



Mastergradsoppgave

En kvalitativ studie om miljøterapeuter ved akuttpsykiatriske avdelingers erfaring med tilnærming til aggressive pasienter.

A qualitative study of milieu therapists experiences with the approach to aggressive in-patients in acute psychiatric wards.

«Det går jo på det med å sanse pasienten, det med å ha antenne ute, følerne, hvordan man skal tilnærme seg pasienten»

«It`s all about sensing the patient, have you`re antennas out, the sensors, on how to approach the patient”

Espen Barstad Aune

MPH470

Mastergradsoppgave i psykisk helsearbeid

Høgskolen i Nord-Trøndelag - 2015



HINT

Sammendrag

Hensikten med studien var å få tak i miljøterapeuters kunnskap om hva de oppfatter som tidlige tegn på aggresjon, hva de vurderer og hvordan de tilnærmer seg pasienter med aggressiv atferd.

Studien har en fenomenologisk tilnærming. Den bygger på kvalitative intervju med syv pasienter fra to psykiatriske akuttavdelinger. Dataanalysen ble gjort ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse med systematisk tekstkondensering i tråd med Graneheim og Lundman (2004).

Funn viser at å oppdage tidlige tegn på aggresjon og utagerende atferd er viktig for å forebygge eskalering av situasjonen, noe som er viktig både for pasienten selv, personalet, miljøet i avdelinga og eventuelt medpasienter. Ved håndtering av aggressiv atferd vurderer miljøterapeuten sine personlige forutsetninger og begrensninger, pasientens tilstand og et helhetlig hensyn ut fra medpasienter og bemanning. I tilnærmingen settes det fokus på å sørge for ro, etablere tillit og skape en trygg atmosfære.

Når tegn på aggresjon eller utagerende atferd oppdages viser funnene at miljøpersonale gjør omfattende faglige, etiske og rettslige vurderinger om hvordan de skal forholde seg for å forebygge forverring. Undersøkelsen viser stor betydning av det å jobbe i team og det at det kollektive ansvaret står sentralt. Det kan se ut som dette er helt avgjørende for å lykkes i arbeidet med å forebygge aggresjon og utagerende atferd. Funn fremhever at mellommenneskelige relasjoner mellom pasienter og personal er viktige, dette tyder på at betydningen av relasjonen ikke må undervurderes og at det relasjonelle arbeidet må legges vekt på og utvikles i praksis.

Nøkkelord: Miljøterapi, aggresjon, forutse vold, tilnærming, psykiatrisk institusjon, relasjon

Abstract

The purpose of the study was to obtain milieu therapists knowledge of what they perceive as early signs of aggression, what they consider and how they approach patients that have aggressive behavior.

The study has a phenomenological approach. It is based on qualitative interviews with seven patients from two acute psychiatric wards. Data analysis was done using qualitative content analysis with systematic text condensation in line with Graneheim and Lundman (2004).

Findings show that to detect early signs of aggression and antisocial behavior is important for preventing the escalation of the situation, which is important for the patients themselves, the staff, the environment in the ward and possibly fellow patients. When handling aggressive behavior, milieu therapists consider their personal assumptions and limitations, the patient's condition and an overall consideration of fellow patients and staff situation. In the approach, the study focuses on ensuring peace, establishing trust and creating a safe environment.

When signs of aggression or disruptive behavior was detected, findings show that milieu therapists makes extensive professional, ethical and legal assessments of how they should behave in order to prevent deterioration. The study shows the importance of working in a team and that the collective responsibility is essential. It may appear that this is absolutely critical to the success of efforts to prevent aggression and antisocial behavior. Findings emphasize the interpersonal relationships between patients and personnel are important, suggesting that the importance of the relationship should not be underestimated and that the relational work must be emphasized and developed in practice.

Keywords: milieu therapy, aggression, violence prediction, approach, psychiatric institution , relationship.

Forord

Bakgrunnen for denne studien er todelt. Den første og personlig viktigste, kommer fra erfaringer med å jobbe med pasienter med psykiske lidelser og et ønske om å utforske nærmere hva som påvirker samspillet mellom pasienter og miljøterapeuter. Den andre delen omhandler en nysgjerrighet til forskningsfeltet og et ønske om nye utfordringer.

En ekstra utfordring jeg har hatt med dette studien har vært å ta ungen ut av bæremeisa. Med det mener jeg å distansere meg fra at jeg arbeider i det samme miljøet jeg har forsket i. Å innta et «meta-perspektiv» har ikke alltid vært like lett siden jeg har en meis fylt med erfaring og forforståelse. Jeg har heldigvis i løpet av prosessen hatt gode «barnepassere» som har hjulpet meg med å opprettholde fokus.

Jeg vil starte med å sende en stor takk til informantene som har deltatt i studien og gitt meg tilgang til sin kunnskap og sine erfaringer. Tusen takk til min veileder, førsteamanuensis Anita Berg, som har geleidet meg faglig gjennom denne kronglete prosessen, takk til personalet ved sengeposten der jeg jobber som har vist forståelse for min utilgjengelighet og samtidig gitt meg god støtte og omtanke, en spesiell takk til klinikkleder Frode Båtnes som har vært opptatt av å sette fagutvikling på dagsorden og bidratt til å gi økonomisk støtte og skapt rom i en hektisk arbeidshverdag slik at det har vært mulig å kombinere studie med jobb. Jeg vil også takke min mor for barnepass, konstruktive tilbakemeldinger og bidrag. Til slutt vil jeg takke min kjære Linda for å ha tatt vare på familien og for å ha vært svær tålmodig med en distrè samboer det siste halve året.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	iii
Abstract	iv
Forord	v
1 BAKGRUNN OG INTRODUKSJON	1
1.1 Studiens problemstilling	3
1.2 Studiens avgrensning	3
1.3 Studiens oppbygning	3
1.4 Teoretisk forankring	4
1.4.1. Miljøterapi	4
1.4.2. Kompetanse	7
1.4.3. Aggresjon	9
2 METODE	14
2.1 Valg av metode	14
2.2 Datainnsamling, utvalg og gjennomføring	15
2.3 Analyse og databearbeiding	17
2.4 Etske overveielser	20
2.5 Metodedrøfting	21
3 PRESENTASJON OG DRØFTING AV FUNN	26
3.1 Å oppfatte tidlige tegn på aggresjon	26
3.1.1. «At vi har antennene ute for hva det er vi ser...»	27

3.1.2. «Det handler om relasjon, om du kjenner pasienten eller ikke»	28
3.1.3. «At det er så situasjonsbetinget».....	30
3.1.4. Strukturerte risikovurderinger	31
3.1.5. Faglige vurderinger knyttet til tidlige tegn på aggresjon	33
3.2 Tilnærming til pasient med aggressiv atferd	34
3.2.1. Å skape ro og trygghet	35
3.2.2. Hvordan påvirkes tilnærmingen av relasjon til pasienten?	38
3.2.3. «Det er viktig hva som er målet for behandlingen».....	40
3.2.4. «En regel er en regel fordi det er en regel»	42
3.2.5. Faglige vurderinger knyttet til valg av tilnærming.....	45
3.3 Hva påvirker miljøterapeutens handlinger?.....	48
3.3.1. Hensynet til miljøterapeutens egne forutsetninger	48
3.3.2. Individuelle hensyn	51
3.3.3. Kollektive hensyn	53
4 SAMMENFATNING.....	55
5 IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS OG ANBEFALINGER	
FOR VIDERE FORSKNING.....	59
Litteraturliste.....	61

ANTALL ORD: 19 885

VEDLEGG

Vedlegg 1: Forespørsel om bistand til rekruttering.....	68
Vedlegg 2: Forespørsel om deltagelse.....	70
Vedlegg 3: Info før intervju.....	74
Vedlegg 4: Intervjuguide.....	75

1 Bakgrunn og introduksjon

Det påfølgende har dannet bakgrunn for denne studien. Som psykiatrisk sykepleier ved en akuttpsykiatrisk sengepost på et lokalt sykehus, og med tilleggsfunksjon som verneombud de siste seks årene, har det vært mye arbeid knyttet til for- og etterarbeid av utageringssituasjoner. Gjennom verneombudsvervet har jeg blant annet arbeidet med skademeldinger fra ansatte som har blitt utsatt for verbal eller fysisk vold. Konsekvensene av denne volden kan få store følger for personale eller den som blir utsatt for volden. Å være redd og utrygg i arbeidssituasjonen kan få følger som psykiske belastninger, fysisk skade, vanskeligheter med å gå på jobb, sykemeldinger etc. Konsekvenser kan det også få for den som utøver vold, som dårlig samvittighet eller vanskeligheter med sosial interaksjon. For miljøet i avdelingen kan vold og aggresjon skape uro og engstelse blant medpasienter og ha negativ påvirkning på atmosfæren i miljøet. Vold og aggresjon er derfor uheldig for alle parter, og derfor svært viktig å forebygge. Det kan være flere årsaker til at vold og aggresjon oppstår, men det er sannsynlig at miljøpersonalets evne til å oppdage tilløpene og agere hensiktsmessig på et tidlig tidspunkt har betydning. Ideen til denne studien kom til live i forbindelse med registrering av innholdet i skademeldingene, et arbeid som ble initiert med tanke på iverksetting av forebyggende tiltak for å unngå utagering. I dette arbeidet framkom det etter hvert et mønster der de fleste hendelsene syntes å skje i forbindelse med tilnærming ved grensesetting, altså når personalet korrigerer utagerende atferd eller på annet vis begrenset pasienters utfoldelse. Som et ledd i å forebygge nye voldhendelser var det derfor av interesse å undersøke nærmere om miljøpersonalets tilnærming hadde hatt noe å si for utfallet. Hva anser miljøpersonale som tidlige tegn på aggresjon, og hva preget deres tilnærming til den aggressive pasienten?

Det er en kjent utfordring at helsepersonell i klinisk virksomhet har en høy risiko for å bli utsatt for vold eller trusler fra aggressive pasienter. Dette underbygges bl.a. i en undersøkelse av Gravseth (2010, s. 16-17), som viser at ansatte i helse- og sosialsektoren er blant de yrkesgrupper som er særlig utsatt for vold i forbindelse med sitt arbeid. I følge Benjaminsen og Kjærbo (1997) rapporterte svært mange leger og sykepleiere innenfor psykiatrien (90%), å ha blitt utsatt for vold i løpet av sin karriere. En publisasjon utført av Direktoratet for arbeidstilsynet (2009) anslår store mørketall i innrapporteringen av vold og trusler, og

poengterer viktigheten av å rapportere og registrere hendelser for å synliggjøre omfanget slik at virksomhetene kan igangsette forebyggende tiltak.

Krogstad et al. (2015), publiserte et læringsnotat basert på innrapporterte meldinger om uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten. Der kommer det tydelig frem at aggressive og utagerende pasienter utfordrer helsetjenestens kvalitetskrav om å være både en trygg og virkningsfull tjeneste. Så lenge pasienter er i «*helsevesenets varetekt*» bør forebygging av og skjerming mot direkte eller indirekte vold være en del av helsetjenestens ytelser. Aggresjon blir videre beskrevet som et vanskelig utslag av psykisk sykdom i kliniske situasjoner, og helsepersonell i psykisk helsevern må håndtere voldelige og truende situasjoner i daglig praksis.

For å møte ulike krav og anbefalinger om god håndtering av voldelige og truende situasjoner, er det i følge rundskriv fra Sosial –og Helsedirektoratet (SHdir, 2007) viktig å sikre kvaliteten på risikovurderinger. Dette krever kunnskap om risikosituasjoner og sammenhenger de inngår i, samt gode kunnskaper om bruk av aktuelle kartleggingsverktøy. I rundskrivet belyses noen av de utfordringene som er knyttet til vurdering av risiko for voldelig atferd:

«Det er en stor utfordring å identifisere personer som kan være til fare for andre, særlig pasienter uten kjent voldshistorie. Den enkeltes risikobilde består av spesifikke forhold i samspillet mellom individet og omgivelsene, dvs. at det er økt sannsynlighet for at vedkommende kan handle voldelig i bestemte situasjoner.(...) En sentral oppgave i arbeidet med en risikovurdering, blir derfor å identifisere mulige risikosituasjoner. Ved å få frem et realistisk risikobilde kan man unngå å sette i verk unødvendige tiltak for personer med lav risiko (falske positive) eller å overse personer med høy risiko (falske negative).» (SHdir, 2015, s. 7)

I lys av de ovenfor nevnte utfordringene ble målet for studien å få tak i kunnskap om hva miljøterapeuter oppfatter som tegn på aggresjon, hva vurderes og hvordan tilnærmer man seg pasienter med aggressiv atferd.

1.1 Studiens problemstilling

Denne studien omhandler erfaringer miljøterapeuter i en akuttpsykiatrisk avdeling har med tidlige tegn på aggresjon og hva som ligger i vurderingene i møte med pasienter med aggressiv atferd. Følgende problemstilling har dannet grunnlaget for denne oppgaven:

«Hva oppfatter miljøterapeuter som tidlige tegn på aggresjon, hvilke faglige vurderinger gjør de og hva påvirker deres handlinger i møtet med pasienter med aggressiv atferd?»

Mer spesifikt vil oppgaven belyse hva miljøterapeuter ved akuttpsykiatrisk avdeling retter oppmerksomheten mot i møte med pasienter med aggressiv atferd. Hvilke faglige vurderinger de gjør, knyttet til erfaring og hvilke refleksjoner informantene har rundt egen praksis, samt hvordan situasjoner kunne håndteres gjennom ulike måter å tilnærme seg pasienten på.

Innsamlet datamateriale gjennom intervju av miljøterapeuter kombinert med tidligere forskning på feltet har vært utgangspunktet for denne masteroppgavens problemstilling.

1.2 Studiens avgrensning

Studien vil ikke ta for seg forklaringsmodeller på psykiske lidelser eller gå inn på beskrivelser av diagnoser eller symptomer. Studien vil i all hovedsak forholde seg til empirisk kunnskap basert på miljøterapeuters opplevelser av egen praksis. Miljøterapeuter i denne sammenheng er sykepleiere og vernepleiere.

1.3 Studiens oppbygning

I kapittel to beskrives valg av metode, samt framgangsmåte for datainnhenting og analyse. I kapittel tre vil studiens funn bli presentert og drøftet i lys av tidligere forskning. I kapittel fire

blir kategorier fra kapittel tre sammenfattet mer helhetlig. Studien avrundes med implikasjoner for praksis og anbefalinger for videre forskning i kapittel fem.

1.4 Teoretisk forankring

Den teoretiske forankringen vil redegjøre for sentrale begreper knyttet til problemstillingen. Disse er miljøterapi, kompetanse og aggresjon.

1.4.1. Miljøterapi

Miljøterapien tar form, et tilbakeblikk.

Som ide og begrep er miljøterapi et resultat av etterkrigstidens humanisering av de psykiatriske institusjonene. Ideen var basert på en tanke om at miljøet utenfor institusjon gjorde pasientene syke, og at man gjennom å skape et terapeutisk miljø på innsiden av institusjon, skulle skape en beskyttende motvekt til samfunnet på utsiden. Dette dannet grunnlaget for det terapeutiske samfunn på 40- og 50-tallet (Lillevik og Øien, 2014, s.76). Før den tid, og frem til midten av 50-tallet var det en oppfatning av at psykisk lidelse var relatert til individualpsykologiske og biologiske prosesser, og de mellommenneskelige forhold ble derfor gitt liten oppmerksomhet. Det terapeutiske samfunns ideer ble derfor tuftet på å endre måten man utnyttet menneskelige og institusjonsmessige ressurser på. Dette resulterte blant annet i økt fokus på gruppebehandlinger og endring fra et miljø preget av hierarki, til et miljø basert på demokratiske prosesser og struktur. Ideologisk bygde det terapeutiske samfunn på prinsippene *likhet, frivillig innleggelse, demokratisering, fellesskap, solidaritet og realitetskonfrontering* (Hummelvoll, 2012, s. 466).

Miljøterapien i dag

Miljøterapi i dag er ofte knyttet til arbeid i institusjoner, og har utviklet seg til å bli et mangfold av ulike teoretiske retninger. Som begrep er derfor miljøterapeutisk tilnærming nærmest uavgrenset, og varierer mellom alt fra atferdsanalytisk tilnærming med fokus på å endre uønsket atferd, til en mer humanistisk tilnærming med fokus på autonomi. Miljøterapi

betegner en samhandlingsform preget av det som skjer i samspillet mellom pasient og miljøterapeut i miljøet, i «her-og-nå»-situasjonen. Miljøterapien åpner også for påvirkning fra andre terapeutiske retninger og muliggjør dermed tilrettelegging for en individtilpasset tilnærming. I stor grad er miljøterapi inspirert av systemteoretisk tenkning med fokus på hvordan relasjoner og kommunikasjonsmønstre påvirkes, samt psykodynamisk tenkning som vektlegger tillit, trygghet og tilknytning. I motsetning til det terapeutiske samfunn benyttes dagens miljøterapi også som behandlingsform for pasienter innlagt på tvang (Lillevik og Øien, 2014, s.77-78).

Hva er en miljøterapeut?

En miljøterapeut er en ansatt som jobber i «miljøet», det vil si at de har behandlingsoppgaver som omfatter dagliglivet ved en institusjon. Dette dreier seg om å bistå pasienter med hjelp til søvn, hvile, hverdagsaktiviteter, personlig hygiene, samt å bedre pasientens sosiale, praktiske og kognitive ferdigheter. Dette innebærer også bedring av pasientens opplevelse av mestring (Vatne, 2009, s. 26).

Vatne skiller også mellom faglærte miljøterapeuter, som høyskoleutdannede helsearbeidere eller hjelpepleiere, og ufaglærte uten helsefaglig utdanning. Det er en kjent utfordring å få tak i mannlige faglærte miljøterapeuter. Hun fortsetter med å si at det er et opplevd behov å ha en viss mengde menn i behandlingsmiljøet, dette på grunn av bedre fysisk egnethet i håndtering av pasienter med aggressiv- eller farlig atferd.

Miljøet som terapi

Hummelvoll (2012, s. 472) viser til Borge (2008) som sier at avdelingsmiljøet og atmosfæren har stor påvirkningskraft når *miljøet* skal beskrives. Dette omhandler den føyte atmosfæren i omgivelsene, kulturen, personalets holdninger og faglige kompetanse, samt opplevelse av trivsel og fellesskap mellom pasientene. Hummelvoll (2012) fortsetter med å beskrive at uten miljøterapeutens oppmerksomhet mot hva det er som skjer i miljøet, kan kollektive følelsesmessige og atferdsmessige problemer hos pasienten føre til et negativt miljø.

Vatne (2009, s. 27) påpeker at miljøet bør preges av struktur og klarhet. Struktur i hverdagen kan skapes av miljøterapeutens behandlingsoppgaver og gjennom planlagte rutiner og

aktiviteter i avdelingen. Hummelvoll (2012) påpeker også at dagsplan og behandlingsplaner er med på å skape struktur og forutsigbarhet. Dette bør inneholde aktiviteter som er meningsfulle og øker følelse av mestring og selvinnsikt.

Lillevik og Øien (2014, s. 79-80) sier at miljøterapeutisk praksis i en institusjon forutsettes av ulike indre og ytre rammebetingelser eller hensyn. De ytre, eller de som ligger utenfor miljøterapeutens myndighetsområde er lover, forskrifter og virksomhetens økonomi. De indre innbefatter blant annet: ansattes faglige og personlige kompetanse, sammensetning og fordeling av ansatte, pasientgruppe og enkeltpasienter, personalgruppe og enkeltansatte, ansvarsavklaring, rapporteringssystem, tid, fysiske miljøfaktorer, regler for atferd for pasienter, samt interne regler og forventninger som styrer den ansattes arbeid. Lillevik og Øien (2014) viser til Olkowska og Landmark (2009) som sier at det er miljøterapeutens oppgave å se hvilke av disse faktorene som påvirker miljøterapien, og samtidig hvilke begrensninger og muligheter faktorene gir.

