



KANDIDAT

Høyholm Reidar Ove (2)

PRØVE

MPH470 1 Masteroppgave i psykisk helsearbeid

Emnekode	MPH470
Vurderingsform	Oppgave
Starttid	05.04.2018 14:30
Sluttid	12.04.2018 14:00
Sensurfrist	--
PDF opprettet	16.04.2018 10:50
Opprettet av	Anne Beate Øvereng Moe

i Informasjon

Masteroppgaven skal ha standard forsidemal:

[Forsidemal masteroppgave - uten innholdsfortegnelse](#)

[Forsidemal masteroppgave - med innholdsfortegnelse](#)

Følgende informasjon skal fylles ut på forsiden:

- Emnekode
- Tittel på oppgave, både norsk og engelsk
- Innleveringsdato
- Navn
- Totalt antall sider

OBS! Oppgavetittel skal registreres på Studentweb slik at den kommer ut på ditt vitnemål. Dette gjøres på følgende vis:

- Trykk på aktuelt emne under "Kommende hendelser"
- Trykk på "Rediger"
- Trykk på "Vis oppgavetittel"
- Skriv inn tittel i begge feltene - både på originalspråk (norsk) og engelsk
- Trykk "Lagre"

Besvarelsen skal leveres som ett samlet pdf-dokument med standard marginer, sidenummerering, halvannen linjeavstand i Times New Roman eller tilsvarende og skriftstørrelse 12. Eventuelle vedlegg skal ha egen sidenummerering.

Oppgaven vil automatisk bli levert når innleveringsfristen utløper.

For masteroppgaver skal sensur kunngjøres innen seks uker fra innleveringsfristen. Karakteren vil du finne ved å gå inn på Studentweb.

Det kan bli behov for å informere deg underveis i eksamensavviklingen. Det vil da bli lagt ut informasjon i Fronter/Canvas eller sendt ut informasjon via SMS/studentmail. Sjekk derfor på Studentweb at du har oppgitt riktig mobilnummer.

Nord universitet kjører plagiattkontroll på alle digitale eksamener. Det er viktig at det tydelig framgår hva som er egne tanker og ideer, og hva som er lånt av andre. Å sitere kilder eller på annen måte benytte kilder i skriftlige arbeider uten tilstrekkelige kildehenvisninger, kan bli regnet som fusk eller forsøk på fusk. Fusk kan medføre annullering av eksamen og utestengning jf. «Forskrift om studier og eksamen ved Nord universitet» § 9-1. Informasjon om kildehenvisning finner du [HER](#).

Dersom en feil har oppstått, eller du har problemer med innleveringen, må du umiddelbart ta kontakt med eksamenskontoret. Oversikt over kontaktelefon finner du [HER](#). Hvis du ikke får svar per telefon, må oppgaven sendes på e-post til eksamenskontoret så snart som mulig eller umiddelbart etter at fristen er gått ut.

Det er ingen support på helg, høytids- og helligdager. Innlevering utover ordinær innleveringstid må dokumenteres. Vi vil i etterkant vurdere om besvarelsen kan regnes som gyldig levert.

Ytterligere informasjon om eksamen finner du [HER](#).

1 Innlevering masteroppgave/Submission of the master thesis



Din fil ble lastet opp og lagret i besvarelsen din.

 Last ned

 Fjern

 Erstatt

Filnavn: innlevering april.pdf

Filtype: application/pdf

Filstørrelse: 686.62 KB

Opplastingstidspunkt: 11.04.2018 13:48

Status: Lagret

Besvart.

Samtykke/Permission

Ja/Yes

Ja, men unntatt offentlighet for 3 år / Yes, but delayed public release (embargo) for 3 years

Ja, men unntatt offentlighet for 5 år / Yes, but delayed public release (embargo) for 5 years

Nei/No

Forfatter(e) / Author(s):

Reidar Ove Høyholm

Norsk tittel / Title in Norwegian:

«Beltelegging i en psykiatrisk akuttavdeling- en kvalitativ studie av miljøterapeuters opplevelser og erfaringer».

Engelsk tittel / Title in English:

«Mechanical restraint in an acute psychiatric ward- a qualitative study of milieutherapists experiences».

Emnekode og navn /Course code:

MPH 470

Studieprogram / Study programme:

Master i psykisk helsearbeid

Besvart.

MASTEROPPGAVE

Emnekode:

MPH 470

Navn på kandidat:

Reidar Ove Høyholm

«Beltelegging i en psykiatrisk akuttavdeling- en kvalitativ studie av miljøterapeuters opplevelser og erfaringer».

