

# Psykiatriske patienters oplevelse af ophold i skærmede enheder

Læge Henrik Day Poulsen, læge Lars Søndergård, sygeplejerske Claus Hansen & overlæge Anne Lindhardt

H:S Rigshospitalet, Psykiatrisk Klinik, Neurocentret

## Resumé

**Introduktion:** Anvendelsen af skærmede enheder på psykiatriske afdelinger er en relativ ny behandlingsmetode i psykiatrien. Det har blandt andet medført diskussion om mulige retssikkerhedsmæssige problemer for psykiatriske patienter, ikke mindst fordi døren mellem den skærmede og åbne enhed i perioder kan være aflåst. Studiet undersøgte patienternes oplevelse af det nye behandlingstiltag.

**Materiale og metoder:** Alle patienter på to skærmede enheder blev interviewet om deres oplevelse af indlæggelse i skærmede enheder. Som kontrolgruppe valgtes alle patienter i den åbne del af afsnittet. I alt 48 patienter deltog. Det blev anvendt såvel kvantitative og kvalitative metoder. Patienternes psykopatologi blev målt med *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) og funktionsevne med GAF.

**Resultater:** De fleste patienter mente, at indførelsen af skærmede enheder var et godt behandlingstiltag. Få anså den låste dør som et problem. Mange fremhævede forståelse, tryghed og beskyttelse blandt de væsentligste fordele ved at være indlagt på en skærmet enhed. Utilfredshed og oplevelse af at blive krænket i forhold til et ophold i skærmet enhed blev fundet relateret til sværhedsgraden af psykopatologi, men der var ingen signifikant forskel mellem de to undersøgte grupper. Ingen fandt imidlertid den tidvist aflåste dør blandt de tre største ulemper ved at være indlagt. Omkring halvdelen af patienterne i den skærmede enhed ønskede sig bedre informeret.

**Diskussion:** Flertallet af patienterne i denne undersøgelse anså indførelsen af skærmede enheder for at være positiv. Patienterne så ikke store retssikkerhedsmæssige problemer ved denne behandlingsmetode. Der er behov for bedre patientinformation om skærmede enheder.

Skærminningsbegrebet er ikke entydigt og har ikke fundet sin endelige definition. Således anvendes begrebet skærminning dels om en individuel personskræmning, som kan finde sted på et hvilket som helst psykiatrisk afsnit og dels om en særlig enhed i afdelingen. Begrebet skærmet enhed dækker da over, at man behandler patienter i en mindre del af et åbent afsnit med mulighed for lejlighedsvis aflåsning eller blot aflukning af døren til resten af afsnittet [1]. Det er sådanne skærmede enheder, som er denne undersøgelses genstandsfelt.

Skærmede enheder i åbne psykiatriske hospitalsafsnit har længe været en kendt behandlingsmetode i udlandet og er nu

også indført flere steder i Danmark [2-4]. I visse amter har man valgt helt at nedlægge de lukkede afsnit til fordel for etablering af skærmede enheder som integreret del af et åbent afsnit, og man har rapporteret om gode erfaringer hermed [4].

Muligheden for at aflukke en del af et åbent afsnit kan skabe øget kontinuitet i form af fortsat behandling i samme afdeling udført af et gennemgående personale, hvorved et fysisk mindre og mere overskueligt behandlingsmiljø opnås. Desuden kan man tilbyde en mere intensiv observation af moderat til svært syge patienter f.eks. til selvmordstruede og moderat psykotiske patienter. Når tilstanden ændres, kan der foretages flytning inden for afsnittet til eller ud af den skærmede enhed, hvorved kontinuiteten i behandlingen bevares. Dette har tidligere vist sig at være af stor betydning i psykiatrisk behandling [5].

Flere har påpeget mulige problemer ved indførelse af skærmede enheder [6-8] herunder etiske problemer [9, 10], især da psykiatriloven ikke eksplicit tager stilling hertil [11].