Relasjonen

I følge Vatne (2009, s. 104) oppfattes relasjonen som sentral både i utvikling og bedring av psykiske lidelser. En miljøterapeut med et relasjonelt perspektiv vil kunne holde fokus på forståelsen av pasientens atferd i samspill med seg selv og andre, samt hvordan man gjennom relasjon kan skape opplevelse av lindring og bedring hos pasienten. I følge Røkenes og Hanssen (2006, s.22) oppstår relasjonen som et resultat av samhandling mellom miljøterapeut og pasient. For å få en god relasjon må det være en samhandlingsprosess som skaper tillit, trygghet og en opplevelse av tilknytning og troverdighet. Altså jo tryggere og bedre relasjonen er, desto lettere er det å forstå hverandre. Lillevik og Øien (2014) beskriver relasjon som fundament for en behandlingsallianse der miljøterapeut og pasient kan arbeide mot felles mål.

Grensesetting og makt

Psykiske lidelser kan gjøre at pasienter blir psykotiske, kaotiske, forvirrede eller preget av annen overaktivitet som kan føre til vansker med å kontrollere atferd eller at de lett blir utagerende. For pasienten selv kan ukritisk blamering senere føles nedverdiggende og for

medpasienter og miljøpersonale kan det gå ut over trygghetsfølelsen. Miljøpersonale må i slike situasjoner vurdere hvilke grenser pasienten trenger, og disse må være tydelige og kjente for pasienten (Hummelvoll, 2012, s.474).

Vatne (2009, s.46), viser til tre korrigerende roller i sin beskrivelse av miljøterapeuters tilnæringsmåter i grensesettingssituasjoner. *Omsorgsrollen*, beskriver hun som en tilnærming preget av lav bruk av makt, men med fokus på tilstedeværelse og tilfredsstillende av trygghet, fysiske- og psykososiale behov. *Oppdragerrollen*, beskrives som en tilnærming med skjult bruk av makt, men med fokus på å appellere til fornuft, avlede og ignorere atferd. *Vokterrollen*, beskrives som en tilnærming ved bruk av åpen tvang uten videre forsøk på å samarbeide med pasienten. Når en oppfatter aggresjonsuttrykk fra pasienten blir det lett å gå inn i denne rollen. Risikopasienter legitimerer ofte bruk av denne rollen. Avhengig av hvor en situasjon starter og hvordan den utvikler seg vil en kunne anvende sterkere eller svakere former for makt, altså at rollene og tilnæringsmåtene i praksis vil gli over i- og brukes om hverandre.

Etiske verdigrunnlag

For å belyse etiske aspekter i miljøterapien viser Hummelvoll (2012, s. 487-488) til Phil Barkers (2009), beskrive av seks kjerneområder innenfor psykisk helsearbeid, disse er:

- ✓ *Ikke skade*
- ✓ *Opprettholde verdighet og respekt*
- ✓ *Sørge for trygghet*
- ✓ *Akseptere folk der de er*
- ✓ *Sørg for at de får god mat, og at de har det bra*
- ✓ *Sørg for å gi næring til håpet om bedring*

1.4.2. Kompetanse

Når man omtaler den profesjonelle rollen som miljøterapeut kommer man vanskelig utenom begrepet kompetanse og kompetanse i sin mangfoldige forstand. I følge NOU (2009: 8) i Lillevik og Øien (2014, s. 132) kan man si at kompetanse er en persons overordnede evne til å utføre en gitt oppgave.

«En kompetent yrkesutøver må inneha et nødvendig minimum av kompetanse for å utføre jobben på en faglig forsvarlig måte, og personen må ha et akseptabelt nivå av mestringskompetanse innen det aktuelle arbeidsområdet.»(NOU, 2009:8 i Lillevik og Øien, 2014, s.132).

I det påfølgende vil det kort forklares hva som ligger i begreper personlig kompetanse, relasjons kompetanse og profesjonell kompetanse.

Profesjonell kompetanse

I følge Lillevik og Øien (2014) kan profesjonell kompetanse inndeles i fire punkter:

Teoretisk kompetanse: Faktakunnskap man tilegner seg gjennom faglitteratur som eksempelvis kunnskap om konflikthåndtering, diagnoser eller møte med den psykiatriske pasienten. Mye av denne kunnskapen erverves gjennom utdanningen.

Praktiske ferdigheter: Ferdigheter knyttet til praktiske gjøremål, i denne sammenheng yrkesspesifikke ferdigheter som prosedyrer, sprøytesetting eller gi hjelp i dusjsituasjoner. Dette er gjerne ferdigheter man får trent på som student i praksisperioder og som yrkesutøver i det daglige arbeidet. For at de praktiske ferdighetene skal kunne gjennomføres på en kompetent måte kreves det også teoretisk kunnskap.

Holdninger: Representerer en del av vår personlige karakter og omhandler våre meninger, ideer, synspunkter og verdier. Videre påvirker dette blant annet våre egne handlinger og fordommer, samt forklaring på andre menneskers handlinger.

Evner: Personlige anliggende eller begavelser som er medfødt eller utviklet over tid. Dette kan være fysiske forutsetninger, å være rolig i stressede situasjoner, naturlig autoritet eller kreativitet.

Personlig kompetanse

Det blir ofte referert til personlig kompetanse eller personlig egnethet når man snakker om egenskaper ved en person. Lillevik og Øien (2014) viser til at den personlige kompetansen dannes av en persons medfødte egenskaper, utdanning og erfaring. Dette utgjør summen av alt vi er, der vår profesjonelle kompetanse bare blir en del av en større helhet. Eksempler på personlig kompetanse er evnen til å se og lytte til andre, evne til å gi andre rom, tålmodighet, humoristisk sans eller toleranse for andres sinne og aggresjon.

Relasjonskompetanse

Relasjonskompetanse innebærer i følge Røkenes og Hanssen (2006) å være bevisst sine verdier og holdninger, samt ha en bevissthet omkring hvilken betydning personlig væremåte og egne erfaringer har å si for måten du går inn i en yrkesrolle på. Som fagperson er det en viktig oppgave å fremme læring, utvikling, bevisstgjøring eller bedring hos den andre. Slik sett er kvaliteten på relasjonen mellom miljøterapeut og pasient helt avgjørende og av stor betydning for om pasienten endrer seg i positiv retning. Samsvar mellom pasientens synspunkter og miljøterapeutens forventninger vil være av stor betydning for resultatet av den hjelpen som gis. Måten en miljøterapeut møter pasienten på vil ha stor betydning for pasientens holdning til det miljøterapeuten gjør, eksempelvis rådgivning, grensesetting, etc. Dette fordrer at pasienten blir møtt som subjekter og medmennesker.

«De fleste som arbeider med mennesker, ønsker nok at de møtene de har med sine brukere, skal være betydningsfulle – positivt betydningsfulle. Det er en rimelig ambisjon. Den kan imidlertid bare innfris i den grad yrkesutøveren gjør møtet til noe betydningsfullt også for seg selv. En måte å oppnå det på er å betrakte seg selv som et menneske som fortsatt har mye igjen å lære, og ikke som «ekspert» eller «spesialist» som allerede vet det beste. Yrkestittel er en ting, selvforståelsen en annen, og det er den siste som påvirker mest i en relasjon.» (Skau, 2011, s. 33)

1.4.3. Aggresjon

Fordi aggresjon er et så vidt og omfattende begrep blir det også nødvendig å omtale noen andre begreper innenfor tema aggresjon. Disse er makt, avmakt og vold.

Definisjon

Bjørkly refererer til Zillmans (1979) definisjon av aggressiv atferd som: «*enhver atferd som en person utfører i den hensikt å påføre en annen person fysisk smerte eller skade, selv om denne personen vil unngå dette*» (Bjørkly, 1997, s. 35). Videre beskriver han at aggressiv atferd, slik den er definert her, er atferd som er innrettet på å skade noen andre fysisk. Sinneatferd, derimot, avgrenses til at den *ikke* er innrettet mot å skade andre personer fysisk. Både sinne og aggresjon kan forstås som selvhevdelsesuttrykk. Sinne kan i mange sosiale sammenhenger aksepteres til et visst nivå, mens aggresjonsutbrudd i de fleste sammenhenger ikke blir godtatt.

Behandlingsutfordringer knyttet til aggresjon

I den kliniske praksisen er det på tross av alle modellene, teoriene og definisjonene av aggresjon, viktig at de ulike samarbeidspartene har den samme forståelsen. Å jobbe med aggresjonsproblematikk stiller store krav til at teoretiske avklaringer er gjort. Behandling av pasienten med aggresjonsproblematikk byr på store utfordringer og stiller krav til den enkeltes selvkontroll og tåleevne. I behandlingssammenheng er aggressiv atferd ofte så truende og personlig utfordrende at det lett blir at man tyr til forsvarsreaksjoner fremfor faglige vurderinger. Føler miljøpersonale på angst, frykt eller ubearbeidet sinne i møte med aggressive pasienter, kan dette vanskeliggjøre behandlingen (Bjørkly, 1997, s. 25).

Aggresjon som ytringsform

Aggresjon kan i følge Foster, Bowers ,og Nijman, (2006) komme til uttrykk i mange ulike former, alt fra at pasienten hever stemmen i en samtale til uprovoserte voldelige angrep med bruk av våpen. Hummelvoll (2012, s. 252-253) presenterer en skalering av ulike aspekter ved aggresjon, der skaleringen forklarer aggresjonens gradvise stigning og hva som forårsaker dette. Han starter med å beskrive en mild form for aggresjon, *irritasjon*. Dette omhandler følelser som fort glemmes og ikke representerer noe problem. Et videre steg på skalaen er *frustrasjon*, et uttrykk for skuffelse eller rådvillhet. Evnen til å håndtere frustrasjon er svært individuell. Å være *myndig* er neste skritt på skalaen og innebærer at man på en aktiv og fast

måte representerer seg selv og sine interesser. *Sinne* er nest siste steg på skalaen og beskriver opplevelsen av å møte frustrasjoner som ikke gir mulighet til alternative, akseptable løsninger. Man blir her handlingslammet og intenst frustrert. Den sterkeste opplevelsen av sinne kalles *raseri*, her er individet helt oppslukt i raseri og klarer ikke kontrollere seg selv. Det er i disse situasjonene at vold ofte oppstår.

Aggresjon kan også beskrives som måter å kommunisere på gjennom at den aggressive pasientens atferd blir en måte å ivareta selvhevdelse og selvbeskyttelse (Bjørkly, 1997). Som kommunikasjon kan dette også forstås som en situasjon der atferd uttrykkes for å frigjøre emosjonelt sinne eller frustrasjon over noe. Aggresjon kan derfor i følge Bjørkly (1997) også ha en lindrende funksjon på pasienten, og fungere som et redskap for å avlede indre ubehag å slippe å ta stilling til krav og forventninger.

Makt og vold

Vold som fenomen og begrep er mangfoldig og komplekst, og kan innebære bruk av fysisk makt eller å ha makt over noen. Det vanligste er å tenke på vold som fysisk bruk av makt, men man kan også si at vold har til hensikt å skade, smerte, skremme eller krenke. Begrepene vold og makt er således nært knyttet til hverandre. Maktbegrepet blir ofte relatert til negativt ladede følelser som blant annet tvang og umyndiggjøring. Makt kan negativt sett medføre misbruk, krenkelse eller begrensning i frihet. Positivt sett kan makt være myndiggjørende og gi kraft til å handle. Så lenge det finnes mulighet til å utøve makt, betyr det at makt er et tilstedeværende fenomen i den sosiale -relasjonen. Makthaveren kan begrense den/ de andres frihet. Makt kan altså være når en person påvirker en annen til å gjøre noe vedkommende ellers ikke ville gjort (Lillevik og Øien, 2014, s.15-17).

Avmakt

For at man skal kunne føle trygghet og harmoni er man avhengig av oversikt, forutsigbarhet og tilstrekkelig grad av kontroll. Oversikt og kontroll gir opplevelse av å ha makt over oss selv og våre egne liv. På dette stadiet har man tilstrekkelig med ressurser til å ivareta fysiske og psykiske behov, og man mestrer gjerne små og store utfordringer. Motsetningen til dette

blir avmakt, altså når noe står til hinder for at man skal kunne oppnå et mål. I avmakt ser man ikke utveier eller muligheter til å endre sin situasjon eller å stå opp mot noen som utøver makt over en selv, man hindres i å gjøre som man vil (Lillevik og Øien, 2014, s.27).

Vurdering av pasientens situasjon

Hummelvoll (2012, s. 262), viser til et vurderingsredskap utviklet av Boettcher (1983), for å undersøke om aggresjon skyldes udekkede behov. Gjennom å undersøke hvilke behov som er udekket vil man kunne få klarhet i hvilke helsehinder pasienten har. Ved å klargjøre dette kan man videre bestemme seg for behandlingstiltak. De følgende punktene er:

- ✓ *Territorium*: Behov for personlig rom og privatliv
- ✓ *Kommunikasjon*: Behov for å formidle seg til en annen person
- ✓ *Selvaktelse*: Behov for respekt, anerkjennelse, samt frihet fra stigmatisering og ydmykelse
- ✓ *Trygghet/Sikkerhet*: Behov for beskyttelse mot skade
- ✓ *Autonomi*: Behov for å fatte egne beslutninger og å ha kontroll over eget liv
- ✓ *Egen tid*: Behov for å utvikle seg etter eget tempo
- ✓ *Personlig identitet*: Behov for å beholde personlige eiendeler
- ✓ *Velvære*: Behov for å være fri for smerter, sult og tørst
- ✓ *Kognitiv forståelse*: Behov for å kunne orientere seg i omgivelsene og være fri fra forvirring

Farekriterier

Tidligere studier har belyst farekriterier som kan indikere økt sannsynlighet for aggresjon eller voldelig atferd. Taylor et al (2012) beskriver farekriterier som; kognitiv svekkelse, at det oftest er mannlige pasienter, at pasienten har historie på aggresjon før- og under innleggelse, at innleggelsen er langvarig, ved utdeling av medisiner samt situasjoner der pasienten innlegges ved bruk av tvang. Lancee, Gallop, McCay, og Toner, (1995) sier også noe om dette, og legger til kriterier som; at pasienten har affektive- eller psykotiske lidelser, at høyrisikopasienter er under 32 år og at volden oftest går ut over pleierne. Som en forklaring på dette, kan det ifølge Shepherd & Levender (1999), handle om et asymmetrisk maktforhold

mellom hjelper og klient, der klientens\ pasientens avmaktsfølelse kan sees som en betydelig faktor når det gjelder triggering av aggresjon og vold.

2 Metode

I metodekapitlet vil det først bli redegjort for valg av metode og hvordan den ble anvendt i denne studien. Videre beskrives datainnsamling, utvalg og gjennomføring av intervjuene. Påfølgende sees det nærmere på den analytiske bearbeidelsen av datamaterialet, etterfulgt av en beskrivelse av studiens etiske overveielser. Til slutt i kapitlet blir drøftingen av metoden presentert.

2.1 Valg av metode

For å belyse forskningsspørsmålet om; hvilke erfaringer miljøterapeuter har med tidlige tegn på aggresjon, hvilke faglige vurderer de gjør, og hva som påvirker deres handlinger i møtet med pasienter med aggressiv atferd, ble det naturlig å anvende en kvalitativ tilnærming gjennom kvalitative individuelle intervju. Dette fordi man ønsket å få tak i informantenes erfaringer og vurderinger. I følge Patton (2002) og Dalland (2007) har det kvalitative intervju som metode til hensikt å fremheve nyanser fra situasjonen informanten befinner seg i, og er egnet til å undersøke og beskrive menneskers opplevelser og erfaringer knyttet til et fenomen. Studien søkte å utvikle kunnskap basert på informantenes fortellinger om erfaring fra praksisfeltet og anvende dette induktivt. Fra starten var det ønskelig å gå åpent ut for å få tak i erfaringer gjennom åpne spørsmål fra en semistrukturert intervjuguide.

I følge Kruuse (2007) har den kvalitative metoden til hensikt å belyse et generelt fenomens særlige logikk gjennom å anvende flere personers forståelse av det aktuelle fenomenet. Fokuset under intervjuene var å få tak i informantenes forståelse av tidlige tegn på aggresjon samt vurderinger og tilnærming til pasienter med aggressiv atferd. Gjennom å anvende deskriptive fortellinger ble det forsøkt å finne forbindelser mellom hvordan informantene handlet og hvorfor de handlet på denne måten. I følge Brink & Wood (1998) søker et deskriptivt design etter å beskrive eller finne sammenhenger mellom en eller flere begreper eller variabler.

2.2 Datainnsamling, utvalg og gjennomføring

Forberedelsesarbeidet som tilrettelegging av lokasjon og utarbeidelse av intervjuguide var inspirert av Kvale (2007). Tilretteleggingen handlet om å skape en god og inviterende atmosfære til intervju settingen, som å tilstrebe at intervjuet foregikk uforstyrret og at det ble servering av drikke og noe å spise. Spørsmålene i intervjuguiden ble utformet med tema relevant til problemstillingen. Spørsmålene omhandlet begrepsavklaringer, informantenes oppfattelse, betraktninger og erfaringer (se vedlegg 4).

Strukturen i intervjuet var flytende og hvis informanten ikke kunne avgi svar på et spørsmål kom man tilbake til dette senere i intervjuet.

For å innhente den miljøterapeutiske kunnskapen ble det gjennomført en datainnsamling med bakgrunn i det Kvale og Brinkmann (2015, s. 22-26) omtaler som semistrukturert livsverdenintervju. Dette ble anvendt for å forstå dagliglivets temaer ut fra intervjuobjektens egne perspektiver og for å få tak i beskrivelser av informantens livsverden, deres følelser, tanker og handlinger knyttet til problemstillingen. Med utgangspunkt i dette startet prosessen med å finne informanter til studien.

Informantene som dannet utvalget besto av miljøpersonell fra to psykiatriske akuttavdelinger i samme helseforetak. Bakgrunn for valg av flere avdelinger var å få tilstrekkelig antall informanter, og for kanskje å tilføre større bredde i erfaringene. Informantene ble rekruttert med bistand fra deres nærmeste ledere. Lederne fikk tilsendt et skriv: «*Forespørsel om bistand til rekrutering av informanter*» (Vedlegg 1), med informasjon og beskrivelse av studiens problemstilling, hensikt og omfang. I skrevet var det også beskrevet inklusjons- og eksklusjonskriterier for deltagelse i studien, samt ønsket antall informanter.

Inklusjonskriterier:

- Miljøpersonell med minimum 3 års helsefaglig bachelorutdanning (Ønskelig med informanter med erfaring i å reflektere over sin praksis).
- At den ansatte ble vurdert av leder og kolleger som god til å forebygge/ håndtere utagering i situasjoner der pasient opptrer truende og aggressivt. (Kjennskap til rutiner og erfaring med håndtering av aggresjonssituasjoner).

Eksklusjonskriterier:

- At den ansatte har vært i en truende eller voldelig hendelse i løpet av de siste 14 dager før intervjuet som ikke er blitt fulgt opp.