«Mechanical restraint in an acute psychiatric ward- a qualitative study of milieutherapists fortunes and experiences».

Dato: 12.04. 2018

Totalt antall sider: 71

Forord

Å belyse miljøterapeuters opplevelser og erfaringer rundt beltelegging i en psykiatrisk akuttpost har vært en lærerik prosess. Masteroppgaven har for forfatteren vært en prosess som begynte med en tanke om hvordan andre miljøterapeuter opplever og erfarer beltelegging, til en større bevissthet rundt rollen som psykiatrisk sykepleier og ansvaret man har i forbindelse med å legge psykisk syke mennesker i belter. Det å få belyst miljøterapeuters erfaringer og opplevelser rundt beltelegging ved en psykiatrisk akuttavdeling har bidratt til at forfatteren har fått nye perspektiver både i form av faglig innhold og metode.

Forfatteren ønsker først og fremst å rette en stor takk til informantene som bidro til datamaterialet i denne oppgaven. Institusjonens velvilje for å få dette gjennomført fortjener også en stor takk.

Forfatteren ønsker i tillegg å takke;

-Min veileder, førsteamanuensis i helsevitenskap, Siv Grav som har vært en inspirasjon samt at hun har bidratt med konkrete og gode råd gjennom hele prosessen.

-Linn Benjaminsen Hølvold, fagbibliotekar ved forskningsavdelingen Helse Midt-Norge, som har bidratt med hjelp til litteratursøk.

-Sykehuset Namsos, psykiatrisk klinikk, for gode vilkår og tilrettelegging med tanke på å gjennomføre studien.

-Jon Kenneth Slind, kollega, medstudent, diskusjonspartner og frustrasjonsdemper.

-Mine arbeidskollegaer for korrekturlesing og gode innspill.

Til slutt vil jeg takke min kjære kone Heidi for hennes tålmodighet og for å ha tatt vare på familien vår gjennom skriveprosessen.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	1
Studiens kontekst.....	2
Aktuell forskning med relevans for denne studien.....	8
Studiens problemstilling.....	9
2.0 Metode.....	10
3.0 RESULTATER	19
3.1 Personalets opplevelser og erfaringer rundt aggresjonsutløsende faktorer hos pasienter.	19
Tapssituasjoner og krenkelser	19
Truende atferd	20
Rus.....	20
Kulturforskjeller og språkvansker	21
3.2. Personalets opplevelser og erfaringer knyttet til betydningen av personalets egenskaper.....	21
Mellommenneskelige relasjoner	21
Personalets sammensetning og kunnskap.	22
Ivaretagelse av pasienter og personale	24
3.3. Personalets opplevelser og erfaringer rundt betydningen av organisatoriske egenskaper.	27
Bygningsmessige forhold	27
Lovverket	28
4.0 Resultatdiskusjon	30
4.1. Metodediskusjon	48
5.0 Konklusjon.	50
Litteraturliste:.....	1
Vedlegg 1.	I
Vedlegg 2.	III
Vedlegg 3.	V
Vedlegg 4.	VII
Vedlegg 5.	VIII

Sammendrag

Bakgrunn: Forfatteren har gjennom arbeidet på en psykiatrisk akuttpost som psykiatrisk sykepleier en interesse for hva andre miljøterapeuter har av opplevelser og erfaringer rundt beltelegging av psykisk syke pasienter. I tillegg kom temaet opp med full styrke i media høsten 2016 hvor det ble pekt på at pasienter ved psykiatriske institusjoner unødig blir beltelagt og at de blir liggende for lenge i belter.

Hensikt: Hensikten med denne masteroppgaven er å belyse miljøterapeuters erfaringer og opplevelser rundt beltelegging i en psykiatrisk akuttpost.

Metode: Kvalitativ metode med et utforskende og beskrivende design hvor to fokusgruppeintervju ble gjennomført med 1 sykepleier, 1 vernepleier og 6 psykiatriske sykepleiere ved en psykiatrisk avdeling på et sykehus i Norge. Semi-strukturert intervjuguide ble benyttet. Data-analysen ble gjennomført ved hjelp av kvalitativ metode inspirert av Graneheim og Lundman (2004)

Resultat: Tre hovedkategorier presenterer resultatene: Aggresjonsutløsende faktorer, personalets egenskaper og organisatoriske egenskaper.

