis patienternes oplevelse var meget negativ, blev forholdet til personalet også mere ødelagt.

Et andet forhold der kunne diskuteres var tilstedeværelsen af læge umiddelbart før tvangsfikserings-situationen, hvor der kun var læge tilstede i halvdelen af tilfældene, og hvor der står i loven:

”Af hensyn til patientens egen eller andres sikkerhed, være uforsvarligt at afvente lægens tilsyn, kan sygeplejepersonalet på egen hånd beslutte (Fejl! Ukendt argument for parameter.)”.

Det var spørgsmålet, om denne formulering blev overholdt, men begrundelsen, hvorfor består af mange organisatoriske og holdningsmæssige aspekter det ikke var muligt at analysere ud fra dette studie. Jeg spurgte også patienterne hvor lang tid de mente tvangsfikseringen burde have varede. Typisk var svaret cirka halvdelen af den tid de reelt var tvangsfikseret. Patienterne mente, at de havde fået deres følelser på plads efter denne tid.

Intervenerende omstændigheder:

Interventionen i forhold til fænomenet rammefaktorer handlede umiddelbart om forbedringer i forhold til tvangsfikseringssituationen. Men dette ”løste” ikke problemet. Det nedsatte kun eftervirkninger af indgrebet. Det egentlige spørgsmål, handlede om ikke at tvangsfiksere.

Hvis vi skulle undlade at tvangsfiksere, var der to forhold det var vigtigt at se på. Det var de forhold, der handlede om holdninger til, hvornår en tvangsfiksering blev iværksat og de forhold der handlede om at gøre noget andet end at tvangsfiksere.

Handlings-/interventionsstrategier:

Holdningerne til, hvornår tvangsfikseringen skulle iværksættes er behandlet i afsnittet omhandlende handlinger.

Det andet forhold var at sætte noget andet i stedet for tvangsfikseringen, som vi kendte den.

Patienterne fortæller, at de hellere ville have været holdt fast eller holdt om, af personalet eller at de hellere ville have været i et rum, hvor de ikke kunne skade sig selv eller andre (isoleret). I andre lande, hvor man anvender alle tre typer af teknikker beskriver Bower (Fejl! Ukendt argument for parameter.), at sygeplejerskerne oplever fastholdelse og isolation som mindre indgribende overfor patienten end bæltefiksering. Der beskrives et problem vedrørende isolation, at det giver patienterne oplevelsen af ensomhed og utryghed på samme måde, som vi her i landet ser det ved indsatte fanger i fængslerne, der er isolerede. Dette betyder, at lovgivningen omhandlende fastvagt ikke må ændres selvom man valgte at give personalet mulighed for at anvende denne form for indgreb i stedet for bæltefiksering.

Angående brugen af fysisk fastholdelse i stedet for bæltefiksering, var der ikke noget i lovgivningen der hindrede at dette indgreb blev anvendt oftere, end det var tilfældet.

Da spørgsmålet om tvangsfiksering ikke var et enten eller, men en opgave der skulle vurderes i forhold til den enkelte situation og den enkelte patients følelses- og handlingsmønstre, betød dette, at jo flere alternative måder personalet kunne agere på, jo mindre indgribende ville oplevelsen være for den enkelte patient. Her tænkes specielt på en øget brug af fastholdelse og muligheden for at anvende isolation. Anvendelsen af isolation kræver en lovændring. Hvis man vælger at ændre lovgivningen, så det bliver muligt at foretage isolation, er det vigtigt i første omgang, at åbne for muligheden af at gennemføre evaluerede forsøg med dette tiltag.

Vedrørende forhold lige før og under tvangsfikseringen der kunne forbedres, foreslog patienterne følgende:

- Mindre fysisk magtanvendelse i tvangsfikseringssituationen. En patient oplevede at det gjorde ondt, når personalet brugte brudegrebet (et greb der giver kontrol uden at medføre smerte). En anden patient fortalte om en tidligere tvangsfiksering, hvor han brækkede armen. Det vigtige her var, at personalet var ordentligt trænet i at anvende fysiske fastholdelses- og kontrol teknikker.
- Flere patienter påpegede det ubehagelige og nedværdigende i at få bækken i sengen. Det var her vigtigt at tænke tvangsfiksering ikke kun som bæltefiksering i sengen, men at der var mulighed for at fikse hænderne under et toilet besøg så det ikke var nødvendigt at løsne patienten fuldstændig, med en eventuel ny voldsom tvangsfiksering til følge. Det, at give patienten mulighed for at røre sig, at komme ud af sengen forebygger også muligheden for trombose dannelse. En meget sjældent forekommende tilstand, men meget farlig. Hem (Fejl! Ukendt argument for parameter.) finder to tilfælde, blandt tohundrede tvangsfikserede patienter i Norge. Det ene opstod allerede på anden dagen, hvor patienten var fikseret.

Det er vigtigt at vurdere de etiske aspekter ved at patienten går fikseret rundt. For eksempel med hænderne spændt fast til et bælte om maven, at det ikke er, hvor der er andre patienter tilstede, eller muligheden for at pårørende kommer forbi.

- Flere patienter beskrev, decideret at tillidsforholdet til deres kontaktpersoner, som værende blevet dårligere, fordi kontaktpersonerne deltog fysisk i tvangsfikseringen. Det er muligt at plejepersonalet skal overveje, om kontaktpersonerne ikke skal deltage i den direkte fysiske kontakt med patienten, men være mere aktive i forhold til perioden, hvor der kan interveres ved hjælp af psykologiske aktiviteter.

Herudover fremkom patienterne med helt konkrete forslag til:

At måtte ryge, når de havde brug for det, musik i rummet, fjernsyn i rummet, billeder på væggene, mere kontakt og dialog med personalet kunne give større trykthed, herunder også tilstedeværelsen af den faste vagt.

For at dette kan ændres kræves anderledes holdninger fra personalets side til det, at være tvangsfikseret.

Konsekvenser:

Konsekvenserne, hvis det ikke var muligt at interverere over for rammefaktorerne var at oplevelsen af tvangsfikseringen, fortsat for mange patienter vil være meget negativ, med deraf følgende konsekvenser for relationen.

4.2.5 Læring

Fænomenet:

Fænomenet der var tale om var læring i forløbet efter tvangsfikseringen. Fænomenet skulle forstås bredt, både det at arbejde med dårlige oplevelser, holdninger, sociale relationer, men også det at lære følelshåndtering eller nye handle-mønstre. Jeg valgte at kalde kategorien læring, fordi begrebet var mere dækkende end undervisning.

Illeris beskriver, læring som: En integreret proces der omfatter to sammenhængende delprocesser som gensidigt påvirker hinanden: Samspilsprocesser mellem individet og dets omgivelser (sociale/samfundsmæssige) og den indre psykiske tilegnelses- og forarbejdningsproces (psykodynamiske og kognitive) som fører frem til et læringsresultat (**Fejl! Ukendt argument for parameter..** s. 15-16).

Læringen i forløbet efter tvangsfikseringen omhandlede ikke kun konkrete forhold, men også forhold der kunne arbejdes videre med i efterforløbet. Disse er beskrevet i interventionerne i de andre kategorier. Læringen handlede om, at patienten lærte i samspillet med personalet. Her skulle personalet både forstås som subjekter, men også som rollemønstre for samfundets regler og normer. Derudover tilbød personalet hjælp til den enkelte patients psykiske tilegnelses- og forarbejdningsproces gennem kognitiv- og psykodynamisk terapi. Terapien i det psykiatriske speciale var grundlæggende også en form for læring, det at lære patienterne at håndtere følelser, at udvikle andre handle-mønstre med mere.

Kausale betingelser:

Kategorien blev udviklet ud fra underkategorierne: Andre fikseret, dialog med personalet, forholdet til personalet, nedsættelse af antallet, forbedringer og læring.

Den kausale betingelse for dette fænomen var rammefaktorerne eller selve tvangsfikseringen.

Konteksten:

Da jeg spurgte patienterne om dialogen med personalet efter tvangsfikseringen, beskrev de følgende:

” Vi snakkede om, hvorfor jeg blev lagt i bælte, og hvad der skete”

”Nej, det er omsonst at tale med dem”.

De fleste patienter beskrev, at de ikke havde talt med personalet om det. En ønskede det ikke selv.

Det den første patient beskrev, kunne kaldes debriefing. Debriefing er en form for krisehjælp efter en voldsom begivenhed der er opbygget i faser: I første fase slås det fast hvad der egentligt skete, herefter en kognitiv fase, hvor tanker og begivenheder diskuteres. Næst efter en emotionel fase, hvor følelsesmæssige reaktioner fremlægges og diskuteres. En symptom fase, hvor stress og andre reaktioner identificeres. En oplysnings fase, hvor deltageren får viden om normale reaktioner (og eventuelt PTSD) og til sidst en fase, hvor der opsummeres og der gives gode råd med på vejen (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**). Ideen med at snakke om tvangsfikseringen eller en mere struktureret debriefing var, at mindske de følelsesmæssige eftervirkningerne af tvangsfikseringen som flashback og dårlige minder (flere patienter oplevede disse).

Ved spørgsmålet om hvad patienterne havde lært af at være tvangsfikseret fortalte en patient følgende:

”Jeg siger med det samme, hvis der er noget jeg er utilfreds med. Jeg bliver stadig sur og vred, men så har jeg aftalt med personalet at de siger til mig, at jeg skal gå på stuen, så det ikke udvikler sig. Så er jeg der en time, og så går det over. Det er en god ide og en stor hjælp for mig. Så falder jeg ned, pulsen går ned, og adrenalinen begynder at forsvinde. Nogle gange er det nok de siger mit navn så ved jeg godt, at jeg har brug for at gå ned for mig selv, men jeg er ikke helt nået til, at jeg selv kan styre det, men det er næste skridt. Jeg er begyndt at have mere tillid til mine kontaktpersoner igen, men det er stadig ikke helt så godt som før tvangsfikseringen”.

De læringstiltag patienten arbejdede med i dette tilfælde var følelshåndtering, holdningsbearbejdning overfor sociale regler og normer og relationen til plejepersonalet.

Intervenerende omstændigheder:

Læring som fænomen set i bredere strukturel kontekst var måske noget af det eneste der var evidens (kvantitativ evidens men også underbygget af kvalitative studier) for at kunne have en positiv virkning på antallet af tvangsfikseringer. Bower (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**) beskrev at flere uddannelses programmer har vist sig, at være succesfulde. Fokus for læringen var fortrinsvis personalet, men de afledte virkninger af denne læring ville også hjælpe patienterne.

Dette fænomen, handlede kun om patienternes læringsbehov, men i en bredere kontekst kan man ikke se bort fra personalets behov for læring.

Handlings/interventionsstrategier:

Interventionerne i forhold til fænomenet læring kunne kaldes læringstiltag. Af læringstiltag i perioden efter tvangsfikseringen er ovenfor nævnt debriefing, samt terapeutiske læringstiltag overfor fænomenerne: Årsager, følelser, handlinger og rammefaktorer. De terapeutiske læringstiltag er beskrevet tidligere, hvorfor kun debriefing vil blive gennemgået her:

De patienter der oplevede en form for debriefing eller dialog om situationen, var også de patienter der var mest positive. Dette kunne være et tilfælde, men ser man på debriefing som et læringstiltag, hvor patienterne fik den første mulighed for at få sat ord på det der skete, og hvor dialogen kunne være med til at starte helingsprocessen af kontaktforholdet til personalet, var det ikke mærkeligt at næsten alle patienter oplevede dette positivt. To patienter gav den begrundelse, at det var svært for dem at huske, hvad der reelt skete under tvangsfikserings forløbet. Debriefing eller anden systematisk dialog efter en tvangsfiksering bør derfor være et tilbud til alle patienter.

Konsekvenser:

Konsekvenserne af fænomenet var en gentagelse af årsagerne, følelserne, handlingerne og rammefaktorerne.

4.3 *Selektiv kodning*

Den kategori, der blev udpeget som den endelige kernekategori var fænomenet læring. Den blev udvalgt efter, at de andre kategorier blev afprøvet som kernekategori, men disse kunne ikke forklare de sammenhænge, som fandtes på tværs af kategorierne. For eksempel afprøvede jeg kategorien følelser, men den kunne ikke forklare det, der grundlæggende var årsagen til tvangsfikseringerne.

Kernekategorien blev beskrevet på samme måde som kategorierne i forhold til paradigmemodellen fordi modellen på glimrende vis kombinerede strukturen og processen i konstruktionen af kernekategorien. Derudover havde jeg sikret mig, at kernekategorien opfyldte de kriterier Strauss og Corbin har beskrevet for denne.

Herefter blev den analytiske historie beskrevet.

4.3.1 **Kernekategorien – Læring**

Fænomenet:

Fænomenet, der var tale om var læringsaktiviteter som interventioner for at nedsætte antallet af tvangsfiksering. Fænomenet læring skulle forstås bredt, og indeholdt alle de tiltag der kunne medvirke til at nedsætte antallet af tvangsfikseringer.

Illeris beskrev, som tidligere nævnt læring som: En integreret proces der omfatter to sammenhængende delprocesser som gensidigt påvirker hinanden: Samspilsprocesser mellem individet og dets omgivelser (sociale/samfundsmæssige) og den indre psykiske tilegnelses- og forarbejdningsproces (psykodynamiske og kognitive) som fører frem til et læringsresultat (**Fejl! Ukendt argument for parameter..** s. 15-16).

Læringen i dette studie beskæftigede sig med at patienten lærte i samspillet med personalet. Her skulle personalet forstås som subjekter, men også som rollemodeller for samfundets regler og normer. Derudover tilbød personalet hjælp til den enkelte patients psykiske tilegnelses- og forarbejdningsproces gennem pleje og behandling i en kognitiv- og psykodynamisk referenceramme i interaktion med samfundets normer, regler, rammer og udvikling.

Kausale betingelser:

Kernekategorien blev udviklet ud fra kategorierne: Årsager, følelser, handlinger, rammefaktorer og læring.

Den kausale betingelse for fænomenet var selve begrebet tvangsfiksering.

Konteksten:

Illeris beskriver i sin læringsteori, at den befinder sig i spændingsfeltet mellem Piaget, Freud og Marx.

Piaget, der står for den kognitive dimension, hvor læringen består i individets opbygning af psykiske strukturer eller skemaer gennem en fortsat konstruktions- og rekonstruktionsproces.

Freud, der står for den psykodynamiske dimension, hvor læringen handler om, hvordan situationen bliver oplevet, hvilke følelser og hvilken motivation der kan knyttes til processen.

Marx, der står for den sociale og samfundsmæssige dimension, hvor den sociale læring er forbundet med deltagelse og handling i praksisfællesskaber, hvor menings- og identitetsudvikling finder sted som gensidige sociale processer. Og hvor den samfundsmæssige læring hænger sammen med begrebet socialisation der betegner de processer hvorigennem individet tilegner sig de gældende samfundsmæssige normer og strukturer og dermed bliver en del af samfundet (**Fejl! Ukendt argument for parameter..** kap 1,2,4,7).

På samme måde arbejder vi i psykiatrien blandt andet med kognitiv (miljø) terapi (**Fejl! Ukendt argument for parameter..**), psykodynamisk (miljø) terapi (**Fejl! Ukendt argument for parameter..** s. 63-98), sociale samspilsprocesser i form af relationsbehandling (**Fejl! Ukendt argument for parameter..** s. 105-52, **Fejl! Ukendt argument for parameter..** kap. 5) og i samspil med det omgivende samfund.

Plejen og behandlingen i det psykiatriske speciale har jeg valgt at se som en form for læring, det at lære patienterne at håndtere følelser, at udvikle andre handle-mønstre med mere.

Samfundet har valgt nogle regler og normer for området, blandt andet i form af lovgivning, som dermed også bliver en del af læringen.

Intervenerende omstændigheder:

Læring som fænomen set i en bredere strukturel kontekst var måske noget af det eneste der var (kvantitativ) evidens for at have en positiv virkning på antallet af tvangsfikseringer. Bower (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**) beskriver, at flere uddannelsesprogrammer har vist sig at være succesfulde. Fokus for læringen er fortrinsvis personalet, men de afledte virkninger af denne læring ville også hjælpe patienterne.

Hvordan læringen konkret skal udformes, er der forslag til senere men det er vigtigt i den sammenhæng at nævne, at valget af metoder skal tages ud fra de tidligere beskrevne tanker, om at læringsprocessen er en proces der integrerer psykodynamiske, kognitive og sociale aspekter. Samt at disse skal integreres med de metoder vi anvender i forvejen i den psykiatriske pleje og behandling, fordi læringen ikke skal ses som et isoleret fænomen af pædagogisk herkomst men indvævet i den daglige pleje og behandling.