Lederne fikk ansvar for å plukke ut informantene basert på disse kriteriene. Til sammen åtte informanter ble rekruttert, fire fra hvert av sykehusene. En informant trakk seg før intervjuet og blant de resterende var det tre kvinner og fire menn. Valg av antall informanter ble en vurdering av balansen mellom bredde og dybde i datatilfanget, samtidig måtte det ikke være for omfattende med tanke på oppgavens størrelse. Det var viktig å få fram erfaringer fra flere informanter med tanke på metning samtidig som informantene skulle få mulighet til å beskrive grundig og med egne ord, hva de hadde erfart. Så snart informantene hadde samtykket ga lederen deres kontaktinformasjonen til intervjuer som senere avtalte tid og sted med hver av dem. Informantene fikk tilsendt et skriv: «*Forespørsel om deltagelse i forskningsstudie*» (Vedlegg 2), samt beskrivelse av tema for intervjuet og med to definerte hovedspørsmål (Vedlegg 3). Utførelsen av intervjuet fulgte Kvale og Brinkmanns beskrivelse:

«Det utføres i overensstemmelse med en intervjuguide som sirkler inn bestemte temaer, og som kan inneholde forslag til spørsmål. Intervjuet blir som regel transkribert, og den skrevne teksten og lydopptakene utgjør til sammen materialet for den etterfølgende meningsanalysen.» (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 46)

Intervjuene ble gjennomført på informantenes arbeidsplass med to intervjuer per intervjudag. De to intervjuene ble transkribert før nye intervjuer ble gjennomført. Det ble på forhånd utført et pilot-intervju for å få se hvordan intervjuguiden fungerte og for å gjøre seg kjent med intervjuformen. Senere ble dette intervjuet implementert i studien da mye av datamaterialet fint kunne brukes til å besvare problemstillingen. Pilot-intervjuet ga mulighet til å analysere hva som fungerte og ikke fungerte. Enkelte spørsmål ble kuttet bort eller endret og nye ble tilført. Prosessen med å tilpasse enkelte spørsmål for å møte problemstillingen bedre eller skape mer nyanse i svarene ble også anvendt under intervju 2 og 3. Etter hvert intervju ble det også nedskrevet notater basert på intervjuers observasjoner og betraktninger om selve gjennomførelsen av intervjuene. Dette for å fortløpende kunne analysere intervjuteknikk og om spørsmålene ga svar på problemstillingen. Informantene ble først spurt om de hadde forstått hva studien handlet om og deretter gitt forklaring på eventuelle spørsmål de måtte ha.

Deretter ble de bedt om å svare på noen generelle spørsmål om deres erfaringer fra situasjoner med aggressive pasienter og ulike faktorer som kunne påvirke utfallet av situasjonene. Til slutt ble informantene bedt om å beskrive to forskjellige situasjoner der utfallet hadde gått bra eller mindre bra, og hva de mente bidro til at utfallet ble som det ble. Intervjuene varte fra 45 til 80 minutter, i snitt 64 minutter.

2.3 Analyse og databearbeiding

Intervjuene ble transkribert og lest igjennom for å finne helhet i teksten. Tekstene fra transkriberingen ble videre lagt inn i analyseprogrammet Nvivo for å systematisere funnene i teksten. Etter at funnene ble systematisert var det lettere å gå inn i hvert sitat for å velge ut meningsbærende enheter. Databearbeidingen ble gjort ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse i tråd med Graneheim og Lundman (2004) (se tabell 1). Hvert intervju ble delt inn i meningsbærende enheter. De meningsbærende enhetene er i følge Graneheim og Lundman (2004) deler eller sammensetninger i teksten som har den samme sentrale betydningen. En utfordring med uthenting av enhetene var at informantenes svar var omfattende og ofte inneholdt flere temaer. Graneheim og Lundman (2004) sier dette er en kjent utfordring når man skal hente meningsfulle data ut fra intervju der personer har beskrevet sine erfaringer, og at dette skyldes kompleksiteten i menneskets natur. For å «sile» ut det som var meningsbærende ble det derfor nødvendig å starte med å se etter det *manifeste*, eller åpenbare tema i teksten. Hva handler dette om? Hva er det teksten sier? Når de meningsbærende enhetene var hentet ut fra teksten startet prosessen med å kondensere innholdet gjennom å fortolke den underliggende eller *latente* betydningen. I følge Graneheim og Lundman (2004) handler denne delen av analyseringen om tolking av innholdet. Altså, hva menes med det som blir sagt? Tolkningen av de meningsbærende enhetene beskrives som en krevende prosess med både abstrakt og kreativ tenkning. Den videre analyseprosessen omhandlet å dele den underliggende betydningen i mindre eller mer konkrete sub-kategorier.

Eksempler på sub-kategori i denne studien:

- ✓ Kunnskapsutveksling blant kollegaer er viktig for personlig og faglig utvikling.
- ✓ Er pasienten urolig forsøker miljøterapeuten å være rolig.
- ✓ Korrigering og irettesetting er ofte formålsløst og kan ha dårlig innvirkning på pasienten.
- ✓ Sinne kan ofte gi stengsel for å motta beskjeder.

Innholdet i sub-kategoriene ble altså dannet gjennom en refleksjonsprosess over det deskriptive innholdet og sett i lys av relevant forskning. Alle sub-kategoriene var forskjellige, noe Graneheim og Lundman (2004) beskriver som viktig for å unngå at verdifulle data skal bli ekskludert. Kategorisering er i følge Graneheim og Lundman (2004) et av hovedelementene i den kvalitative innholdsanalysen, og en kategori refererer til et deskriptivt uttrykk for det manifeste innholdet i en tekst. Det siste steget i analysen gikk ut på å samle sub-kategorier til hovedkategorier. Innholdet i sub-kategoriene var dermed med på å definere hovedkategoriene. Eksempel på hovedkategori i studien:

- ✓ Å oppfatte tidlige tegn på aggresjon
- ✓ Faglige vurderinger knyttet til tidlige tegn på aggresjon
- ✓ Tilnærming ved grensesetting
- ✓ Tilnærming og skape ro og trygghet

Tabell 1: Eksempler fra analysen, med meningsbærende enheter, tolking av den underliggende betydningen, sub-kategorier og kategori.

Meningsbærende enhet	Tolkning av den underliggende betydningen	Sub-kategori	Kategori
«Pasienter du kjenner, alarmerer ikke beredskapen hos personalet så mye som en som er ny, så det er en forskjell på det. Personal som mottar en ny pasient tror jeg vil oppleve frykten i mye større grad. Men det har med å kjenne til pasientene, man vet aldri, plutselig endrer det seg hos en pasient du tror du kjenner også.»	Kjennskap til pasienten gjør at personalet opplever det som tryggere enn møte med ukjent pasient.	Oppfattelse av hva kjennskap til pasienten gjør med personalets trygghet.	Relasjon til pasienten knyttet til tidlige tegn på aggresjon
«Man må ikke bare se etter symptomer med også faktorer som man er kjent med at pasientene kan reagere på. Stress for eksempel det er jo kjent, eller omstillingssituasjoner, hvis det har vært noe i familien som skilsmisse, død eller uro. Man har stressorer i institusjon som kan påvirke. Hvis en primærkontakt skal slutte i avdelinga kan det være en stor omstilling for pasienten.»	Se på pasientens sårbarhet i lys av en helhet. Ha kunnskap om faktorer som kan påvirke pasientens tilstand.	Viktig med kunnskap om andre faktorer enn symptomer som kan aktivere aggressiv atferd.	Faglige vurderinger knyttet til tidlige tegn på aggresjon

<p>«(...)så er det, hva er bestillingen, hvilke rammer er han under, hvilke miljøterapi kjører vi, skal han være skjermet, skal han ikke være skjermet? Det går mye på tryggheten til pasienten, hvilke rammer vi har rundt ham, hvilke personal skal være på den pasienten. Og situasjonen, er det noen trusler, farer i forhold til pasienten, hva han kan reagere på? Fysisk utforming av lokalet, sånn generelt så tenker jeg klare rammer. At alle gjør det likt, at det ikke er rom for misforståelser, altså en fyldig tiltaksplan. Er det en problematisk pasient der det er mye spørsmål rundt tiltakene, at det er mange hull som kan føre til misforståelser både i forhold til begrensninger, utgang, hvem han kan ta imot besøk av, altså at han har en tiltaksplan som er mest mulig informativ, der det ikke er rom for å gjøre feil.»</p>	<p>Klare rammer og en fyldig tiltaksplan der alle gjør likt for å unngå misforståelser. Opplever trygt for pasient og miljøterapeut.</p>	<p>En god tiltaksplan skaper forutsigbarhet gjennom tydelige behandlingsrammer</p>	<p>Tilnærming og skape ro og trygghet</p>
<p>«Når man snakker om håndtering av aggressiv atferd så spør det litt hvor godt du kjenner pasienten, en ny pasient for eksempel med aggressiv atferd, da må du tenke mye mere på nærhet og avstand kanskje enn i møte med en som du kjenner. Ved en episode fikk jeg beskjed om å ha meg ut av rommet. Jeg valgte å gå ut for å unngå utagering, kjente pasienten godt. Måtte regulere nærhet og avstand på en måte, for man kan bli veldig truende hvis man kommer for nærme pasienten.(...) I forhold til kroppsspråk er det med nærhet og avstand viktig. Noen ganger kan man og roe en pasient med bare å holde rundt på ei skulder og kjenne at det er noen i nærheten, men samtidig skal man være litt var i forhold til nærhet og avstand. Det kan jo bli for nære og intimt også, og det er ikke alle som takler det. Så da vil det være en fordel å kjenne litt til pasienten og hvor grensa går.»</p>	<p>Kjennskap til pasienten har betydning for hvordan man nærmer seg. Regulering av avstand og bruk av kroppsspråk brukes for å roe ned pasienten.</p>	<p>Relasjon til pasienten er av betydning for hvordan man tilnærmer seg fysisk. Regulering av nærhet og avstand.</p>	<p>Tilnærming og Relasjon til pasienten</p>
<p>«Er det full avdeling så kanskje en tøyser strikken litt lengre for at det ikke skal bli så mye støy og at resten av avdelingen blir holdt våken hele natten. Det er jo slike vurderinger man må ta noen ganger. Det er kanskje ikke det aller beste for pasienten akkurat der og da, i så fall ikke i det lengre løp, men samtidig så må man tenke på helhet, firer på rammene for å unngå eller redusere støy.»</p>	<p>Å ta kollektive hensyn fremfor individuelle hensyn for å unngå utagering.</p>	<p>Ved håndtering av grensesetting må flere hensyn tas i betraktning.</p>	<p>Tilnærming ved Grensesetting</p>

2.4 Ethiske overveielser

Det at studien er utført på egen arbeidsplass vekker flere etiske spørsmål og problemstillinger knyttet til blant annet habilitet og objektivitet. Det har derfor vært viktig under intervjuene å presisere overfor informantene at man ikke har vært ute etter å kartlegge deres faglige kvalifikasjoner eller på annen måte ha intensjonen om å samle informasjon som kan skade deres ansettelses- eller praksisforhold på noe vis. Det har heller ikke vært til hensikt å danne noe som helst sammenlikningsgrunnlag mellom de aktuelle klinikkene hvor studien er utført. Intervjuer har under hele prosessen vært bevisst at egne erfaringer og egen førforståelse i minst mulig grad skal innvirke på intervjuene. Det er også tilstrebet å forholde seg så objektivt som mulig til datamaterialet og bearbeiding av dette under forskningsprosessen. Med dette mener jeg å ha forsøkt å være bevisst den induktive tilnærmingen, at det er materialet og det informantene faktisk sier, som har vært styrende i analysen. Jeg har derfor vært bevisst på å gå tilbake til transkripsjonene underveis i analysene for å søke å sikre meg dette.

De utvalgte informantene mottok en samtykkeerklæring som de ble bedt om å skrive under på og returnere. Samtykkeerklæringene ble oppbevart i låst skap hos postsekretær ved intervjuers arbeidsplass inntil studien ble avsluttet.

Med bakgrunn i at temaet for studien omhandlet erfaringer knyttet til trusler om vold og aggresjon, kunne det foreligge fare for at følelser og opplevelser om var ubearbeidet kunne bli reaktivert. Som eksklusjonskriteriet ble det derfor valgt å presisere at deltagere i studien ikke kunne være i pågående prosesser knyttet til utagering som enda ikke var fulgt opp. I tillegg ble deltakerne informert om at de kunne trekke seg fra studien fram til den var avsluttet, uten å oppgi grunn.

Intervjuene er aidentifisert og personspeifikke opplysninger er tatt bort under transkriberingen. Studiet etterspør ikke personopplysninger eller opplysninger knyttet til informantens arbeidsssted. Studiet er derfor ikke meldepliktig til Personvernombudet, men er gjennomført etter gjeldende retningslinjer gitt av NESH (2014).

2.5 Metodedrøfting

Intervju som metode

Det var en utfordrende men lærerik prosess å gjøre intervju. Utfordrende med tanke på å opprettholde fokus, hvordan man stilte spørsmålene, hvordan man stilte gode oppfølgingsspørsmål samt hvor oppmerksom man var på det som informanten formidlet. Det som var lærerikt var å se den gradvise utviklingen der hvert nytt intervju ble bedre.

I studien ble det valgt kvalitative semistrukturerte intervju. Under de første intervjuene ble intervjuer noe påvirket av usikkerhet og samtidig teknisk orientert gjennom å planlegge oppfølgingsspørsmål, lytte, svare og opprettholde struktur. Dette medførte at spørsmålene som skulle fungere som støttespørsmål, slavisk ble spurt fortløpende gjennom intervjuet. Dette løste seg etter hvert som man ble mer komfortabel med settingen og tryggere på seg selv.

Tidlig i prosessen ble det vurdert å benytte fokusgruppe som et alternativ til individuelle intervju. Tanken med bruk av fokusgruppeintervju var at det kunne bidratt til å fremskaffe mer informasjon og avklare bestemte emneområder gjennom felles samtale. I følge Malterud (2012, s.22) gir gruppesamtaler en annen type kunnskap enn individuelle samtaler, noe som skyldes at konteksten er forskjellig. I stedet for fokus på individets oppfattelse i det individuelle intervjuet, vil det oftest i en gruppe bli snakket mer om de felles erfaringene og synspunkter fra et miljø preget av at mange mennesker samhandler. Malterud (2012) sier at fokusgruppediskusjoner kan igangsette assosiasjoner og fantasi gjennom at gruppedynamikken bidrar til å skape fortellinger.

Utfordringer med fokusgruppe kan være at det hemmer enkeltindivider til å tre fram og ytre meninger eller betraktninger. Enkelte kan dermed bli anonyme mens andre igjen blir dominerende. Fokusgruppeintervju var som nevnt vurdert, men utfordringer knyttet til praktisk gjennomføring med å samle intervjuobjektene på ett sted til samme tid gjorde det lettere å velge individuelle intervjuer. Sammen med logistiske utfordringer lå det også en personlig utfordring med å skulle intervju en hel gruppe framfor enkeltindivider. Den personlige utfordringen var i hovedsak et resultat av mangel på erfaring med å intervju en hel gruppe.

Om intervju i en studie er reliable er i følge Krumsvik (2014) relatert til om spørsmålsformuleringene er tydelige og om intervjuer har vært med på å forme informantens svar. Under intervjuene ble det synlig at enkelte spørsmål overlappet hverandre. Før neste intervju ble derfor de aktuelle spørsmålene sammenslått eller endret for å passe problemstillingen bedre. Det hendte også at spørsmålene ble mistolket og måtte omformuleres for informantene. I enkelte tilfeller førte dette til at intervjuers formuleringer ble for ledende, blant annet på grunn av at intervjuer manglet erfaring. I enkelttilfeller kunne dette føre til at intervjuer ga en mer utfyllende forklaring på spørsmålet. Som relativt ny til metoden ble det erfart at utålmodighet hos intervjuer kunne føre til ledende spørsmål selv om man bevisst forsøkte å unngå dette. Dette er forsøkt tatt hensyn til ved utvalget av meningsbærende enheter i analysen, likevel er det tydelig at intervjuer i besittelse av sin forforståelse hadde vært ledende i spørsmålsformuleringen ved noen tilfeller. Når besvarelsen bar preg av å ha blitt påvirket av intervjuer ble den utelatt og ikke tatt med i den videre analysen. Andre utfordringer knyttet til semistrukturerte intervju var at informantene i stor grad assosierte fritt rundt spørsmålet. Dette kunne føre til at informantens besvarelser inneholdt flere tema om hverandre. Dette gjenspeilet kanskje også at flere av temaene hang sammen med hverandre og at situasjoner som involverte aggressiv atferd var komplekse.

Betenkeligheter med forskning og intervju på egen arbeidsplass

Studenten var gjennom arbeid godt kjent med feltet og noen av informantens arbeidsplasser. Dette gjorde det enkelt å forstå dem. På den andre siden kan kjennskap til feltet ha begrenset min evne, både til å stille kritiske spørsmål, få dem til å uttale «det underforståtte» og til å se «utenfor rammen». Kjennskap til feltet var med på å bidra til en felles forståelsen av tema som ble diskutert, mellom intervjuer og informant. I følge Krumsvik (2014, s. 23) kan dette være med på å øke validiteten av studien. Samtidig kan kunnskapen til praksisfeltet sees i lys av et habilitetsspørsmål og utfordringer knyttet til å innta en annen rolle overfor arbeidskollegaer. Rollefordelingen innebar en tvetydighet der det kunne bli vanskelig for enkelte informanter å plassere intervjuers rolle som student og ikke kollega. Den samme utfordringen lå hos intervjuer også, som måtte bevisstgjøre seg og presisere sin rolle før intervjuene startet. Videre kunne dette medført en maktforskjell som hos enkelte kunne oppleves som en utfordring å forholde seg til. Maktforholdet ligger blant annet i at informantene lett kan føle seg utsatt for testing av sine kunnskaper, og at de svarte ut fra hva

de tror intervjueren ønsket å høre eller av redsel for å bli fremstilt som inkompetent. Dette kan ha ført til tap av verdifull informasjon.

I selve gjennomføringen av intervjuene kan kjennskap til praksisfeltet og flere av informantene fra tidligere påvirket intervjuene i noen grad. Enkelte intervju hadde en uformell atmosfære med noe jovial- og utenomstakk, mens andre intervju ble mer formelle, der settingen bar preg av det som tidvis følte som et maktforhold mellom intervjuer og informant. Dette gjennom at informant forsøkte å svare mest mulig korrekt på spørsmål, fremfor det vedkommende egentlig tenkte. Dette kan også ha ført til at informantene holdt tilbake informasjon.

Utvalget

Prosessen med å definere inklusjons- og eksklusjonskriterier, samt rekruttering av utvalg til denne studien vekket noen etiske spørsmål og ble flere ganger vurdert opp mot alternative løsninger. Et viktig spørsmål som oppsto var om det var etisk riktig at informantene ble rekruttert av sin nærmeste leder? Informantene kan ha opplevd forespørsel om deltagelse som en forpliktelse eller forventning, og av den grunn følt at de ikke kunne takke nei. Prinsippet om frivillighet er sentralt i forskning. Dette ble forsøkt sikret ved at alle informantene før hvert intervju ble spurt om bakgrunnen til at de takket ja til å delta. De fleste meddelte da at de hadde takket ja av nysgjerrighet eller av annen personlig interesse, mens noen beskrev det som at de hadde fått beskjed av leder til å delta, og at de syntes dette var greit. En annen etisk betraktning var faren ved at inklusjonskriteriet fokuserte på å rekruttere miljøterapeuter som var opplevd av leder og kollegaer som god til å håndtere aggressiv atferd. Kunne dette føre til at andre miljøterapeuter følte seg forbigått eller oversett? Dette kan ha hatt en negativ innvirkning på noen miljøterapeuter i de aktuelle avdelingene der studien ble gjennomført, men dette er kun spekulasjoner og har ikke blitt tematisert ytterligere. Selv om jeg ikke hadde kontroll med utvalget, annet enn gjennom utvalgskriteriene, gjenspeiler det endelige utvalget informanter med ulik erfaring, kjønn og alder, slik det er ved en sengepost. Det var derfor heller ingenting som tyder på at enkeltpersoner i studien hadde mindre sjanse til å danne et erfaringsgrunnlag enn andre. Gjennom intervjurunden kom det imidlertid fram at variasjonen mellom lang -og kort tids erfaring var stor. Dette kom til syne gjennom hvor mye informantene reflekterte over egen praksis, hvilke observasjoner de hadde gjort seg og hvordan de handlet. Dette kan ha gått på bekostning av kvaliteten på studien i og med at

personer med lengre erfaring kan antas å hatt bredere erfaring, evne til å reflektere over egen praksis, og ikke minst øvelse i å sette ord på sine erfaringer og knytte faglige begreper til disse. Hadde alle informantene hatt lang erfaring, kunne dette med andre ord økt kvaliteten på studien, men samtidig ville ikke dette gitt et like nøyaktig bilde av variasjonen som faktisk er å finne i praksisfeltet. På den andre siden var også de med kort erfaring rekruttert fordi de ble ansett som gode til situasjonshåndtering. Sett i lys av den forskning og litteratur som er innhentet i arbeidet med studien, ser funnene i denne studien ut til å ha mange likhetstrekk og samsvar med tidligere forskning. Dette kan tyde på at utvalgskriteriene har truffet.