Konklusjon: Funnene viser at det er flere faktorer som kan føre til at personalet legger pasienter i belter. Hovedfaktorene er aggresjonsutløsende faktorer, personalets egenskaper og organisatoriske egenskaper. Studien viser viktigheten av kommunikasjon i møte med aggresjon, herunder den mellommenneskelige relasjonens betydning, Studien viser videre viktigheten av personalets egen for forståelse, egne holdninger og verdier, styrker og svakheter som menneske og yrkesutøver, viktigheten av å kartlegge aggresjonsutløsende faktorer tidlig, samarbeidet mellom stab og miljø samt ansvaret for å balansere sikkerheten til ansatte og pasienter.

Nøkkelord: fokusgrupper, mekaniske tvangsmidler, mental helse, miljøpersonalets erfaringer, psykiatrisk akuttpost

Abstract

Background: The author has through his work as a psychiatric nurse in an acute psychiatric ward an interest in what other milieu therapists have experienced regarding the use of restrictive belts with mentally ill patients. This topic also became a focus point of the media in the fall of 2016 where they pointed to patients in acute psychiatric wards being put in belt-restraints unnecessarily and for too long.

Aim: The aim of this master's thesis is to shed light on the milieu therapists experiences concerning the use of restrictive belts in an acute psychiatric ward.

Method: There was used a qualitative method with an exploratory and descriptive design wherein two focus groups were completed with 1 nurse, 1 social educator and 6 psychiatric nurses from a hospital psychiatric ward in Norway. A semi-structured interview-guide was used. The data-analysis was completed with the help of a qualitative method inspired by Graneheim and Lundman (2004).

Results: Three main categories present the results: Aggression-triggering factors, the staffs characteristics and organizing skills.

Conclusion: The findings show that there are several factors that can lead the staff into using restrictive belts on patients. The main factors are aggression-triggering factors, the staff's characteristics and organizational skills. The study shows the importance of communication in the meeting with aggression, including the importance of the interpersonal relation. The study furthermore shows the importance of the staffs prior understanding, their attitudes and values, strengths and weaknesses as humans and professionals, the importance of mapping out aggression-triggering factors at an early point, the cooperation between the therapists and the milieu therapists, in addition to the responsibility in balancing the safety of the employees and patients.

Keywords: Focus groups, mechanical coercion, mental health, milieu therapists experiences, acute psychiatric wards.

1.0 Innledning

Psykiatrien har opp gjennom tiden brukt mye tvang. Historien forteller oss om gjerder, isolering, lobotomering, reimer og tvangsmedisinering. Hippokrates interesserte seg også seg for psykiske lidelser ifølge Kringlen (2001). Han betraktet sinnslidelser som hjernesykdommer og ikke noe som var forårsaket av guder eller demoner. I middelalderen og i renessansen var folkemedisinen imidlertid preget av overtro. I senmiddelalderen ble det benyttet uthus, arrestlokaler og kjellerrom til de sinnsyke. De første dollhus eller dårekister ble opprettet på 1300-tallet. Videre skriver Kringlen (2001) at det først var i opplysningstiden at psykiske avvik ble tolket som et uttrykk for sykdom. I nyere tid kommer de somatiske behandlingsmetodene hvor blant annet insulinkoma og (ECT) tas i bruk. Psykokirurgi (lobotomi) ble utviklet i 1936 og ble utført til langt inn på 1950-tallet. På 1950 tallet ble det lansert en medisin (nevroleptika) som skulle gjøre psykotiske pasienter bedre. Flere og flere medisiner mot psykiske lidelser har kommet til med årene og er en sentral del i dagens behandling innen psykiatri.

Et viktig bidrag til valg av tema for denne masterstudien var reportasjene i VG høsten 2016. Her fikk leserne se hvor ofte psykisk syke pasienter ble lagt i belter og hvor lenge de ble liggende i belter. Helseminister Bent Høie sto ifølge Åsebø, S. Skiphamn, S. S. og Valette, I. (2016) frem og sa i klartekst at det var uakseptabelt med så mye tvangsbruk. I følge Åsebø, S. og Norman, M. (2016) kunne leserne se at i 2014 ble pasienter lagt i belter 3768 ganger. Det var nesten tusen flere tilfeller av beltebruk enn det helseminister Bent Høie hadde vært klar over. Han mente bruken hadde gått langt ut over det som var hensikten og det juridiske grunnlaget. Høie mente også at dette gikk ut over det som var god faglighet og karakteriserte dette som veldig alvorlig.

