Miljøbehandling



Ukom



DØDSFALL PÅ EN AKUTTPSYKIATRISK SENGEPOST

Miljøbehandling

Publisert 7. juni 2021
ISBN 978-82-8465-002-9

I dette kapittelet beskrives funn knyttet til miljøbehandlingen Hanna mottok og virkningen av denne. Det er tatt med sitater som eksempler på noen av funnene. De viktigste funnene er:

- Miljøpersonalet oppgir at Hanna fikk standard miljøbehandling, men denne ga ikke tilstrekkelig effekt. Miljøpersonalet tydde til restriksjoner og korrigeringer for å håndtere uroen hennes.
- Både miljøpersonale og leger forteller at de var opptatt av at Hanna måtte få ro og hvile, men miljøpersonalet opplevde at de var maktesløse uten bruk av legemidler. De klarte ikke få henne til å sove.

Planlagt miljøbehandling

Tiltak som ble beskrevet i journalen, foruten legemiddelbruk, var miljøterapi med støtte, struktur og begrensning av stimuli. Ifølge behandlingsplanen hadde Hanna mulighet til utgang med følge. Det ble gjennomført to ganger i løpet av oppholdet.

I intervjuer med Ukom kommer det fram at miljøpersonalet forsøkte å formilde ro og trygghet. Det ble lagt stor vekt på å snakke og opptre rolig og å være tålmodig. Noen fortalte at de forsøkte beroligende aktiviteter, slik som å gre håret hennes og at hun fikk høre på musikk. Hanna tegnet i gode perioder, og hun fikk beroligende ord og en klut på pannen for å falle til ro og sovne.

Miljøpersonale og leger forteller at Hanna i perioder snakket morsmålet sitt, som var uforståelig for de fleste av dem. Dette skapte utfordringer i kommunikasjonen. Det fantes en sykepleier og en lege som behersket Hannas morsmål. Begge oppfattet at det hun sa var fragmentert og ikke ga mening.

Personalet var opptatt av søvn som en viktig del av behandlingen. De prøvde å holde henne inne på rommet slik at hun kunne finne ro og hvile.

Tiltakene ble ofte opplevd som utilstrekkelige. Mye av tiden var Hanna urolig og aktiv.

Krav og grenser

Hanna ble anmodet om å være på rommet sitt på tross av at hun kunne gi tydelig uttrykk for at hun ikke ønsket å være der. Tiltaket var primært begrunnet i hensynet til de andre pasientene, men var også med for å skjerme Hanna for stimuli. Noen ganger aksepterte Hanna dette og roet seg på rommet, andre ganger forsøkte hun å presse seg ut. «Hun ble skjøvet inn på rommet gjentatte ganger», er journalført. Flere informanter forteller at romskjerming ble praktisert, men at dette tiltaket var ureglementert. Det var heller ikke en løsning som ga henne ro og søvn.

Det kommer fram i intervjuer at Hanna lagde støy med sengen sin. Dette er også journalført den åttende dagen av innleggelsen. Etter denne datoen er ikke problemet omtalt. Sengen ble fjernet fra Hannas rom. Flere informanter antar at dette ble gjort fordi hun lagde støy med den, men at det også kan ha vært andre årsaker. De forteller at sengen er høy og smal, og at Hanna kan ha opplevd den som utrygg å ligge i.



Dette er en av pasientsengene på avdelingen. Foto; Ukom

Personalet forsøkte med strukturerte miljøtiltak. Eksempler på dette kunne, ifølge journalen, være at Hanna bare fikk matservering til faste tider. Flere informanter forteller at hun kunne reagere negativt på slik grensesetting i form av sinne og lette slag mot miljøpersonalet.

Krav og grenser var tiltak som ikke ga ro og søvn, men tvert om ofte mer uro. Spørsmål om legemidler kom derfor ofte opp. En assistent sa det slik:

«Å få henne dempet var en utfordring. Jeg gikk tom for alternativ. Måtte restarte meg selv. Vi veileder hverandre. Bytter pasient. Jeg er med og diskuterer legemiddelbehandling eller hører mest på. Jeg spør sykepleier 'kan du gjøre noe?', men ikke 'kan du gi dét?'».