Informantenes kjønn er ikke tatt med som variabel siden populasjonen er liten og mulig gjenkjennbar. Ved en senere studie kunne det vært interessant å se om det er forskjeller mellom opplevelse og håndtering av aggressiv atferd avhengig av kjønn.

Analyse

Analysearbeidet var inspirert av Graneheim og Lundemans kvalitative innholdsanalyse. Utfordringer med denne analysemetoden er at den baserer seg på en subjektiv fortolkning av datamaterialet, noe som kan føre til at verdifull data kan forsvinne i fortolkningsprosessen. I forhold til denne studien har jeg ikke hatt noen medforfatter å drøfte funnene med, noe som kunne styrket kvaliteten på studien. Analysemetoden avhenger også av hvor godt sub-og-hoved kategoriene får med seg alle data, og hvordan man bestemmer seg for at ulike sub-kategorier skal henge sammen og inngå i samme hovedkategori. Meningsbærende enheter kan også ha en tendens til å bli vide og omfattende da de ofte inneholder mange forskjellige tema, noe som kan vanskeliggjøre videre kondensering. Hvis enhetene er små og bestående av lite tekst, kan utfordringen være å hente noe mening ut av de, samtidig kan få ord fort endre hele betydningen av innholdet (ibid, s.15).

Under bearbeiding av datamaterialet til dette studiet, kan elementer ha blitt glemt eller feiltolket i prosessen. Intervjuer har vært alene om denne prosessen og har ikke drøftet hvert funn med en andrepert. I følge Kruuse (2007, s. 223) er hermeneutiske fortolkninger avhengig av hvem som analyserer datamaterialet. Den subjektive forforståelsen vil prege fortolkningen og medføre at andre som tolker materialet vil kunne tolke det annerledes. Studien er etterprøvbart i den grad man har lyktes med transparens i beskrivelsen av metoden, men det foreligger uansett utfordringer knyttet til å etterprøve kvalitativ forskning.

Generaliserbarhet

I følge Krumsvik (2014), avhenger, generaliserbarhet av om hvem som leser studien. Det er sannsynlig at miljøpersonal som arbeider på institusjoner der aggresjonshåndtering inngår som en del av arbeidet, vil kjenne seg igjen i studien. Overførbarheten må også tas i betraktning av at studien er utført ved institusjon som hjemlet i lov, innfrir krav til behandling av pasienter under lov om tvungen psykisk helsevern §3-5, jfr. Psykisk helsevernloven (1999). Studien kan derfor være mindre overførbar til behandlingsinstitusjoner som ikke innfrir kravene til slik behandling. Likevel kan de generelle temaene som tas opp i studien være overførbare til andre miljøterapeutiske praksiser knyttet til håndtering av aggressiv atferd.

3 Presentasjon og drøfting av funn

Hovedvekten av funn i denne studien omhandler tidlige tegn på aggresjon og tilnærming til pasienter med aggressiv atferd. I tillegg gir en del av funnene beskrivelser av de faglige vurderingene som miljøterapeutene gjorde i møte med pasientene. I dette kapittelet vil funnene bli presentert og fortløpende drøftet i lys av empiri og tidligere forskning. Tema om tidlige tegn vil først bli drøftet, og faglige vurderinger knyttet opp mot tidlige tegn vil påfølge. Videre vil tilnærmingen bli drøftet før man ser på faglige vurderinger tilknyttet valg av tilnærming. Til slutt i dette kapittelet vil jeg trekke fram hva som kan påvirke miljøterapeutens handlinger.

3.1 Å oppfatte tidlige tegn på aggresjon

I denne delen vil det bli fokusert på de første spørsmålene i problemstillinga; *«Hva oppfatter miljøterapeuter som tidlige tegn på aggresjon og hvilke faglige vurderinger gjør de?»*.

Nedenfor vil det bli presentert funn og diskutert med bakgrunn i hva informantene oppfattet som tidlige tegn på aggresjon. Informantene snakket ikke utelukkende om tidlige tegn på aggresjon ved innkomst av en pasient, men også om tidlige tegn hos allerede inneliggende pasienter. I analysearbeidet ble det tydelig at det ikke var så enkelt å svare nøyaktig hva det var som ble oppfattet som tidlige tegn. Det fantes ikke noen «liste» over tydelige tegn på aggressiv atferd, men informantenes beskrivelser fortalte at det lå noen forutsetninger som gjorde det mulig å oppfatte tidlige tegn, deriblant relasjon til pasienten.

I det påfølgende vil disse kategoriene bli presentert: Å oppfatte tidlige tegn på aggresjon (*«At vi har antennene ute for hva det er vi ser...»*), relasjon til pasienten knyttet til tidlige tegn på aggresjon (*«Det handler om relasjon, om du kjenner pasienten eller ikke»*), Helhetsvurdering av situasjon knyttet til oppfattelse av tidlig tegn på aggresjon (*«At det er så situasjonsbetiget»*), strukturerte risikovurderinger og faglige vurderinger knyttet til tidlige tegn på aggresjon.

3.1.1. «At vi har antennene ute for hva det er vi ser...»

Informantene sa at observasjoner de gjorde av pasienten første gang de hadde kontakt, var med på danne et inntrykk av pasientens tilstand. Førsteintrykket og det de oppfattet i kontakt med pasienten, signaliserte i mange tilfeller noe om pasientens tilstand og eventuell agitasjon. Den mer tydelige aggresjonen med blant annet verbale trusler og devalueringer, samt fysisk utagering rettet mot inventar eller personell, ble av informantene beskrevet som åpenbar og at alle kunne observere dette. Informantene var mer opptatt av å beskrive de mer subtile tegnene, og hvordan aggresjonen kom fram i form av ulike fysiske og verbale uttrykk. En sa:

«Altså, det kan gå på; ser pasienten på deg, hvordan ser pasienten på deg, hvordan snakker han til deg, hvordan beveger han seg, er han hektisk eller urolig, er han stille og tilbaketrukket, (...) du får mye informasjon hvis du bare ser på måten han hilser på, hvordan responderer han på de enkle spørsmålene du gjerne gir ham, er han vennlig, hyggelig, adekvat eller er konfronterende.(...)verbale trusler, hvordan pasienten oppfører seg, og indirekte trusler, altså det dannes et totalbilde som gir meg litt svar på hvordan jeg lager min oppfatning av pasienten. Det kan godt være en verbal konkret trussel som jeg ser bare av hele situasjonen at jeg ikke tar seriøst i det hele tatt, og så kan det være situasjoner der ting ikke blir sagt, men måten pasienten fremtrer på, ting han gjør, og ting han sier som på en måte indirekte gjør at jeg i mange tilfeller tar dette mer alvorlig.»

Dette kan tolkes som at informantene er svært oppmerksomme eller følsomme for pasientens atferd og de signaler pasienten gir. Enhver bevegelse som er oppsiktsvekkende eller unormal tas med i en vurdering der informantene danner seg et bilde av pasientens sinnsstemning. Det verbale uttrykket pasienten gir gjennom svar på tiltale, toneleie og om pasienten er konfronterende eller mer passivt aggressiv, er også med i vurderingen. Myles og Simpson (1998), beskriver hvordan tidlige tegn på aggresjon kan vise seg som små, nesten umerkelige tegn på frustrasjon, som muskelspenning, biting i leppen eller på negler, dempet stemme, eller at de sier de ikke føler seg vel. At; en hard håndhilsning, et fokusert eller ufokusert blikk, motorisk uro eller en sarkastisk måte å svare på, kan oppfattes som tidlig tegn på aggresjon, krever en bevissthet og erfaring knyttet til hva man bør se etter. Det første inntrykket av pasientens både fysiske og verbale atferd, samt forståelsesevne, er med på å hentyde om det kan foreligge tegn til aggresjon. Denne informasjonen er videre med på å danne et bilde av om pasientens atferd krever at det iverksettes tiltak for å forhindre eskalering. Dette vil også si

at det er nødvendig å gjøre individuelle vurderinger av hver pasient og i hver situasjon som oppstår. I følge Bjørkly (1997, s. 109) ligger det store utfordringer for behandlingsmiljøet i å vurdere hva som skal aksepteres av sinne utbrudd og aggressiv atferd, og hvordan man skal forholde seg terapeutisk riktig til slike situasjoner. Han belyser problemstillingen gjennom å spørre: Når skal man avvente og se om situasjonen går over i aggressivitet, og når skal det gripes inn for å stoppe situasjonen? Det finnes ikke noe entydig svar på dette, men Bjørkly mener det vil være avgjørende at man jobber aktivt med å hjelpe pasienten til å moderere sinneutbrudd og differensiere mellom akseptabelt sinne og uakseptabel aggresjon.

Man skal også ta med i betraktning at å danne seg et inntrykk av pasienten, kun basert på de første observasjonene, fort kan føre til stigmatisering. Pasienten kan også føle seg stigmatisert gjennom måten miljøpersonalet møter pasienten på, noe som igjen kan skape asymmetri i makt, og vanskeliggjøre relasjonsbygging og videre behandlingsallianse. I følge Hummelvoll (2012, s.118) kan stigmatisering skje når et individ viser tilløp til å bryte med sosiale normer, og derved bli betegnet som annerledes. Denne stigmatiseringen kan bidra til at mennesker holdes fast i avvikerrollen og at de blir møtt med reaksjoner som innleggelser på psykiatrisk sykehus. Den som blir stigmatisert kan etter hvert ta inn over seg denne rollen som en identitet i møte med samfunn og det sosiale hjelpeapparat, og det knyttes forventninger til at den stigmatiserte bare er slik. Dette blir en vond sirkel som bekrefter avviket, og vil være vond å komme ut av.

3.1.2. «Det handler om relasjon, om du kjenner pasienten eller ikke»

Informantene omtalte det å ha kjennskap til pasienten fra tidligere som positivt i den forstand at man kunne se tilbake på eventuell tidligere voldshistorikk. Samtidig kunne man også ha kjennskap til hva pasienten var kapabel til å utrette av fysisk og verbalt vold, og hva som kunne gjøre pasienten sint eller hva som kunne hjelpe for å roe ned situasjonen. Pasientens stemningsleie kunne også tolkes tidligere om man hadde god kjennskap til pasienten fra før. Kjennskap gjennom tidligere relasjon til pasienten ble beskrevet som å ha en beroligende effekt på personalet ved at de i større grad kunne forberede seg på hva man kunne forvente. En informant sa:

«Jeg tenker det er viktig å vite noe om hver enkelt pasient i forhold til historikk. Har han noen tidligere historie på utagering og hvordan utartet det seg for eksempel? Om det var spesielle ting som førte til utagering? Å vite noe om sårbarheten til hver enkelt pasient er viktig (...)

Det handler om relasjon, hvis du kjenner pasientene eller ikke, for du er kanskje tryggere inni deg i hvert fall, med de du er kjent med, og om de har historikk på å utagere eller ikke, eller om det bare er en form for kommunikasjon.»

En annen sa:

«Det er jo fordeler med å kjenne folk fra tidligere da, man har jo som regel god dokumentasjon på hva som fungerer og ikke fungerer. (...) Jeg vil si det er en fordel å vite om pasienten, så du vet mer hva du kan forvente.»

At man ikke hadde kjennskap, relasjon eller historikk knyttet til pasienten fra tidligere ble blant annet beskrevet med at «man legger lista litt lavere», dette med tanke på hvilke forhåndsregler man måtte ta. Man ble ekstra var på hvilke signaler pasienten ga, og spesielt hva man skulle se etter og tolke som tidlig tegn på aggresjon. En informant beskrev det slik:

«Pasienter du kjenner, alarmerer ikke beredskapen hos personalet så mye som en som er ny, så det er en forskjell på det. Personal som mottar en ny pasient tror jeg vil oppleve frykten i mye større grad. Men det har med å kjenne til pasientene, man vet aldri, plutselig endrer det seg hos en pasient du tror du kjenner også.»

Ut fra dette kan man tolke det som positivt å ha kunnskap om pasienten fra tidligere, og at kjennskap til pasientens voldshistorikk lettere kan predikere tidlige tegn på aggresjon, og at dette videre er med på å gjøre miljøpersonalet tryggere. I møte med en ny og ukjent pasient derimot, vil uvissheten om pasientens evner og hensikter være en kilde til uforutsigbarhet, og vil dermed være med på å skape utrygghet blant miljøpersonalet. I følge Anderson, Bell, Powell, Williamson, & Blount, (2004), vil kjennskap til historikk og en bevissthet om risiko for voldelig atferd, gjøre miljøterapeutene mer forberedt og dermed bedre til å håndtere dette. I motsatt fall kan ignorering eller mangel av kunnskap om denne risikoen medføre at man stiller uforberedt og dermed er mer utsatt for å bli offer for voldelig atferd.

Å inneha forkunnskap om pasienten, kan også medføre at man møter pasienten med forutinntatte forventninger om hvordan møtet med pasienten vil arte seg. utfordringer med dette kan være at pasienten viser andre, mer ukjente sider av seg selv, som igjen kan utfordre

relasjonen. Foranledningen til innleggelsen eller omstendighetene kan være annerledes enn tidligere, og pasienten kan påvirkes på måter som gjør ham sårbar for andre ting enn det han har vært sårbar for tidligere. I likhet med dette kan mangel på forkunnskaper om pasienten medføre at man overtolker atferden og reagerer uhensiktsmessig på ting som i utgangspunktet kanskje ikke var ment aggressivt.

3.1.3. «At det er så situasjonsbetinget»

Hvordan pasienten ble oppfattet, ble av informantene beskrevet som avhengig av hvilken situasjon pasienten befant seg i, og konteksten hvor hendelsen traff sted. Oppfattelsen av pasientens kognitive tilstand og evne til å uttrykke seg eller forstå budskap, ble også tatt med i vurderingen av tidlig tegn på aggresjon. En informant sa:

«Altså, hva er problemstillingen? Hvilken diagnose har vi med å gjøre her? Er det en mann midt i en psykose som ser mye forskjellig og er veldig utilgjengelig, eller er det en mann i full panikk som gjør det han kan for å komme ut av situasjonen. Eller du har en som er fortvilet, og du vet ikke hva han kan gjøre. Sant, så det er så situasjonsbetinget, altså det er mye informasjon du har og du trenger for å gjøre en god vurdering på hva er trygt, og hva er ikke trygt for, og enten gå videre inn i situasjonen eller trekke seg vekk.»

Underforliggende kan man tolke informantenes beskrivelser som et uttrykk for at situasjoner der det oppstår aggresjon, ofte er komplekse og må sees i en større sammenheng.

Kompleksiteten ligger i hensynet til de ulike faktorene, slik Lillevik og Øien (2014) beskriver, påvirker disse miljøterapeutenes vurderinger. Faktorene blir beskrevet som rammebetingelser og innbefatter blant annet: ansattes kompetanse, sammensetning av ansatte, pasientgruppe og enkeltpasienter, personalgruppe og enkeltansatte, ansvarsavklaring, rapporteringssystem, tid, fysiske miljøfaktorer, regler for atferd for pasienter, samt interne regler og forventninger som styrer den ansattes arbeid. Gjennom bruk av alle sanser, oppmerksomhet og umiddelbar tolkning innhenter man informasjon og danner seg et bilde av situasjonen, om det er noe som er i ferd med å skje. Informasjonen vil da være med på å skape et grunnlag for miljøterapeutens vurderinger, hva må prioriteres og hvilke hensyn må tas for å håndtere det som er i ferd med å skje. I dette så ligger det også forutsetninger om at man må ha en viss

erfaring for å kunne oppfatte og ta inn over seg all informasjonen. Man kommer ikke bort fra at oppfattelsen av verdenen man befinner seg i, er preget av forutsetningene man har for å forstå den.

3.1.4. Strukturerede risikovurderinger

Som en del av å være observant på tidlige tegn til aggresjon henviste flere informanter til bruk av registrering -eller kartleggingsverktøy. Dette ble beskrevet som en viktig del i bevisstgjøringen knyttet til hva man burde se etter for å plukke opp eller forutse tidlige tegn på aggressiv atferd. En informant beskrev det slik:

«Litt i forhold til BVC [Brøset Violence Checklist] hvis det er mye utslag på det, så kan det være forvarsel på utagering.»

I følge Amlvik, Woods, & Rasmussen (2000) er BVC et skjema som tar utgangspunkt i observasjoner av seks risikofaktorer: Forvirret, irritabel, støyende atferd, verbale trusler, fysiske trusler og slag, spark etc. mot gjenstander. Disse skåres av miljøpersonalet etter hver vakt og har fokus på her-og-nå-situasjoner. Skjema er et verktøy utviklet for å forutse voldelig atferd de neste 24-timene. Høy skåringssum indikerer behov for å iverksette tiltak for å øke sikkerheten rundt pasienten. En informant sa:

«Tidlig tegn. Da har vi brukt det der SOFA [Skjema for Oversikt over Forvarsel om farlig Atferd]skjemaene tidligere som går på forvarsel. Hvis man har en pasient over tid og man fører slike skjema så vil man jo få et mønster i hva man skal se etter hos den enkelte pasienten, for det varierer jo.»

SOFA er som nevnt en kartlegging av forvarsel for at verbal eller fysisk utagering kan skje. Skjemaet fylles ut i etterkant av en hendelse og skal fungere som en hjelp til senere å kunne se varselsignaler ut fra pasientens atferd.

En annen informant fortalte:

«Høy skår på HCR-20 [Historic Clinical Risk Management-20] gir også økt risiko for voldshandlinger.»

HCR-20 er en voldsrisikovurdering bestående av 20 ledd som samlet sier noe om sannsynligheten for nye voldsutøvelser. I denne risikovurderingen synliggjøres ulike stressorer som kan påvirke farligheten og håndteringsplaner kan videre utarbeides med bakgrunn i denne informasjonen. Leddene består av 10 punkter for fortid, 5 for nåtid og 5 for fremtid (SIFER, 2014).

Uten å gå i detalj på hvordan hver av disse risikovurderingene fungerer, kan de fleste beskrives som prospektive i og med at de omhandler konkrete observasjoner over en gitt tidsperiode for å predikere fare for fremtidig voldelig atferd på kort -og lengre sikt. I tillegg anvender noen av redskapene mer retrospektive hensyn til pasientens tidligere voldshistorie for å kartlegge sårbarhet for blant annet indre -og ytre stressorer. Den mer instrumentelle og metodiske måten å systematisere observasjoner på kan være en viktig del av arbeidet med å avdekke tidlige tegn på aggresjon og økt voldsrisiko. Gjennom å holde fokus på at man skal observere gitte tegn eller signaler, kan dette være med på å øke bevisstheten på hva det spesifikt er man skal se etter. En utfordring med alle slike verktøy som baserer seg på miljøpersonalets subjektive fortolkning av det som observeres, er at man aldri har noen garanti for at miljøpersonalet vil observere pasientens atferd likt. Dette kan medføre at man overser enkelte signal, eller tolker atferden som andre ting enn tegn på aggresjon. Samtidig kan også her atferden over-analyseres eller mistolkes, og man igangsetter restriktive tiltak uten at det egentlig foreligger grunn til det.