Hvis en leser artikkelen til Åsebø, S. og Norman, M. (2016), finner man en oversikt over hyppighet av beltelegginger og hvor lenge pasienter er i belter i Norge. Her ser man at det er store variasjoner helseregionene imellom. Åsebø og Norman (2016) presenterer leseren for at det er Høie's egen hjemregion som troner øverst på statistikken over pasienter lagt i belter. Statistikken forteller oss at Helse Vest har nesten dobbelt så mye bruk av belter som resten av landet. For hver 10.000 i regionen, ble drøyt 11 mennesker lagt i belter. Helse Nord bruker minst tvang i Norge. For hver 10.000 som bor i regionen, ble fem mennesker lagt i belter i fjor. Geografiske variasjoner i bruk av belter taler for at temaet bør vies litt mer plass. Sammenlignet vi oss med andre land ligger Norge høyt i bruk av tvangsinnleggelse for voksne sett i forhold til innbyggertall. Det er imidlertid problematisk å sammenligne dette på

tvers av landegrenser fordi det kan være forskjeller i lovverk, kvalitet på statistikk, fordeling av oppgaver mellom tjenester og så videre kan påvirke tallene (Hjemås, G. 2011). Man bør derfor være forsiktig med å legge for mye i rangeringer mellom land (Mulder, C. L. 2005). Det kan være mange årsaker til bruk av belter. Det var av interesse å undersøke nærmere om personalet har erfaringer og opplevelser som kan brukes til å redusere bruk av belter. I møte med aggresjon og vold kan det være greit å tenke på Kaplans «law of the instrument» hentet fra Stål Bjørkly (1997 s.40): «Hvis hammeren er det eneste redskapet en har, blir det meste betraktet som spiker». Tvang brukes for å beskytte pasienter mot seg selv og andre. Tvang blir også brukt for å forhindre skade på inventar, løsøre og eiendom. Tvang i denne studien må forstås som å legge noen i belter. I denne studien brukes benyttes betegnelsene miljøterapeut, personal og miljøpersonale om hverandre.

Studiens kontekst.

Da studien handler om bruk av tvangsmidler vil forfatteren redegjøre for hvordan vedtak om bruk av tvangsmidler og skjerming må gjøres i henhold til loven om psykisk helsevern (1999). Formålet er å sikre at pasientene får en forsvarlig behandling og ivaretar pasienters rettsikkerhet. Loven tar utgangspunkt i pasientenes behov og respekt for menneskerettigheter. Denne studien avgrenses til bruk av mekanisk tvangsmiddel (§4-8a).

Lov om psykisk helsevern gir mulighet til å vedta tvangsmiddelbruk (§4-8a, §4-8c, §4-8c og §4-8d) i akutte situasjoner. Bortsett fra bruk av skjermingsvedtak kan tvangsmiddel kun begrunnes i sikkerhet og ikke i behandlingsøyemed. Loven sier:

”Tvangsmidler kan bare brukes overfor pasienter når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre ham i å skade seg selv eller andre, eller avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige”.

Det er ikke tillatt å bruke tvangsmidlene beltelegging, isolasjon og bruk av korttidsvirkende legemidler i behandlingsøyemed. Men vedtak om skjerming kan i tillegg brukes som behandling.

I følge psykisk helsevernforordningen § 26 (2011) skal:

”Bruk av tvangsmidler gjøres så kortvarig som mulig og gjennomføres på en mest mulig skånsom og omsorgsfull måte. Isolering skal maksimalt benyttes i inntil to timer

av gangen. Ved sammenhengende bruk av mekaniske tvangsmidler (beltelegging) ut over åtte timer, skal det så langt som mulig ut fra pasientens tilstand og forholdene forøvrig, sørge for at pasienten gis friere forpleining i kortere eller lengre tid. Kan ikke dette gjøres, skal årsaken til dette nedtegnes”

Pasienten skal ha kontinuerlig tilsyn. Ved fastspenning i seng eller stol skal personellet oppholde seg i samme rom som pasienten, med mindre pasienten ønsker å være alene og dette er faglig forsvarlig.

Bruken av tvangsmidler skal vurderes fortløpende, og straks avbrytes dersom den ikke viser seg å ha de forutsatte virkninger eller uforutsette negative konsekvenser.