Som kortsiktige tiltak forsøkte miljøpersonalet å dempe krevende atferd gjennom formaninger og grensesetting. Det skjedde selv om Hanna reagerte negativt på det. Det ble også forsøkt å bygge videre på gode øyeblikk. Assistenten svarte slik på spørsmålet om hva han var bevisst på i møte med Hanna:

«Tullet hun, så tullet jeg tilbake. Prøvde å ha en god relasjon. Men det var óg behov for grenser. For eksempel krav til mat og bytte plagg, hun ville bytte plagg hele tiden. Det er ikke noe som alltid kan møtes».

Hvorfor varierte krav og grenser?

Vår analyse viser at variasjonen i krav og grenser først og fremst ble forårsaket av at det stadig var nytt miljøpersonale som var hennes pasientkontakt. Over tid skjedde det derfor lite erfaringsbasert tilpasning. Nytt personell gjentok krav og grenser som stresset henne. Ukom har heller ikke funnet at det var faglige, felles møtepunkt rundt planlegging og drøfting av miljøtiltak, heller ikke diskusjoner om type krav og grenser. Deler av bemanningen deltok ikke avdelingens faste møter. Ekstravakter og nattevakter hadde ikke dette i sin turnus.

Sengene som ble benyttet på skjermingsenheten var av stål og kunne brukes til å lage støy. Ukom ble fortalt at de kunne være farlige dersom en pasient ønsket å skade seg selv, men også at de var smale og høye slik at pasientene opplevde dem som utrygge å ligge i.

Den øverste ledelsen var ikke klar over problemstillingene med disse sengene, og heller ikke at pasienter derfor sov på golvet. At miljøpersonalet tok sengen ut fra rommet til Hanna, er ikke journalført. Det ble heller ikke definert som et avvik. Det har dermed ikke blitt meldt videre.

Kontrollkommisjonen trodde at madrass på golvet handlet om at pasientene brukte sengene til å skade seg med, og stilte aldri spørsmål ved dette de gangene det ble observert. Kontrollkommisjonen møtte aldri Hanna.

Fra intervjuene kom det fram faglig uenighet om grensettingen, særlig knyttet til rimeligheten av disse, men dette ble ikke drøftet eller samkjørt på fagmøter eller i behandlingsplanen.

Ukom fant ikke at avdelingen hadde et tydelig definert ansvar for utformingen av miljøbehandlingen. Skjerming er generelt tiltenkt å være et kortvarig tiltak.

Journalnotater fanger ikke opp hvilke krav og grenser som ble satt, nødvendigheten av disse eller begrunnelse for tiltakene. Det ble ikke gjort en vurdering av hvorfor hun ble dårligere.

Pasientjournalen omtaler i hovedsak beskrivelse av Hannas tilstand og episoder med agitasjon og uønsket atferd. For eksempel står det at hun kastet maten i gulvet, men ikke at dette skyldes frustrasjon over at hun ikke fikk smeltet ost som hun ba om. Refleksjonen kommer fram i samtalene vi hadde med miljøpersonalet.

Ukoms vurderinger knyttet til miljøbehandling

Uro hos utrygge pasienter kan motvirkes ved å skape systemer som sikrer kontinuitet i miljøbehandlingen, der det enkelte miljøpersonalet ikke blir overlatt til seg selv. Det er viktig å ivareta miljøpersonalet med systematisk støtte og veiledning. Pasienter med særskilt krevende atferd må møtes med forståelse og bred analyse av årsaker til sine utrykkformer.

Vårt inntrykk er at krav og grenser varierte fra vakt til vakt, og at dette var krevende, både for Hanna og for personalet.

En annen årsak til at krav og grenser ikke fortløpende ble evaluert, kan være at Hannas atferd i stor grad ble sett og forstått utelukkende som tegn på psykose. Atferdsforstyrrelse eller utageringer kan ha relasjonelle årsaker, også ved psykose

I nasjonal faglig retningslinje for utredning og behandling av bipolare lidelser, er grensesetting ikke eksplisitt nevnt som en del av behandlingen. Det pekes imidlertid på at maniske personer ofte trenger struktur og faste rammer for å unngå ukritisk eller farlig atferd (3). Dette er i liten grad konkretisert. Grensetting nevnes én gang i de nasjonale retningslinjene, og da som årsak til at maniske pasienter kan reagere med aggresjon.