Andre systematiske kartleggingsverktøy for å predikere voldelig atferd som SOAS (Staff Observation Aggression Scale) kan, som i følge en studie utført av Omerov, Edman, og Wistedt (2004), være med på å avdekke hva som framprovoserte en utagering. I studien hadde pleiere som var blitt utsatt for vold forsøkt å beskrive provokasjonsfaktorene, men i et intervju med pasienten i ettertid viste det seg at pleierne bare gjenga 50% av provokasjonsfaktorene. Altså oppfattet pasienten og pleierne utageringssituasjonen ulikt. Dette viser at det kan være svært vanskelig å danne seg et helhetlig bilde av faktorer i situasjonen og konteksten som kan predikere utageringssituasjoner. Dette underbygger behovet for å øke kunnskapen om hvordan man kan gjøre strukturere risikovurderinger, ikke bare ved hjelp av skjema, men også ved

hjelp av oppmerksomhet på verbal og non-verbal atferd og mer subtile tegn på begynnende aggresjon.

3.1.5. Faglige vurderinger knyttet til tidlige tegn på aggresjon

For tidligst mulig å oppfatte tegn på aggresjon, og samtidig gjøre gode vurderinger, var det nærmest en forutsetning at man hadde kunnskaper om hva man skulle se etter og hva man skulle vurdere ut ifra. Informantene ga få konkrete beskrivelser av hva kunnskapen innebar, og det kom ofte fram at det var vanskelig å sette ord på hvilke kvalifikasjoner som var gode å ha. Kunnskapen ble i mange tilfeller liggende latent i informantenes beskrivelser av ulike situasjoner de hadde erfart. Det som ble sagt var at miljøpersonalet måtte ha kjennskap til ulike faktorer som kunne være bakenforliggende årsak og påvirke pasientens atferd. Analysene viste at dette i hovedsak omhandlet det å ha kjennskap til blant annet indre og ytre stressorer, pasientens evne til å forstå og bli forstått, somatiske lidelser, pasientens sårbarhet og krenkbarhet, samt at avmakt ofte lå bak atferden. En informant ga et eksempel:

«Man må ikke bare se etter symptomer men også faktorer som man er kjent med at pasientene kan reagere på. Stress for eksempel det er jo kjent, eller omstillingssituasjoner, hvis det har vært noe i familien som skilsmisse, død eller uro. Man har stressorer i institusjon som kan påvirke. Hvis en primærkontakt skal slutte i avdelinga kan det være en stor omstilling for pasienten.»

En annen informant var opptatt av at man måtte ha kompetanse for å fange opp tidlige tegn:

«Ja, altså man tar ikke inn en mann fra gata i en sånn situasjon, det går ikke. Og det ser du gjerne når du har for eksempel mange ekstravakter på jobb. (...)Og det går jo på sånne ting som for eksempel personlig egnethet. Er det personal der som ikke tar de små subtile signalene som pasienten gir deg, eller eventuelt ikke tør å gå inn og sette grenser for en pasient, klarer pasienten å styre personalet. Det er så mange forskjellige ting som...du har personale som egner seg å jobbe med en spesiell type pasientgrupper så har du andre personal som du gjerne vil bruke på litt andre pasientgrupper.»

Ut fra funn om faglige vurderinger knyttet til tidlige tegn på aggresjon, kan det tolkes som at alle, uavhengig fagkompetanse, hadde en forutsetning for å oppfatte de åpenbare tegnene. Det de fleste informantene var opptatt av var de mer subtile tegnene, og at man måtte ha kunnskaper om klinisk observasjon og pasientens historikk i kombinasjon med personlig egnethet for å være god på å tolke hva som lå bak pasientenes atferd. I en studie utført av Owen, Tarantello, Jones, & Tennant, (1998) ble det blant annet konkludert med at personale som ikke hadde trening i verken psykiatri eller håndtering av aggressive atferd, hadde større sjanse for å bli involvert i voldelige hendelser med aggressive pasienter. Kunnskap om en pasient eller sak, gjør det lettere å foreta bevisste og mest mulig riktige valg, teori og forkunnskap alene er ikke nok. Almvik et al. (2004) framhever også at forebygging handler om kunnskap og kompetanse, samt mulighetene som ligger i den fysiske utforming av arbeidsplassen, bemanning og type bemanning.

3.2 Tilnærming til pasient med aggressiv atferd

I denne delen vil det bli fokusert på de siste spørsmålene i problemstillinga; «*hvilke faglige vurderinger gjør de og hva påvirker deres handlinger i møtet med pasienter med aggressiv atferd?*»

Hovedtyngden av funnene i denne studien omhandler hvilke vurderinger som gjøres og hva som påvirker situasjonshåndteringen i møte med pasienter med aggressiv atferd. Informantene fortalte om sine erfaringer med ulike måter å tilnærme seg pasientene på og hva som kunne bidra positivt, eller være til ulempe i tilnærmingen. Informantenes beskrivelser omhandler både situasjonshåndtering i mottak av pasient til innleggelse, og håndtering av situasjoner som oppstår i allerede pågående behandlingsforløp.

I det påfølgende vil følgende kategorier bli presentert: Tilnærming for å skape ro og trygghet (*Å skape ro og trygghet*), Tilnærming og relasjon til pasienten (*Hvordan påvirkes tilnærmingen av relasjon til pasienten?*), Tilnærming og utarbeidelse av behandlingsplan («*Det er viktig hva som er målet for behandlingen*»), Tilnærming ved grensesetting («*En regel er en regel fordi det er en regel*») og Faglige vurderinger knyttet til valg av tilnærming.

3.2.1. Å skape ro og trygghet

Utageringssituasjoner var i følge informantene ofte preget av kaos, mangel på oversikt og utrygghet både for pasienter og miljøterapeuter. Pasienter med aggressiv atferd ble blant annet beskrevet som at de ofte var preget av høyt stressnivå, at de var redde, følelsesmessig drevet og at de var svært uforutsigbare. Videre kom det frem at det ofte var knyttet usikkerhet til hvordan pasienten reagerte på ulike tilnærminger og at man ofte måtte prøve å feile noen ganger før man kom fram til en måte å møte pasienten på som roet situasjonen. Informantene hadde vanskeligheter med å beskrive akkurat hva det var de gjorde for å få kontroll når situasjonen var preget av aggresjon og kaos, men flere informanter ga eksempler på hvordan de hadde håndtert episoder med aggresjon tidligere. I fortellingene ble det ofte fremhevet hvor viktig det var å fremtre rolig og gi pasienten rom for følelsesmessige reaksjoner for å unngå at situasjonen eskalerte ytterligere, og at man ikke tilførte situasjonen unødig stress. En informant fortalte:

«Pasienten kan ofte ha et høyt tenningsnivå, full av emosjoner, og da gå inn lavt og være rolig. Passe på at du ikke innesperrer pasienten. Sette seg ned hvis du ser at du har en fluktmulighet i tilfelle du blir angrepet, da er du ingen trussel for pasienten. Og da kunne vise den roen, gi pasienten rom, det blir en form for trygghet for pasienten å se at, ja men han tar ikke meg nå. Det gjør at du kanskje kan komme i posisjon for en dialog, så du kan kanskje snakke deg ut av situasjonen, og det er egentlig utrolig viktig. Jeg har flere eksempler på der du har det stikk motsatte, der du har et personale som har det tenningsnivået som er over pasientens for å prøve å nesten skremme pasienten til å roe seg ned, og det smeller så å si hver gang. Det fungerer dårlig.»

Ut fra informantenes beskrivelser vektlegges det i stor grad å skape trygghet. Det kan tolkes som en forutsetning når man skal etablere en behandlingsallianse eller relasjon, at pasienten føler seg trygg på personalet og i situasjonen. I en studie utført av Björkdahl, Palmstierna, & Hansebo, (2010) forsøkte miljøpersonalet å skape trygghet og tillit hos pasienten gjennom en omsorgsgivende tilnærming basert på å snakke rolig til pasienten, gi pasienten tid og være åpen og tilgjengelig. Den omsorgsgivende tilnærmingen omhandlet også å tilfredsstille pasientens basale behov for ernæring og fysisk velbehag. Ulike måter å skape trygghet kan i så måte forklares ved at man signaliserer en ro gjennom måten man fremtrer fysisk og verbalt, setter seg ned eller tenker på hvordan man fysisk posisjonerer seg for ikke å fremstå truende,

samtidig som man ikke konfronterer pasienten, men stiller seg mer undrende til de ytringer som kommer. En informant sa:

«Det med å ha evnen til å lytte, å containe, det kan være gull verdt. Det trenger ikke nødvendigvis være alt det kloke man klarer å si i en situasjon, men hvordan man er. Kanskje det er helt bortkastet alt det man prøver å si til pasienten? Da handler det mer om å være rolig, støtte rundt pasienten, og trygge.(...) Det med å kunne vise at selv om det koker rundt seg i en situasjon, der det kanskje blir en utagering eller der det blir utøvd vold, at man klarer å beholde roa slik at man får håndtert situasjonen mest mulig fornuftig. Det med å kunne tenke rasjonelt, ha litt oppskrift i hodet på hva gjør man så, tenke helhet. Også er det det at hvis en er rolig så smitter det over på kolleger, at man prøver å holde de rolige og.»

Som informanten sier her trenger det nødvendigvis ikke å være alt det kloke man sier, men at det handler vel så mye om hvordan man fremtrer og møter pasienten. Gjennom å vise at man lytter til hva pasienten formidler viser man respekt og at man samtidig tar pasienten på alvor. Dette kan igjen åpne for dialog mellom pasient og miljøterapeut, og om mulig føre til felles enighet. En informant beskrev:

«Man kan bruke tiden, at man ikke forhaster og begynner å skyve på og: «nå skal du tilbake og det skal skje tvert, og nå skal vi sette denne sprøyta», men at man heller kan være med litt på den at man bruker tid og forståelse, og kanskje kan man inngå en avtale om at ja, «jeg kan sette den sprøyta hvis du..», at pasienten kanskje får velge litt selv, vi har hatt de som responderte veldig godt på det å få velge. For det har vært episoder hvor vi har vært fem stykker og holdt for å sette den sprøyta, og det har vært dager hvor: «det er kun du som får lov til å gjøre det», og da har pasienten tatt den.»

Her blir dialogen brukt for å gi pasienten mulighet til medbestemmelse.

Situasjonsbeskrivelsen kan gi et bilde av at det allerede er fattet beslutninger som pasienten ikke kan påvirke, men at pasienten allikevel blir gitt alternativer innenfor en gitt ramme for å styrke opplevelsen av medbestemmelse, noe som igjen kan ha påvirkning på pasientens samarbeidsvilje. Vatne (2009) beskriver det å inngå avtale med pasienten som et virksomt

middel i grensesetting. Dette gir miljøterapeuten kontroll over den usikre situasjonen ved at uakseptabel atferd stoppes i forkant, og man kan i ettertid henviser til avtalen for å unngå vanskelige diskusjoner. Å ta pasienten på alvor og appellere til den modne siden av pasientens personlighet beskriver Friis (1985) i Hummelvoll (2012, s. 475) må prege samværet. Det terapeutiske miljøet bør derfor preges av omsorg, respekt og empatisk forståelse av pasientens umodne sider.

Flere informanter fortalte at bruk av overfallsalarm og nærvær av kollegaer hadde en betryggende effekt for dem i situasjoner med utagering. Å vite at noen kunne komme på kort varsel eller at flere miljøterapeuter var involvert i samme situasjon, gjorde at de tålte å stå lengre i uforutsigbare situasjoner og samtidig føle seg trygge. En informant fortalte:

«Ikke bare personal du stoler på men at du vet det er personer der, det er helt klart en trygghetsfaktor. Du tør å være mer direkte og ærlig, for man kan kanskje få en annen reaksjon enn den man håpet på i form av at pasienten blir mer aggressiv eller voldelig. Å vite at du faktisk tør å gå inn og snakke direkte, for du vet at hvis det går så langt at det blir noe, så er det noen der på null komma niks og støtter deg opp. Og dette er jo noe vi gjør når det er aggressiv atferd. At det er personal som sitter på vaktrommet og er lett tilgjengelig, eller står i nærheten.»

Følelsen av trygghet gjennom tilstedeværelse av kollegaer, kan tolkes som avgjørende for at miljøterapeutene skal kunne fremme ro og trygghet hos pasienten. På en annen side kan dette også beskrives gjennom det Björkdahl et al. (2010) kaller «*show of force*», en form for overmanning, der tilstedeværelse av mange pleiere ikke gir pasienten annen utvei enn å gjøre det han blir fortalt. Det som da er med på å skape tryggheten for personalet kan samtidig skape utrygghet hos pasienten. Å bære alarm kan ha den samme effekten. For pasienten kan det åpenlyse synet av en voldsalarm bli en tydeliggjøring av mistillit fra miljøterapeutene, noe som videre kan føre til avmakt, irritasjon eller utagering. På andre pasienter igjen kan en tydeliggjøring av at sikkerhet er høyt prioritert oppleves som betryggende.

At personalet føler seg trygg nok til å være direkte med pasienten, kan gjøre at det blir lettere å tørre å imøtekomme pasientens behov for å bli bekreftet og tatt på alvor i forhold til sin atferd. Hvis det er en måte å kommunisere noe på, kan dette hindre videre eskalering.

3.2.2. Hvordan påvirkes tilnærmingen av relasjon til pasienten?

Tidligere i kapittel 3.1.2. ble det vist til funn som omhandlet hvordan informantene oppfattet tidlige tegn på aggresjon hos pasienter, basert på tidligere relasjon eller ikke. I dette kapittelet vil det fokuseres på funn som omhandlet hvordan mangel på kjennskap, eller god kjennskap til pasienten fra tidligere, kunne påvirke tilnærmingen til pasienter med aggressiv atferd.

Mangel på kjennskap til pasienten fra tidligere ble beskrevet som en utfordring man ofte sto ovenfor ved en akuttavdeling. En informant sa:

«Når jeg står i mottak og får en ny pasient, altså du får mye informasjon, og i det øyeblikket så har du ofte ingen historikk, så da må du bruke de enkle signalene.(...) Og det er jo det som er utfordringen i akuttpsykiatrien tenker jeg. Vi har ingen relasjon med den som kommer inn. Og da er det å raskest muligvære der og å få til en god relasjon, med å gi rom for pasienten til å kunne vise hvem han er, høre på ham, romme hans tunge tanker, følelser. Men samtidig da å ivareta en sikkerhet for oss og en sikkerhet for dem. Sånn at, det er litt lettere på andre avdelinger der du oftere har en form for historikk for å si det sånn.»

Her belyses viktigheten av at man tidlig etablerer relasjon til pasienten, blant annet gjennom det som også ble diskutert i det foregående kapittelet, om å skape en rolig og trygg atmosfære gjennom en *omsorgsgivende individfokusert tilnærming* (Björkdahl et al., 2010).

Å ha kjennskap til pasientens habituelle tilstand, tidligere sykehistorie, sosiale nettverk og funksjonsnivå, ble sett på som fordelaktig. Hadde man ikke tilgang på denne informasjonen fra tidligere ble det viktig å innhente opplysninger fra pasienten selv, og eventuelle komparentopplysninger fra kommune eller pårørende etter samtykke. En informant beskrev at mye informasjon kunne komme gjennom uformelle samtaler med pasienten:

«Med en ny pasient så vil det gjerne komme mye forskjellig før man kommer til nerven i hva man vil ha informasjon om, og til å begynne med så er det mange andre brikker som skal på plass, man kan jo høre litt om hva pasienten gjør for noe, går han skole, har han jobb, familie, hva liker han å holde på med, interesser, ting han ikke liker å holde på med og hva som gjør ham sint.»

Det var bred enighet blant informantene at kjennskap til pasientens historikk eller tidligere erfaring med pasienten ga bedre forutsetninger for å vite hva man kunne forvente av pasienten og hvordan man best kunne tilnærme seg. En informant brukte aktivt relasjonen til pasienten for å dempe aggresjon gjennom å appellere til pasientens fornuft og tidligere møte:

«Er det en pasienten du kjenner kan du bruke uttrykk som: «dette er vel ikke akkurat deg, jeg kjenner jo deg fra før og vet jo at du egentlig ikke vil skade noen», det har jeg gjort og følt at det har vært med på å roe ned situasjonen.»

En annen informant fortalte om muligheten som lå i å benytte seg av kjennskap til pasienten for å avlede pasienten fra det som handlet om aggresjon:

«Jeg prøver vel å snakke om ting som er helt ufarlige egentlig, hvis jeg kjenner vedkommende fra før og jeg vet kanskje noe om ham, så prøver jeg å vri tankene over på noe som ikke går på det med aggresjon for å få fokuset litt bort fra det som trigger.»

Dette kan beskrives med det Vatne (2009, s. 46) viser til som en måte å skjule bruk av makt. Hun sier videre at avledning som tilnærming kan begrunnes som en måte å få fred, eller unngå konflikter samtidig som en roer ned en kaotisk situasjon. Ut fra det den ene informanten sa, at «jeg vet kanskje noe om ham», kan man tenke at bruk av kunnskap om pasienten i avledning vil bidra til å styrke relasjonen gjennom at pasienten føler seg sett og hørt. Miljøterapeuten viser til at de kjenner hverandre, at de har en historie, og at pasienten tidligere har formidlet noe som miljøterapeuten husker. Dette kan videre føre til økt selvfølelse hos pasienten, men forutsetter samtidig at miljøterapeuten formidler avledningen på en respektfull, kanskje undrende og empatisk måte. Bruk av avledning kan antas å være en større utfordring hos pasienter med økt paranoid beredskap, da pasienten kanskje vil mistolke miljøterapeutens hensikt og agenda. Dette vil dermed stille større krav til miljøterapeutens kreativitet.

Flere informanter ga beskrivelser av at de følte seg fram og regulerte nærhet og avstand til pasienten både fysisk og mentalt. En informant beskrev håndtering av den fysiske nærheten med aggressiv atferd basert på om pasienten var kjent eller ny:

«Når man snakker om håndtering av aggressiv atferd så spør det litt hvor godt du kjenner pasienten, en ny pasient for eksempel med aggressiv atferd, da må du tenke mye mere på nærhet og avstand kanskje enn i møte med en som du kjenner. Ved en episode fikk jeg beskjed om å ha meg ut av rommet. Jeg valgte å gå ut for å unngå utagering, kjente pasienten godt. Måtte regulere nærhet og avstand på en måte, for man kan bli veldig truende hvis man kommer for nærme pasienten.(...) I forhold til kroppsspråk er det med nærhet og avstand viktig. Noen ganger kan man også roe en pasient med bare å holde rundt på ei skulder og kjenne at det er noen i nærheten, men samtidig skal man være litt var i forhold til nærhet og avstand. Det kan jo bli for nære og intimt også, og det er ikke alle som takler det. Så da vil det være en fordel å kjenne litt til pasienten og hvor grensa går.»

Å ikke ha kjennskap til pasienten fra tidligere påvirket miljøterapeutene med at de ble mere utrygg og reservert fordi de visste lite om hva de ble møtt med og hvordan pasienten reagerte på ulike tilnærminger. Det viktigste var uansett å legge til rette slik at pasienten følte seg trygg. Å la pasienten ytre sine tanker og følelser, lytte og invitere til dialog ble en viktig del av å skape relasjon og tillit. I en review artikkel utført av Dinc & Gastmans (2013) sees tillit på som en avgjørende faktor i etablering og opprettholdelse av relasjon mellom pasient og pleier. Tillit sees her som et relasjonelt fenomen som kan etableres, brytes og re-etableres flere ganger. Informantene hadde stort fokus på å skape trygghet og å etablere tillit gjennom å berolige pasienten på en empatisk måte samtidig som de måtte ha sikkerhet i fokus.

3.2.3. «Det er viktig hva som er målet for behandlingen»

For å vite hvordan man skulle tilnærme seg en aggressiv pasient la flere informanter vekt på at det måtte foreligge en tydelig bestilling på hva det var man skulle hjelpe pasienten med. En tydelig behandlingsplan setter ofte fokus på samspillet mellom pasient og miljøterapeut, og legger føringer for hvilke rammer behandlingen skal underlegges. Dette bidrar til å sikre god behandling gjennom å skape trygghet og forutsigbarhet hos pasienten og i behandlingsmiljøet.