I følge Sintef Helse 2008 økte bruken av mekaniske tvangsmidler og korttidsvirkende legemidler fra 2001-2005. Reduksjon av tvang er de siste årene blitt sett på med økende interesse, nasjonalt som internasjonalt ifølge Norvoll (2008). Tvang forstås ulikt innenfor psykisk helsevern. For brukerne kan tvang føles som krenkende og urettmessig, mens motparten anser tvang som nødvendig grunnet mangel på gode alternativer (Sintef Helse 2008). Omsorg og helsehjelp til mennesker med psykiske lidelser innebærer mange faglige utfordringer. Hensynet til individets rett til selvbestemmelse og samfunnets ansvar for å beskytte og hjelpe personer i sårbare situasjoner kan komme i konflikt. Tvang og skjerming er kontroversielt i dagens helsevesen. Sintef Helse (2008) rapporterer at i perioden 2001-2005 er det en økning i bruk av skjerming over 48 timer, korttidsvirkende legemidler og bruk av mekaniske tvangsmidler. Sintef Helse (2008) sier også at det foreligger data som antyder at det er institusjoner som tenderer til å bruke mer skjerming og tvangsmidler enn andre. Med mekaniske tvangsmidler menes skadeforebyggende spesialklær, og tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, som reimer og belter, i henhold til § 4-8 i Psykisk helsevernloven (1999).

Helse og omsorgsdepartementet ga i 2012 ut en nasjonal strategi- «Bedre kvalitet-økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015)». Denne visjonen beskrives slik: «*psykiske helsetjenester skal bistå og støtte den enkelte brukers verdighet, autonomi og mestring av eget liv. Psykiske helsetjenester skal også være basert på frivillighet og respekt for den enkeltes behov og ønske*».

Hvis en skal møte de ulike anbefalingene og krav til god håndtering av voldelige og truende situasjoner sier Sosial -og Helsedirektoratet (SHdir, 2007) at det er viktig å sikre en god kvalitet på risikovurderinger. Her finner vi at det kreves gode kunnskaper om risikosituasjoner, sammenhenger de inngår i og god kunnskap om bruk av kartleggingsverktøy som er aktuelle. Sosial – og Helsedirektoratet (SHdir, 2007) belyser de utfordringene som er knyttet til vurdering av risikoen for voldelig atferd:

«Det er en stor utfordring å identifisere personer som kan være til fare for andre, særlig pasienter som er 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).

Denne studien har som hensikt å belyse miljøterapeuters erfaringer og opplevelser i situasjonen før, under og etter en beltelegging i en psykiatrisk akuttpost. Studien har som formål å øke kunnskapen hos personalet gjennom formidling av studiens resultat slik at personalet kan bli bedre rustet til å finne alternative løsninger til beltelegging i en psykiatrisk akuttpost. Samtidig kan masteroppgaven peke på områder som kan forbedres i en psykiatrisk akuttpost og likeledes peke på områder hvor det er behov for ytterligere forskning.

En psykiatrisk akuttavdeling avdeling skal ta seg av, vurdere og behandle pasienter med akutte behov for psykiatrisk spesialistkompetanse (Hummelvoll, 2012). Innleggelser i psykiatriske akuttavdelinger skjer til alle døgnets tider og nesten alle innleggelser skjer som øyeblikkelig hjelp (Berg, 2007). Pasienter i behov for innleggelse blir henvist enten fra fastlege, psykiatrisk legevakt, DPS eller allmennlegevakt. Terskelen for innleggelse i en akuttavdeling varierer og er blant annet avhengig av øvrige tilbud i den kommunale psykiske helsetjenesten. For å få en bedre forståelse av analysen beskriver forfatteren hva en akutt-psykiatrisk avdeling består av. En akutt-psykiatrisk avdeling har en lovfestet plikt til å ta imot pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp. Med øyeblikkelig hjelp menes det at pasienten har et lovmessig krav på inntak innen 24 timer etter henvisning. Akutt-psykiatrisk avdeling som institusjon kan beskrives som en institusjon hvor pasientene har mer eller mindre kontakt med

omverdenen og begrensninger med hensyn til autonomi. Avdelingene har som regel en lukket skjermingsenhet og et såkalt åpent avsnitt. Den lukkede skjermingsenheten har bare noen få sengeplasser og har låst dør. Etter lov og forskrifter må det ved en skjermet enhet alltid være personal tilstede og tilgjengelig for pasienten. I det åpne avsnittet er pasientene ikke så dårlige at de må ha kontinuerlig tilsyn. Her er pasientene ”friske nok” til at de kan tillegges mer autonomi, bevegelsesfrihet og kontakt med omverdenen enn tilfellet er ved skjermet avsnitt. I det åpne avsnittet kan også noen pasienter være såpass bra at de kan få lov til å gå ut på området og gis permisjoner. Klinikerens vurdering av risiko må dokumenteres i journalen.