Ved indførelse af en ny behandlingsmetode er det centralt at undersøge, hvordan patienterne forholder sig hertil og oplever den nye behandlingsmulighed. Der er i Danmark ikke tidligere foretaget systematiske undersøgelser af patienternes egen opfattelse af at opholde sig i skærmede afsnit. Formålet med herværende undersøgelse er at undersøge dette ved brug af såvel kvalitative som kvantitative metoder.

## Materiale og metode

Undersøgelsen blev udført på to åbne afsnit med skærmet enhed på Rigshospitalet, Psykiatrisk Klinik. Afsnittene har begge 25 pladser, hvoraf seks pladser på hvert afsnit befinder sig i en skærmet enhed. Herudover har klinikken et lukket afsnit.

I alt 48 patienter blev interviewet af en af to læger, der ikke var klinisk tilknyttet de pågældende afsnit i undersøgelsesperioden, der gik fra den 1. november 2002 til den 31. januar 2003.

Alle patienter, der på et tidspunkt i undersøgelsesperioden havde opholdt sig i den skærmede enhed, blev spurgt, om de ville deltage. Kontrolgruppen udgjordes af alle de patienter, der på interviewtidspunktet var i åbent afsnit og aldrig under denne indlæggelse havde haft ophold i den skærmede enhed. Eksklusionskriterierne var patienter med svær demens, svær somatisk sygdom samt patienter med udtalt dårlige dansk-kundskaber.

Der er anvendt metodetrianglering med afsæt i kvalitative og kvantitative metoder [12, 13]. Dette blev udført ved, at hver patient først blev interviewet ud fra en semistruktureret kvalitativ spørgeguide. Omdrejningspunkterne i disse interviews var information og viden om egen indlæggelse, indlæggelses-

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

forventningerne, de interpersonelle relationer i afsnittet, de ydre forhold og retssikkerhedsmæssige spørgsmål, herunder spørgsmål om udgang og aflåsning af hoveddøren. Patienterne blev bedt om at rangordne positive såvel som negative oplevelser i forhold til egen indlæggelse.

Efterfølgende blev der stillet en række lukkede standardiserede spørgsmål (**Tabel 1**). Foruden »ja«, »nej« og »ved ikke« havde spørgsmål om subjektiv oplevelse i denne kvantitative del svarmuligheden »neutralt«.

Ud fra noter taget i løbet af samtalen, der varede 30-90

**Tabel 1.** Sammenstilling af kvalitative og kvantitative resultater for skærmede og ikkeskærmede enheder. Personer, som har svaret »neutralt« eller »ved ikke«, er udeladt af hensyn til overskueligheden.