En informant fortalte hvordan tilnærmingen var avhengig av at det lå en del premisser til grunn:

«Hva er bestillingen, hvilke rammer er han under, hvilke miljøterapi kjører vi, skal han være skjermet, skal han ikke være skjermet? Det går mye på tryggheten til pasienten, hvilke rammer vi har rundt ham, hvilke personal skal være på den pasienten. Og situasjonen, er det noen trusler, farer i forhold til pasienten, hva han kan reagere på? Fysisk utforming av lokalet, sånn generelt så tenker jeg klare rammer. At alle gjør det likt, at det ikke er rom for misforståelser, altså en fylldig tiltaksplan. Er det en problematisk pasient der det er mye spørsmål rundt tiltakene, at det er mange hull som kan føre til misforståelser både i forhold til begrensninger, utgang, hvem han kan ta imot besøk av, altså at han har en tiltaksplan som er mest mulig informativ, der det ikke er rom for å gjøre feil.»

I følge Hummelvoll (2012, s. 471) må personalet styre utvikling og sosiale prosesser for at miljøterapien skal ha en tilsiktet effekt, og at det må foreligge definerte mål for hvordan miljøet skal utvikles. Det vil derfor være viktig, slik informantene beskriver, å utforme gode planer for pasientbehandlingen, enkelte ganger sammen med pasienten, om tilstanden gir mulighet for det. Tiltaks- eller behandlingsplanen kan så revideres med faste mellomrom for å sikre at den er realistisk i forhold til pasientens funksjonsnivå og tilstand. Planen kan gi en forutsigbarhet, som for mange pasienter vil være med å trygge en ellers kaotisk tilværelse.

Misforståelser av innhold i tiltaksplan blir også beskrevet som en utfordring. Mangel på oppdatering av planen, eller personalets manglende interesse eller fokus på planen, kan være opphav til at tiltak praktiseres ulikt blant personalet. Dette kan igjen medføre usikkerhet både for personal og pasient. Pasienten på sin side kan av ulike årsaker ha utfordringer med å forholde seg til en tiltaksplan, dette kan handle om pasientens kognitive forståelsesevne, psykoselidelser og lignende. Pasienten kan også motsette seg tiltaksplan som opposisjon mot tvungen behandling eller andre begrensninger. Nijman, à Campo, Ravelli, & Merckelbach, (1999) beskriver misforståelser og uenigheter mellom pasient og pleiere omkring hva behandlingen skal innebære som en kilde til aggresjon. Manglende medbestemmelse og misforhold i maktbalansen kan gi pasienten følelser av avmakt.

3.2.4. «En regel er en regel fordi det er en regel»

I følge informantene oppsto majoriteten av utageringene ved konfrontasjoner, grensesettings- og kravsituasjoner. Som eksempler nevnte flere av informantene typiske situasjonene som tvangsmedisinering, å forholde seg til fastsatte røyketider, eller andre husregler samt avslag på forskjellige ønsker. Situasjoner med grensesetting ble av informantene beskrevet som krevende fordi de ofte ble stilt i etiske, juridiske og faglige dilemma og måtte ta raske beslutninger og vurderinger innen kort tid. Dette samtidig som man skulle være lojal til avdelingens rutiner, pasientens behandlingsplan og miljøterapeutiske prinsipper. Det ble ofte referert til avdelingens husregler når det ble spurt om grensesetting. De fleste var enige i at husreglene var gode å ha som fundament, men at man kunne gjøre individuelle tilpasninger og utøve faglig skjønn hvis situasjonen tillot det. En informant beskrev sine tanker omkring nytte og bruk av husregler og sa samtidig litt om det å være fleksibel i tolkningen av dem:

«Vi kan ta for eksempel husregler som jeg tenker kanskje er en av de største årsakene til konflikter og grensesetting. (...) Husreglene må man jo ha, men oppi alt dette så skal man og bruke sunn fornuft og jeg tenker vi skal bli flinkere til å tenke gjennom hvorfor vi gjør som vi gjør. Hvorfor grensesetter vi og hvorfor korrigerer vi? Er det pasienten sitt, eller personalets behov? Og jeg ser jo slik som det med røyk; våkner pasienten klokka tre, er en storrøyker, vant med å røyke litt på natt, kommer rolig og greit og spør om å få ta to kjappe blås på verandaen for så å gå og legge seg igjen, så sier man nei til det altså. Da er det kun at en regel er en regel fordi det er en regel, at det ikke er lov å tenke selv. Jeg har ingen gode argument da for å nekte en pasient å ta den røyken da, foruten at det er en husregel, men bruker man de blindt, da får man problemer tenker jeg.(...) Husregelen er god å ha hvis vi har en pasient som lager bråk, og han ønsker røyk for tredje gang, da kan det være greit å støtte seg på at vi har en husregel, og at han får vente til i morgen. De er jo gode å ha i bunnen, men det er greit å tenke utenom å. »

For at grensesetting ikke skal virke mot sin hensikt eller skape konflikt bør grensene tydeliggjøres for pasienten å ha rot i hva som er logisk, praktisk og i tråd med en behandlingsplan som er tilpasset pasientens tilstand. Er grensesetting ulogisk, irrasjonell eller står i sterk kontrast til pasientens egne opplevelser, kan dette føre med seg at pasienten føler seg urettmessig behandlet, noe som igjen kan føre til blant annet tillitsbrudd, avmaktsfølelse, opplevelse av krenkelse og irritasjon. I følge Hummelvoll (2012) må grensesetting og

konfrontasjoner skje med respekt, og at man støtter pasienten for å bidra til større selvinnsikt. Videre sier han at pasienten har behov for å bli sett og bekreftet, før man korrigerer og setter grenser.

Informantene ga beskrivelser som viser hensyn til avdelingens helhet ved grensesetting. Øvrige pasienter, personalsammensetning og avdelingens fysiske utforming ble ofte tatt med i vurderingen når en utagering fant sted. Noen hadde erfaringer på at en utageringssituasjon kunne medføre at andre pasienter kunne bli redde og trekke seg tilbake til eget rom, mens andre igjen ble mer urolig. Dette førte ofte til at man måtte ettergi eller tilpasse rammene for å unngå at det skulle oppstå en utageringssituasjon. En informant sa:

«Er det full avdeling så kanskje en tøyser strikken litt lengre for at det ikke skal bli så mye støy og at resten av avdelingen blir holdt våken hele natten. Det er jo slike vurderinger man må ta noen ganger. Det er kanskje ikke det aller beste for pasienten akkurat der og da, i så fall ikke i det lengre løp, men samtidig så må man tenke på helhet, fire på rammene for å unngå eller redusere støy.»

I følge Hummelvoll (2012, s. 474) er det viktig å etablere nødvendig trygghet. Dette etableres lettere i et lite og oversiktlig miljø, og er en forutsetning for at utvikling av gjensidige og oversiktlige relasjoner til medpasienter og personalet kan utvikles.

Når det gjelder informasjon til pasientene om grensesettingstiltak, beskrev flere informanter at dette er noe vi må «stå i». Dette ble en synliggjøring av at det ikke var problemfritt å sette grenser for pasientene, og at det ofte kunne bli misnøye når man ga avslag på ønsker eller at bevegelsesfriheten ble begrenset. En informant snakket om utfordringer knyttet til formidling av grenser til pasientene, han sa:

«Det går jo mye på erfaring og ferdigheter hvis du tenker i forhold til grensesetting og den biten der, bare valg av fora, hvor tar man dette med pasienten? Tar man det på stua, tar man pasienten med på sitt eget rom, tar man det på samtalerom, tar man det ute under en gåtur? Hvem har man med seg i samtalen, formen på samtalen og hvordan skal det gjøres? Hardt, brutalt og grensesetting med en gang eller skal det gå i form av en samtale med pasienten. Det litt i forhold til hvor direkte man skal være. Det er litt etter hvordan pasienten er også, er det

mulig å spille på lag med ham og ha en samtale rundt grensesetting så er jo det enkelt, men der dette ikke er mulig og man bare må stramme inn skruen og bare komme med et skikkelig negativt budskap, det er kanskje den vanskeligste måten og det er kanskje der man trenger mest erfaring for å ta den biten. Det er en utakknemlig jobb, man får jo mye sinne og hat rettet mot seg.»

En annen informant snakket om å ha en mild men samtidig tydelig formidling, og at enkelte pasienter hadde god virkning, og dro fordel av tydelige rammer, noe som bidro til forutsigbarhet:

«Så tror jeg at man skal la de snakke uten å korrigere hele tiden, det kan man gjøre i større grad senere og ikke mens det pågår aggresjonsutbrudd med mindre det pågår helt spesifikke ting da. En kan jo si ting som går på irettesetting hele tiden, men det tror jeg har dårlig innvirkning og er formålsløst da.(...) En prøver å formidle det på en rundere måte, jeg tror nok noen reagerer ekstra på at man er bastant, samtidig som noen igjen leter etter de grensene da, som må ha det slik for at de skal forstå det, eller godta det, det er veldig variert. Det skaper en trygghet og forutsigbarhet hos noen. Og forutsigbarhet er jo viktig da, men det er jo ofte sånn at det man formidler går ikke inn, de forstår ikke budskapet, og kanskje er de sinte og har mer stengsel for å motta beskjeder.»

Björkdahl et al. (2010) beskriver to ulike tilnærminger som kan brukes i grensesetting, og bruker metaforene ballettdanseren og bulldoseren. Ballett danseren har en mildere fremtoning med fokus på den omsorgsfulle individfokuserende tilnærmingen, mens bulldoseren har en mer paternalistisk tilnærming der hovedfokuset er å opprettholde struktur og sørge for den kollektive sikkerheten. Ut fra informantenes beskrivelser kan man få inntrykk av at bulldoser og ballettdanser-begrepene er gjenkjennbare, men at informantene beskriver en mellomløsning eller en glidende overgang mellom de to tilnærmingene. At man i starten forsøker en ballettdanser, eller maternalistisk tilnærming og at man gradvis glir over i en mer paternalistisk tilnærming hvis situasjonen blir ukontrollerbar.

På spørsmål om håndtering av aggressiv atferd kom informantene også ofte inn på skjerming og beltelegging som tiltak når alle andre tilnærminger var forsøkt, men funnet formålsløse. Ingen av informantene sa noe eksplisitt om foranledningen til skjerming eller beltelegging

under intervjuene, men de fleste viste seg å være svært opptatt av at spesielt beltelegging ble utført på en så skånsom måte som mulig, både for pasienten og personalet. En informant beskrev dette på følgende måte:

«Ofte har man mulighet til å planlegge litt i forkant. Hvis det ligger an til at det blir utagering og vold, så kan det være greit å planlegge hvem som har de ulike rollene, hvem som fører ordet, hvem som tar armene og beina, det rent praktiske. Hvem legger på beltene hvis det skulle bli aktuelt. (...)For eksempel i ei beltelegging og man har fått pasienten under kontroll, så se litt på kolleger og gi noen nikk og kanskje et smil og si at nå har vi kontroll på dette, nå tar vi å gjør det rolig og har kontroll på resten av det vi gjør. Så er det og litt sånn at noen vil gå inn å ordne et problem på egen hånd, og det er vel å bra det, men tenk også sikkerhet. Ha nok personell tilgjengelig, informer kolleger hva som pågår. Er det en situasjon der det kan være fare for helse og utagering så klarer det på forhånd i forhold til sikkerheten, -at det er nok personer tilstede.»

Praktisk erfaring og kursing en nødvendighet med tanke på sikkerhet og skånsom håndtering av pasienten. I følge en studie utført av Bak et al. (2014) må det stilles krav om at miljøterapeuter ved akuttavdelinger må ha inngående kunnskap om håndtering av beltelegging og at spesialiseringsutdanning må prioriteres på linje med intensiv-sykepleiere og liknende. Videre sier studien at det ikke er nok å sende nyutdannede helse- og sosialarbeidere inn i en belteleggingssituasjon og at dette kan få store følger for pasienten og miljøpersonalet selv. I tillegg til risiko for fysiske skader, kan det tenkes at miljøpersonale med lite basiskunnskaper kan få psykiske reaksjoner av en beltelegging, gjennom det faktiske overgrepet som skjer mot pasienten. For pasientens del kan det også i tillegg til den fysiske påkjenningen også være en følelse av avmakt, dødsangst og overgrep. Kunnskap om håndtering av selve belteleggingssituasjonen er som sakt viktig, samtidig bør kan øke kunnskap og kompetanse om å avverge utageringssituasjonene før det kommer så langt at det blir beltelegging.

3.2.5. Faglige vurderinger knyttet til valg av tilnærming

Samtlige informanter som var med i studien uttrykte eksplisitt eller implisitt at vurderinger, refleksjoner og skjønn var basert på ulike former for kompetanse eller personlig egnethet.

Eksempler på dette var: å være rolig i stressende situasjoner, dyktig med enkelte pasientgrupper, ha gode holdninger, å kunne reflektere over atferd med forankring i kunnskap om diagnoser, basere interaksjoner på kunnskap om nærhet og avstand eller å skape trygge omgivelser med bakgrunn i kunnskap om å redusere ytre stressorer. Andre eksempler var å håndtere belteleggingssituasjoner, veilede eller motivere pasienter til å mestre hverdagslige utfordringer. Den overnevnte beskrivelsen av kompetanse og personlig egnethet lå som et bakteppe i informantenes situasjonsbeskrivelser. En informant snakket om å utnytte kompetansen som var i arbeidsmiljøet:

«Vi har veldig mange dyktige personer i avdeling som man kan lære av, og det er jo det med å drøfte i team, og det å lære av hverandre, og likedan det å evaluere situasjoner i ettertid, er noe som jeg anser som viktig, selv om det ikke har vært noe utagering eller noe. Men det å prate om ting og være ydmyk, tørre å stille spørsmål hvorfor folk valgte å gjøre sånn og sånn. Det er en stor fordel med å ha studenter for eksempel. Da blir man litt bevisstgjort selv på hvordan man gjør ting, for etter hvert så går det mye på automatikk uten at man nødvendigvis tenker over det så mye selv. Og det er veldig greit å reflektere over sine egne måter å gjøre det på og få høre hva andre tenker. Det er en veldig viktig del av dette gamet synes jeg.»

En annen informant beskrev kollegaer som en viktig samtalepart, og at samtaler på vaktrommet kunne bidra med dempe eventuelle emosjoner og hjelpe med å forstå bakenforliggende prosesser hos personalet før man går i møte med pasienten:

«Det har mye å si det vi snakker om på vaktrommet. Det setter på en måte standarden for hvordan vi møter pasienten. Det å forsøke å ta det ned tror jeg er viktig for å unngå utagering. For møter du pasienten rett fra rapport, kanskje er du blitt fylt med emosjoner selv, da er det fort gjort å agere på det. Tenke gjennom måten vi er på, eller om noe vi sier kan være uhensiktsmessig, at emosjonene kanskje blir med deg i møte med pasienten.»

Her beskriver en informant utfordringen med å vurdere hvordan man skal forholde seg til en pasient som avviser kontakt og samtidig prøve å forstå hva det er pasienten gir uttrykk for:

«For eksempel hvis en pasient er veldig avvisende kan det være fort gjort at vi også blir det i møte med ham, altså han vil ikke ha noe med oss å gjøre så da overlates han til seg selv, og kanskje er det slik at han er livredd, både for kontakt men også for å være alene. Og så er det slik at hvis han blir overlatt til seg selv da, så blir jo det skummelt også. Og hvis vi trekker oss unna føler han seg avvist. Mens kanskje den som avviser oss trenger oss mer enn den som tar kontakt, så det er dette med å vise at vi er der allikevel og at han har mulighet til å avvise oss, og at vi er på tilbudssiden da.»

For flere av informantene var det viktig at man var ydmyk for andres kompetanse. Dette kan være fruktbart for kompetanseutvikling og samarbeid gjennom at man åpner for andre synspunkt og meninger. Får man et arbeidsmiljø preget av egoisme, uenigheter og rigiditet for andres kunnskap og opplevelser, er det stor sannsynlighet for at viktige fagutviklingsprosesser, både personlig og kollektivt, stagnerer. Samtidig vil dette føre til et lite fruktbart arbeidsmiljø og dårligere behandling for pasientene. Dette støttes av det Lillevik og Øien (2014, s.147) sier om at et arbeidsmiljø som skaper grunnlag for faglig og personlig vekst, kjennetegnes med ansatte som ser og anerkjenner hverandre, og gjør seg synlige for hverandre.

Teamarbeid ble fremhevet som positivt for å kunne ta lærdom av hverandre og drøfte situasjoner sammen, samtidig som det også var en trygghet å ha andres kompetanse tilgjengelig ved vanskelige valg. Gjennom god kjennskap til hverandres styrker og svakheter kunne man lettere ta vurderinger i kaotiske situasjoner og fordele personalressursene bedre der de passet inn. Har man kjennskap til at et personale ikke kan bidra så mye i en eventuell belteleggingssituasjon kan vedkommende brukes til arbeidsoppgaver som å ivareta øvrige pasienter.

Støtte fra kollegaer i form av fysisk tilstedeværelse ble også beskrevet som en trygghetsfremmende faktor. At man enten hadde kollegaer i umiddelbar nærhet som kunne tiltre ved behov for fysisk støtte, eller at man var flere i en situasjon, og kunne «spille» på hverandre og sammen håndtere situasjonen.

Å snakke med kollegaer på vaktrommet, en plass beskrevet å ha stor «takhøyde», ble en arena hvor man kunne luften tanker, følelser, frustrasjoner og gleder. Vaktrommet tolkes å fungere som en overtrykksventil for alt man container i sitt personlige liv og i samvær med pasientene. Dette fungerer videre som en avlastende demper på de emosjonelle følelsene

personalet kan oppleve. Tilbakemeldinger eller hjelp til å forstå egne og andres emosjoner vil bidra til utvikling og økt kunnskap om ens egne reaksjoner, men også til å forstå hvorfor, og hva det er pasienten gir uttrykk for. Dette støttes av Lillevik og Øien (2014, s.147) som sier at en åpen kommunikasjon omkring situasjoner hvor en pasient har vært voldelig eller aggressiv, vil bidra til bedre å forstå bakgrunnen for pasientens aggresjon. Noe som ikke nødvendigvis er like lett i å gjøre i en pågående situasjon. Å dempe voldsomme emosjoner som har bygd seg opp, enten det er stor glede, sinne eller sorg, vil være av betydning at man ikke skal ta med seg dette i møte med pasienten. Sinne eller sorgfølelsen kan overføres gjennom måten miljøterapeuten møter pasienten på, og pasienten kan få en følelse av å ha gjort noe galt eller at han\ hun blir trist og nedstemt selv. Samtidig kan en miljøterapeut fylt med emosjoner utføre irrasjonelle handlinger som ubegrunnet maktbruk, upassende verbalisering eller rett og slett ignorere pasienten. Overilt glede kan føles upassende i møte med pasienter i sorg, depresjon eller krise. Dette kan da være med på å forsterke følelsen av utilstrekkelighet, ensomhet eller mislykkethet.

3.3 Hva påvirker miljøterapeutens handlinger?

I de to foregående kapitlene, 3.1. og 3.2., har funn relatert til problemstillingen blitt presentert og drøftet. Ser man nærmere på funnene beskriver de en rekke med vurderinger som ligger til grunn i håndtering av en pasient med aggressiv atferd. Mangfoldet av vurderinger sier noe om kompleksiteten miljøpersonalet står ovenfor når situasjonen oppstår. For å tydeliggjøre denne kompleksiteten er det behov for å strukturere funnene ytterligere. Vurderingene og beskrivelsene vil derfor, i dette kapitlet, bli brutt opp for å belyse de ulike hensyn miljøpersonalet må ta.

Dette går inn under det som Lillevik og Øien (2014, s. 79-80) henviser til som indre rammebetingelser, altså det man må ta med i betraktning og ta hensyn til av faktorer som påvirker de handlinger man gjør. De påfølgende spørsmålene i kap. 3.3 er drøftingsspørsmål inspirert fra funn i studien.

3.3.1. Hensynet til miljøterapeutens egne forutsetninger

Det personlige hensyn handler om miljøterapeutenes vurdering av egne forutsetninger og begrensninger for å håndtere situasjonene som oppstår.