Tvangsmidler skal bare brukes overfor pasienten når dette er nødvendig for å hindre ham/henne i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige (Psykisk helsevernloven § 4 – 8). I en psykiatrisk akuttpost skal det være større toleranse for avvikende atferd enn det er i samfunnet ellers. Denne toleransen kan variere fra institusjon til institusjon. Det er miljøpersonalets oppgave å løse situasjonene som dukker opp. Hvis miljøpersonalet ikke greier å skaffe seg kontroll over situasjonen, er det faglig ansvarlig som fatter vedtak om beltelegging. Det er en sammensatt oppgave å skille akseptabel og uakseptabel atferd. Hvordan man definerer uakseptabel atferd påvirkes av holdninger, kultur og kunnskap. Definisjonsmakten for atferd som aksepteres eller ikke, finner man i den enkelte institusjon. Dette kan være en av årsakene til de store forskjellene i bruken av tvang som VG skrev om før jul 2016. Dette støttes av Sintef Helse (2008a) som sier at data tyder på at noen institusjoner gjennomgående bruker tvangsmidler og skjerming oftere enn andre.

En miljøterapeut arbeider i «miljøet» og har arbeidsoppgaver og behandlingsoppgaver som omhandler dagliglivet i en psykiatrisk akuttpost eller andre avdelinger og institusjoner. En miljøterapeut bistår pasienter i forhold til hverdagsaktiviteter, personlig hygiene, søvn og hvile, samt å arbeide for å bedre praktiske, sosiale og kognitive ferdigheter til pasientene. Miljøterapeuten jobber også for at pasientens opplevelse av mestring skal bli bedre (Vatne, 2009)

Vatne sier videre at det er en kjent utfordring å få rekruttert tilstrekkelig med faglærte, mannlige miljøterapeuter. Hun sier også at det er et opplevd behov å ha en viss andel menn i behandlingsmiljøet. Dette behovet forklares ut fra at menn som regel har en bedre fysisk egnethet for å håndtere aggressive- eller farlige pasienter.

Det finnes mange modeller og definisjoner av aggresjon. I klinisk praksis er det viktig at de ulike samarbeidspartene har den samme forståelsen for den aggresjonen som kan komme til uttrykk. Det stilles store krav til miljøterapeutenes tåleevne og selvkontroll. Aggressiv atferd er ofte så utfordrende og truende at de faglige vurderingene må vike og miljøterapeutenes forsvarsreaksjoner tar over i situasjonen. I Bjørkly (1997) finner man at hvis personalet føler på angst, ubearbeidet sinne eller frykt i møtet med pasienter som er aggressive, kan dette vanskeliggjøre behandlingen.

Bjørkly sier videre at aggresjon også kan beskrives som en måte for pasienten å kommunisere på. Aggressiv atferd blir pasientens måte å ivareta selvbeskyttelse og selvhevdelse. Som kommunikasjon kan dette forstås som en atferd for å utrykke emosjonelt sinne eller frustrasjon over noe. Derfor mener Bjørkly (1997) at aggresjon kan ha en lindrende funksjon for pasienten da aggresjonen fungerer som et verktøy for å avlede indre ubehag og for å slippe å forholde seg til forventninger og krav

Mennesker kan på grunn av psykiske lidelser bli psykotiske, forvirrede og kaotiske eller affektert av annen overaktivitet som vanskeliggjør kontroll av atferd. I en akuttavdeling kan pasienter bli utagerende eller blamere seg. Pasienter som blamerer seg kan senere føle seg nedverdige. Blamering og utagering kan gå ut over trygghetsfølelsen til miljøpersonalet og til andre pasienter i avdelingen. I slike situasjoner må miljøpersonalet vurdere hvilke grenser pasienten har behov for, og grensene må være tydelige og kjent for pasienten (Hummelvold, 2012).

Begrepene makt og vold kan knyttes til hverandre. Vold er noe vi mennesker har brukt mot hverandre siden menneskets opprinnelse. Som fenomen og begrep er vold komplekst og svært mangfoldig. Vold kan komme til uttrykk på flere ulike måter, og det finnes ulike former for både fysisk og psykisk vold. Vold kan være det å bruke fysisk makt over noen, eller at man har noen i sin makt. Vold kan også brukes til å ha herredømme over (Lillevik og Øien 2014). I Lillevik og Øien (2014) finner vi Per Isdals definisjon av vold. Denne er blitt mye brukt de senere årene, særlig innen helse- og sosialfag i Norge. Isdal sier: «Vold er enhver handling rettet mot en annen person, som gjennom denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker, får denne personen til å gjøre noe mot sin vilje eller slutter å gjøre noe den vil».