Tema		Kvantitative data		Kvalitative data	
		skærmet n =20 %	ikkeskærmet n =28 %	skærmet	ikkeskærmet
Har du haft ønske om at forlade afdelingen?	Ja	55	36	Sygdomsfølelse, få aktiviteter, psykotiske begrundelser og indskrænket frihed	Utryghed Ønske om privatliv
	Nej	35	61	Tryghed, forudsigelighed, beskyttelse mod omverdenen og medpatienter (følgelsesvrangforestillinger) og egne handlinger, oplevelse af privilegeret behandling, overskuelighed og ro. Tilfredshed med forplejningen og de ydre rammer	Tillid, forståelse, imødekommenhed, tolerance, tryghed, beskyttelse, socialt samvær, mangel på krav Mindre udtalt sygdomsfølelse. Rekonvalescens Tilfredshed med forplejningen og de ydre rammer
Hvilken afdeling vil du foretrække at være på? (*) Signifikant, p < 0,05	Denne	35*	96*	Tryghed, forudsigelighed, beskyttelse mod omverdenen og medpatienter (følgelsesvrangforestillinger) og egne handlinger, oplevelse af privilegeret behandling, overskuelighed og ro Tilfredshed med forplejningen og de ydre rammer	Tillid, forståelse, imødekommenhed, tolerance, tryghed, beskyttelse, socialt samvær, mangel på krav Mindre udtalt sygdomsfølelse Rekonvalescens Tilfredshed med forplejningen og de ydre rammer
	En anden	55*	4*	Psykotiske begrundelser Ønske om yderligere beskyttelse Ønske om mere frihed	Frygt for medpatienter Ønske om mere intensiv behandling Frygt for udskrivelse
Hvordan oplever du, at døren til afdelingen i perioder er låst?	Godt	25	50	Tryghed og beskyttelse Frygt for medpatienter, andres nysgerighed, intimidering og kompromittering Grænsedragende Refugium	Frygt for medpatienter og uvedkommende Kontrol, opsyn, tryghed og beskyttelse
	Dårligt	25	7	Frihedsberøvende, krænkende og udfoldelseshindrende	Manglende fri bevægelighed i afsnittet
Er der grund til at klage over dit ophold i afdelingen?	Ja	20	14	Møblement, bemaling, bespisning, hindringer for udfoldelse (psykotiske begrundelser)	Beklædning, bespisning, manglende frihed, fortravlet personale, få aktiviteter
	Nej	70	82	Oplevelse af forståelse, medmenneskelighed og omsorg	Oplevelse af hjemlighed, kompetence og omsorg
Har du modtaget tilstrækkelig information om din indlæggelse?	Ja	40	50	Ønske om paternalisme	
	Nej	55	46	Ønske om autonomi Manglende oplysninger og åbenhed om døren mellem enhederne, egen og andres udgang	
Hvordan vil du beskrive dine juridiske rettigheder?	Gode	30	61	Beskyttelse, klageadgang og retten til behandling	Aktindsigt, åbenhed, medbestemmelse og klageadgang
	Dårlige	20	4	Overgreb fra medpatienter, psykotiske begrundelser, regler for udgang er uklare, sparsom information, frihedsberøvelse og manglende medbestemmelse	Bestjæling og tiggeri Følelse af umyndiggørelse Uigennemskuelig psykiatrilov
Hvad synes du om at man har skærmede afdelinger?	Godt	70	61	Mulighed for tryghed, forudsigelighed, forståelse, samtale, aflastning og ro i perioder med forværring af psykiske symptomer	
	Dårligt	5	4	Oplevelse af krænkelser og indskrænkede handlemuligheder	

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

min., blev hvert interview omsat i et referat. Repræsentativiteten og variabiliteten viste sig at eksisterer ved at svartyperne begyndte at gå igen mod slutningen af undersøgelsesperioden [15]. Data blev herefter systematiseret i meningskategorier.

De lukkede spørgsmål blev bearbejdet kvantitativt, og svarene blev sammenlignet de to grupper imellem. Efter interviewet blev der foretaget en psykopatologisk rating af patienterne ved brug af Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS [16] og social funktionsevne med Global Assessment of Functioning, GAF [17].

Hvor en kvantitative metode kan afklare udbredelsen af visse holdninger, kan den imidlertid ikke udsige noget om forståelsesrammen bag sådanne holdninger. Her kan en kvalitativ metode bidrage til at afdække de følelser, tanker og meningssammenhænge, der ligger til grund for sådanne udsagn. Der er således tale om to hinanden gensidigt supplerende metoder med hvert sit gyldighedsområde [14]. Dvs. hvor den ene metode kan svare på spørgsmålet »Hvor mange?«, vil den anden søge at afdække spørgsmålet »Hvorfor?«. Den ene metode vægter den standardiserede objektivitet, mens den anden lægger vægt på den individualiserede sensitivitet.

Inden undersøgelsens påbegyndelse blev der foretaget samrating mellem de to undersøgende læger for at sikre ensartethed i bedømmelsen af patienterne samt af spørgeteknik i den kvalitative del af undersøgelsen. Undersøgerne havde også adgang til patienternes journaler og tvangsprotokoller.

De kvantitative data blev bearbejdet i statistikprogrammet SPSS, og der blev anvendt Fishers Exact Test,  $\chi^2$ -test og t-test. Signifikansniveauet blev fastsat til 95%.