Handlings/interventionsstrategier:

Interventionerne eller læringstiltagene, der gennem analysen blev tydelige er placeret i den efterfølgende tabel, nogle af tiltagene var ikke direkte læringstiltag men havde indflydelse på læringsprocessen i form af rammefaktorer som fysiske forhold, organisatoriske forhold og lignende:

Tabel 2. Læringstiltag der modvirker tvangsfiksering*:

Emne:	Læringstiltag:
Mindske eller eliminere de psykotiske oplevelser der medfører tvangsfikseringen	Psykodynamisk terapi (Fejl! Ukendt argument for parameter. s. 63-98), kognitiv terapi (Fejl! Ukendt argument for parameter.), miljøterapi (Fejl! Ukendt argument for parameter. , Fejl! Ukendt argument for parameter. s. 219-48), samtaleterapi (den terapeutiske samtale) (Fejl! Ukendt argument for parameter. s. 313-31, Fejl! Ukendt argument for parameter. kap. 1-3, 5-6), ”jeg støttende sygepleje” (Fejl! Ukendt argument for parameter. s. 77-103), relationsbehandling (Fejl! Ukendt argument for parameter. s. 105-52), psykoeducation (Fejl! Ukendt argument for parameter. kap. 10) og mange andre. Læringen handler om viden og anvendelse af denne viden. Læringens fokus er patienterne og personalet.
Mindske eller eliminere brugen af rusmidler for derigennem at undgå psykotiske oplevelser der medfører tvangsfiksering	Misbrugsbehandling (Fejl! Ukendt argument for parameter. kap. 9, Fejl! Ukendt argument for parameter. kap. 6,7), herunder det at arbejde med at skabe et miljø, hvor snakken om stoffer og tilgængeligheden af stoffer mindskes er vigtig som en del af interventionen. Læringen handler om viden og anvendelse af denne viden. Læringens fokus er patienterne og personalet.
Mindske eller eliminere konflikter med baggrund i personlige, sociale og samfundsmæssige forhold der medfører tvangsfikseringer	Adfærdstræning, så som kognitiv social færdighedstræning (Fejl! Ukendt argument for parameter. kap. 10), mestrings- og copingstrategier (Fejl! Ukendt argument for parameter. kap. 5, Fejl! Ukendt argument for parameter. , Fejl! Ukendt argument for parameter.), socialisering (Fejl! Ukendt argument for parameter. kap. 4), konflikthåndtering (Fejl! Ukendt argument for parameter.). Læringen handler om viden og anvendelse af denne viden. Læringens fokus er patienterne og personalet.
Accept af sociale normer, regler og rammer (herunder husordner).	I forhold til patienternes indre psykiske tilegnelses- og forarbejdningsproces henvises til cellen ovenfor. Arbejde med accepten af konkrete sociale normer, regler og rammer (herunder husordner) i de enkelte afsnit: Arbejde med regler og normer skulle gerne være en uendelig proces af dialog og demokratiske beslutninger, med plads til den enkelte som person. Hvilket også ville

* Litteratur referencerne er kun vejledende, der findes meget god litteratur på området. Disse referencer er primært dem vi anvender i grund- og videreuddannelse at psykiatrisk hospitalspersonale.

	<p>hjælpe til at forklaringskraften i, hvorfor man har en bestemt regel, bliver mere tydelig, forståelig og accepteret.</p> <p>For at sikre at det enkelte afsnits rammer, regler og normer udvikler sig etisk og kvalitativt kunne man indføre audit (Fejl! Ukendt argument for parameter., Fejl! Ukendt argument for parameter.. s. 50-4). Til at starte med ved langvarige og gentagne tvangsfikseringer. Læringen handler om holdninger, opbygning, anvendelse og implementering. Læringens fokus er patienterne og personalet.</p>
Psykofarmakologisk behandling som virkemiddel mod tvangsfikseringer	<p>Psykofarmakologisk behandling (Fejl! Ukendt argument for parameter.- Fejl! Ukendt argument for parameter..). Det er et oplagt emne at berøre i forbindelse med psykoeducationen (Fejl! Ukendt argument for parameter.. kap. 10). Derudover skal patienternes egne erfaringer med medicin og tvangsfiksering inddrages. Læringen handler om viden, anvendelse og holdninger. Læringens fokus er patienterne og personalet.</p>
Håndtering af følelser så de ikke medfører negative (aggressive) handlinger, der medfører tvangsfiksering	<p>Håndtering af følelser bliver berørt i både den psykodynamiske og kognitive litteratur. Et rigtigt godt bud på litteratur der udelukkende handler om følelser i et læringsperspektiv er Goleman (Fejl! Ukendt argument for parameter..). Han beskriver, hvordan følelserne viser sig, kommer med en videnskabelig forklaring (neuropsykologisk/anatisk), giver bud på, hvordan den enkelte lærer at håndtere dem og giver forslag til læringsprogrammer for personale og patienter (en del dog med udgangspunkt i børn). Læringen handler om viden, anvendelse og holdninger. Læringens fokus er patienterne og personalet.</p>
Pleje- og behandlings alliancen som grundlag for patienternes indflydelse på iværksættelsen af tvangsfikseringer og relationens betydning for læring og oplevelsen, herunder personale tilstedeværelse	<p>Relationen (Fejl! Ukendt argument for parameter.. s. 105-52, Fejl! Ukendt argument for parameter.. kap. 5, Fejl! Ukendt argument for parameter.. s. 155-98) mellem patienterne og pleje- og behandlingspersonalet er meget vigtigt og grundlæggende for om plejen og behandlingen lykkes. Relationen er ofte grundlaget for, om patienterne ønsker at følge den pleje og behandling der tilbydes for at de kan komme til at leve bedre med deres sygdom (compliance). Læringen handler om viden, anvendelse og holdninger. Læringens fokus er patienterne og personalet.</p> <p>Personalets tilstedeværelse blandt patienterne er grundlaget for at opbygge en stræk og udviklende relation: Tilstedeværelsen kan styrkes ved at udvikle kontaktlæge- og kontaktpersons systemerne, samt differentierede observations/kontakt niveauer. Læringen handler om ændring af organisatoriske forhold og holdninger. Læringens fokus er personalet og ledelser.</p>
Reorganisering og afledning af negative (aggressive) handlinger, der medfører tvangsfiksering	<p>Håndtering af handlinger er tæt knyttet til håndteringen af følelser, derfor indeholder læringen på området det samme som beskrevet under følelshåndtering.</p>
Vurdering af risikoen ved trusler og handlinger så aggressive handlinger kan forebygges i tide	<p>Det, at kunne forudse eventuelle aggressive handlinger er vigtigt for at kunne forebygge i tide. Der er flere typer af observationsskemaer til dette. Et af dem hvor der er evidens for graden af forudsigeligheden er The historical, Clinical and Risk Management Scale (HCR-20), udviklet af C. D. Webster, D. Eaves, K. S. Douglas og A. Wintrup i 1995 (Fejl! Ukendt argument for parameter..). Læringen handler om personalets viden om og brug af skemaet, samt implementering. Læringens fokus er personale.</p>
Debriefing for at mindske de følelsesmæssige eftervirkninger af tvangsfikseringen	<p>Ideen med at tale om tvangsfikseringen eller en mere struktureret debriefing (Fejl! Ukendt argument for parameter..) er, at mindske de følelsesmæssige eftervirkningerne af tvangsfikseringen som flashback og dårlige minder. Læringen handler om personalets viden om og brug af teknikken i debriefing, samt implementering. Læringens fokus er fortrinsvis personalet men derigennem også patienterne.</p>
Fastholdelse og isolation i stedet for tvangsfiksering	<p>Da spørgsmålet om tvangsfiksering ikke er et enten eller, men en opgave der skal vurderes i forhold til den unikke situation og den enkelte patients følelses- og handlingsmønstre, betyder dette, at jo flere alternative måder personalet kan agere på, jo mindre indgribende vil oplevelsen være for den enkelte patient. Her tænkes specielt på en øget brug af fastholdelse og muligheden for at anvende isolation. Anvendelsen af isolation kræver en</p>

	lovændring. Læringen handler om holdninger, organisatoriske forhold og samfundsmæssige ændringer (lovgivning). Læringen fokus er patienterne, personalet og samfundet (lovgivningsmagten)
Sikkerhed, herunder forebyggelsen af fysiske skader	Personalets viden om og anvendelse af skånsomme fysiske holde (kontrolmidler)- og afværgegreb (herunder procedurer i forbindelse med voldsomme episoder) medfører øget sikkerhed i personalets optræden, samt nedsætter muligheden for skader på patienter og personale. Læringen handler om viden, øvelser, anvendelse og vedligeholdelse. Læringens fokus er personalet.
Sengelejts komplikationer og toiletbesøg	Sengelejts komplikationer handler blandt andet om forebyggelse af tryksår, nervelæsioner, tromboser og andet. Det handler om, at patienterne ikke må ligge ned for lang tid af gangen. Derfor er det sat sammen med toiletbesøg fordi det er en kærkommen måde at komme ud af sengen på, og det at få bækken i sengen opleves af de fleste patienter meget nedværdigende. Læringen handler om viden, holdninger og organisatoriske/fysiske ændringer. Læringens fokus er personalet.
Eliminere "Fængselsjargonen" for at modvirke denne specielle sociale gevinst ved at blive tvangsfikseret	Det, at det giver højere anseelse blandt medpatienterne at blive tvangsfikseret, er et problem der bør modvirkes. For at imødegå dette, handler det om at have en åben dialog i afsnittet om hvad tvangsfiksering er, og nedtone "fængselsjargonen". Selvfølgelig ikke i forhold til den aktuelle tvangsfiksering, men som en generel dialog. Læringen handler om dialog og holdninger. Læringens fokus er patienterne.
Konkrete forhold i forbindelse med tvangsfikseringen	Rygning under tvangsfikseringen, musik og fjernsyn samt billeder på væggene i tvangsfikseringsrummet og øget kontakt til personalet under tvangsfikseringen. Læringen handler, om holdninger og organisatoriske forhold. Læringens fokus er personalet.

Konsekvenser:

Konsekvenserne af, at der ikke intervereres overfor fænomenet tvangsfiksering var, at antallet af tvangsfikseringer forblev status quo, hvor mange patienter ville blive tvangsfikseret igen og igen. Konsekvenserne for psykiatrien, hvis vi ikke evner at eliminere tvangsfikseringerne vil være, at vi igen og igen vil blive gjort til genstand for negativ offentlig omtale, i forhold til vores etiske værdier. Det er et af de områder, hvor det i forhold til vores selvforståelse, gør mest ondt.

4.3.2 Den analytiske historie

I den analytiske historie sammenfattes de tre analysetrin til en samlet beskrivelse af fænomenet tvangsfiksering, med udgangspunkt i kernekategorien "læring".

De patienter, der deltog i studiet havde alle erfaringer med at blive tvangsfikseret, de fleste af dem mange gange. De beskrev deres oplevelser, erfaringer, følelser, handlinger og kom med forslag til hvordan det kunne blive en bedre oplevelse og hvad man kunne gøre for at nedsætte antallet af tvangsfikseringer i psykiatrien.

Det billede, der i starten af analysen viste sig af tvangsfikseringen som fænomen, var det samme som da jeg gennemgik litteraturen nemlig, at det bar præg af uoverskuelighed og inkonsistens. På ingen af de spørgsmål jeg stillede, fik jeg enslydende svar fra alle patienter.

Dette er ikke mærkeligt da der er tale om et fænomen der har mange facetter, det involvere ikke bare den enkelte patient og personalet, men også sociale, organisatoriske, administrative (herunder lovgivningsmæssige), kulturelle og etiske aspekter.

Men det betød at det ikke var muligt at finde en løsning (en intervention), men at fænomenet bestod af et kompliceret spind af holdninger, interaktioner og handlinger. Det, der kan være rigtigt og virkningsfuldt for en patient eller et afsnit er ikke nødvendigvis det samme der er virkningsfuldt for en anden patient eller et andet afsnit.

Gennem analysen opstod der to sammenhænge: En kronologisk årsags- virknings sammenhæng mellem nogle af kategorierne (årsager, følelser, handlinger og rammefaktorerne) og en karakteristik af interventionsforslagene i form af, at de var læringsorienterede (læringstiltag).

Læringstiltagene/interventionerne der gennem analysen blev klarlagt handlede om læringsaktiviteter indenfor følgende områder (nærmere beskrevet under kernekategorien):

Årsager:

Mindske eller eliminere de psykotiske oplevelser der medførte tvangsfikseringen, mindske eller eliminere brugen af rusmidler for derigennem at undgå psykotiske oplevelser, der medførte tvangsfiksering, mindske eller eliminere konflikter med baggrund i personlige, sociale og samfundsmæssige forhold der medførte tvangsfikseringer, psykofarmakologisk behandling som virkemiddel mod tvangsfikseringer og eliminere "fængselsjargonen" for at modvirke denne specielle sociale gevinst ved at blive tvangsfikseret.

Følelser:

Håndtering af følelser, så de ikke medførte negative (aggressive) handlinger, der medførte tvangsfiksering, pleje- og behandlings alliancen som grundlag for patienternes indflydelse på iværksættelsen af tvangsfikseringer og relationens betydning for læring og oplevelsen, herunder personale tilstedeværelse.

Handlinger:

Reorganisering og afledning af negative (aggressive) handlinger, der medførte tvangsfiksering, accept af sociale normer, regler og rammer (herunder husordner), var tæt knyttet til interventionen omhandlende konflikter og vurdering af risikoen ved trusler og handlinger så aggressive handlinger kunne forebygges i tide.

Rammefaktorer:

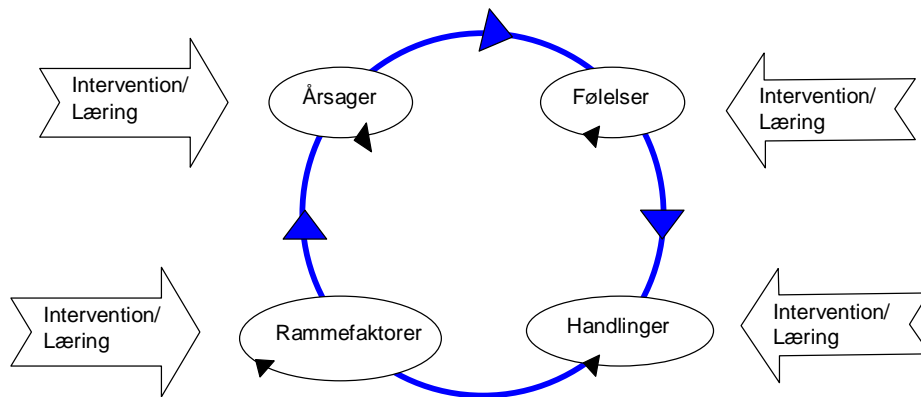
Sikkerhed, herunder forebyggelsen af fysiske skader, var tæt knyttet til håndtering af handlingerne, fastholdelse og isolation i stedet for tvangsfiksering, sengelejts komplikationer og toiletbesøg, konkrete forhold i forbindelse med tvangsfikseringen (Rygning, musik, fjernsyn, billeder/udsmykning og øget kontakt til personalet under tvangsfikseringen) og debriefing for at mindske de følelsesmæssige eftervirkninger af tvangsfikseringen.

Det kan godt virke som om de foreslåede læringstiltag/interventioner i kernekategorien ligner en form for opskrift, hvis man iværksatte de foreslåede aktiviteter, kunne man undgå tvangsfikseringer. Sådan hænger det imidlertid ikke sammen, dels fordi dette studie ikke har afsløret alle de forhold der findes i forhold til tvangsfiksering og derfor heller ikke alle de interventioner/læringstiltag, der kunne være aktuelle. Dels fordi det ikke altid vil være nødvendigt at iværksætte alle aktiviteter.

Det viste sig at de fire kategorier: Årsager, følelser, handlinger og rammefaktorer (hvori selve tvangsfikseringen fandt sted), var indbyrdes forbundet i en kronologi, en årsags-virknings-sammenhæng, hvilket betød, at hvis man kunne eliminere det ene af fænomenerne, ville man automatisk stoppe den fremadskridende proces og derfor eliminere den aktuelle tvangsfiksering.

Den efterfølgende figur beskriver denne kronologiske årsags-virknings sammenhæng.

Figur 4: Cyklisk procesmodel for interventionsanalyse af tvangsfikseringer



Alle de patienter jeg interviewede, havde flere og nogle mange tvangsfikseringer bag sig. Dette er meget typisk for psykiatriske patienter og kan ses blandt andet i interne opgørelser fra SHH, men også i Danmark og andre steder i verden (se indledningen). Dette betyder at sandsynligheden for, at en patient der først har været tvangsfikseret en gang, bliver det igen, er meget stor. For at beskrive dette er modellen opbygget cyklisk. Hvor rammefaktorerne (hvor selv tvangsfikseringen findes) afløses af nye årsager.

Kernekategorien læring var knyttet til de fire fænomener som mulige interventioner eller læringsaktiviteter.

Nogle af de beskrevne fænomener er ganske vanskelige at eliminere, dette betyder at jo flere steder i cirklen man intervenserer jo større chance er der for at undgå tvangsfikseringen. Et eksempel kunne være: En voldsomt psykotisk patient oplever små mænd, der gør ham bange. Hans erfaring siger ham, at hvis han bliver bæltefikseret forsvinder de psykotiske oplevelser. Hvorfor han smider med borde og stole i opholdsstuen og derefter bliver tvangsfikseret. Gennem medicinsk behandling, psykoterapi og miljøterapeutisk sygeplejeintervention, mindskes de psykotiske oplevelser, men de er der fortsat indimellem. Til gengæld er det nu muligt at aflede hans følelse af at være bange ved hjælp af boldspil i haven. Dette medfører at patienten ikke handler for at komme i bælte.