Hvilke kunnskaper og ferdigheter har- eller trenger miljøterapeuten?

På spørsmål om hvilke kunnskap og ferdigheter informantene anså som viktige i møtet med pasienter med aggressiv atferd, hadde mange vanskeligheter med å trekke frem kvaliteter ved seg selv. For mange ble det derfor lettere å beskrive hvilke kunnskaper og ferdigheter de så i sine kollegaer. En informant sa:

«Ro er viktig, jeg jobber med en som lyser trygghet, som virker som et fjell på en måte, bare er så rolig og behersket. Uansett hva det er så har han det samme tempoet og han har en generell ro som er nødt til å smitte over på andre.»

Flere informanter beskrev det som viktig å ta lærdom av å se kollegaer i den praktiske utøvelsen, og personlig egnethet ble ofte fremtrukket når det ble spørsmål om faglige kunnskaper.

Er miljøterapeuten trygg nok til å roe og trygge pasienten?

Ut fra funnene henger dette med hvilken relasjon og kjennskap man har til pasienten fra tidligere. Å vite at kollegaer var i umiddelbar nærhet hjalp informantene med å føle seg trygge slik at de kunne være mer direkte med pasienten. Informantene snakket om at plassering i forhold til pasienten var viktig med tanke på sikkerhet. At man ikke presset pasienten opp i et hjørne, og at man selv plasserte seg slik at man fort kunne trekke seg ut av situasjonen om det var nødvendig.

Har miljøterapeuten fysikk til å møte dette hvis det skjer noe og hva er man villig til å utsette seg for?

I enkelte situasjoner sier svaret seg selv, en liten kvinne har mindre fysiske forutsetninger til å håndtere en slik situasjon enn en middels stor mann. Dette beskriver også Vatne (2009, s. 26) hvor hun sier at menn er bedre fysisk egnet i håndtering av pasienter med aggressiv- eller farlig atferd, og at det er en kjent utfordring. Informantene beskriver aktiv bruk av kollegaer

som støtte hvis situasjonen ble fysisk, og rettet lite fokus mot den personlige håndteringen. En informant problematiserte dette og sa:

«Men igjen, hvem er det som går inn i konflikten, jo det er mest menn tenker jeg, det er menn som går mest i front og det er litt feil, er det bedre at menn blir skadet da om man snur litt på det? Hvem kan jobbe på en akuttavdeling, skal vi bare være menn her da eller skal vi ha en forutsetning for at alle sammen skal gå i klinsj og være lik utsatt, det er litt sånn. Når jeg blir spurt om å gå i front kan det hende jeg problematiserer det og retter spørsmål om at «hvorfor skal jeg gå i front? Gjør det du. Jeg er ikke på jobb hele tiden, jeg får ikke mere betaling» hvorfor skal jeg være der å håndtere det? Det er klart, jeg har sagt ifra.»

Spørsmålene informanten problematiserer er legitime, for ingen har vel et ønske om å bli skadet eller utsette seg for voldelig atferd. Men hva gjør da en kvinne som havner i en slik situasjon? Informantene snakker om bruk av overfallsalarm, det kan være et alternativ. Andre muligheter kan være å trekke seg bort fra situasjonen, eventuelt slippe pasienten ut av avdelinga.

Har miljøterapeuten god relasjon til pasienten?

Informantene sa at kjenner man pasienten, vet man litt mer hva man møter og hvordan pasienten kan reagere på ulike tilnærminger. Med kjennskap til interesser eller egenskaper hos pasienten kan dette aktivt anvendes for å avlede samtale eller handling fra det aggressive til noe mer ufarlig. Med kjennskap er man gjerne også tryggere i følge informantene, og tør være mer tydelig. Har man ingen relasjon eller pasienten er helt ny krever dette at man er mer oppmerksom på hvilke signal pasienten gir. For å få til en god relasjon må det i følge Røkenes og Hanssen (2006, s.22) være en samhandlingsprosess som skaper tillit, trygghet og en opplevelse av tilknytning og troverdighet.

Har miljøterapeuten formening eller motforestillinger mot det som blir gjort?

Situasjoner som oppstår kan føre til at man må spørre seg selv dette spørsmålet. Får man av faglig eller personlig grunn en indre konflikt med det man opplever i en situasjon, vil det være

viktig å diskutere dette i kollegiet. Situasjoner der dette kan oppstå er oftest når ens personlige eller yrkesetiske grenser blir tøyd. En informant belyste dette gjennom å henviste til en episode med grensesetting der han reagerte på sine kolleger. Grensesettingen han bevitnet bar preg av at personalet var lei av pasientens mas og at de hadde satt grenser i affekt:

«Jeg tenker først at dette skulle vært forankret i faglighet, altså diskutert hva som skal være oppfølgingen av den her pasienten, ikke bare at en blåser ut, full av emosjoner, og sier at han der karen skal faen ikke ha noe røyk nei, at det nærmest blir som en straff for pasienten. Jeg synes det var lite gjennomtenkt og det var det, kollegaene rundt ham burde reagert. De mente vel det samme i ettertid, at det der, det var en dårlig løsning.»

3.3.2. Individuelle hensyn

Det individuelle hensyn, altså hensynet til den enkelte pasienten.

Hvordan er pasientens tilstand, og er det spesielle hensyn man må ta?

Er pasienten psykotisk? Deprimert? Ruset, eller aggressiv? Har pasienten evne til å forstå det som sies eller gjøre seg forstått? En informant beskrev forskjellige måter å tilnærme seg, avhengig om pasienten var psykotisk eller ikke:

«Det er større mulighet for å snakke fornuft til en aggressiv pasient som ikke er psykotisk, enn til en som er psykotisk og aggressiv. Den pasienten er jo ikke helt i kontakt med seg selv, og sjansen for at han er uberegnelig er økt i takt med det, tenker jeg. En som bare er sint men ikke er psykotisk, han må vi regne med at er mer tilregnelig og har mer kontroll på det han gjør. Pasienten med psykose har ikke kontroll på det han gjør, det er ofte på grunn av psykosen at han angriper oss, at han er paranoid eller noe sånt. Så det er to forskjellige innfallsvinkler der. Hos den ene må du prate veldig kort, tydelig, greit og forståelig, kanskje må du forklare det på en annen måte, psykosepasienten altså. Mens den andre kan du forvente at skjønner vanlige setninger, så får du se om det går inn hos vedkommende eller ikke da.»

En annen utfordring som kan være knyttet til pasientens tilstand er den somatiske helsen. Har man kjennskap til om det er noe med dette som må tas høyde for? Ruspåvirkning, diabetes, demens, sjokktilstander, epilepsi etc. Pasienten som individ er også sammensatt slik som miljøpersonale. Slik informantene beskriver vil det være nødvendig å vise hensyn til pasientens sårbarhet for krenkelse, tap av autonomi og følelse av avmakt. En viktig årsak til frustrasjon og aggresjon er opplevelsen av avmakt. Avmakt kan i følge Isdal (2003) betegnes som en mangeltilstand og kan handle om mangel på forutsigbarhet, oversikt, kontroll, innflytelse, det å bli sett, det å bli hørt og mangel på alternativer.

Kan den aggressive pasienten være til fare for å skade seg selv eller andre?

I følge Bjørkly (1997) kan aggresjon sees på som pasientens forsvar for å beskytte seg selv fra å bli skadet eller som en måte å hevde seg selv på. I det hele tatt kan aggresjon og vold være et sammensatt uttrykk for noe. Hvordan går man da inn og håndtere situasjonen?

Informantene beskriver styrke i at flere av personalet er tilstede, det Björkdahl et al (2010) beskriver som «*show of force*», en form for overmanning. Man kan også sikre omgivelsene med å fjerne eventuelle gjenstander som pasienten kan bruke mot seg selv eller mot miljøpersonalet. Vurdering av skjermingsbehov kan også være et tiltak, slik informantene beskriver. Ivaretagelse av sikkerheten var generelt høyt prioritert i den kliniske hverdagen. Både for miljøpersonalet og pasientene.

Hva kan vi hjelpe pasienten med?

Avhengig av pasientens tilstand kan behovet for hjelp være forskjellig. Enkelte pasienter vil ha behov for ro og hvile, mens andre profiterer på struktur i en kaotisk tilværelse.

Er pasienten innlagt frivillig eller mot sin vilje?

Pasientens ønske om å motta behandling vil i stor grad avhenge av om innleggelsen er frivillig eller mot pasientens vilje. Flere studier underbygger at farekriteriet for utagering, vold og trusler vil være overhengende om pasienten er innlagt mot sin vilje (Taylor et al., 2012; Lancee et al. 1995; og Shepherd og Levender, 1999). At pasienten er innlagt mot sin egen

vilje betyr ikke at man automatisk kan iverksette restriktive tiltak (jfr. Psykisk helsevernlov, 1999). Egne vedtak for skjerming, tvangsmedisinering eller beltelegging må vedtaksføres og godkjennes av spesialist. Hensynet i dette ligger i at miljøterapeuten må ha kunnskap om lovverk og rutiner. Er pasienten frivillig innlagt, kan en måte å løse konflikten på være å utskrive pasienten. Det beste utfallet vil uansett være å forsøke å vise forståelse for pasientens ønske og hva som ligger til grunn for den aggressive atferden.

3.3.3. Kollektive hensyn

Det kollektive hensynet omhandler alt det som skjer rund situasjonen og de hensyn som må tas ut fra faktorer som blant annet institusjonens fysiske utforming, bemanningssituasjon, hensyn til øvrige pasienter og behandlingsrammer. Et vesentlig spørsmål her er hvor hendelsen skjer og hvordan best håndtere den med hensyn til det totale bilde?

Har vi bemanning til å håndtere situasjonen?

Flere informanter påpekte bemanningssituasjonen som en del av den helhetlige vurderingen. Er personalsammensetningen preget av mange ufaglærte? Er avdelingen tilstrekkelig bemannet med menn for å sikre fysisk styrke? Er man nødt til å leie inn ekstra bemanning? Er det spesielle hensyn som må tas i forhold til de som er på jobb; eldre kvinner, gravide, eller personal som av fysisk grunn ikke kan bistå? Passer noen miljøterapeuter bedre til å håndtere spesielle pasienter eller oppgaver? Dette var det viktig å vurdere og ta stilling til hvis en situasjon oppsto.

Hvilke hensyn må tas til øvrige pasienter?

Oppstod en situasjon i nærheten av et fellesskap kunne dette i følge informantene medføre at uroen bredte seg blant medpasientene. Det ble derfor viktig å ivareta de andre pasientenes behov selv om en pasient var aggressiv. Björkdahl et al. (2010) beskriver en tilnærming, kalt *bulldoseren*, som i slike situasjoner satte det kollektive hensynet foran det individuelle hensyn. Informantene forklarer en prioritering lik denne, og beskriver at uro i avdelingen kan føre til at enkelte pasienter trekker seg tilbake, noen blir engstelige og andre kan bli aggressive som følge av at de føler seg truet. Andre måter å håndtere dette på kan være å

skjerme pasienten bort fra fellesskapet og inn på eget rom. Å ettergi eller fire på rammer eller husregler for å unngå eskalering, ble også nevnt som eksempel, en informant sa:

«Det kan jo og være av hensyn til de andre pasientene at man eksempelvis firer på rammene for å unngå eller redusere støy da, hvis man for eksempel gir en pasient røyk på natta for at han skal gå tilbake å sove etterpå, og man har erfaring på at det virker.»

Er fasilitetene tilrettelagt for å håndtere situasjonen?

Logistikk og plassering av pasienter slik at de ikke hadde negativ innvirkning på hverandre ble sett på som en vurderingssak av informantene. Hvilket rom kunne pasienten plasseres på for å hindre at støy uroet andre pasienter? Denne utfordringen gikk på institusjonens fysiske oppbygning. Akuttavdelingene hvor studien er utført hadde egne skjermingslokaler for pasienter med utagerende og voldelig atferd. Andre problemstillinger knyttet til logistikk kunne være om andre pasienter måtte flyttes på for å gjøre plass til- eller skjerme fra den som skapte uro. Å fjerne løse gjenstander som kunne brukes som våpen ble også nevnt?

4 Sammenfatning

Hensikten med studien var å få tak i miljøterapeuters kunnskap om hva de oppfatter som tidlige tegn på aggresjon, hva de vurderer og hvordan de tilnærmer seg pasienter med aggressiv atferd.

«Hva oppfatter miljøterapeuter som tidlige tegn på aggresjon, hvilke faglige vurderer gjør de og hva påvirker deres handlinger i møtet med pasienter med aggressiv atferd?»

De mest sentrale funnene som kan bidra til å besvare problemstillingen er drøftet underveis i kapittel 3. I det følgende sammenfattes funn av mer overordnet karakter, knyttet til problemstillingen.

Det vil være viktig å forebygge aggresjon og utagerende atferd i en akuttavdeling. For den som utøver vold er det ikke sikkert at intensjonen er å skade noen, men at det kan være et uttrykk for noe annet som krenkelse eller avmaktfølelse. Konsekvensene kan likevel bli at de får dårlig samvittighet, sterk anger eller vanskeligheter med sosialisere seg i avdeling. I følge Direktoratet for arbeidstilsynet (2009) kan konsekvensene for den enkelte arbeidstaker være økt stressnivå, som kan være en trussel mot helse og trivsel. En direkte følge av dette kan være økt sykefravær og ellers hemme innlevelse og empati i kommunikasjon med pasientene. For avdelingen kan vold og aggresjon ha negativ innvirkning på det psykososiale arbeidsmiljøet negativ. I tillegg ble det i denne studien beskrevet at medpasienter også kunne reagere negativt på å oppleve aggresjonssituasjoner, og at det ofte kunne føre til økt uro eller isolering.

Funn viser at å oppdage tidlige tegn på aggresjon og utagerende atferd er viktig for å forebygge eskalering av situasjonen, noe som er viktig både for pasienten selv, personalet, miljøet i avdelinga og eventuelt medpasienter. Analysearbeidet viste at det ikke var så enkelt å svare nøyaktig hva det var som ble oppfattet som tidlige tegn. Det fantes ikke noen «liste» over tydelige tegn på aggressiv atferd, men informantenes beskrivelser fortalte at det lå noen forutsetninger som gjorde det mulig å oppfatte tidlige tegn, deriblant relasjon til pasienten. Miljøpersonale med lang erfaring med pasienter i akuttpostene synes å være spesielt dyktige

på å fange opp tidlige tegn. Funnet i studien viser at personalet i avdeling er svært oppmerksomme og at de registrerer, gjenkjenner og tolker tidlige tegn på aggresjon og utagering, ikke bare de tydelige tegnene, men også de minste og mest subtile tegn på at noe er i gjære. Dette er i trå med funnene i en studie av Fluttert et al. (2008), som fremhever betydningen av å være spesielt oppmerksom på hvordan sosiale- og mellommenneskelige faktorer påvirker den aggressive pasienten, og at pasientens tanker, følelser og atferd kan indikere at aggressiv atferd er i ferd med å oppstå. Studien viser også at kartlegging av tidlige tegn er avgjørende for å forebygge forverring av pasientens tilstand.

Når tegn på aggresjon eller utagerende atferd oppdages viser funnene at miljøpersonale gjør omfattende faglige, etiske og rettslige vurderinger om hvordan de skal forholde seg for å forebygge forverring, for eksempel hva de sier eller ikke sier, hvordan de snakker med pasienten, hvor de plasserer seg i rommet og i forhold til pasienten, balanse mellom nærhet og avstand, egen non-verbal kommunikasjon og hvordan de skal bidra til trygghet og tillit og roe ned situasjonen. Tidligere kjennskap til pasienten gjorde at miljøpersonalet følte seg trygge, noe som gjorde det lettere å overføre trygghet til pasienten, samt være mer direkte i kommunikasjon og formidling av grenser. I tillegg opplevde miljøpersonalet trygghet gjennom tilstedeværelse av kollegaer i miljøet, og bruk av overfallsalarm om situasjonen eskalerte. Var flere pasienter tilstede når en situasjon eskalerte måtte deres behov også prioriteres. Bemanningssituasjonen i avdeling kunne ha påvirkning på hvor gjennomførbart dette var.

I funnene ble grensesetting sett på som en av hovedgrunnene til at utagering oppsto. Formidlingen av grensesetting var av stor betydning. Det ble ansett som viktig at formidlingen var varsom, ikke nedlatende, men preget av respekt og forståelse for pasientens integritet og krenkbarhet. Grensene måtte være faglig forankret og husregler eller pasientens behandlingsplan ble ofte referert til som grunnlag for grensesettingen. Urimelige grenser som ikke hadde faglig begrunnelse, eller autoritær formidling av grenser, endte ofte opp i utageringssituasjoner.

Det informantene anmerket som påvirket deres handlinger i møte med pasienter med aggressiv atferd var blant annet at man å ta personlige, pasient individuelle- og kollektive hensyn med i betraktning. Andre ting som påvirket deres handlinger var kjennskap til pasientens eventuelle voldshistorikk, noe som gjorde at miljøterapeutene følte seg tryggere på hva de kunne forvente av pasienten og hva som møtte dem. I tillegg ble relasjon til pasienten

trukket frem som en viktig faktor. Hvis miljøpersonale hadde hatt med pasienten å gjøre tidligere, kunne kunnskap om pasientens interesser, sosiale nettverk eller ting man visste pasienten reagerte på, anvendes aktivt i dialog. Dette for enten å avlede sinne og aggresjon til noe mer positivt, men også for å unngå å snakke om sårbare temaer som kunne forverre situasjonen. Hadde man ingen relasjon eller tidligere kjennskap til pasienten ble det viktig å etablere dette så fort som mulig. Hem, Heggen og Ruyter (2008), beskriver utfordringer med å danne relasjon i et miljø preget av mistillit, og setter tillit som en avgjørende del av å skape relasjon. I samarbeidsrelasjoner er tillit vesentlig, hvis tilliten ikke eksisterer mellom miljøterapeuten og pasienten vil samarbeidet opphøre (Wadel, 2005). Deres studier underbygger funn i denne studien om viktigheten av å være bevisst på at tillit, trygghet og ro er en avgjørende del av å skape relasjon.

I tilnærmingen ble det beskrevet som viktig at man tidligst mulig begynte å jobbe med å etablere tillit og skape en trygg atmosfære. Dette ved å fremtre rolig fysisk og verbalt, sette seg på nivå med pasienten, ikke fremstå truende eller konfronterende og gi pasienten rom for å ytre sine følelsesmessige reaksjoner. Samværet bør være preget av at man respekterer og tar pasienten på alvor med å være undrende, lytte, invitere til dialog og samtidig appellere til den modne siden av pasientens personlighet. En slik tilnærming ligger nært opp til det Björkdahl et al. (2010) benevner som maternalistisk og omsorgsgivende.

Hvis man ser mer helhetlig på funnene i undersøkelsen er betydningen av det å jobbe i team og det kollektive ansvaret sentralt. Det ser ut som dette er helt avgjørende for å lykkes i arbeidet med å forebygge aggresjon og utagerende atferd. Teamarbeidet handler om at miljøterapeutene var samkjørte ved utagering, at noen var i nærheten og har felles forståelse hva som bør gjøres. Teamet samarbeidet også om simulering av beltelegging, diskusjoner og refleksjoner over ting som skjedde med enkeltpersoner og i avdelingen. Vider handler det også om lik praktisering av husregler og felles holdninger til behandlingsplaner, samt hva som blir ansett som akseptabel atferd. Arbeidsplassen hadde et anerkjennende miljø der man utnyttet hverandres sterke sider og anerkjente svakheter hos seg selv og sine medarbeidere. Individualisme og sjalusi tilsidesettes for et fokus på å gjøre hverandre gode. Flere av funnene omhandler det å jobbe sammen i et team, og det å finne støtte i sine kollegaer. Denne måten å jobbe på kan øke både den enkeltes kompetanse og avdelingens samlede kompetanse og synes å være en forutsetning for å lykkes med forebygging av aggresjon og utagerende atferd. Pasienten vil oppleve trygghet gjennom at rammene blir forutsigbare og det skaper en større trygghet hos personalet når normer og regler er tydelige. Dette kan anses som en viktig del av

å vedlikeholde eller skape muligheter for faglig utvikling både gjennom å undervise hverandre men også for å være åpen om muligheter til å dele og diskutere erfaringer og refleksjon. Det vil da være viktig med verdsetting av erfaring og kunnskap hos miljøpersonale. Gjøre arbeidet attraktivt for å beholde de reflekterte erfarne medarbeiderne og bruke deres fagkunnskap til å lære opp de med mindre erfaring og kompetanse.