Makt som begrep innehar flere dimensjoner. Kontroll og tvang blir lett knyttet til makt. Tvang kan assosieres med umyndiggjøring og fravær av frihet. Makt som ligger i formelle strukturer

og relasjonell makt kan forvaltes på en krenkende eller ikke krenkende måte. I maktbegrepet ligger det mange negative følelser, men vi erkjenner samtidig at vårt samfunn er bygd på maktstrukturer som er nødvendige for at samfunnet skal fungere på en effektiv og god måte. Makt kan med andre ord være både av det gode og av det onde (Lillevik og Øien 2014). Den tyske sosiologen Max Weber mente at makt er et eller flere menneskers mulighet til å gjennomføre sin egen vilje i en sosial relasjon, med eller uten motstand (Weber 2000). Makt er således et tilstedeværende fenomen i sosiale relasjoner fordi muligheten til å utøve makt finnes. Forholdet mellom de involverte parter blir asymmetrisk, der den som har makten påvirker den andres handlinger.

Avmakt blir da motsvaret til makt. Per Isdal i Lillevik og Øien (2014) beskriver avmakt som en opplevd tilstand med fravær av viktige behov som:

- forutsigbarhet
- Kontroll
- Oversikt
- Innflytelse og påvirkningsmulighet
- Beskyttelse og trygghet
- Utveier og løsningsmuligheter
- Kontakt (bli sett, hørt, forstått, anerkjent)

(Lillevik og Øien, 2014) sier at for å føle trygghet og harmoni er man avhengig av forutsigbarhet, oversikt og tilstrekkelig grad av kontroll. Dette for å oppleve å ha makt over oss selv og eget liv. Når et menneske har tilstrekkelig grad av kontroll og oversikt over eget liv, har man nok ressurser til å mestre små og store utfordringer, samt at man mestrer å ivareta psykiske og fysiske behov. Lillevik og Øien sier videre at når man står i avmakt greier man ikke å se utveier eller muligheter for å endre sin situasjon, eller stå opp mot de som utøver makt over en selv og man blir hindret i å gjøre som man selv ønsker.

Når noen er satt til å bruke tvang, medfører dette at noen må bruke makt. Stang (1998) sier at makt kan være i betydningen «makt til» eller «makt over». Hun sier at «makt over» betegnes som den patriarkalske maktformen, som kan uttrykkes slik: «gjør som jeg sier», eller «jeg skal fortelle deg hva du skal gjøre» osv. Å ha «makt over» betyr å ha offisiell kapasitet eller evne

til å utøve kontroll, ifølge Stang (1998). Videre sier hun at «makt til» betyr å ha kapasitet til eller være i stand til å handle eller få ting gjort.

Aktuell forskning med relevans for denne studien

For å redusere bruken av belter i en psykiatrisk akuttavdeling finner man i en studie av Hendryx, Trusevich, Coyle, Short & Roll (2009) at generelle alternativer til tvang og skjerming krever større oppmerksomhet til de ansattes opplæring, administrative tilsyn, de- eskalering og debriefing, pasientdeltagelse og annen recoverybasert praksis

En systematisk meta-analyse av studier publisert mellom januar 1995 og desember 2014 fra Kina utført av Iozzino, Ferrari, Large, Nielssen, de Girolamo (2015) viste at nesten 20% av pasientene som ble innlagt i akuttpsykiatriske avdelinger kunne være utagerende. Studien konkluderte med at risikoen for utagering øker når pasientene hadde diagnosen schizofreni, en rusavhengighet eller var menn. Risikoen for utagering økte også hvis det var flere pasienter med voldsrisiko innlagt ved samme avdeling.

En kvalitativ studie fra Finland utført av Lannta, Anttila, Kontio, Adams, Välimäki (2016) så på voldelige hendelser, avdelingsklima og ideer til forebygging av vold blant sykepleiere i psykiatriske avdelinger. Studien viste hvor komplekse voldelige hendelser i psykiatriske avdelinger kan være, samt at voldelige hendelser inkluderer flere deltakere og virkemåter. Studien viste også et behov for å anerkjenne sykepleiernes erfaringer og deres ideer om forebygging av voldelige hendelser. Videre ble det konkludert med at man må se på praksisutvikling, ledelse, sykepleiernes opplæring og de nasjonale retningslinjer.