Dette eksempel beskriver, at når man eliminerer et af fænomenerne (handlingerne) gennem intervention flere steder i "cirklen", stopper processen, og patienten bliver ikke bæltefikseret.

Dette eksempel er fiktivt, men meget tæt på, hvad en af patienterne oplevede, det er naturligvis ikke identisk, da alle patienterne jo blev tvangsfikseret.

Microcirklerne rundt om de enkelte fænomener skal illustrere, at de har hver deres sæt af tilhørende processer og interventioner.

Jeg er klar over, at jeg ovenfor både har argumenteret for, at man kan fjerne tvangsfikseringerne ved at eliminere bare et af fænomenerne og samtidigt har beskrevet, at det er en fordel, hvis man intervenserer overfor mange af fænomenerne. Dette kan virke som modsætninger. Begge dele er dog korrekt fordi, hvis man eliminerer en af kategorierne fuldstændigt, vil der ikke forgå tvangsfiksering på grund af, at kategorierne er indbyrdes forbundet i en årsags-virkningssammenhæng. Det er dog uhyre vanskeligt at gøre dette, og et mere realistisk bud er derfor, at intervenserer overfor flere af fænomenerne. Eksempelvis, hvis det var muligt at fjerne patienternes psykotiske oplevelser, ville vi nok have gjort det, da det er hele grundlaget for arbejdet i psykiatrien, men som vi alle ved er det ganske kompliceret.

Modellen beskriver en proces, hvilket betyder at den som andre procesmodeller, beskriver en bestemt måde at forholde sig til en problemstilling eller et fænomen på. Procesmodeller anvendes ofte til at planlægge interventioner overfor et bestemt fænomen. Eksempelvis kan nævnes sygeplejeprocessen (**Fejl! Ukendt argument for parameter..** Bind 1 s. 8-9) der beskriver, hvordan vi i sygeplejen

planlægger vores arbejde problemorienteret: Sygepleje problem, årsager, mål, sygeplejehandlinger, resultater og evaluering.

Eller PP modellen (Precede-proceed) (**Fejl! Ukendt argument for parameter..** s. 164-6) der beskriver, hvordan man indenfor folkesundhedsvidenskaben kan planlægge en sundhedsoplysningsindsats: Social diagnose, epidemiologisk diagnose, adfærds- og omgivelses diagnose, undervisnings- og organisatorisk diagnose, administrativ diagnose, iværksættelse af sundhedsfremme, procesevaluering, effektevaluering og udbytte- eller nytteevaluering.

Eller kvalitetsudviklingsmodellen PDA (plan, do, act): Planlæg aktiviteten der skal kvalitetsudvikles, udfør aktiviteten, evaluer hvordan den forløb.

Eller den didaktiske relationstækningsmodel (**Fejl! Ukendt argument for parameter..** s. 48-49), der anvendes som referenceramme for planlægning, beskrivelse og gennemførelse af undervisningsforløb (pædagogisk metode): Mål, rammefaktorer, arbejds måder (-metoder), indhold, evaluering og deltager/underviser forudsætninger.

På samme måde kan denne model bruges til at analysere, hvilke interventioner der i en specifik kontekst vil kunne nedsætte antallet af tvangsfikseringer. Modellen er ikke direkte handlingsanvisende, men beskriver virkeligheden i simplificeret form. Dette betyder at den skal kombineres med andre modeller og arbejds metoder der specifikt retter sig mod de intervention der åbenbare sig gennem analysen.

Det kunne eksempelvis være at anvende sygeplejeprocessen i forbindelse med interventionerne i årsagsfasen:

Sygepleje problemet: Patienten beskriver, at han har svært ved at styre sin angst når han bliver psykotisk.

Årsager: Patienten bliver psykotisk når han tager stoffer.

Mål: At patienten mindsker sin brug af stoffer.

Sygeplejehandlinger: Hjælpe patienten med at finde og involvere sig i nye sociale fællesskaber, der er stoffrie (håndboldklubben, undervisning på AOF og besøg i værestedet). Motiverer patienten til at tage sin PN medicin (medicin der ikke tages fast, men i specifikke situationer) i stedet for at tage stoffer.

Resultater: Patienten er startet i håndboldklubben og skal på håndboldweekend i næste weekend. Syntes godt om værestedet, har aftalt at komme i værestedet en gang om ugen indtil han bliver udskrevet og derefter tre gange om ugen. Har fortsat svært ved at mærke, hvornår han skal tage sin PN medicin, fortæller at trangen kommer meget hurtigt, og at han ikke syntes PN medicinen hjælper så hurtigt.

Evaluering: Patienten befinder sig godt i de nye stoffrie sociale fællesskaber, dette mindsker hans brug af stoffer. Der skal arbejdes videre med hans brug af PN medicin, det kræver en nærmere analyse af hvad der reelt trigger hans afhængighedstrang.

Dette er et eksempel på, hvordan en intervention overfor den enkelte patient kan planlægges.

Eller planlægningen af auditering (**Fejl! Ukendt argument for parameter., Fejl! Ukendt argument for parameter..** s. 50-4) i forbindelse med at ville lære mere, om tvangsfikseringsfasen og samtidig opnår kvalitetsudvikling på området:

Planlægning: Auditten planlægges indeholdende følgende punkter: Valg af problemstilling, beskrivelse af fejlmuligheder, vurderingsniveauer og aktioner, analyseskema, udvælgelse af datamateriale, organisering af audit, feedback og implementering af kvalitetsforbedringer, relation mellem personalets handlinger og journalteksten.

Udførelsen: Audit gennemføres ved alle tvangsfikseringer af en varighed på over 48 timer og ved gentagne tvangsfikseringer af samme patient tre gange på en måned eller seks gange på et halvt år.

Evaluering: Medfører auditeringen at der tvangsfikseres færre patienter eller at de samme patienter tvangsfikseres færre gange ?

I dette tilfælde anvendes procesmodellen for kvalitetssikring, men derudover anvendes auditering også som metode til kvalitetsforbedringer i det kliniske og organisatoriske felt.

Eller planlægningen af et undervisningsforløb omhandlende fysiske fastholdelses- og afværgegreb, i fasen rammefaktorer:

Mål: Hensigten med undervisningen er, at de enkelte ansatte opnår en viden, og kan anvende de valgte afværge og fastholdelses teknikker for at bibringe dem større personlig sikkerhed i mødet med patienten, samt for at modvirke fysiske skader på patienter og personale.

Rammefaktorer: Her beskrives de aktuelle forhold der omhandler: Relationen/socialt miljø, ledelsesforhold, økonomi/normering, døgnrytmen, lokaler, udstyr og undervisningsmidler, kultur/normer og tid til rådighed (det må ikke forveksles med kategorien rammefaktorer).

Arbejds måder (-metoder): Her beskrives, hvordan selve læringen skal foregå. Overvejelser omkring medbestemmelse, oplevelsesorientering, opgaveorientering og sammenhæng mellem teori og praksis.

Indhold: Her beskrives, det læringssituationen handler om, og hvordan dette vælges og tilrettelægges. I dette tilfælde en nærmere beskrivelse af de fysiske greb, og hvorfor specielt disse er valgt, samt hvordan forløbet rent pædagogisk er tilrettelagt.

Evalueringen: Bygger på observation, analyse og vurdering af forholdene mellem rammefaktorerne, mål, forudsætninger, arbejds måder og indhold. Det er vigtigt, at der i evalueringen indgår både personalets og ”underviserens” oplevelse af såvel planlægning (på forhånd), udførelse (undervæjs) og resultat (til slut). Både objektive som subjektive fund (**Fejl! Ukendt argument for parameter..** s. 48-49).

Forudsætninger for deltager og ”underviser”:

Deltagerforudsætningerne: Her beskrives, de psykiske, fysiske, sociale og faglige muligheder og problemer, personalet har på forskellige områder i forhold til den aktuelle situation.

”Underviserens” forudsætninger: Her beskrives de kompetencer underviseren/-erne har indenfor dette område, på samme måde som under deltagerforudsætningerne.

Den ”*Cykliske procesmodel for interventionsanalyse af tvangsfikseringer*”, viser sammenhængen mellem de enkelte kategorier indbyrdes og kernekategorien. Den ”tilbyder” altså et analytisk overblik over fænomenet tvangsfiksering.

Dette overblik kan som tidligere beskrevet i eksemplerne, anvendes sammen med andre proces modeller (sygeplejeprocessen, kvalitetsudviklingsmodellen eller den didaktiske relationstænkingsmodel) i udviklingen af konkrete interventioner eller for at skabe et overblik, så det er muligt at systematisere og vurdere den samlede indsats et hospital udfører, i forhold til fænomenet tvangsfikseringer.

Det vil sige, at modellen organisatorisk, vil kunne anvendes i forhold til det enkelte patientforløb, det enkelte personalemedlems kompetenceudvikling, et afsnits-/afdelings-/hospitals analyse og planlægning af interventioner for at nedsætte antallet af tvangsfikseringer. Den ville også kunne anvendes i forbindelse med den nye psykiatrilovgivning, hvis regeringen ønskede at ”tvinge” udviklingen i en bestemt retning, ved for eksempel at kræve personalet skulle gennemgå bestemte kurser, for at kunne arbejde i psykiatrien (autorisation) omhandlende konflikthåndtering, følelseshåndtering, fysiske holde- og afværge greb eller andet.

Som alle andre modeller siger den kun noget, om hvordan man kan strukturere sit analyse- og planlægningsarbejde ikke noget om det konkrete indhold. Til gengæld hvis analysen viser forhold som nogle af dem der er beskrevet i afsnittet omhandlende handlings-/interventionsstrategier i kernekategorien, er der flere mere konkrete bud på læringsinterventioner.

5 Diskussion

I det følgende, vil afhandlingens centrale fund blive diskuteret indenfor rammerne af problemformuleringen.

De centrale fund, der vil blive diskuteret er: Læringstiltag, årsags-virkningssammenhængen mellem kategorierne og den cykliske procesmodel for interventionsanalyse af tvangsfikseringer.

Afhandlingens problemformulering var: *Hvilke forandringstiltag kan medvirke til at nedsætte eller eliminere anvendelsen af tvangsfiksering, herunder begrænse de negative oplevelser i forbindelse med tvangsfikseringen ?*

Forandringstiltagene er det centrale i problemformuleringen. I løbet af analysen viste det sig at disse optrådte i form af læringstiltag, i det efterfølgende benævnt således.

5.1 Læringstiltag

I det følgende, vil de væsentligste læringstiltag, der blev fundet i studiet blive diskuteret med videnskabelig litteratur på området.

Håndtering af følelser så de ikke medfører negative (aggressive) handlinger:

Flere af de studier jeg har fundet beskæftiger sig med, hvilke følelser der er en del af årsagskæden, der slutter med tvangsfiksering af patienterne:

Bonner (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**): Oprevet, pinefuldhed og ignoreret. Lewis (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**): Vrede, Meehan (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**): Vrede og frygt og Bover (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**): Ubehag, vrede og frygt.

Dette er mange af de samme følelser jeg finder i patienternes oplevelser. Ikke alle ordret, men der findes også mindst 100 ord, der beskriver følelser. Dette betyder selvfølgelig, at det med så få interview ikke er muligt at finde præcist de samme ord. Men de dækker de samme grundkategorier af følelser som beskrevet af Goleman (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**), nemlig vrede og frygt.

Derfor er disse to kategorier af følelser primært dem, der skal håndteres for at undgå tvangsfikseringer.

Pleje- og behandlings alliancen som grundlag for patienternes indflydelse på iværksættelsen af tvangsfikseringer og relationens betydning for læring og oplevelsen, herunder personale tilstedeværelse:

Hiday (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**) finder, at der i nogle tilfælde ved brug af tvang ses, at forholdet mellem patienter og personale tager skade. Det samme ses i dette studie. Nogle af patienterne oplever, at forholdet tager skade, mens andre ikke oplever dette, et par endda tværtimod. Hvis patientens oplevelse var meget negativ, blev forholdet til personalet også mere ødelagt. Forholdet mellem patienterne og personalet er indeholdt i begreberne pleje- og behandlingsalliancen/relationen og patientindflydelse, hvorfor det er vigtigt at arbejde med disse begreber, hvis antallet af tvangsfikseringer skal nedsættes. Dette underbygges af resultaterne fra det norske ”*Gjennombruddsprojekt psykiatri – Bruk av tvang*” (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**) hvor tre af delprojekterne omhandlede patientinddragelse og information, resultaterne viste en reduktion af tvangsfikseringerne på mellem 30 og 57 %.

Vedrørende personaletilstedeværelse finder Owen (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**), at en patient-personale ratio op til en til en, medfører et fald i antallet af patientaggressioner og vold, men stiger ratioen over en til en, stiger antallet af patientaggressioner og vold igen. Dette betyder at der ikke er nogen fordel ved at have for meget personale i vagt. Til gengæld understøtter dette studie vigtigheden af, at der er nok personale tilstede i selve tvangsfikseringssituationen, så personalet oplever at have kontrol over situationen, og dermed føler sig mere sikre.

Spørgsmålet er, om man kunne have mere personale tilstede i perioden op til tvangsfikseringen, så personalet på denne måde kunne optræde med større selvtilid. Dette er et område, der måske kunne udvikles. Det er ganske problematisk fordi, hvis der kun skal være meget personale tilstede i tvangsfikseringssituationerne og ikke i hele vagten, betyder det, at de skal ”lånes”, fra andre afsnit. Dette medfører så, at personalet mangler i de afsnit, de kommer fra. Så der vil være en organisatorisk udfordring i at løse dette dilemma.

Reorganisering og afledning af negative (aggressive) handlinger, der medfører tvangsfiksering:

Owen (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**) fandt, at 68 %, af de voldelige eller aggressive episoder i afdelingen, var rettet mod personalet, 15 % mod inventar, 12 % mod medpatienter, 3 % mod patienten selv, 2 % mod familie og 1 % mod besøgende. Hvilke handlinger, der oftest udløser tvangsfiksering siger dette studie ikke noget om. Til gengæld findes de samme typer af handlinger også i dette studie.

Goleman (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**) beskriver, at arbejdet med at undgå negative aggressive handlinger blandt andet handler om reorganisering, det vil sige sætte andre handlinger i stedet for (for eksempel: fysiske aktiviteter) og afledning, det vil sige, flytte tankerne fra de initierende følelser til andre forhold (eksempelvis ved at høre musik, eller læse en bog).

Derfor er arbejdet med de negative aggressive handlinger gennem, blandt andet, reorganisering og afledning vigtig for at nedsætte antallet af tvangsfikseringer.

Accept af sociale normer, regler og rammer (herunder husordner), er tæt knyttet til interventionen omhandlende konflikter:

De konflikter patienterne beskrev, der medførte tvangsfiksering, handlede om sociale normer, regler og rammer (en del af disse beskrevet i husordnerne).

Johnson (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**) beskriver, at den typiske kæde af begivenheder i tvangsfikseringsforløbet starter med, at patienten overtræder en af afsnittets regler, og der opstår en konflikt.

På samme måde ses i dette studie at konflikter er en af årsagerne til tvangsfiksering.

Et af delprojekterne i det norske "Gjennombruddsprojekt psykiatri – Bruk av tvang" (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**) viser, at forenkling af husordnen og bedre information, kan være medvirkende til at de aggressive udbrud blandt patienterne kan reduceres med 30 %. Når dette forholdsvis lille initiativ kan medføre så store reduktioner, vil det derfor være oplagt at kombinere arbejdet med husordnerne (revision af regler og holdningsbearbejdning) med arbejdet omhandlende konflikter i en bredere kontekst af sociale normer rammer og regler.

Vurdering af risikoen ved trusler og handlinger så aggressive handlinger kan forebygges i tide:

Owen (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**) finder, at der i 48 % af de aggressive og voldelige episoder, ses advarselstegn inden handlingerne, men vurderer at der er flere situationer, hvor dette er tilfældet, men at personalet ikke er trænet i at tolke disse tegn.

I dette studie ses i faserne: Årsager, følelser og handlinger, forhold der kan betegnes som advarselstegn.

Gray (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**) finder, at HCR-20 vurderingssystemet kan forudse mange af de aggressive handlinger der medfører tvangsfikseringer.

Derfor vil indførelsen af dette vurderingssystem medføre, at personalet bedre kunne forudse og agere tidligere og derfor bedre i tvangsfikseringsforløbet, med den konsekvens at antallet af tvangsfikseringer kunne nedsættes.

Sikkerhed, herunder forebyggelsen af fysiske skader, er tæt knyttet til håndtering af handlingerne:

Bower (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**) beskriver, at undervisning af personalet i fastholdelses- og afværgeteknikker kan nedsætte antallet af tvangsfikseringer.

Det er vanskeligt at se i dette studie, om det samme er tilfældet her.

En af patienterne beskrev, et forkert brug af fastholdelsesgreb der medførte smerte, og at han blev mere aggressiv, når det gjorde ondt. Ligesom en anden patient beskrev at have brækket armen under en tidligere tvangsfikseringssituation.