Undersøgelsen blev forelagt for Det Videnskabetiske Komitesystem og ikke fundet omfattet af tilsynsområdet. Patienterne blev informeret om, at deltagelse i undersøgelsen var frivillig, at en eventuel afståelse ikke ville få indflydelse på behandlingen, at alle oplysninger blev behandlet fortroligt, samt at resultaterne ville være anonymiserede.

### Kvantitative resultater

Niogfyrre patienter blev spurgt om at deltage i undersøgelsen, og 48 (98%) indvilligede. Patienterne fordelte sig med syv mænd og 13 kvinder i den skærmede enhed og otte mænd og 20 kvinder i den åbne enhed. Øvrige karakteristika fremgår af (Tabel 2 og Tabel 3).

Diagnostisk var der ikke væsentlig forskel mellem patienter i skærmet og åben enhed. Ved en samlet klinisk lægelig vurdering og bedømmelse ud fra journal blev signifikant flere patienter i den skærmede enhed fundet selvmordstruede eller konfuse, mens der ikke var åbenlys forskel i graden af affektinstabilitet. En struktureret, psykopatologisk vurdering med BPRS viste i overensstemmelse hermed, at patienter i skærmet enhed var signifikant mere syge og havde en signifikant dårligere funktionsevne end kontrolgruppen. Der var ingen signifikant forskel på de to gruppers aldersfordeling.

Man fandt ingen forskel i omfanget af tvangsforanstaltning-

er, herunder tvangsindlæggelser, i undersøgelsesperioden over for patienterne indlagt på hhv. åben eller skærmet enhed. Antallet og arten af tvangsforanstaltninger fremgår af Tabel 2.

Kun to ud af 48 patienter havde formelt klaget over anvendelse af tvang i henhold til psykiatriloven.

Patienternes holdning til opholdet på den skærmede enhed fremgår af Tabel 1. Det ses, at den eneste forskel var, at signifikant flere patienter i den skærmede enhed ville foretrække ophold på enten en åben eller lukket enhed. Der var ingen forskel mellem patienter i de to enheder i vurderingen af de juridiske rettigheder, holdning til intermitterende aflåsning af døren eller ønske om at forlade afdelingen. Omkring halvdelen af alle patienter mente, at de havde modtaget utilstrækkelig information om opholdet i afsnittet.

### Kvalitative resultater

At indsamle kvalitative data blandt patienter, hvoraf mange har en svigtende realitetstestning, er ofte overraskende, men samtidig meningsfyldt - om end meningsfylden bag sådanne udsagn kan være forrykket i forhold til en ikkepsykotisk oplevelsesmåde. Således var en lang række af patienternes udsagn præget af tilstedeværende psykopatologi. Dette ændrer dog

Tabel 2. Karakteristika for patienterne på henholdsvis skærmet afsnit og åbent afsnit.

Patientkarakteristika	Skærmet afsnit n = 20	Åbent afsnit n = 28
Aldersgennemsnit	47 år	42 år
Gennemsnitligt antal indlæggelser	4,9	2,8
Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)-gennemsnit	20 <sup>a</sup>	12
Global Assessment of Functioning (GAF)-gennemsnit	35 <sup>a</sup>	45
Konfuse	5 <sup>a</sup>	0
Affektinstabil	14	13
Suicidaltruet	9 <sup>a</sup>	5
Oprindeligt tvangsindlagt	2	1
Tvangstilbageholdt	8	4
Tvangsbehandlet	0	1
Fikseret min. en gang	3	0
Klaget over tvang	1	1

a)  $p < 0,05$

Tabel 3. Hoveddiagnoser efter WHO ICD-10.

	Skærmet afsnit n = 20	Åbent afsnit n = 28
Organiske lidelser, F00-09	2	0
Misbrugslidelser, F10-19	0	1
Skizofrene spektrum, F20-29	9	9
Affektive spektrum, F30-39	7	13
Nervøse lidelser, F40-49	1	1
Spiseforstyrrelser, F50-59	1	1
Personlighedsforstyrrelser, F60-69	0	3

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

ikke ved oplevelseskvaliteten af for eksempel forurettethed eller angst.

En række af de oplevelser, holdninger og udsagn, som patienterne fremsatte fremgår af Tabel 1 sat i relation til de kvantitative data.