5 Implikasjoner for praksis og anbefalinger for videre forskning

I denne studien har det vært fokus på få tak i miljøterapeuters kunnskap om hva de oppfatter som tidlige tegn på aggresjon, hva de vurderer og hvordan de tilnærmer seg pasienter med aggressiv atferd.

Studien har hatt søkelys på observasjoner og vurderinger gjort i forebyggende hensikt, samt håndtering av krevende situasjoner. Studien handler i tillegg om hvordan det miljøterapeutiske arbeidet kan tilrettelegges for pasienten. Det vil derfor være viktig å fokusere på kunnskap og forståelse om den livssituasjon pasienten befinner seg i, og om hvilke påvirkning man som miljøterapeut har på pasienten. Funn i studien fremhever også at mellommenneskelige relasjoner mellom pasienter og personal er viktige, dette tyder på at betydningen av relasjonen ikke må undervurderes og at det relasjonelle arbeidet må legges vekt på og utvikles i praksis. Dette oppnås kanskje best med fokus på personlig vekst og utvikling i et arbeidsmiljø som preges av et anerkjennende miljø og trygghet kollegaer imellom. Når man ser hvor viktig den enkeltes faglige dyktighet og samkjøring av personalgruppen er for å lykkes i å forebygge aggresjon og utagerende atferd, er det av avgjørende betydning at personalet i en akuttpsykiatrisk avdeling er stabilt og har tid til fagutvikling i sitt daglige arbeid.

Etter hvert som man har tilegnet seg mer kunnskap og satt seg inn i litteratur og forskning på området, ser man flere temaer det kunne vært spennende å forske videre på. Når man i denne studien har tatt utgangspunkt i miljøterapeutens perspektiv på oppfattelse og tilnærming til aggressive pasienter, kunne det vært interessant og utført liknende studier der man har intervjuet pasienter. Dette for å se nærmere på om deres opplevelser av en utageringssituasjon hadde hatt samsvar med miljøpersonalets. Videre kunne man også sammenliknet studiene for å se hvordan man i miljøterapeutisk praksis bedre kunne forutse og forebygge voldelig atferd.

I denne studiens opprinnelse var tanken å trekke inn kjønn og alder for å se om disse faktorene kunne ha innvirkning på hvordan man tilnærmet seg pasienten. Hypotesen var at

menn og kvinner i sin natur kan ha ulike måter å tilnærme seg og kan oppfattes ulikt av den som mottar hjelpen. Hypotesen om at alder kunne ha innvirkning var basert på egne opplevelser erfart i klinisk arbeid med at voksne pasienter kan føle det som krenkende å bli grensesatt av miljøterapeuter som er unge. Hensynet til alder og kjønn ble utelatt fra denne studien av hensyn til omfang og på grunn av at innsamlet data om dette var mangelfullt, men det kunne vært av interesse å se i hvilken grad disse faktorene har innvirkning på tilnærmingen.

Litteraturliste

- Almvik, R., Woods, P., & Rasmussen, K. (2000). The Brøset Violence Checklist (BVC): Sensitivity, specificity and inter-rater reliability. *Journal of Interpersonal Violence, 15* (12), 1284-1296. Sage Publications, Inc.
- Almvik, R., Abderhalden, C., Needham, I., Miserez, B., Dassen, T., Haug, H. J., & Fischer J. E. (2004). Predicting inpatient violence in acute psychiatric wards using the Brøset-Violence-Checklist: a multicentre prospective cohort study. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing, 4*(3), 489-497.
- Anderson, T. R., Bell, C. C., Powell, T. E., Williamson, J. L. & Blount, M. A. Jr. (2004). Assessing psychiatric patients for violence. *Community Mental Health Journal, 4*(40), 379-399.
- Bak, J., Zoffmann, V., Sestoft, D. M., Almvik, R., og Brandt-Christensen, M. (2014). Mechanical Restraint in Psychiatry: Preventive Factors in Theory and Practice. A Danish-Norwegian Association Study. *Perspectives in Psychiatric Care, 50*(3), 155-166.
- Benjaminsen, S. E., & Kjærbo, T. (1997). The staff's experience of patient violence in a psychiatric department. *Ugeskr Laeger, 159*(12), 1768-1773.
- Björkdahl A., Palmstierna T. & Hansebo G. (2010). The bulldozer and the ballet dancer: aspects of nurses caring approaches in acute psychiatric intensive care. *Journal of psychiatric and mental health nursing, 17*(6), 510-518.

Bjørkly, S. (1997). Aggresjon og vold. Teori, analyse og terapi. Kap.2. *Teoretisk grunnlag*. s. 25-40. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag as.

Brink, P. J. & Wood, M. J. (1998). Advanced design in nursing research. 2. utg. Kap. 7. *Correlational designs*. s. 287-305. SAGE Publications Inc.

Dalland, O. (2007). Metode og oppgaveskriving for studenter. 4. utg. Kap. 7. *Intervju som metode*. s. 128-178. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dinc, L. & Gastmans, C. (2013). Trust in nurse-patient relationships. *Nurs Ethics*, 20(5), 501-516.

Direktoratet for arbeidstilsynet (2009) Vold og trusler på arbeidsplassen.

Forebygging, håndtering og oppfølging. best. nr. 597. Trondheim: Arbeidstilsynets publikasjoner.

Fluttert, F., Van Meijel, B., Webster, C., Nijman, H., Bartels, A., & Grypdonck, M. (2008).

Risk management by early recognition of warning signs in patients in forensic psychiatric care. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(4), 208-216.

Foster, C., Bowers, L. & Nijman, H. (2006). Aggressive behavior on acute psychiatric

wards: prevalence, severity and management. *Journal of Advanced Nursing*, 58(2), 140-149.

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.

Gravseth, H. M. (2010). Arbeidsskader og arbeidsrelaterede helseproblemer. STAMI-rapport. Årg. 11. nr. 4, 2010. Oslo: NOA - Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og -helse.

Nijman, L. I. H., à Campo, M. L. G. J., Ravelli, P. D., & Merckelbach, L.G. J. H. (1999). A Tentative Model of Aggression on Inpatient Psychiatric Wards. *Psychiatric Services*, 50(6), 832-834.

Hem, M. H., Heggen, K., og Ruyter, K. W. (2008). Creating Trust in an Acute Psychiatric Ward. *Nurs Ethics*, 15(6), 777-788

Hummelvoll, J. K. (2012). HELT-Ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. 7.utg. Kap 18. *Et miljø for vekst og utvikling*. s. 465-498. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Isdal, P. (2003). Hva er vold? I P. Isdal, S. M. N. Andreassen, & R. Thilesen (Red.), *Vold i Skolen*. s. 15–34. Otta: Kommuneforlaget.

Krogstad, U., Saastad, E., Enger, Ø., Kolseth, A., Hafstad, E., & Flesland, Ø. (2015).

Meldinger om vold og aggresjon i spesialisthelsetjenesten – et pasientsikkerhetsperspektiv. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Krumsvik, R. J. (2014). Forskningsdesign og kvalitativ metode – *Ei innføring*. Kap. 5.

Validitet. s. 151-162. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Kruuse, E. (2007). Kvalitative forskningsmetoder – *i psykologi og beslægtede fag*. 6. utg.

Kap. 2. *Hvad er kvalitative metoder?* Ss. 17-25. Danmark: Psykologisk forlag AS.

Kvale, S. (2007). Doing interviews. Kap. 5. *Conducting an interview*. s. 51-66. SAGE

Publications Ltd.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). Det kvalitative forskningsintervju. 3.utg. Oslo:

Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lancee, W. J., Gallop, R., McCay, E., & Toner, B. (1995). The relationship between nurses'

limit-setting styles and anger in psychiatric inpatients. *Psychiatric Services*, 46(6), 609–613.

Lillevik, O. G., & Øien, L. (2012). Miljøterapeutisk praksis i forebygging av vold. *Tidsskrift*

for psykisk helsearbeid, 9(3), 207-217.

Lillevik, O. G., & Øien, L. (2014). Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon.

Kap. 3. *Miljøterapi – Et anerkjennende og bemyndigende verdigrunnlag*. s. 75-92.
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Malterud, K. (2012). Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. s. 22.
Oslo: Universitetsforlaget AS.

Myles, B. S., & Simpson, R. L. (1998). Aggression Among Children and Youth Who Have
Asperger's Syndrome: A Different Population Requiring Different Strategies.
Preventing School Failure, 42(4), 5.

NESH (Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora). (2014).
Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, jus og humaniora. Oslo:
NESH. Hentet fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>

Omerov, M., Edman, G., & Wistedt, B. (2004). Violence and threats of violence within
psychiatric care—A comparison of staff and patient experience of the same incident.
Nordic Journal of Psychiatry, 58(5), 563–569.

Owen, C., Tarantello, C., Jones, M., & Tennant, C. (1998). Violence and aggression
in psychiatric units. *Psychiatric Services*, 49(11), 1452-1457.

Patton, M. Q. (2002). Qualitative research & evaluation methods. 3. utg. Kap. 1. *The Nature
of Qualitative Inquiry*, s.3-31. London: SAGE Publications.

Psykisk helsevernlov. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.

Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=PHVL>

Røkenes, O. H., & Hanssen, P. H. (2006). Bære eller bryte, kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker. 2. Utg. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Shepherd, M., & Lavender, T. (1999). Putting aggression into context: an investigation into contextual factors influencing the rate of aggressive incidents in a psychiatric hospital. *Journal of Mental Health*, 8(2), 12.

SIFER. (2014). *HCR-20 versjon 3 – Voldsriskovurdering*. Hentet fra

<http://sifer.no/verktoy/detalj/hcr20-versjon-3-voldsriskovurdering>

Skau, G. M. (2011). Gode folk vokser. 4.utg. Kap.3. *Personlig kompetanse – en viktig del av profesjonaliteten*. s.51-80. Cappelen Damm AS.

Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2014). Miljøterapi boken, mentalisering som holdning og handling (MTB-M). Kap.1. *Å mentalisere i flokk*. s17-26. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Sosial- og Helsedirektoratet. (2007). Vurdering av risiko for voldelig atferd – bruk av strukturerte kliniske verktøy. best.nr. IS-9/2007. Oslo: Sosial- og Helsedirektoratet.

Taylor, K., Mammen, K., Barnett, S., Hayat, M., dosReis, S. & Gross, D. (2012).

Characteristics of patients with histories of multiple seclusion and restraint events during a single psychiatric hospitalization. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 18(3), 159-165.

Vatne, S. (2009). Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi. Kap 1.

Miljøterapi. s 23-31. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Wadel, C. (2005). *Samhandling og relasjoner. Mellommenneskelig tenkning i dagliglivet*

Flekkefjord: SEEK A/S.

Forespørsel om bistand til rekruttering av informanter

Jeg søker bistand til å rekruttere informanter til en mastergradsstudie i psykisk helsearbeid. Bakgrunnen for studien er å gi en beskrivelse av miljøterapeutisk tilnærming og hvordan dette kan bidra til å forebygge aggresjon og vold fra pasienter. Formålet er å få mer kunnskap om hvilke erfaringer helsepersonell har, og hvilke faglige vurderinger de gjør i møte med pasienter med aggressiv atferd.

Studiets foreløpige problemstilling er:

«Hva oppfatter miljøterapeuter som tidlige tegn på aggresjon, hvilke faglige vurderinger gjør de og hva påvirker deres handlinger i møtet med pasienter med aggressiv atferd?»

Problemstillingen søkes belyst gjennom individuelle intervju med erfarent helsepersonell ved to psykiatriske sengeposter i Trøndelag.

Inkluderingskriterier:

- Miljøpersonell med minimum 3 års helsefaglig bachelor utdanning.
- At den ansatte blir opplevd av leder og kolleger som god til å forebygge/ håndtere utagering i situasjoner der pasient opptrer truende og aggressivt.

Ekskluderingskriterier:

- At den ansatte har vært i truende eller voldelige hendelser de siste 14 dager før intervjuet som ikke er blitt fulgt opp.

Av hensyn til studiens omfang er det ønskelig med 4 informanter fra hvert av sykehusene. Intervjuene planlegges gjennomført innen utgangen av Mai 2015. For å tilføre studien flere perspektiv er det ønskelig at informantene har ulikhet i kjønn og arbeidstidserfaring.

Jeg ønsker at hver av de aktuelle informantene får en kopi av vedlagt dokument, «Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt». Informantene melder interesse for deltagelse tilbake til

leder og jeg ber om at leder oversender kontaktinformasjon på aktuelle informanter til undertegnede. Informanten tar med seg samtykkeskjema for deltagelse i studien til intervjuet.

Med vennlig hilsen

Espen Aune

Masterstudent

Anita Berg

Veileder

Forespørsel om deltakelse i forskningsstudie

”Hva påvirker utfallet i møte med pasienter med aggressiv atferd”

Bakgrunn og formål

Denne studien er en mastergradsstudie i psykisk helsearbeid ved HiNT og gjennomføres av undertegnede, Espen Aune. Bakgrunnen for studien er å gi en beskrivelse av miljøterapeutisk tilnærming og hvordan dette kan bidra til å forebygge aggresjon og vold fra pasienter. Formålet er å få mer kunnskap om hvilke erfaringer helsepersonell har, hvilke faglige vurderinger de gjør, og hvordan håndteres møte med pasienter med aggressiv atferd.

Studiets problemstilling er:

«Hva oppfatter miljøterapeuter som tidlige tegn på aggresjon, hvilke faglige vurderinger gjør de og hva påvirker deres handlinger i møtet med pasienter med aggressiv atferd?»

Problemstillingen ønskes belyst gjennom individuelle intervju med erfarne helsepersonell ved to psykiatriske sengeposter i Trøndelag. Du har mottatt denne henvendelsen gjennom din faglige leder og er forespurt på bakgrunn av:

Inkluderingskriterier:

- Miljøpersonal med minimum 3 års helsefaglig bachelor utdanning.
- At den ansatte blir opplevd av leder og kolleger som god til å forebygge/ håndtere utagering i situasjoner der pasient opptrer truende og aggressivt.

Ekskluderingskriterier:

- At den ansatte har vært i truende eller voldelige hendelser de siste 14 dager før intervjuet som ikke er blitt fulgt opp.

Håper du vil delta i undersøkelsen.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Studien søker å beskrive helsepersonellens erfaringsbaserte kunnskaper knyttet til hva som fungerer og hva som ikke fungerer i møte med pasienter med aggressiv atferd. Særlig søker prosjektet å få beskrevet hvilke faglige vurderinger som gjøres i møte med aggressive pasienter og hva som inngår i disse vurderingene.

Det vil gjennomføres semistrukturerte intervjuer med varighet på 45-90 minutter og som deltager vil du senest en uke før intervjuet får utlevert hovedspørsmålene. Du vil også kunne bli kontaktet i etterkant av intervjuet om det er behov for avklaringer/oppfølgingsspørsmål.

Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd og senere skrevet ut. Din deltakelse i undersøkelsen vil være anonym, og deltagere av studien vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen. Intervjuene planlegges gjennomført innen utgangen av Mai 2015.

Studiet vil ikke etterspørre personopplysninger eller opplysninger knyttet til ditt arbeidssted. Studiet er derfor ikke meldepliktig til Personvernombudet, men vil gjennomføres etter gjeldende retningslinjer gitt av den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH 2006).

Studiet skal etter planen avsluttes 11.11.2015, og innsamlede data vil da bli slettet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli trukket ut.

Ønsker du å delta informerer du din leder om dette. Leder vil videreformidle din kontaktinformasjon til undertegnede. Samtykkeskjema tar du med til intervjuet.

Gjennomføring av intervju vil bli nærmere avklart med den enkelte deltager.

Kontaktinformasjon:

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med:

Student, Espen Aune: Tlf: 979 76 507
e-post: espen.b.aune@hotmail.com.

Veileder og Fagansvarlig for prosjektet førsteamanuensis Anita Berg, avdeling for Helsefag
HiNT Namsos. Tlf: 74 21 23 74

epost: anita.berg@hint.no.

.....

Espen Aune

Masterstudent i psykisk helsearbeid

Samtykke til deltakelse i studien, ”Hva påvirker utfallet i møte med pasienter med aggressiv atferd”.

Innleverte samtykkeskjema vil bli oppbevart i safe hos postsekretær og makulert når studiet er avsluttet.

Jeg har mottatt informasjon om studien, og samtykker til å delta i intervju.

(Dato og signatur)

Din e-post: _____

Ditt tlf nr: _____

Informasjon til informant før deltagelse på intervju.

Problemstilling:

«Hva oppfatter miljøterapeuter som tidlige tegn på aggresjon, hvilke faglige vurderinger gjør de og hva påvirker deres handlinger i møtet med pasienter med aggressiv atferd?»

Formål:

Formålet er å få mer kunnskap om hvilke erfaringer helsepersonell har, og hvilke faglige vurderinger de gjør i møte med pasienter med aggressiv atferd.

Intervjuet vil starte med noen innledende spørsmål om generelle betraktninger knyttet til tema og begreper som trusler om vold, dine vurderinger i møte med aggressiv atferd, personlighet, kjønn, fagutvikling og forebygging. Avslutningsvis går vi nærmere inn på hovedspørsmålene.

Hovedspørsmål:

1. ”Kan du fortelle om en eller flere situasjoner der du ble utsatt for trusler eller vold der utagering ble avverget, og hva hadde betydning for at utfallet ble så bra?”
2. ”Kan du fortelle om en eller flere situasjoner hvor du ble utsatt for trusler eller vold som du opplevde og ikke mestre så godt, og hva kunne eventuelt blitt gjort annerledes?”

Vedlegg 4: Intervjuguide

Intervjuguide

Problemstilling:

«Hva oppfatter miljøterapeuter som tidlige tegn på aggresjon, hvilke faglige vurderinger gjør de og hva påvirker deres handlinger i møtet med pasienter med aggressiv atferd?»

Innledende spørsmål: fokus på hva er viktig og hvorfor.

1. Hva oppfatter du som aggresjon?
2. Hva vil du betrakte som aggressiv atferd?
3. Hvordan reagerer du når du møter en pasient med aggressiv atferd?
4. Hvor tidlig oppfattes tegn på aggresjon? Hva kan være tidlige tegn på at noe er i gjære?
5. Hva tenker du konteksten har å si for utfallet i møte med aggressiv atferd?
Bygningsmasse, timing, situasjon.
6. Hvilke betydning tenker du din personlighet har i møte med en pasient som viser tegn til aggressivitet?
7. Hvilke kunnskaper og ferdigheter anser du som viktige i møte med pasienter med aggressiv atferd?
8. Hva er viktig for deg fagutviklingsmessig med tanke på det å møte pasienter med aggressiv atferd?
9. Når studenter spør hva man bør si og ikke si til pasienter i praksis, hva svarer du da?
10. Har du noen tanker om kjønn er av betydning for utfallet av et møte med pasienter med aggressiv atferd?
11. Hva tenker du er viktig for å forebygge aggressiv atferd hos psykiatriske pasienter?
12. Kort oppsummering.

Hovedspørsmål:

3. ”Kan du fortelle om en eller flere situasjoner der du ble utsatt for trusler eller vold der utagering ble avverget, og hva hadde betydning for at utfallet ble så bra?”
4. ”Kan du fortelle om en eller flere situasjoner hvor du ble utsatt for trusler eller vold som du opplevde og ikke mestre så godt, og hva kunne eventuelt blitt gjort annerledes?”