Så det tyder på, at personalet kunne blive bedre til at anvende fastholdelses- og afværgeteknikker. Både for at beskytte patienterne, men også for at nedsætte antallet af arbejdsskader hos personalet.

Lee (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**) finder at 96,3 % oplever en positiv effekt af undervisning i fastholdelses- og kontrolteknikker og at opfattelsen var, at det medvirkede til et positivt udfald af den sidste episode, hvor de blev anvendt.

Derfor, vil fortsat undervisning i disse teknikker og vedligeholdelse af de lærte færdigheder kunne anbefales.

Debriefing for at mindske de følelsesmæssige eftervirkninger af tvangsfikseringen:

Bonner (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**) beskriver, at halvdelen af patienterne og en del af personalet oplevede, at episoden med fysisk tvang havde medført foruroligende tanker om tidligere traumatiske oplevelser.

De fleste patienter i dette studie beskrev negative følelser i forhold til tvangsfikseringen og flere tilbagevendende negative tanker om tidligere tvangsfikseringer.

For at modvirke dette kunne man anbefale debriefing som metode.

Bonner (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**) beskriver, at debriefing opleves positivt af både patienter og personale.

Meehan (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**) beskriver, at debriefing reducerer den følelsesmæssige påvirkning efter tvangsfikseringen. Modsat beskriver Iversen (**Fejl! Ukendt argument for parameter.** s. 243-5), flere undersøgelser der viser, at debriefing ikke virker.

Så om det er nogen god ide at anbefale debriefing som et generelt tiltag er tvivlsomt.

Olofsson (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**) finder, at både patienter, sygeplejersker og psykiatere oplever, at den medmenneskelige kontakt og relation er vigtigt for at nedsætte anvendelsen af tvang. Og Bower (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**) finder, at der er evidens for at undervisning virker i forhold til nedsættelse af antallet af tvangsfikseringer.

Set i dette lys, kan debriefingen være med til at lære patienterne, at få sat ord på den voldsomme oplevelse det er at blive tvangsfikseret. Det kan være med til at starte helingsprocessen af kontaktforholdet/relationen til personalet, og giver patienten en mulighed for at få diskuteret tanker og følelser, der er forbundet med begivenheden.

Og ikke mindst oplever patienterne også i dette studie at debriefing eller anden systematisk dialog med personalet, som værende positivt.

Konklusionen er derfor, at anbefale anvendelsen af debriefing eller anden obligatorisk systematisk dialog.

5.2 *Årsags- virkningssammenhæng mellem kategorierne*

Blandt de forskningsprojekter, jeg har gennemgået, er der et, der beskæftiger sig med årsagerne til tvangsfiksering.

Johnson (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**) finder, en typisk kæde af begivenheder, hvor starten er at patienten overtræder en af afsnittets regler, herefter sker der det, at personalet gentager reglen (også kaldet grænsesætning). Derefter nægter patienten at følge reglen, hvilket medfører en magtkamp (konflikt) mellem patienten og personalet, der ender med at patienten tvangsfikseres.

Dette genfinder jeg, også i de fleste forløb patienterne beskriver for mig, men ikke helt. I dette studie findes der tvangsfikseringer, hvor den grundlæggende årsag reelt ikke er en konflikt.

Af samme grund finder Johnson, at det altid handler om, at personalet forsøger at genvinde deres kontrol over patienten. Hvor det der viser sig i dette studie er, at det handler, om at personalet forsøger at genvinde kontrol over den situation patienten er i. Dette kan blandt andet ses i interviewene i det forhold, at der er patienter der selv ønsker at blive bæltefikseret.

De vælger fysisk at handle på det, fordi de godt ved, hvad der kræves for at blive bæltefikseret. Derfor kunne man vælge at tolke dette som en konflikt, men konflikten er ikke den grundlæggende årsag. Konflikten er kun et middel til at blive bæltefikseret, hvilket betyder at personalet havde mulighed for, og tid til at intervenere anderledes.

De kvantitative forskningsprojekter:

Owen (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**), der handler om forhold der er associeret med episoder af patientaggressioner og vold.

Bornstein (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**), der handler om forhold, der er karakteristiske ved anvendelse af tvang.

Bjorkly (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**), der handler om forhold, der er karakteristiske ved aggressivitet.

Klinitz (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**), der handler om forhold, der er karakteristiske ved anvendelse af tvang.

Smith (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**), der handler om karakteristika for patienter, der havde været udsat for tvang.

Lemonidou (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**), der handler om hvilken type af restriktioner, der blev anvendt for at håndtere aggressiv adfærd.

Katliala (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**), der handler om, hvilke patient karakteristika, der er forbundet med tvang.

Disse studier omhandler ikke årsager, men karakteristika af de patienter, der bliver bæltefikseret. Det gør de for at finde eventuelle prædictive forhold, der kunne medvirke til at nedsætte antallet af

tvangsfikseringer. Resultaterne er ikke særligt ens. Og Sailas (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**) finder i et Chochrane review, ingen kvantitative projekter der opfylder deres inklusionskriterier, hvorfor de ingen anbefalinger har. Så blandt de kvantitative forskningsprojekter er der ingen valide forslag til årsagssammenhæng og interventioner/læringstiltag.

Konklusionen er, at sammenhængen, mellem årsager, følelser og handlinger, der er fundet i dette studie er mere akkurat, fordi det kan forklare de mere eller mindre frivillige tvangsfikseringer vi ved findes og som Johnsons (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**) typiske kæde af begivenheder ikke rummer.

5.3 *Den cykliske procesmodel for interventionsanalyse af tvangsfikseringer*

Selvom en stor del af de læringsinterventioner, der blev foreslået af patienterne, er velunderbyggede teoretisk set, er problemet, at alle læringsinterventioner ikke er fundet, og at interventionerne skal rettes mere specifikt mod den enkelte patient/personalemedlem/afsnit/afdeling/hospital/samfundet. De danner dog et godt udgangspunkt for analysen eller overblikket i processen frem mod at udarbejde en plan for at få nedsat antallet af tvangsfikseringer.

Den cykliske procesmodel for interventionsanalyse af tvangsfikseringer kan være med til at skabe dette analytiske overblik.

Jeg har, ikke kunnet finde forskningsarbejder der omhandler analytiske modeller til interventioner mod tvangsfikseringer. Procesmodellen er, som tidligere beskrevet, opbygget som andre modeller.

5.4 *Hypoteser*

I det følgende vil jeg gennemgå de oprindelige hypoteser, jeg havde da studiet startede for at vise, hvordan disse har udviklet sig gennem studiet.

"Jeg tror, det er muligt at nedsætte antallet af tvangsfikseringer på SHH til nogle ganske få tvangsfikseringer årligt, ved at intervenere på mange "fronter", samtidigt (højne sikkerheden for personalet, højne vidensniveauet hos personalet og patienterne samt holdningsbearbejdning)".

Studiet viser, at der er en logisk sammenhæng mellem at interventioner både overfor årsager, følelser, handlinger og tvangsfikseringen giver en større sandsynlighed for at bryde progressionen i processen frem mod tvangsfikseringen.

Dette underbygges af Bower (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**) der beskriver, at multifacetterede interventioner ser ud til at virke bedst, når antallet af tvangsfikseringer skal nedsættes.

Om det så reelt vil vise sig at være tilfældet, da dette jo ikke er et interventionsstudie, er vanskeligt at spørge om, men det er sandsynligt.

"Jeg tror, det vil være mindre indgribende overfor den enkelte patient at anvende andre metoder end tvangsfiksering til at klare udad agerende patienter, her tænker jeg især på isolationsrum".

Studiet viser, at patienterne har den samme opfattelse.

Holzworth (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**) finder, at sygeplejerskerne hellere ville isolere patienter end tvangsfiksere dem, fordi jo mere restriktiv (i forhold til indskrænkning af patienternes frihed) en intervention der var tale om, jo mindre ønskede de at anvende den.

I forhold til lovgivningen i Danmark er beskrevet at "mindste middels princippet" er gældende i forhold til anvendelsen af tvang (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**). Dette er ikke helt i samklang med, at man i Danmark ikke har muligheden for at anvende isolation.

Et andet forhold der er vigtigt er risikoen for at patienterne udvikler tromboser (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**) som følge af at ligge immobiliseret, dette ville isolation i stedet for tvangsfiksering modvirke, så der er gode argumenter for at igangsætte forsøg med isolation.

"Jeg tror, det er muligt for personalet at agere i situationen med mere respekt og autonomi ved at inddrage patienternes meninger og erfaringer i tvangsfikseringsforløbet. Dette på trods af de næsten totalt paternalistiske handlinger personalet skal udføre, når de følger lovgivningen.

Respekt er nok ikke uden grund et af nøgle begreberne i debatten om et fælles værdigrundlag for psykiatrien i Danmark. Hvilket fortæller, at patienter og pårørende ikke oplever respekt nok i mødet med det psykiatriske pleje- og behandlingssystem".

Studiet viser, at patienterne ønsker at deres meninger og erfaringer, skal have en større plads i beslutningsgrundlaget for at tvangsfiksere.

Olofsson (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**) finder, at medmenneskelig kontakt nedsatte patienternes oplevelse af ubehag, og at den medmenneskelige kontakt medvirkede til, at de følte sig mere trygge, når de blev udsat for tvang. De mente at måden, at nedsætte antallet af tvangssituationer på handlede om, at blive mødt med forståelse og tæt kontakt. At personale skulle have mere tid, og at de skulle vente med at reagere, i stedet for at handle.

Forståelse, tæt kontakt og det at vente med at handle viser på samme måde, at patienterne ønsker at blive behandlet med respekt og med muligheden for at være mere medbestemmende.

5.5 *Materiale og metoder*

I dette afsnit bliver de stærke og svage sider ved de valgte materialer og metoder vurderet/kritiseret. Malterud foreslår, at man ser på relevans, validitet (intern validitet), refleksivitet og generaliserbarhed eller overførbare, også kaldet ekstern validitet (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**).

Relevansen handler, om at stille spørgsmål til, om materialet og metoden der blev anvendt repræsenterer relevante veje til kundskab der kan belyse problemstillingen (**Fejl! Ukendt argument for parameter.** s. 163-71). Relevansen er integreret i formuleringen af den interne validitet, og vil derfor ikke fremstå som et særskilt afsnit.

Herudover beskrives triangulering i et særskilt afsnit, fordi det er et vigtigt instrument til at øge indsigten i undersøgelsesfeltet, men samtidigt går på tværs af opbygningen der er valgt i forhold til den interne validitet.

Til sidst findes et afsnit specielt omhandlende etiske spørgsmål, fordi der her, ligesom i de andre afsnit, er grundlag for en konstruktiv kritik.

5.5.1 **Intern validitet**

Den interne validitet handler om hvorvidt materialet og metoden repræsenterer relevante veje til kundskab som kan belyse problemstillingen (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**).

Udvælgelse:

Udvælgelsen af patienterne skete som beskrevet af Corbin og Strauss (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**), ud fra hvad de kalder teoretisk udvælgelse. Her vælger man interviewpersoner efter, hvordan analysen udvikler sig. Så udforskede områder eller fænomener, der viser sig gennem analysen kan blive dækket af udsagn. Dette betyder derfor, at interviewguiden ikke er statisk, men hele tiden udvikles sammen med analysen. I modsætning til den fænomenologiske tilgang, hvor man har valgt informanter på forhånd, hvilket kan betyde at fænomenet ikke bliver fuldstændigt forklaret. Derfor er den teoretiske udvælgelse en styrke for studiet.

Interviewene:

Det kvalitative forskningsinterview, blev valgt fordi studiet handlede om at indhente viden om tvangsfiksering med henblik på at fortolke meningerne med de fundne fænomener. I selve interviewsituationerne stræbte jeg efter, at overholde de kvalifikationskriterier Kvale (**Fejl! Ukendt argument for parameter.** s. 148-60) beskriver for interviewer: Viden om emnet, opretholde strukturen, stille tydelige spørgsmål, venlig og imødekommende, aktivt lyttende, åben for nye aspekter, kritisk og efterprøve pålideligheden af svarene, huske svar og fastholde dem og fortolke undervejs.

At overholde alle kriterierne var vanskeligt, blandt andet fordi psykotiske udsagn kan være vanskelige i situationen at fortolke og efterfølge. Det skal bemærkes, at langt de fleste udsagn ikke var psykotiske.

Det var en stor hjælp, at jeg har arbejdet så mange år med psykotiske patienter og med kommunikation på mange forskellige måder. For eksempel: Terapeutiske samtaler, svære samtaler, udviklende samtaler og aktiv lytning.

For at indhente dele af patienternes livsverden (omhandlende tvangsfiksering) blev spørgsmålene opbygget semistrukturerede, kendetegnet ved anvendelse af hv-ord i spørgeguiden, der giver patienterne mulighed for at svare åbent om deres egne motiver, handlinger, følelser, meninger og værdier. I nogle af interviewene blev en del af spørgsmålene forholdsvis lukkede. Det skyldes at mange skizofrene patienter er konkret tænkende og sprogfattige, hvilket medfører at de ikke kan svare på spørgsmål, der er for åbne. Bagsiden ved dette er, at svarene kunne blive lagt i munden på patienterne så det reelt blev min egen forforståelse, der blev bekræftet og ikke patienternes forståelse af fænomenet tvangsfiksering. Jeg var meget opmærksom på dette under interviewene og gjorde derfor meget ud af at omformulere i andre hv-ords termer før jeg gik over til at anvende mere lukkede spørgsmål, hvis patienterne fortsat ikke kunne svare.

Det er dog et af præmisserne for dette studie og jeg mener at patienternes egen forståelse af fænomenet kommer klart til udtryk i interviewene.

Patientinterviewene blev udført individuelt, fordi jeg havde en forventning om, at det ville give en større trykthed for patienterne, hvilket også så ud til at være tilfældet.

Under udarbejdelsen af interviewguiden blev "fokusgruppeinterviewet" anvendt til at indhente viden fra fagpersoner.

Kritikken mod fokusgruppeinterviewet handler om, at de ikke er gode til at undersøge meget følsomme emner, fordi det etisk set er uacceptabelt for nogle mennesker at brede deres inderste følelser ud i en gruppe af forholdsvis fremmede. Nogle af de følelser, der kan være i spil i forbindelse med tvangsfiksering, kan være meget voldsomme, også blandt personalet (flashback). Jeg gjorde det som interviewer/facilitator, at jeg hele tiden forsøgte at være opmærksom på den enkelte deltagers måde at udtrykke sig på og deres ansigtsudtryk. Deltagerne var alle personer med mange års erfaring indenfor det psykiatriske speciale, hvorfor der ikke var nogle, der fik disse reaktioner, hvis dette havde været tilfældet, ville jeg have debriefet dem efterfølgende.

Fokusgruppeinterviewet var velegnet til denne del af processen, fordi det opfyldte formålet med at udfordre min forforståelse og få flere aspekter med i interviewguiden der var basis for studiets egentlige fokus.

Materialet:

Der var ganske få patienter der ikke ønskede at deltage, en patient gav begrundelsen at han gerne ville have oplevelsen lidt på afstand. En talte ikke dansk, to havde ikke noget sprog, en gav ingen grund og en ville ikke underskrive samtykkeerklæringen. Disse begrundelser medvirkede ikke til at påvirke resultatet af studiet, da der ikke er fællestræk, der peger på bestemte svagheder.

Det, at inddrage andre i valg af patienter (afdelingspsygeplejerskerne) stillede krav til min evne til at beskrive kategorierne på et tidligt tidspunkt i studiet, ligesom det havde den positive virkning, at det udfordrede min forforståelse, at skulle dele tanker og beskrivelser undervejs i studiet.

Der er to forhold, der måske kunne have kvalificeret materialet til analysen. Det ene var, at jeg kunne have ladet patienterne læse "korrektur" på det transskriberede. I stedet gjorde jeg det, at jeg undervejs i interviewene sikrede mig svarenes/fortællingens korrekthed ved hjælp af gensvar.

Det andet var, at jeg kunne have anvendt videooptagelser, dette valgte jeg ikke at gøre, dels af tekniske årsager (lys og et vanskeligere transskriberingsforløb) og dels fordi jeg ved at nedskrive følelser, reelt beskrev flere nuancer, end der kan opleves i en videooptagelse, godt nok i min egen fortolkning, men interviewet var i forvejen en interaktion der foregik mellem mig som interviewer og patienten.

Transskribering:

Kvale (**Fejl! Ukendt argument for parameter..** s. 163-73) beskriver, at det at lade en anden transskribere interview og derefter vurdere forskelle i de nedskrevne ord, medvirker til at øge validiteten. Dette gjorde jeg, og det var ganske få ord der blev skrevet anderledes, og ingen af ordene havde betydning for analysen. Det, der var forskelligt, var nogle få af de beskrevne følelser, dette var ikke mærkeligt, da de skal opleves, og ikke kan beskrives ud fra, hvad man (kun) hører på båndet. Et

andet forhold der var forskelligt var, hvilke oplevelser der ikke blev medtaget i transskriptionen, de udsagn der ikke handlede om fænomenet. Dette var der heller ikke noget mærkeligt i, fordi den der transskriberede ikke havde samme indblik i fænomenet tvangsfiksering.