### At blive forstået

At være i den skærmede enhed kunne på den ene side opleves som et udtryk for at: »Når man er i den skærmede enhed, er man mere syg«. På den anden side kunne et ophold i den skærmede enhed også opfattes som et særligt privilegium, hvor patienten oplevede en mere intensiv behandling: »Her går overlægen selv stuegang«. Omvendt angav patienter i den åbne enhed: »Når døren er lukket, ved jeg, at der er en, der har det dårligt« og patienter i den åbne enhed var mere tilbøjelige til at opleve sig som rekonvalescenter. Den umiddelbare adgang til samtale med et kendt personalemedlem blev fremhævet som et særligt gode i den skærmede enhed. Ligeledes forventede patienter i den skærmede enhed ro og forudsigelighed, og at der blev stillet få krav, mens patienterne i den åbne enhed syntes mere tilbøjelige til at efterlyse aktiviteter.

### At opleve tryghed

Angst for såvel egne som andres handlinger var et gennemgående tema for patienterne i den skærmede enhed, hvad enten dette var på psykotisk baggrund eller ej. En patient betonedede: »Uden den skærmede enhed, havde jeg ikke været i live i dag«. Som udtryk for forfølgelsesvrangforestillinger angav en patient: »Der er nogle sjove typer på den anden side af døren«. En anden udtrykte, at hun »helst ville være i et lukket fængsel«. Når døren mellem enhederne stod åben, trak hun sig tilbage på sin sengestue, hvor hun isolerede sig socialt. En sådan oplevelsesmåde kan ligeledes forklare, at fire patienter i den skærmede enhed hellere ville have været i afdelingens lukkede afsnit. At aflåse døren blev relateret til tryghed. Frygten for kompromitterende handlinger kunne omsættes i et ønske om beskyttelse, og selv en rude i døren mellem enhederne kunne da opleves krænkende: »Der er jo ikke zoologisk have«. I den åbne enhed anførtes det ligeledes forbundet med tryghed, at dørene blev aflåst om natten og dette analogiseredes til at aflåse sin hoveddør hjemme. I den åbne enhed kunne en åben dør mellem enhederne imidlertid også være forbundet med utryghed, og flere angav angst for især en psykotisk medpatient, som råbte og udstødte lyde: »Hver morgen ser jeg ned ad gangen for at se, om døren er åben; så ved jeg, om jeg skal passe på«. Døren blev således et fælles genstandsfelt, der på en vis formidlede tryghed på en anden bevirkede en opdeling af patienterne mellem »dem og os«.

### At have retssikkerhed

Retten til at blive forstået, beskyttet og behandlet og i modsat fald retten til at klage blev gennemgående fremhævet som et retssikkerhedsmæssigt privilegium af patienterne på den skær-

mede enhed. En angav endda, at vedkommendes retssikkerhed i den skærmede enhed var bedre end hjemme, hvor hun oplevede sig genstand for et komplot. I den åbne enhed sporedes derimod et større ønske om autonomi i form af bl.a. aktindsigt og medbestemmelse. Af de patienter i den skærmede enhed, som oplevede sig krænkede ved den tidvise dør aflåsning begrundedes dette ofte ud fra en psykotisk oplevelsesmåde, som eksempelvis en forklarede: »Jeg bliver forhindret i at modtage Nobel-prisen; det er kriminelt«.

Adspurgt havde kun få viden om egen udgang eller den skærmede enheds funktion, og de havde heller ikke selv søgt oplysninger herom. Adspurgt om at rangordne positive og negative forhold ved afsnittet var det iøjnefaldende, at ingen nævnte aflåsning af døren mellem enhederne eller andre retssikkerhedsmæssige forhold blandt de tre mest betydende forhold – eller som en patient uddybede: »Når man er bange for livet og døden, betyder døre mindre«.