I en oversiktsartikkel om skjerming i akuttposter i psykisk helsevern (4), kommer det fram at grensetting tradisjonelt har vært en del av skjermingstiltaket. Det vises til at nyere fagutviklingsprosjekter framhever mindre vekt på kontroll, fysisk makt og passiviserende restriksjoner ved skjerming til fordel for mer anerkjennende, dialogbaserte tilnærminger.

Ukom ser at behandlingen i stor grad var preget av krav og grenser. Dette framkommer av intervjuer, og i journalnotater refereres det ofte til at Hanna ikke tok korreksjoner. Vi vurderer at en behandling preget av krav og grenser ikke er i tråd med moderne miljøbehandling. En slik praksis kan være uttrykk for at det tar tid å endre en behandlingskultur i samsvar med ny kunnskap. Det kan også handle om at personalet opplevde at Hanna var særlig krevende og at det, av hensyn til andre pasienter, var et stort behov for ro. Miljøpersonalet forsøkte da tilgjengelige «verktøy». Det fantes ikke spesifikk opplæring og veiledning knyttet til å ha kontaktansvar for Hanna. Flere av de ansatte ble slitne og rådville av den krevende atferden hennes. Da ble det naturlig for dem å ty til grensetting og formaninger om ro.

Det at hun lå alene på gulvet i et nakent rom, kan ha gjort henne mer urolig og bidratt til det ble vanskeligere for henne å sovne.

Det vil på skjermingsenheter, som på alle andre steder, uunngåelig danne seg behandlingskulturer, «slik gjør vi det hos oss». Det er problematisk når inngripende tiltak inngår i slike kulturer og tradisjoner. Dette kan vi omtale som en form for «kulturblindhet».

Selv om hovedinntrykket er at grenser og krav fikk stor plass blant miljøpersonalet, har vi også gjennom informanter og journalnotater sett at det var personell som var tålmodige, avventende og som tok tiden til hjelp.

Hanna var av etnisk minoritetsbakgrunn. Når en pasient snakker et språk personalet ikke forstår, som Hanna gjorde i perioder, er det et stort behov for å tolke og forstå ikke-verbale signaler. Psykose medfører ofte forstyrrelser av evnen til å tenke og kommunisere. Det kan oppstå forstyrrelser i språkforståelse eller tale, også for pasienter med norsk som morsmål. Pasienter med psykose har ofte kaotisk språkbruk. Språket kan endres, forvrenges eller forsvinne helt. Hvordan slike forstyrrelser blir møtt under innleggelse, med de utfordringene og konsekvensene språkvanskene medfører for pasienter og miljøpersonell, er nærmere beskrevet i forskningsartikkelen «Tap av språk ved psykose» (5).



Bruk av morsmål kan være viktig for å opprettholde best mulig funksjonsnivå og integritet. Det er kjent at likeverdige helsetjenester utfordres på grunn av språkproblemer (6). Språkbarrierer og andre kommunikasjonsproblemer kan skape misforståelser. Det er også kulturelle forskjeller for hvordan sykdom arter seg. Mange pasienter, som ikke har norsk som morsmål, vil ha stor nytte av en tolk i sine samtaler med helsepersonell.

Etter vår vurdering er del likevel slik at de språkvanskene som oppstod hos Hanna, som en del av en hennes manisk psykose, sannsynligvis ikke kunne avhjelpes ved bruk av profesjonell tolk. Dette må vurderes i hvert tilfelle og i samråd med pårørende. En bør forsøke profesjonell tolk i behandlingsmøter med pasienten før det konkluderes med at det er kaotisk språk uten meningsinnhold. Vårt inntrykk, basert på intervjuer, er at det ble gjort vurderinger rundt dette i behandlingen av Hanna, og at også nærmeste pårørende deltok i denne vurderingen.

Miljøbehandlingen er viktig for pasientens opplevelse og nytte av innleggelsen. Pasienten er i en sårbar situasjon, og personalet kan få krevende utfordringer. Det er stor fare for uhensiktsmessige ytringsformer begge veier i relasjonen. Dette må motvirkes gjennom en individuell og planlagt miljøbehandling med gode systemer for systematisk evaluering og refleksjon.

Statens undersøkelseskommisjon
for helse-og omsorgstjenesten

Postboks 225 Skøyen
0213 Oslo
E-post: post@ukom.no
Org nr: 921018924