Dette gør at transskriberingen er valid, herunder ordentligt, ærligt og grundigt udført, samt at den gav et reelt billede af interviewene.

Brug af NVivo:

Programmet er ideelt til at organisere de meget store mængder data der her var tale om.

Ulempen ved programmet var, at det tog adskillige timer at sætte sig ind i funktionaliteten. Og det kunne indimellem være vanskeligt at overskue helheder i analysen uden at udskrive dem.

Begrundelsen for at anvende dette program er, at de andre programmer jeg har prøvet (dog kun meget kort) ikke havde så mange funktioner, og derfor ikke ville have været en ligeså stor hjælp i arbejdet med analysen.

Teoretisk referenceramme:

Anvendelsen af teori er anderledes end ved for eksempel den fænomenologiske metode, hvor man vælger teorier inden analysen starter. Dette er ikke tilfældet i GT fordi det er en teoriudviklende metode (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**).

Dette betyder selvfølgelig ikke at en indledende grundig udforskning af fænomenet eller problemet ikke har være tilstede, tvært imod var det vigtigt at jeg var velbevandret i litteraturen, og feltet der blev undersøgt, så det var muligt at inddrage relevant litteratur i teoriudviklingen. Ligesom de personlige og faglige erfaringer blev inddraget bevidst i analysen, når jeg ledte efter lighedspunkter mellem det fænomen jeg udforskede, og fænomener jeg tidligere havde erfaringer med.

Denne måde at arbejde på stillede større krav til min forforståelse fordi analysen specielt i starten var mere åben. Af denne grund valgte jeg at klarlægge min forforståelse, ikke blot ved at nedskrive den, men at lade en anden interviewe mig om den. Dette var en klar styrke for studiet.

Analysestrategi:

Begrundelsen for valget af GT i stedet for den fænomenologiske analysemetode der begge er induktive og styret af data (Editing style), har til dels noget at gøre med en holdning eller stil at gøre. Grundlæggende mener jeg, at det fokus GT har, passer bedre til det fænomen, jeg undersøgte. Fokus i den GT er sociale processer, det vil sige sammenhængen mellem sprog og handling. Det handlingsorienterede var en del af det jeg gerne ville se på, forandringstiltag der kunne nedsætte antallet af tvangsfiksering, ligesom størstedelen af disse handlinger udspiller sig i en social kontekst.

Den væsentligste kritik af GT er, at den er meget data nær, det vil sige at man tager informanternes udsagn for pålydende. Og at disse udsagn bliver analyseret på tværs af interviewene. På denne måde kunne de blive løst fra deres sammenhæng så det gik ud over analysen (**Fejl! Ukendt argument for parameter.** s. 222-35). Det er min opfattelse, at man ved brug af paradigmemodellen reelt validerer kategorierne også i forhold til konteksten, altså den sammenhæng de kommer fra. Ligesom jeg valgte, at udforme små skematiserede "storylines" under analysen i den aksiale kodning, der medvirkede til, at data blev analyseret både på tværs af data, og i sammenhæng med den enkelte patients historie.

Derfor er GT som analysemetoden det bedste valg til at analyserer fænomenet, jeg undersøgte.

5.5.2 Ekstern validitet

Den eksterne validitet handler om resultaternes generaliserbarhed. Corbin og Straus, bruger ordet forklaringskraft i stedet for generaliserbarhed. Forklaringskraft betyder "evnen til at forudse", det vil sige evnen til at forudse, hvad der sker i en given situation. Det betyder ikke at de foreslår at en selvstændig teori (der udvikler sig fra et studie med et smalt undersøgelsesområde og fra en specifik population) har forklaringskraft på en større, men mere generel teori. Det, de siger er, at den selvstændige teoris kraft ligger i, at den kan sige noget specifikt om den population (og sammenlignelige), hvor den er opstået og at den kan give noget brugbart tilbage (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**).

Derfor siger den "cykliske procesmodel for interventionsanalyse af tvangsfikseringer", noget om forholdende på SHH og på lignende psykiatriske hospitaler/afdelinger, hvor forholdende er de samme. Eksempelvis, at der tvangsfikseres skizofrene patienter på samme måde og under de samme forhold som

det gøres på SHH. Det bør dog bemærkes at jeg, ud fra mine tidligere erfaringer med andre diagnosegrupper har forsøgt at anvende modellen, og det ser ikke ud til, at der er andre forhold der kommer i spil i situationen, end dem der er omfattet af analysemodellen.

Den ”cykliske procesmodel for interventionsanalyse af tvangsfikseringer”, kan derimod ikke sige noget om procesmodeller generelt.

5.5.3 Refleksivitet

Refleksiviteten handler om min indflydelse på forskningsprocessen (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**).

Jeg tilstræbte refleksivitet gennem hele forløbet. Jeg startede med at klarlægge min forforståelse ved at nedskrive den og lod mig derefter interviewe, som tidligere beskrevet. Dette medvirkede til, at jeg bedre kunne identificere, hvilke valg der havde udgangspunkt i min egen forforståelse, og hvilke der havde udgangspunkt i teorier og det patienterne fortalte mig. Jeg kunne således skærpe opmærksomheden på nye fænomener, og hvordan min forforståelse kunne medvirke til at belyse disse yderligere i stedet for at min forforståelse kom til at skygge for fænomener, der var vigtige for patienterne.

Jeg forsøgte, i den GT-analyse at være bevidst om at opretholdt den rette balance mellem at være objektiv og sensitiv. Objektiviteten gjorde det muligt for mig at tro på, at mine fund gav en velovervejet, upartisk og saglig præsentation af problemet, hvorimod sensitiviteten muliggjorde kreativitet og opdagelse af ny teori, udviklet fra data.

Min omfattende viden på området var en fordel, fordi den gjorde mig i stand til at reflektere hurtigt i interviewsituationerne, men den var også en hindring for, at finde nye kreative sammenhænge og løsninger på problemet. Derfor krævede analysen flere diskussioner med andre personer, der så fænomenet i lyset af deres egen individuelle forforståelse.

5.5.4 Triangulering

Triangulering handler om samtidig anvendelse af flere metoder, fordelene er, at triangulering øger indsigten, afdækker metodesvagheder, stimulerer til metode- og teoriudvikling og i det hele taget øger validiteten. Der findes fire former for triangulering: Metodetriangulering, kildetriangulering, observatørtriangulering og teoritriangulering (**Fejl! Ukendt argument for parameter..** s. 330-8):

Metodetriangulering:

Metodetriangulering handler om anvendelsen af flere metoder samtidigt. Jeg kunne have valgt at supplere metoden med for eksempel et interventionsstudie for, at se om den udviklede teori kunne anvendes og reelt virkede i praksis. Eller en kvantitativ undersøgelse af, om de fundne læringsinterventioner i givet fald virkede. Dette ville have styrket kvaliteten. Det gjorde jeg ikke, men det kan være inspiration til det videre arbejde indenfor feltet.

Kildetriangulering:

Kildetriangulering handler om anvendelsen af flere kilder indenfor samme metode.

Jeg kunne have valgt andre vinkler, for eksempel personale eller pårørende. Begrundelsen for ikke at vælge personalets oplevelser, for at belyse fænomenet er, at det er der tidligere en del studier, der har beskæftiget sig med (beskrevet i indledningen). Jeg valgte, at udvikle interviewguiden blandt andet gennem et fokusgruppeinterview af personale. Dette bliver det ikke til kildetriangulering af, men det sikrer alligevel at fænomenet bliver belyst bredere og med større variation. Begrundelsen for ikke at vælge at interviewe pårørende er, at mange af patienterne indlagt på SHH ikke har meget kontakt til deres pårørende. Hvilket ville betyde at interview perioden, specielt hvis de pårørende skulle være pårørende til de tvangsfikserede patienter, ville tage to, tre år. Denne tidshorisont var ikke realistisk, fordi jeg håbede at dette studie kunne være med til at påvirke processen med at udforme en ny lovgivning (som tidligere nævnt), men det havde belyst fænomenet bedre.

Observatørtriangulering:

Observatør triangulering handler om anvendelse af forskellige observatører eller analytikere inden for samme metode.

Jeg valgte, at få en til at analysere de første interview, for at se om vi kom frem til de samme kategorier og kernekategori. Resultatet blev, at det gjorde vi, der var ikke væsentlige områder jeg havde overset

ligesom jeg ikke ”overanalyserede”, det vil sige ikke fandt kategorier, der ikke kunne tolkes ud af det patienterne fortalte mig.

Denne dialog var med til at berige min erkendelsesproces med andre synspunkter. Det at lade andre ”se en over skulderen”, er med til at øge den interne validitet. Observatør trianguleringen kunne have været udført endnu bedre, ved at lade flere personer blive enige om analysen (forhandle sig til enighed), eller ved at have været to interviewere. Dette har jeg ikke gjort.

Teoritriangulering:

Teoritriangulering handler om at anvende forskellige teorier eller forskellige teoretiske perspektiver ved fortolkning af et og samme datamateriale.

De fundne læringstiltag er sammenholdt med andre teorier/fund på området. Dette betyder ikke at jeg har anvendt teoritriangulering. Problemet er, at GT er en teoriudviklende metode. Teorien jeg udviklede den ”cykliske procesmodel for interventionsanalyse af tvangsfikseringer”, er sat i forhold til og sammenlignet med andre procesmodeller der anvendes indenfor feltet. Så en form for teoritriangulering er der tale om. Men det har ikke været mig muligt at finde andre, der har udviklet teorier af denne art.

5.5.5 Etik

I studiet har jeg indhentet alle de godkendelser der kræves i henhold til lovgivningen, samt dem der er opstillet af hospitalet.

Etisk set overholder studiet de kriterier, der er beskrevet i SSN’s etiske retningslinier for sygeplejeforskning i Norden (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**) og ICN’s Ethical Guidelines for Nursing Research (**Fejl! Ukendt argument for parameter.**).

I afsnittet har jeg valgt at tage udgangspunkt i Steinar Kvaales ”*etiske spørgsmål på de syv forskningsstadier (Fejl! Ukendt argument for parameter.. s. 116-25)*”, som en ramme for diskussionen.

Tematisering:

Fordi formålet med en interviewundersøgelse ikke alene bør betragtes med hensyn til den søgte videnskabelige værdi, men også af hensyn til forbedring af den menneskelige situation, der udforskes. Valgte jeg under udarbejdelsen af formålet at fokusere på interventioner. Handlinger der kan være med til at forbedre de psykiatriske patienters situation.

Design:

Jeg har sørget for informeret samtykke og at sikre fortroligheden for den enkelte patient, men også for personalet, hvorfor ingen i afhandlingen bliver nævnt med navn. Sikkerheden for anonymitet er desuden sikret ved, at de bandede interview er låst inde og kun benævnt med numre i edb programmet, der er sikret med password.

Der har ingen konsekvenser været for patienternes pleje og behandling, fordi oplysningerne de gav mig, blev behandlet fortroligt.

Interviewsituationen:

De følelsesmæssige konsekvenser af at genopleve tvangsfikseringen under interviewene kunne have været negative. Jeg sikrede mig at dette ikke skulle ske ved at holde den rette balance mellem det terapeutiske interview og forskningsinterviewet, hvor jeg dog søgte bevidst at modgå for meget af den terapeutiske tilgang ved at henvise til pleje- og behandlingspersonalet, når det var aktuelt.

Transskription:

Jeg har forsøgt at gengive patienternes udsagn så loyalt som muligt, og kun ændret i citaterne for at ændre dem fra talesprog til skriftsprog.

Analyse:

Ved at anvende GT er alle fortolkninger i analysen konstant sammenlignet med de data de er udledt af. Det, at de interviewede bør have indflydelse på, hvordan deres udsagn tolkes har jeg ikke medtaget i studie designet.

Verificering:

Jeg har, gennem hele studiet sikret mig at være grundig ved at have andre med til at udfordre min forforståelse og ”se mig over skulderen”, i analysen.

Rapportering:

Som tidligere nævnt er anonymiteten opretholdt i afhandlingen. Og udover at der ikke er nævnt navne, er der heller ikke nævnt køn, fordi der kun var to kvinder med. Ligesom større sammenhængende fortællinger ikke er taget fra en patients historie, fordi dem der kender patienten ville kunne genkende vedkommende.

Konsekvenserne af publiceringen af afhandlingen er vanskelige at vurdere. Jeg tror, anbefalingerne i afhandlinger er så tydeligt beskrevet, at de ikke vil kunne misbruges eller fejlfortolkes af nogle.

6 Konklusion

Studiet viser, at læring er et centralt begreb, hvis man ønsker at nedsætte antallet af tvangsfikseringer og begrænse de negative oplevelser af tvangsfikseringen. Herudover peger studiet på nogle konkrete læringstiltag der kan medvirke til at nedsætte antallet af tvangsfikseringerne:

Inden for kategorien årsager:

- Mindske eller eliminere de psykotiske oplevelser der medfører tvangsfikseringen
- Mindske eller eliminere brugen af rusmidler for derigennem at undgå psykotiske oplevelser der medfører tvangsfiksering
- Mindske eller eliminere konflikter med baggrund i personlige, sociale og samfundsmæssige forhold der medfører tvangsfikseringer
- Psykofarmakologisk behandling som virkemiddel mod tvangsfikseringer
- Eliminere ”fængselsjargonen”, for at modvirke denne specielle sociale gevinst ved at blive tvangsfikseret

Indenfor kategorien følelser:

- Håndtering af følelser så de ikke medfører negative (aggressive) handlinger, der medfører tvangsfiksering
- Pleje- og behandlings alliancen som grundlag for patienternes indflydelse på iværksættelsen af tvangsfikseringer og relationens betydning for læring og oplevelsen, herunder personale tilstedeværelse

Indenfor kategorien handlinger:

- Reorganisering og afledning af negative (aggressive) handlinger, der medfører tvangsfiksering
- Accept af sociale normer, regler og rammer (herunder husordner), er tæt knyttet til interventionen omhandlende konflikter
- Vurdering af risikoen ved trusler og handlinger så aggressive handlinger kan forebygges i tide

Indenfor kategorien rammefaktorer (selve tvangsfikseringssituationen, tiden umiddelbart før og efter):

- Sikkerhed, herunder forebyggelsen af fysiske skader er tæt knyttet til håndtering af handlingerne
- Fastholdelse og isolation i stedet for tvangsfiksering
- Sengelejts komplikationer og toiletbesøg
- Konkrete forhold i forbindelse med tvangsfikseringen (Rygning, musik, fjernsyn, billeder/udsmykning og øget kontakt til personalet under tvangsfikseringen)
- Debriefing for at mindske de følelsesmæssige eftervirkninger af tvangsfikseringen

Hvilke læringstiltag, der vil være effektive i forhold til at nedsætte antallet af tvangsfikseringer, vil afhænge af de specifikke forhold der er tilstede hos den enkelte patient, det enkelte personalemedlem, i det enkelte afsnit, afdeling eller hospital. Hvorfor studiet tilbyder en procesmodel til analyse af, hvilke læringstiltag der kan medvirke til at nedsætte antallet af tvangsfikseringer.

Den ”cykliske procesmodel for interventionsanalyse af tvangsfikseringer” består af fire analysetrin. De fire trin eller faser er kronologiske og har derudover en årsags-virkningssammenhæng.

Årsager:

Her analyseres, hvilke læringstiltag der kan medvirke til at eliminere patientens/-ernes psykotiske oplevelser med baggrund i sygdommen, psykotiske oplevelser på grund af indtagelse af rusmidler eller konflikter med baggrund i personlige eller sociale/samfundsmæssige forhold.

Følelser:

Her analyseres, hvilke læringstiltag der kan medvirke til at patienten/-erne får mulighed for håndtering af følelser, så de ikke medfører negative (aggressive) handlinger.

Læringstiltagene handler ikke kun om følelshåndtering men også om pleje- og behandlingsalliancen, relationen mellem patienten og personalet og personalets tilstedeværelse.

Handlinger:

Her analyseres, hvilke læringstiltag der kan medvirke til at patienten/-erne får mulighed for håndtering af negative (aggressive) handlinger.

Læringstiltagene handler ikke kun om håndtering af handlinger, men også om accept af sociale normer, regler og rammer (herunder husordner) og risikovurdering.

Rammefaktorerne:

Her analyseres, hvilke læringstiltag der i perioden under og umiddelbart før og efter tvangsfikseringen kan medvirke til at nedsætte antallet af tvangsfikseringer og at patienten/-erne oplever tvangsfikseringen mindre belastende.

Læringstiltagene handler om sikkerhed, alternativer til tvangsfikseringen, sengelejets komplikationer, fysiske forhold i og omkring tvangsfikseringsrummet, øget kontakt til personalet under tvangsfikseringen, debriefing efter tvangsfikseringen og kvalitetssikring af forløbet, for eksempel i form af klinisk audit.

Under alle faserne er læringstiltagene ikke kun et spørgsmål om læring i forhold til patienten, men også personalets viden om eller evne til at støtte patienten i disse forhold. Ligeledes kan der være organisatoriske/samfundsmæssige forhindringer for at kunne levere disse ydelser til patienterne.