### Diskussion

Undersøgelsen viste, at flertallet af patienter på såvel skærmede som åbne afsnit fandt, at indførelsen af skærmede afsnit som et psykiatrisk behandlingstilbud var godt. Patienterne oplevede tryghed, forståelse og beskyttelse på den skærmede enhed. Gennem forudsigelighed i et mindre miljø og ved afgrænsning synes skærmede enheder at kunne reducere angst, hvad enten denne er på baggrund af en psykotisk oplevelsesmåde eller ej. Skærmede enheder blev indført for at øge kontinuiteten i behandlingen og for at sikre de mest psykisk disintegrerede patienter et afdelingsmiljø præget af ro, overskuelighed, få personer at relatere sig til og mulighed for hyppig og intensiv kontakt med personalet. Dette synes at være i god overensstemmelse med patienternes ønske, hvilket bl.a. illustreres ved patienternes forventninger om at blive behandlet af et fast personale i stedet for løst tilknyttede vikarer. Det kan dog ikke udelukkes, at patienter på den åbne enhed kan opleve den skærmede enhed som en ulempe.

Patienternes psykopatologi var ikke overraskende betydende for holdningen til indlæggelse på den skærmede enhed. De mest utilfredse patienter var også dem, der var mest psykotiske og mest paranoide, hvorfor man ikke kan afvise, at denne utilfredshed kan være en del af en forrykket oplevelse af omverdenen. Patienterne i den skærmede enhed var signifikant mere syge end kontrolgruppen, hvilket kan påvirke omverdensoplevelsen (realitetstestningen). Havde disse patienter ikke været i den skærmede enhed, ville de med overvejende sandsynlighed i stedet have været indlagt på afdelingens lukkede afsnit. Det kvalitative interview bekræftede, at tilstedeværende psykopatologi var en af grundene til, at flere patienter i den skærmede enhed ville have foretrukket indlæggelse på et andet afsnit. Samlet må det derfor fremføres, at indførelsen af skærmede enheder måske endda har mindsket oplevelsen af at være krænket, og at den tidvist aflåste dør ikke opleves at udgøre et retssikkerhedsmæssigt problem, men snarere

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

forbindes med tryghed i perioder med forværring af psykiske symptomer. En anden mulighed kan være, at nogle patienter i skærmet enhed havde et ønske om yderligere beskyttelse (dvs. lukket afsnit) eller yderligere frihed (dvs. åben enhed).

Der blev registreret 13 tilfælde af tvang i henhold til psykiatriloven i det skærmede afsnit og seks tilfælde uden for, med der var ingen signifikant forskel mellem grupperne. Tvangsindgreb er sjældne begivenheder, hvorfor man i denne undersøgelse med kun 48 personer ikke kan udelukke risiko for type 2-fejl.

Svarprocenten var usædvanlig høj, hvilket kan skyldes emnets karakter, fortroligheden mellem undersøger og undersøgte samt muligheden for at blive hørt. Det kan dog ikke udelukkes, at visse patienter kan have følt sig forpligtede til at deltage, idet undersøgerne var læger, dvs. formelt en autoritet.

Informationsniveauet til patienterne kan forbedres, idet halvdelen af patienterne oplevede sig som værende utilstrækkelig informeret. I den forbindelse er det interessant, at der ikke var signifikante forskelle på patienter i det skærmede afsnit og kontrolgruppen. Dog syntes patienterne i den åbne enhed at fordrer en større grad af autonomi. Det kvalitative interview afdækkede, at patienterne ikke selv opsøgte sådan information, men var tilbøjelig til at indtage en afventende og accepterende position. Med baggrund i denne undersøgelse kan det derfor foreslås, at der på psykiatriske afdelinger indarbejdes en struktureret information om ophold på både åbne og skærmede enheder, og at der indarbejdes procedurer for opfølgning med henblik på at sikre, at denne information er blevet tilegnet korrekt.