7 Perspektivering

7.1 Konsekvenser for praksis

Først er det vigtigt at vurdere organisatorisk/ledelsesmæssigt, hvor vigtigt det er at nedsætte antallet af tvangsfikseringer, og hvor mange læringsmæssige og organisatoriske ressourcer man vil anvende.

Gennem anvendelse af den ”cykliske procesmodel for interventionsanalyse af tvangsfikseringer”, analyseres det, hvor læringsaktiviteterne skal iværksættes. Det er vigtigt at være opmærksom på, at denne analyse kan have elementer i forskellige niveauer. Der kan være nogle generelle overordnede forhold som skal løses i samfunds- og hospitalsniveau, for eksempel lovgivning, undervisning eller ressourcer, ligesom der kan være et mere individuelt niveau i afdelingerne og afsnittene, for eksempel, husordner (regler, normer og holdninger) eller bygningsmæssige forhold. Derudover kan der være et helt individuelt niveau, hvor den enkelte patients læring er i fokus, men ikke kun den enkelte patient, også det enkelte personalemedlem. I forhold til den enkelte patient handler det om at analysere, hvad denne patient har brug for af læring, det er et arbejde der gøres i forbindelse med udarbejdelse af behandlings- og plejeplaner, hvor dette område skal vægtes tungere.

I forhold til det enkelte personalemedlem er det et spørgsmål om at læringen planlægges i forbindelse med kompetenceudvikling og individuelle læringsplaner/kontrakter.

Hvis man vælger at prioritere dette område højt i forhold til organisationens ressourcer, men også i forhold til den enkelte patients og personales ressourcer er det min overbevisning, at næsten alle tvangsfikseringer kunne undgås.

7.2 Konsekvenser for forsknings- og udviklingsarbejde

Da dette studie ikke er et interventionsstudie, kunne det være spændende at iværksætte forsknings- eller udviklingsstudier med henblik på at afprøve analyse- og planlægningsmodellen for at se, om de fundne og afprøvede læringstiltag reelt nedsatte antallet af tvangsfikseringer. Det bedste ville være, hvis dette initiativ kunne involvere et stort antal afsnit, så man kunne vælge forskellige interventioner for at se, hvor hvilke virkede bedst.

Der er også fortsat plads til at videreudvikle teorien, den ”cykliske procesmodel for interventionsanalyse af tvangsfikseringer”, gennem forskning med fokus på andre interesser så som personalet, organisatoriske aspekter eller økonomiske forhold, dette ville styrke anvendeligheden.

8 Resumé

Tvangsfiksering i psykiatrien – Patienters oplevelser **Patienters forslag til nedsættelse af antallet af tvangsfikseringer på Sct. Hans Hospital**

Baggrund:

Tvangsfiksering af psykiatriske patienter er et voldsomt indgreb i den enkeltes personlige frihed. Det præger holdningen til det psykiatriske speciale i negativ retning, at det ikke er os muligt at gøre noget ved denne problematik. I 2002 blev knapt 2000 personer i Danmark tvangsfikseret.

Tvangsfiksering udføres i henhold til lovgivningen og betyder at patienten bliver spændt fast liggende i en seng med et læderbælte om maven, nogle gange også med remme på hænder og fødder.

Selvom begreber som individualisme og autonomi præger forholdene i resten af samfundet, bliver psykiatriske patienter ikke inddraget meget i løsningen af denne problematik.

Problemformulering:

Derfor er problemformuleringen i denne afhandling: Hvilke forandringstiltag kan medvirke til at nedsætte eller eliminere anvendelsen af tvangsfiksering, herunder begrænse de negative oplevelser i forbindelse med tvangsfikseringen?

Materialer og metoder:

Dette er blevet undersøgt kvalitativt, gennem semistrukturerede interview af 10 psykiatriske patienter på Sct. Hans Hospital, umiddelbart efter at de havde været tvangsfikseret (max 14 dage). Interviewene foregik i andet kvartal af 2004. Udvalgelsen foregik som teoretisk udvælgelse, og analysemetoden var Grounded Theory, som beskrevet af Strauss og Corbin (1998).

Hovedfund:

Alle de forslag patienterne havde til forandringer, kunne beskrives som læringstiltag i den kontekst Illeris (2003) beskriver i sin læringsteori.

Blandt de læringstiltag patienterne beskrev, kan nævnes: Forhold, der handler om at mindske eller eliminere de psykotiske oplevelser, brugen af rusmidler, konflikthåndtering, følelseshåndtering, håndtering af negative aggressive handlinger, forholdet til personalet/relationen, accept af regler, normer og rammer (herunder husordner), sikkerhed (forebyggelse af skader og ubehag), medindflydelse, personaletilstedeværelse, fysiske forhold under tvangsfikseringen og debriefing.

For at finde ud af, hvilke læringstiltag der er aktuelle for den enkelte patient, ansatte, afsnit, afdeling, hospital og samfund, blev der udviklet en analyse model: Den ”cykliske procesmodel for interventionsanalyse af tvangsfikseringer”.

Modellen beskriver de forhold der altid vil være til stede i et tvangsfikseringsforløb: Årsager, følelser, handlinger og rammefaktorerne. Disse er indbyrdes forbundet i en årsags-virkningssammenhæng og en kronologisk sammenhæng.

Konklusioner:

Konklusionen af studiet var, at der ikke findes et eller få tiltag, der kan eliminere anvendelsen af tvangsfikseringer. Tvangsfiksering som begreb er indlejret i mange forhold, der alle kan have betydning for hvor ofte dette tiltag iværksættes. Hvis man ønsker at nedsætte antallet af tvangsfikseringer kræves dybdegående analyser af området specifikt i forhold til: den enkelte patient, den enkelte ansatte, afsnittenes, afdelingernes, hospitalernes og samfundets evne og muligheder for at håndtere de forhold fænomenet består af (årsager, følelser, handlinger og rammefaktorerne).

9 Abstract

Physical restraint in psychiatry – Patients’ experiences Patients’ suggestions to physical restraint minimisation at Sct. Hans Hospital

Background:

Physical restraint of psychiatric patients is a major restriction in the liberty of the subject. Our inability to solve this problem causes a negative response in the public opinion towards the psychiatric speciality. In 2002 nearly 2000 persons were physically restrained in Denmark.

Physical restraint is carried out according to legislation and this means that the patient is tied to the bed with leather strips around the waist and sometimes also tied on hands and feet.

Even though the society is characterised by such concepts as individualism and autonomy, patient’s view to the solution of the problem is rarely addressed.

Objective:

The objective of this study was to investigate which changes could be done to minimise or eliminate the use of physical restraint and hereby also minimising the negative emotional impact.

Material and method:

This issue is addressed through qualitative, semi-structured interviews of 10 psychiatric patients at SHH. All respondents had experienced time in physical restraint within 14 days prior to interview. The interviews were conducted from April through June 2004. The sampling was theoretical and the method of analysis was grounded theory, as described by Strauss and Corbin (1998).

Main results:

All changes proposed by the patients could be described as learning activities in the context described by Illeris (2003) in his theory of learning.

Among the learning activities the patients described were:

Conditions serving the purpose of minimising the psychotic experiences, the use of drugs and alcohol, conflict management, management of emotional intelligence, management of negative aggressive actions, the relationship to the staff members, acceptance of rules, norms and conditions (house rules), safety (prevention of injuries and discomfort), joint influence, presence of the staff, physical conditions during the physical restraint and debriefing.

To discover which learning activities are of current interest to the patients, the staff members, the unit, the department, the hospital and the society, the “cyclic process model of intervention analysis of physical restraint” was developed.

The model describes the conditions that always will be present in the physical restraint sequence:

Causes, feelings, actions and frameworks. These factors are interrelated in a matter of cause and effect and at the same time chronologically interrelated.

Conclusions:

There are not one or a few interventions that can eliminate the use of physical restraint. The conditions that encapsulate physical restraint are multifaceted. If you want to minimise the use of physical restraint in-dept analysis is required regarding the patient, the staff member, the unit, the department, the hospital and the society’s capacity and ability to handle the conditions that surround the phenomenon (causes, feelings, actions and frameworks).

10 Litteratur*

1. Handest P. Subjektiv og ekpressiv psykopatologi hos førstegangs patienter inden for det skizofrene spektrum – The Copenhagen Prodromal Study's inklusionsundersøgelse [Ph.d.]. København: Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet; 2003. s. 6, 8-10.
2. Lovbekendtgørelse. Bekendtgørelse af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien. LBK nr. 377 (6. juni 1998).
3. Gostin LO. Human Rights of Persons With Mental Disabilities – The European Convention of Human Rights. *Int J Law Psychiatry*. 2000;23(2):125-59.
4. Sundhedsstyrelsen. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen - Anvendelse af tvang i psykiatrien 2002. København: Sundhedsstyrelsen; 2003.
5. Jensen PD, Paulsen J. Tvang i psykiatrien: Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, med kommentarer. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag; 1991.
6. Poulsen HD, Munk-Jørgensen P, Aggernæs KH. Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien: En undersøgelse af registrering af tvangsbehandling, tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt. *Ugeskr Laeger*. 1996;158/38:5303-7.
7. Poulsen HD, Olsen CE. Anvendelse og registrering af tvang i psykiatrien i det nye årtusinde. *Ugeskr Laeger*. 2002;164:4664-7.
8. Raben H, Stender AK, Aggernæs KH, Schepelern SE. Tvang udført på psykiatrisk afdeling, Frederiksberg Hospital, før og efter indførelsen af den nye psykiatrilov. *Ugeskr Laeger*. 1993;155/8:553-7.
9. Raben H, Stender AK, Aggernæs KH, Schepelern SE. Tvang udført på psykiatrisk afdeling, Frederiksberg Hospital, før og efter indførelsen af den nye psykiatrilov: Tvangsfikseringer. *Ugeskr Laeger*. 1993;155/50:4091-5.
10. Owen C, Tarantello C, Jones M, Tennant C. Violence and Aggression in Psychiatric Units. *Psychiatr Serv*. 1998;49:1452-7.
11. Lee S, Gray R, Gournay K, Wright S, Parr AM, Sayer J. Views of nursing staff on the use of physical restraint. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2003;10:425-30.
12. Grassi L, Peron L, Maragoni C, Zanchi P, Vanni A. Characteristics of violent behavior in acute psychiatric in-patients: a 5-year Italian study. *Acta Psychiatr Scand*. 2001;104:273-79.
13. Cannon ME, Sprivulis P, McCarthy J. Restraint practices in Australasian emergency departments. *Aust N Z J Psychiatry*. 2001;35:464-67.
14. Sundhedsstyrelsen. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen - Anvendelse af tvang i psykiatrien 2001. København: Sundhedsstyrelsen; 2003.

* Litteratur listen er udformet i henhold til Vancouver-modellen, udarbejdet af: "The International Committee of Medical Journal Editors", Revideret september 2003. Det skal dog bemærkes, at hvor tidsskrifter/organisationer har henvisningskrav er disse fuldt. Henvisninger i afhandlingen er opbygget numerisk efter, hvor de første gang optræder. Henvisningen indeholder kap., hvis der er tale om hele kapitler og med s., hvis der er tale om at værket ikke er opdelt i kapitler eller der er tale om mindre dele af et værk. Der er henvist til første forfatter, på nær når der er tale om alment kendte værker, hvor det er normalt at anvende en anderledes henvisning (oftest til to).

15. Bjorkly S. A ten-year prospective study of aggression in a special secur unit for dangerous patients. *Scand J Psychol.* 1999;40(1):57-63.
16. Marangos-Frost S, Wells D. Psychiatric nurses' thoughts and feelings about restraint use: a decision dilemma. *J Adv Nurs.* 2000;31(2):362-9.
17. Olofsson B, Jacobsson L. Nurses' narratives about using coercion in psychiatric care. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2001;8:357-66.
18. Regeringen. Referat af regeringens folkehøring om indsatsen for de sindslidende 9. november 2000. [Rapport]. København: Sundhedsstyrelsen; 2000.
19. Wing J, Marriott S, Palmer C, Thomas V. Management of imminent violence: clinical practice guidelines to support mental health services [Structured abstract]. London: Royal college of Psychiatrists ; 1998 [cited 2003 Oct 21, about 4 pages]. Available from: <http://www.rcpsych.ac.uk/publications/op/op41.htm>.
20. Sailas E, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses [Chrochrane Review]. In: *The Chochrane Library, Issue 1, 2003.* Oxford: Update Software.
21. Bower FL, Mccullogh CS, Timmons ME. A Synthesis of What We Know About the Use of Physical Restrint and Seclusion with Patients in Psychiatric and Acute Care Settings: 2003 Update. *Online J Knowl Synth Nurs.* 2003 Apr;10(1).
22. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet.* 2001;358:483-8.
23. Gadamer H-G. *Teoriens Lovprisning: Taler og Lovprisning.* Århus: Systime; 2000. kap. 3.
24. Hemmingsen R. *Klinisk Psykiatri.* København: Munksgaard; 1994. s. 21-22.
25. Foucault M. *Michel Foucault sindssygdom og psykologi.* København: Rohdos; 1971. kap. 4.
26. Smith AD, Humphreys M. Physical restraint of patients in a psychiatric hospital. *Med Sci Law.* 1997;37(2):145-9.
27. Lunde IM, Ramhøj P. *Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab: Kvalitative metoder.* København: Akademisk Forlag A/S; 2001. s. 142-6, 222-35, 330-8.
28. Strauss A, Corbin J. *Grounded Theory in Practice.* London: SAGE Publications; 1997.
29. Kvale S. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview. København: Hans Reitzels Forlag; 2002. s. 40-8, 116-25, 148-60, 163-73.
30. Barbour RS, Kitzinger J, *Developing Focus Group Research: Politics, Theory and Practice.* London: SAGE Publications; 2001. s. 1-20.
31. Høyer G, Kjellin L, Engberg M, Kaltiala-Heino R, Nilstun T, Sigurjónsdóttir M, et al. Paternalism and autonomy: A presentation of a Nordic study on the use of coercion in the mental health care system. *Int J Law Psychiatry.* 2002;25:93-108.
32. Andersen H, Kaspersen LB. *Klassisk og moderne samfundsteori.* København: Hans Reitzels Forlag; 2002. s. 195-7,326-8,555.

33. Strauss A, Corbin J. Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for developing Grounded Theory. London: SAGE Publications; 1998.
34. Research Services. Using NVivo In Qualitative Reseach. Melbourne: QSR International; 2002.
35. Lovbekendtgørelse. Bekendtgørelse af lov om et videnskabsetisk komitéssystem og behandling af biomedicinske forskningsprojekter. LBK nr. 69 (1. august 1999).
36. Sygepleiernes Samarbeid i Norden. Ethiske retningslinier for sygeplejeforskning i Norden. København: Dansk Sygeplejeråd; 1995.
37. International Council of Nurses. Ethical Guidelines for Nursing Research. Geneva: International Council of Nurses; 1996.
38. Sct. Hans Hospital. Virksomhedsgrundlag for Sct. Hans Hospital. Roskilde: Sct. Hans Hospital; 2004.
39. Cullberg J. Dynamisk psykiatri. København: Hans Reitzels Forlag;1999. s. 63-98.
40. Oestrich I, Holm L. Kognitiv miljøterapi. København: Dansk psykologisk Forlag; 2001. s.
41. Rosenberg R. God Psykofarmakologisk Praksis. Nord J Psychiatry. 1992;46(26):35-8.
42. Gerlach J. Psykofarmaka: behandling af psykiske lidelser med nervemedicin. København: Psykiatrifonden; 2002.
43. Vestergaard P, Gerlach J. Behandling med psykofarmaka: samspillet med andre behandlingsformer. København: Munksgaard; 1988.
44. Jørgensen MG. At tage hverdagen alvorligt. Matrix. 1996;3:190-205.
45. Andersen AJW. Miljøterapi – det udfordrende mangfoldet. Fra Uten facit. Perspektiver på miljøterapi. København: Akademisk Forlag; 1997. s. 219-48.
46. Alberdi F, Báez A, Bagger M, Jessen H, Lyngø I, Galal LP, et al. Transkulturel Psykiatri. København: Hans Reitzels Forlag; 2002. s. 313-31.
47. Eide H ,Eide T. Kommunikation i relasjoner. Oslo: Ad Notam Gyldendal; 1996. kap. 1-3, 5-6.
48. Strand L. Fra kaos mod samling, mestring og helhed; Psykiatrisk sygepleje til psykiatriske patienter. København: Gyldendal; 1996. s. 77-103.
49. Crafoord C. Udviklende fortrolighed. København: Hans Reitzels Forlag; 1994. s. 105-52.
50. Jørgensen P, Rosenberg N. Kognitiv behandling af skizofreni. København: Hans Reitzels Forlag; 2001. kap. 10.
51. Revstedt P. Ingen er håbløs. Motivationsarbejde i teori og praksis. København: Hans Reitzels Forlag; 1995.
52. Cirkulære. Cirkulære om behandlingsplaner for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger. CIR nr. 202 (2. december 1998).

53. Mørch MM, Rosenberg NK, Elsass P. Kognitive behandlingsformer: Kognitiv terapi, social færdighedstræning, psykoeducation og kognitiv optræning. København: Hans Reitzels Forlag; 2002. kap. 9,10.
54. Ege P. Stofmisbrug og afhængighed hos unge og voksne. København: Hans Reitzels Forlag; 2004. kap. 6,7.
55. Antonovsky A. Helbredets mysterium. At tåle stress og forblive rask. København: Hans Reitzels Forlag; 2000. kap. 5.
56. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav.* 1980;21:219-39.
57. Andersen ML. Empowerment på dansk: teori og praksis. Frederikshavn: Dafola A/S; 2000.
58. Aanderaa I. Relationer i teamarbejde. Et psykodynamisk perspektiv. København: Hans Reitzels Forlag; 2000. kap. 4.
59. Torning M. Lær at løse konflikter. København: Frydenlund; 2003.
60. Goleman D. Følelsernes intelligens. København: Borgens Forlag; 1997.
61. Lovbekendtgørelse. Bekendtgørelse om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller m.v. på psykiatriske afdelinger. LBK nr. 534 (27. juni 2002).
62. Gray NS, Hill C, McGleish A, Timmons D, MacCulloch MJ, Snowden RJ. Prediction of violence and self-harm in mentally disordered offenders: a prospective study of the efficacy of HCR-20, PCL-R, and psychiatric symptomatology. *J Consult Clin Psychol.* 2003;71(3):443-51.
63. Thorgaard L, Valbak K. Kontaktpersonen – relationsbehandling i psykiatrien. Århus: Psykoterapeutisk Forlag; 1995. kap. 5.
64. Travelbee J. Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje. København: Munksgaard; 2002. s. 155-98.
65. Hem SE, Opjordsmoen S. Thrombosis associated with physical restraint. *Acta Psychiatr Scand.* 2001;103:73-76.
66. Illeris K. Læring – aktuel læringsteori i spændingsfeltet mellem Piaget, Freud og Marx. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag; 2003. kap. 1,2,4,7.
67. Mitchell JT. When disaster strikes. *J Emerg Med Serv JEMS.* 1983;8:36-9.
68. Almind G. Ekstern audit som metode til kvalitetsvurdering. Medicinsk teknologivurdering i almen praksis. København: Sundhedsstyrelsen; 1990.
69. Mainz J. Problemidentifikation i sundhedsvæsenet. København: Munksgaard; 1996. s. 50-4.
70. Ramhøj P, Egerod I, Taleman J. Klinisk sygepleje 1, 2 og 3 – Praksis og udvikling. København: Akademisk Forlag; 2000. Bind 1 s. 8-9.
71. Kamper-Jørgensen F, Almind G. Forebyggende sundhedsarbejde. København: Munksgaard; 2001. s. 164-6.
72. Hilde H, Hippe E. Læring gennem oplevelse forståelse og handling. København: Gyldendal; 1997. s. 48-49.

73. Bonner G, Lowe T, Rawcliffe D, Wellman N. Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2002;9:465-73.
74. Lewis DM. Responding to a violent incident: physical restraint or anger management as therapeutic intervention. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2002;9:57-63.
75. Meehan T, Vermeer C, Windsor C. Patients' perceptions of seclusion: a qualitative investigation. *J Adv Nurs.* 2000;31(2):370-77.
76. Hiday AL, Swartz MS, Swanson J, Wagner RH. Patient Perception of Coercion in Mental Hospital Admission. *Int J Law Psychiatry.* 2002;Vol 20(2):227-41.
77. Den norske lægeforening. Rapport fra gjennombruddsprosjekt psykiatri – Brug av tvang. Skriftserie for leger: Utdanning og kvalitetsutvikling. Oslo; 2002.
78. Outlaw FH, Lowery BJ. An Attributional Study of Seclusion and Restraint of Psychiatric Patients. *J Psychiatr Nurs.* 1994;39(8):69-77.
79. Iversen L, Kristensen TS, Holstein BE, Due P. Medicinsk sociologi – samfund, sundhed og sygdom. København: Munksgaard; 2002. s. 243-5.
80. Johnson ME. Being restrained: a study of power and powerlessness. *Ment Health Nurs.* 1998;19:191-206.
81. Bornstein PE. The use of restraints on a general psychiatric unit. *J Clin Psychiatry.* 1985;46(5):175-8.
82. Klimitz H, Uhlemann H, Fahndrich E. Are restraints used too frequently? Indications, incidence and conditions for restraint in a general psychiatric department. A prospective study. *Psychiatr Prax.* 1998;25(5):235-9.
83. Lemonidou C, Priami M, Merkouris A, Kalafati M, Tafas C, Plati C. Nurses perceptions toward seclusion and use of restraints for psychiatric patients in Greece. *Eur J Psychiatry.* 2002;16(2):81-90.
84. Katliala HR, Tuohimaeki C, Korkeila J, Lehtinen V. Reasons for using seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. *Int J Law Psychiatry.* 2003;26:139-49.
85. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning – En innføring. Aurskog: Tano Aschehoug; 1996. s. 163-71.
86. Olofsson B, Norberg A. Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. *J Adv Nurs.* 2001;33(1):89-97.
87. Holzworth RJ, Wills CE. Nurses' judgement regarding seclusion and restraint of psychiatric patients: a social judgement analysis. *Res Nurs Health.* 1999;22(3):189-201.

11 Bilagsoversigt

Bilag 1. Oversigt over litteratursøgning

Bilag 2. Interviewguide til fokusgruppeinterview

Bilag 3. Patientinformation

Bilag 4. Interviewguide til patientinterview

Bilag 5. Regler for transskription og anvendelse af citater

Bilag 6. Ord- og begrebsforklaringer i den Groundede Theory

Bilag 7. Oversigt over underkategorier med deres tilhørende egenskaber

Bilag 8. Skematisk sammenhæng mellem underkategorier, kategorier og kernekategorien

Bilag 1

Oversigt over litteratursøgning*

Database navn:	Søgeord:	Antal fund:
MEDLINE	Seclusion or restraint and hospital and patient (alle og efter 1997).	527, primært gennemgået de 203 efter 1997
PsycINFO	Seclusion or restraint and hospital and patient (efter 1995).	250
CINAHL	Seclusion or restraint and hospital and patient (alle og efter 1997).	681, primært gennemgået de 438 efter 1997
Cochrane Library	Seclusion or restraint and hospital and patient	The Cochrane Database of Systematic Reviews: 31 Database of Abstracts of Reviews of Effects: 7 The Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL):13

Videnskabelige tidsskrifter, navn:	Søgeord:	Antal fund:
International Journal of Law and Psychiatry	Seclusion or restraint or coercion	24
Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	Seclusion or restraint and hospital and patient	63
Acta Psychiatrica Scandinavica	Seclusion or restraint and hospital and patient	10
Journal of Advanced Nursing	Seclusion or restraint and hospital and patient	91
Research in Nursing & Health	Seclusion or restraint and hospital and patient	2

Mest relevante artikler gennemgået for deres referencer.	Ingen.	637
--	--------	-----

* Ved oversættelse af danske søgeord til engelsk, blev anvendt "Eurodicautom" (European Terminology Database) på adressen: <http://europa.eu.int/eurodicautom/Controller>. Alle referencer blev vurderet efter titel (relevans). Hvis relevant, vurderet abstract for relevans i forhold til problemformulering. Fortsat relevant, artiklen gennemlæst.

Bilag 2

Interviewguide til fokusgruppeinterview

- Velkomst og tak for deltagelsen.
 - Fokusgruppeinterviewet er en del af projektet ”Patienters forslag til nedsættelse af antallet af tvangsfikseringer på Sct. Hans Hospital” beskrevet i den synopsis I fik medsendt.
 - Baggrunden for at jeg har fundet det interessant at se på denne problemstilling er blandt andet at vi på SHH, på trods af enestuer ikke har set en nedgang i antallet af tvangsfikseringer (det er så ikke helt rigtigt fordi vi i 2003 i forhold til 2002 har set en mindre nedgang). Samtidig med at vi i løbet af de næste par år skal have revideret psykiatriloven. Og i den forbindelse har jeg ikke fundet meget litteratur eller videnskabelige artikler der har beskæftiget sig med patienternes oplevelser eller forslag.
 - Resultatet fra interviewet skal indgå sammen med litteratur på området og mine egne erfaringer, i udformningen af interviewguiden til patientinterviewene.
 - Jeg forestiller mig at interviewet skal foregå som en dialog jer imellem, omhandlende hvilke barrierer I forestiller jer der er for at nedsætte eller eliminere anvendelsen af tvangsfiksering på SHH.
 - Jeg vil indledningsvis og undervejs stille jer spørgsmål til videre dialog.
 - I har selvfølgelig hver især ret til at afbryde interviewet hvis I ønsker det.
 - Interviewet vil blive optaget på bånd, så det senere er mig muligt at analysere det nærmere.
 - I rapporten vil I selvfølgelig optræde anonymt så I ikke vil kunne genkendes.
 - Klin. udd. ansv. oversygeplejerske Jane Pregaard vil fungere som observatør under forløbet. d.v.s. hun deltager ikke i dialogen, men sørger for båndoptagelse samt observerer udtryk som ikke har et auditivt indhold.
 - Har I spørgsmål til interviewet ?
 - Inden vi starter vil jeg bede jer om at sige jeres navn ”til båndoptageren” så det senere er muligt at skelne jeres stemmer fra hinanden.
-
- Hvad skal der til for at få antallet af tvangsfikseringer ned på Sct. Hans Hospital ? (tænk evt. på den sidste tvangsfiksering I har været med til, hvordan kunne den have været undgået ?) *Eller beskrevet med en anden vinkel* - Hvis der i forbindelse med revision af psykiatriloven om 2 år muligheden for at tvangsfiksere patienter blev fjernet, hvordan ville I så forberede jer på dette (det vil sige at dette ikke mere var tilladt at tvangsfiksere patienter) ?
 - Hvilke begrundelser findes der for at tvangsfiksere ? (Tvangsfikserer I nogle gange som straf – hvis ikke, er der så altid en omsorgs begrundelse for fikseringen, er det altid for patientens bedste) ?
 - Hvor tit oplever I at patienterne er enige med jer om at tvangsfiksering er en god ide ?
 - Hvordan bliver tillidsforholdet mellem jer og patienten påvirket af tvangsfikseringerne ?
 - Hvad beskæftiger patienterne sig med under tvangsfikseringen ? (Er der patienter der godt kunne tænke sig at se fjernsyn eller høre musik når de er tvangsfikserede ? – må de godt det ? – hvorfor ikke når det ikke er en straf) ?
 - Hvilke andre muligheder end tvangsfiksering kunne I forestille jer ? (Ville isolationsrum, stadig med fast vagt, bag en pleksiglasrude – lydgennemtrængelig, efter jeres opfattelse være mere eller mindre indgribende overfor patienten) ?
 - Hvordan oplever I de sociale effekter af tvangsfikseringen mellem patienterne ? (Giver det højere anelse blandt de andre patienter at have været i bælte) ?
 - Hvordan oplever I patienternes kendskab til deres egne adfærd (Vil de fleste patienter være vidende om at deres adfærd vil føre til tvangsfiksering) ?
 - Hvordan virker den medicinske behandling i forhold til tvangsfiksering (Færre, hvis vi medicinerede bedre (mere) uden at medicinere så det kommer til at virke som en kemisk spændetrøje) ?
 - Hvordan tror I den faste vagt opleves af patienterne (tryghedsskabende eller kontrol) ?
 - Hvad kunne det ellers være interessant at spørge patienterne om, i forhold til tvangsfiksering eller formuleret på en anden måde, hvad ved vi ikke noget om i forhold til patienternes oplevelser vedrørende det at blive fikseret ?

Bilag 3

Patientinformation

Kære _____

Tak fordi du overvejer at deltage i interviewet.

Jeg hedder Jesper Bak, er sygeplejerske og studerer folkesundhedsvidenskab. I den forbindelse skal jeg udarbejde et projekt. Jeg har valgt at undersøge patienters oplevelser ved at blive bæltefikseret samt deres forslag til, hvordan dette kunne være undgået.

Formålet er, at få mere viden om forhold der har indflydelse på hvorfor der bæltefikseres, og hvordan nogle måske kunne undgås.

Jeg skriver til dig for at få tilladelse til at interviewe dig.

Interviewet vil handle om dine oplevelser før, under og efter tvangsfikseringen, samt dine forslag til, hvordan det eventuelt kunne være undgået.

Interviewet vil forgå på afsnittet i et rum, hvor vi kan tale uforstyrret sammen. Interviewet vil vare ½ til 1 time. Det vil blive optaget på bånd. Båndene vil efterfølgende blive opbevaret så, du er sikret anonymitet.

Det er vigtigt at du ved:

- At det er frivilligt at deltage og, at du på et hvilket som helst tidspunkt og uden begrundelse kan trække din deltagelse tilbage.
- At deltagelsen i projektet, ikke vil få nogen indflydelse på din fortsatte pleje eller behandling.
- At alle oplysninger du giver mig, vil blive behandlet fortroligt og ikke vil indgå i din journal.
- At alle resultater og citater i forbindelse med offentliggørelsen af projektet vil fremstå anonymt.

Hvis du ønsker at deltage i projektet, kan du give afdelingssygeplejersken besked.

Hvis du har spørgsmål til projektet er du velkommen til at kontakte mig på telefon nr. 46334144.

Med venlig hilsen
Jesper Bak

Bilag 4

Interviewguide til patientinterview

Velkomst

Indledning (baggrund, formål og rammer for interviewet, se patientinformationen)

Udlevering af skriftlig patientinformation (tjek at det er gjort af afdelingssygeplejersken)

Underskrivning af samtykke erklæring

Udlevering af kopi af samtykkeerklæringen

Patient nummer til båndoptageren

Baggrundsspørgsmål

- Hvor gammel er du (alder)
- (Køn-observation)
- Er du gift eller bor du sammen med en (ægteskabelig status)
- Er du født i Danmark - Hvor stammer du fra (etnicitet)
- Hvor meget har du gået i skole, har du nogen uddannelse
- Hvad fejler du – hvad er din diagnose (evt. høre om du må spørge afdelingssygeplejersken)
- Hvornår startede din sygdom (hvornår blev du første gang indlagt)
- Hvor mange gange har du været indlagt
- Hvor mange gange har du været tvangsfikseret
- Hvad tid på døgnnet blev du tvangsfikseret
- Hvor lang tid var du bæltefikseret
- Hvor lang tid siden er det du kom ud af bæltet

Spørgsmål vedrørende optakten til tvangsfikseringen

- Hvorfor blev du tvangsfikseret (Hvis der var en konflikt – hvem var den så med) ?
- Hvilken begrundelse fik du af personalet ?
- Hvad skete der lige inden du blev tvangsfikseret ?
- Viste du at din adfærd ville føre til tvangsfiksering ?
- Fik du at vide at hvis du ikke ændrede adfærd så ville det ende med tvangsfiksering (Oplevede du det som en trussel, eller som forebyggelse for din skyld) ?
- Kunne du have kontrolleret din adfærd så du kunne have undgået at blive tvangsfikseret ?
- Hvordan virkede medicinen på dig umiddelbart inden tvangsfikseringen (Kunne du have undgået det hvis du havde fået mere/bedre medicin) ?
- Hvad skulle der til for at have undgået tvangsfiksering (Tror du det kunne have været undgået hvis personalet havde ageret anderledes, havde været bedre uddannet – fysiskaktivitet, en løbe tur – musik, kugledyne eller lignende – mere personale eller mere kontakt til personalet) ?
- Hvor mange tvangsfikseringer tror du kan undgås ?
- Var du påvirket af stoffer eller alkohol, da du blev tvangsfikseret – hvis du var, var det så hovedårsagen til tvangsfikseringen ?
- Hvordan oplevede du personalet behandlede dig (Med respekt) ?
- Hvis skyld var det at du blev tvangsfikseret ?
- Hvordan oplevede du kontakten til lægen umiddelbart inden tvangsfikseringen (Var der en læge tilstede, da du blev tvangsfikseret, hvis der ikke var – tror du det ville have gjort en forskel) ?
- Hvordan oplevede du personalets adfærd (Var de bange-truende-beskyttende) ?
- Hvor mange var med til at tvangsfiksere dig ?

Spørgsmål vedrørende tiden under tvangsfikseringen

- Hvad oplevede du mest ubehageligt under tvangsfikseringen ?

- Hvad oplevede du mest positivt under tvangsfikseringen ?
- Hvordan oplevede du det at have fast vagt (tryghed eller kontrol) ?
- Hvad var det bedste den faste vagt/personalet gjorde for dig da du var tvangsfikseret ?
- Hvilke forhold kunne have gjort det mere behageligt at være tvangsfikseret (Større rum, mere kontakt, anderledes kontakt) ?
- Hvilke andre muligheder end tvangsfiksering kunne du forestille jer ? (Ville isolationsrum, stadig med fast vagt, bag en pleksiglasrude – lydgennemtrængelig, efter din opfattelse være bedre eller dårligere - Ville du hellere være holdt fast/holdt om af personalet indtil du var faldet til ro) ?