Undersøgelser af psykiatriske patienters subjektive udsagn giver ofte anledning til en diskussion af validiteten af patienternes svar [18]. En tidligere undersøgelse har påvist, at validiteten vedrørende udsagn om forekomsten af officielle tvangsindgreb var svingende [19]. I denne undersøgelse er det væsentligt at fastholde, at det i høj grad er patienternes holdning til en given behandlingsform under sygdomsforløbet, som er undersøgt. At tale om validitet af en persons holdning eller oplevelse af eksempelvis at være krænket giver ingen mening, men hos svært psykotiske kan især paranoia og manglende sygdomsindsigt medføre, at patienterne udtaler sig på en måde, de ikke ville, såfremt de var mindre produktivt psykotiske.

Undersøgelsens eksterne validitet er naturligvis begrænset, da kun et hospital indgik. Det anbefales, at fremtidige undersøgelser af samme problemstilling indbefatter flere centre, herunder centre, hvor lukkede psykiatriske afsnit er afskaffede.

### Konklusion

Et flertal af psykiatriske patienter fandt, at adgangen til skærmede enheder var et positivt behandlingstiltag, hvilket især synes at kunne henføres til et ønske om forståelse, tryghed og beskyttelse i et mindre og forudsigeligt miljø. Indlæggelse på

en skærmet enhed gav kun undtagelsesvist anledning til oplevelse af retssikkerhedsmæssig krænkelse. Dog syntes der at være behov for at forbedre den information, som gives patienterne om behandlingstiltaget.

Korrespondance: *Henrik Day Poulsen*, Wildersgade 2A, 5. sal, 1408 København K. E-mail: henrikdaypoulsen@hotmail.com

Antaget: 16. august 2004

Interessekonflikt: Projektet har modtaget økonomisk støtte fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

### Litteratur

- Lindhardt A. Besøg af §71-tilsynet på en psykiatrisk afdeling. I: §71-tilsynet i 50 år. København: Folketinget, 2003.
- Tveit H, Haaland T et al. Miljøterapeutiske processer i en psykiatrisk afdeling. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning, 1997.
- Lorentzen S, Krogh G, Island TK. Problemer knyttet til skjermning af urolige pasienter i Vaglum. I: Karterud S og Jørstad J, eds. Institusjonsbehandling i Moderne Psykiatri. Oslo: Universitetsforlaget, 1984.
- Asmussen AM, Jåbcke L, Jacobsen HB et al. Skærmning som metode. Psykiatrien i Århus Amt, Århus, 2003.
- Therani E. Kontinuitet og patienttilfredshed i psykiatrien [disp]. Århus: Afdeling for Psykiatrisk Demografi, 1995.
- Skærmning – en metode i den psykiatriske behandling. København: Amds-rådsforeningen, 2003.
- Ombudsmandsinstitutionen. Folketingets Ombudsmands beretning for året 1999. København: Schultz, 1999.
- Poulsen HD, Olsen CE. Anvendelse og registrering af tvang i psykiatrien i det nye årtusinde. Ugeskr Læger 2002;164:4664-7.
- Poulsen HD, Gottlieb P, Adserballe H. Ret og tvang i psykiatrien. København: Munksgaard, 2000.
- Adserballe H. Etik i psykiatrien – praksis og principper. København: Munksgaard, 1997.
- Lov om anvendelse af frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien. København: Justitsministeriet, 1989.
- Jensen MK. Kvalitative metoder i anvendt samfundsforskning. København: Socialforskningsinstituttet, 1991.
- Denzin NK. The Research Act. 3. udg. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1989.
- Enderud H. Kvalitative og kvantitative metoder: »enten eller« kontra »både og«. I: Enderud H. Hvad er organisations sociologisk metode? Bd. 1-2. København: Samfundslitteratur, 1986.
- Maunsbach M, Dehlholm-Lambertsen BB. Gyldighedskriterier. Nord Med 1997;2:63-5.
- Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. Psychol Rep 1962;10:799-812.
- Widiger TA, Frances AJ, Pincus HA et al, eds. DSM-IV Sourcebook. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
- Lunde IM. Patienters egenvurdering – et medicinsk perspektivskift. Månedsskr Prakt Lægegern (særtryk), 1992.
- Poulsen HD, Engberg M. Validation of psychiatric patients' statements on coercive measures. Acta Psychiatr Scand 2001;103:60-5.