Spørgsmål vedrørende tiden efter tvangsfikseringen

- Hvordan har tvangsfikseringen indvirket på dit (tillids) forhold til plejepersonalet og lægerne ?
- Hvordan oplever du dialogen med plejepersonalet og lægerne om din pleje og behandling (Er I enige – uenige) ?
- Hvordan har de andre patienter reageret på din tvangsfiksering (Stiger eller falder din anseelse blandt de andre patienter efter du har været bæltefikseret) ?
- Hvor længe skal man ligge bæltefikseret (Viste du da du var parat til at blive løsnet) ?
- Hvordan oplevede du dialogen med personalet efter tvangsfikseringen (Snakkede personalet med dig om det der skete) ?
- Hvordan oplevede du tvangsfikseringen (Som en straf, som beskyttelse, eller hvordan oplevede du den) ?
- Har du oplevet andre patienter blive bæltefikseret ? Hvis du har var det så rimeligt at de blev det ?
- Hvad lærte du af at være bæltefikseret ?
- Hvad gør du for ikke at blive bæltefikseret igen ?
- Hvilken støtte får du fra personalet ?

Andre oplevelser

- Er der andre oplevelser omhandlende tvangsfiksering du vil dele med mig ?

Hvis du kommer i tanke om andet, er du velkommen til at ringe til mig, du kan evt. sige det til personalet, så kan de tage kontakt til mig, og så kan jeg ringe til dig.

Bilag 5

Regler for transskription og anvendelse af citater

Regler for transskription

- Alle interview er transskriberet af mig selv, maksimalt 48 timer efter interviewet, for at modvirke at nonverbale og kontekstuelle informationer gik tabt
- Interviewene er anonymiseret med hensyn til patienter og personale navne
- Interviewene er anonymiseret med hensyn til steder og tider
- Alle interview blev udskrevet i deres fulde længde og ordret, bortset fra emner der ikke vedrørte studiets problemformulering og gentagelser
- Tre interview blev transskriberet af to personer, hvorefter de blev sammenlignet for fejl i transskriberings fasen
- Vigtige følelser og gestikulationer der ikke blev udtrykt i ord er blevet indsat i parenteser i det transskriberede
- Spørgsmålene er skrevet med fed type
- Uforståelige passager er transskriberet fonetisk
- Alle bånd er opbevaret under lås
- EDB programmet blev placeret på et drev beskyttet af password

Regler for anvendelse af citater

- Citaterne fremstår i afhandlingen som: "*Kursiv og indrykning*"
- Alle patienter er citeret i afhandlingen, nogle dog mere hyppigt end andre
- Citaterne er gengivet som de blev transskriberet, dog nogle tilrettet en smule så de bedre fremstår som skriftsprog
- Citaterne fremstår uden numre og alle patienter er beskrevet som han for at sikre anonymiteten
- Større sammenhængende historier er sammensat fra flere interview for at sikre anonymiteten
- Få steder er der suppleret med forklarende bemærkninger i parentes, eksempelvis (*medpatient*) eller (*patienten peger på ...*)

Bilag 6

Ord- og begrebsforklaringer i den Gruonedede Theory*

Teori: Et sæt af veludviklede begreber, beslægtede igennem udsagn eller forbindelser, hvilket til sammen udgør en integreret struktur som kan bruges til at forklare eller forudsæ fænomener.

Kodenoter: Optegnelser eller noter der indeholdt de faktiske resultater, overvejelser og valg fra de tre typer af kodning.

Teoretiske noter: Følsomme og opsummerende noter som indeholdt forskerens tanker og ideer om den teoretiske udvælgelse og andre spørgsmål/problemer.

Operationelle noter: Noter der indeholdt procedurale fremgangsmåder og huskesedler.

Åben kodning.

Kodning: At kode, betyder at sætte beskrivelser eller navne på.

Begreber: Er et navngivent fænomen, byggestenene i en teori.

Underkategorier: En underkategori er også en kategori, men i stedet for at beskrive hele fænomenet, med dets evne til at forklare hvad der foregår, giver kategorien svar på spørgsmål om fænomenet som hvornår, hvor, hvorfor, hvordan, hvem og med hvilken konsekvens, således at den giver begrebet større forklaringskraft.

Egenskaber: Er de karakteristika en underkategori har, der beskriver hvordan den defineres og hvilken betydning den har.

Dimensioner: Er den udstrækning (det kontinuum) langs hvilken, en underkategoris egenskab varierer. Den specificere underkategorien og giver variation til teorien.

Aksial kodning.

Aksial kodning: Benævnelsen aksial kommer fra den betydning, at kodningen opstår rundt om kategoriens akse af egenskaber og dimensioner.

Kategori: Er begreber der beskriver et fænomen. Et fænomen kan være: Et problem, et spørgsmål, en begivenhed eller en hændelse, der er defineret som værende vigtig for informanten.

Struktur: Den kontekst, hvori en kategori eller et fænomen er placeret.

Proces: Den rækkefølge af handlinger og interaktioner der tilhører fænomenet, når det opstår over tid.

Paradigmemodellen: Er en analysemodel der hjælper med at samle og ordne data, på en måde, så struktur og proces integreres. Den er opbygget af syv komponenter:

- *Fænomenet*, den centrale problemstilling, spørgsmål, begivenhed eller hændelse, som underkategorierne forsøges placeret i forhold til. Fænomenet findes ved at stille spørgsmålet, hvad sker der her ?.
- *Kausale betingelser*, er de begivenheder eller forhold der leder til fænomenets opståen eller udvikling. Det er en begrebsmæssig måde at gruppere svar på spørgsmålene hvorfor, hvor, hvordan og hvornår ?. Disse svar former strukturen, omstændighederne eller situationerne, som tilhører fænomenet.
- *Konteksten*, de specifikke sæt af egenskaber og dimensioner, der tilhører fænomenet.
- *Intervenerende omstændigheder*, den bredere strukturelle kontekst, hvori fænomenet forekommer, og eventuelle handlinger udføres. De intervenerende omstændigheder findes ved at stille spørgsmålene, for hvem eller hvordan ?.
- *Handlings-/interventionsstrategier*, de handlinger og interaktioner, som fænomenet udløser, herunder også mangel på handlinger. Handlings-/interventionsstrategierne findes ved at stille spørgsmålet, hvordan håndterer personen fænomenet ?.
- *Konsekvenser*, er resultaterne af de af fænomenet frembragte handlinger. Konsekvenserne findes ved at stille spørgsmålet, hvad skete der som konsekvens af handlingerne eller mangel på handlinger ?.

* Ord- og begrebsforklaringerne er egen oversættelse fra Strauss og Corbin, 1998.

Selektiv kodning.

Konstruere: At data bliver reduceret fra alle interview til begreber og sæt af relationelle beskrivelser, der i generel betydning, kan bruges til at fortælle hvad der sker.

Kriterier for kernekategorien:

- *Den skal være central, i den betydning at alle andre kategorier skal være relateret til den.*
- *Den skal kunne ses ofte i data. Det betyder den skal findes i alle eller næsten alle interview.*
- *Forklaringen der udvikles ved at relatere kategorierne indbyrdes, er logisk og konsistent. Data bliver ikke "presset".*
- *Betegnelsen der bliver anvendt til at beskrive kernekategorien, er passende abstrakt, så den kan bruges til at udføre forskning i andre subsidære områder, og medfører udvikling af en mere generel teori.*
- *Mens konceptet raffineres analytisk, gennem integration med andre koncepter, vokser teorien i dybde og forklaringskraft.*
- *Konceptet kan forklare variation, såvel som hoved pointen der kommer fra data, det betyder at når forholdene skifter, holder forklaringen stadig, selvom måden fænomenet er beskrevet på, ser en smule anderledes ud. Man skal også kunne forklare modsætninger eller alternative cases, ved hjælp af kernekategorien.*

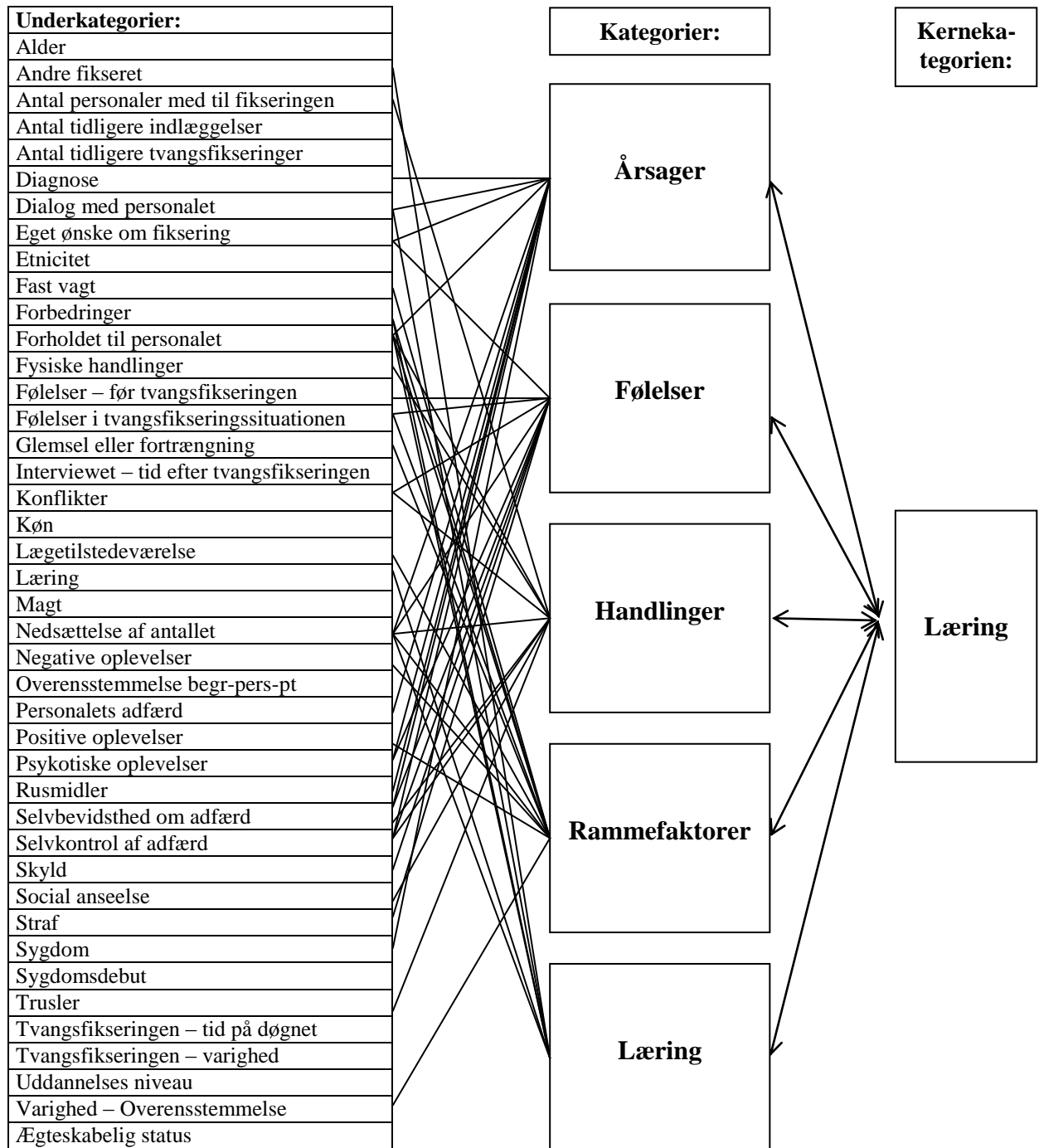
Bilag 7

Oversigt over underkategorier med deres tilhørende egenskaber

Kode benævnelse:	Egenskaber:
Alder	Baggrundsoplysning
Andre fikseret	Oplevelser med andre patienter der var blevet tvangsfikseret (rimeligheden)
Antal personaler med til fikseringen	Antal af personaler involveret i tvangsfikseringen (voldsomheden, personalets erfaringer med tidligere tvangsfikseringer, valg af sikkerhedsniveau)
Antal tidligere indlæggelser	Baggrundsoplysning
Antal tidligere tvangsfikseringer	Baggrundsoplysning
Diagnose	Baggrundsoplysning
Dialog med personalet	Patienternes dialog med personalet om tvangsfikseringen
Eget ønske om fiksering	Begrundelse for tvangsfikseringen, her med baggrund i patienternes eget ønske om tvangsfiksering (angst for negative psykotiske oplevelser og frygten for at skade andre)
Etnicitet	Baggrundsoplysning
Fast vagt	Oplevelser i forhold til den faste vagt (godt, dårligt)
Forbedringer	Forslag til forbedringer i forhold til tvangsfikseringssituationen
Forholdet til personalet	Forholdet/kontakten til personalet efter tvangsfikseringen (bedre, dårligere, enighed)
Fysiske handlinger	Fysiske aggressive handlinger der medfører tvangsfiksering
Følelser – før tvangsfikseringen	Følelser som udløsende faktor i tvangsfikserings forløbet
Følelser i tvangsfikseringssituationen	Følelser overfor det at være tvangsfikseret
Glemsel eller fortrængning	Behovet for gentagelse af informationer/viden om forløbet p.g.a. glemsel eller fortrængning
Interviewet - tid efter tvangsfikseringen	Baggrundsoplysning
Konflikter	Konflikter der medfører tvangsfiksering
Køn	Baggrundsoplysning
Lægetilstedeværelse	Læge tilstedeværelse i tvangsfikseringssituationen (akut udvikling, voldsom udvikling, holdninger hos læger og plejepersonale)
Læring	Læring i efterforløbet og det patienterne lærte af tvangsfikseringen
Magt	Magtforholdet mellem patienterne og personalet
Nedsættelse af antallet	Konkrete forslag til hvordan den aktuelle tvangsfiksering kunne være undgået
Negative oplevelser	Negative oplevelser i forbindelse med tvangsfikseringen
Overensstemmelse begr-pers-pt	Overensstemmelse mellem patienternes og personalets begrundelser for tvangsfikseringen
Personalets adfærd	Personalets adfærd i forbindelse med tvangsfikseringen (respekt, medindflydelse, autonomi)
Positive oplevelser	Positive oplevelser i forbindelse med tvangsfikseringen
Psykotiske oplevelser	Patienternes psykotiske oplevelser som årsag til tvangsfikseringen
Rusmidler	Patienternes påvirkning af rusmidler som årsag til tvangsfikseringen
Selvbevidsthed om adfærd	Patienternes bevidsthed/viden om at bestemte handlinger fører til tvangsfiksering
Selvkontrol af adfærd	Patienternes kontrol over egen adfærd (impulsreaktion, adfærdskontrol)
Skyld	Hvem er skyld i tvangsfikseringen (sig selv, omgivelserne)
Social anseelse	Social anseelse blandt medpatienter (medvirkende årsag)
Straf	Tvangsfiksering som afstraffelse (konsekvens pædagogik)
Sygdom	Patienternes sygdom som årsag til tvangsfikseringen
Sygdomsdebut	Baggrundsoplysning
Trusler	Trusler mod medpatienter eller personale der medfører tvangsfiksering (truslerne har sin oprindelse i følelsen vrede)
Tvangsfikseringen – tid på døgnet	Baggrundsoplysning
Tvangsfikseringen – varighed	Baggrundsoplysning
Uddannelses niveau	Baggrundsoplysning
Varighed – Overensstemmelse	Patienternes holdning til varigheden af tvangsfikseringen overfor den reelle varighed
Ægteskabelig status	Baggrundsoplysning

Bilag 8

Skematisk sammenhæng mellem underkategorier, kategorier og kernekategorien*



* Det kan være lidt vanskeligt at se den helt konkrete sammenhæng mellem underkategorierne og kategorierne, men de er beskrevet under den enkelte kategori i afhandlingen.

12 Tabel- og figuroversigt

Tabel/Figur nr.:	Benævnelse:	Side nr.:
Tabel 1	Karakteristika af de interviewede patienter	9
Tabel 2	Læringstiltag der modvirker tvangsfiksering	33-35
Figur 1	Diagram over udviklingen af interviewguide til patientinterviewene	10
Figur 2	Diagram over den analytiske proces i GT	14
Figur 3	Skematiseret ”storyline” over patientforløb	17
Figur 4	Cyklisk procesmodel for interventionsanalyse af tvangsfikseringer	37

Rettelsesliste

MPH - afhandling: ”Tvangsfiksering i psykiatrien – Patienters oplevelser”

Side / linje:	Rettelse:
Side 7, linje 5	Hvorfor patienterne i fokus ~ mangler understregning
Side 20, linje 15	”Patienters holdning til behandlingsplanen” ~ ”” fjernes
Side 20, linje 20	har ~ ændres til havde
Side 22, linje 12	eget ønske om fiksering, ~ ændres til eget ønske om fiksering og
Side 25, linje 34-36	Citatet: ”Ja jeg har...” ~ ændres i skriftstørrelse
Side 36, linje 30	Rammefaktorer ~ ændres i skriftstørrelse
Side 55, linje 13 (ref. 40)	s. ~ slettes
Side 55, linje 30 (ref. 51)	Ingen er håbløs ~ slettes (titel på 1. udg.)
Side 56, linje 7 (ref. 55)	kap. 5 ~ ændres til kap. 6
Side 62, (hele bilaget)	tvangsfiksering ~ ændres til bæltefiksering (dette er termen der anvendes i praksis)