Ansvar for hvordan situasjoner blir løst legges ofte til miljøpersonalet. I en kvalitativ studie fra Egypt gjennomført av (Mahmoud 2017, s.3.) hvor personalets holdninger og praksis i forhold til mekaniske tvangsmidler ble undersøkt, fant man at iverksettelse og gjennomførelse av mekaniske tvangsmidler som regel ble avgjort av personalet. De hadde ansvaret for at man begynte med lavest mulig inngripen.

I en deskriptiv studie fra Kina gjennomført av Jiang, Li, Gu, He (2015) hvor pleiernes oppfatninger og praksis i forhold til mekaniske tvangsmidler ble undersøkt, fant man også her at personalet var tett involvert i avgjørelsen og gjennomføringen av bruk av mekaniske tvangsmidler.

En kvalitativ studie utført i Storbritannia av Wilson & Rouse (2018) som belyste både pasienters og personalets forslag for å redusere bruk av belter, viste at relasjon og

kommunikasjon var av stor viktighet, samt bemanningsfaktor, bygningsmessige faktorer, aktiviteter og avledning.

Studiens problemstilling

Denne studien ser på miljøterapeuters opplevelser og erfaringer rundt belteleggingssituasjoner.

Datamateriale innsamlet gjennom intervju av miljøterapeuter i kombinasjon med tidligere forskning på feltet danner grunnlaget for følgende problemstilling:

«Beltelegging i en psykiatrisk akuttavdeling- miljøterapeuters opplevelser og erfaringer»

2.0 Metode

Dette kapitlet gjør først rede for den vitenskapelige tilnærmingen og for hvilken metode som er benyttet. Deretter blir det redegjort for gjennomføringen, analyseprosessen og til slutt forforståelse og etiske overveielser.

Design

For å belyse masteroppgavens tema som omhandlet miljøterapeuters erfaringer og opplevelser rundt en beltelegging, ble det naturlig å anvende en kvalitativ tilnærming med et utforskende og beskrivende design. Det gjennomføres en kvalitativ studie med fokusgruppeintervjuer av 8 miljøterapeuter.

Vitenskapelig tilnærming

Hermeneutikken er bygger på en vitenskapelig retning innenfor den humanvitenskapelige tradisjon. Studiet av mennesket og fenomener skapt av mennesket, samt dets forståelse, dreier seg om å tolke meninger i menneskelige uttrykk. Et meningsinnhold fortolkes ut fra den konteksten eller den sammenhengen meningene som blir ytret står i. Forfatteren kan velge å stå et sted mellom uttalt tolkende holdning og uttalt beskrivende holdning ved innsamling av data og analyse av kvalitativt materiale. Disse ekstreme ytterpunktene gir som regel forfatteren store utfordringer når det kommer til redegjørelse av forpliktelse og pålitelighet til forståelse og sammenfatning. I Malterud (2011) finner vi at det er viktig å kjenne sitt tyngdepunkt mellom beskrivelse og tolkning, og overveie hva som har påvirket resultatene for at forfatteren skal finne sin mellomposisjon.

Gjennom hermeneutisk fortolkning søker man å komme frem til gyldige forklaringer av en tekst (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2015). Ved en slik tilnærming vektlegges det at det ikke finnes en sannhet, men at fenomener kan tolkes på flere nivåer (Thagaard, 2013).

Filosof Edmund Husserl grunnla rundt år 1900 fenomenologien. I begynnelsen var dens gjenstand bevissthet og opplevelse. Husserl og eksistensfilosof Heidegger utviklet fenomenologien videre til å omfatte menneskets livsverden. Filosofene Sartre og Merleau-Ponty ville også at det skulle tas hensyn til kroppen og menneskelige handlinger i en historisk sammenheng (Kvale et al., 2015). I fenomenologien påpekes det at menneskelig erfaring kjennetegnes ved en direkte og umiddelbar opplevelse av fenomener som er helhetlige og

meningsbærende. Ved å studere et fenomen innenfra, blir fenomenet undersøkt slik personen selv erfarer det (Thomassen, 2006).

En kvalitativ metode bygger på teorier om menneskelige erfaringer og fortolkning (Malterud, 2011). Kvalitativ metode regnes for å være godt egnet til å utforske meninger og erfaringer, og vi kan med denne metoden utvikle vitenskapelig kunnskap som får frem nyanser og mangfold. Det er å utforske fenomenets meningsinnhold slik det oppleves for dem som er involvert som er målet (Malterud, 2012). I et kvalitativt forskningsintervju er formålet å få tak i informantens beskrivelse av oppgavens problemstilling gjennom en samtale med struktur og intervjuguide (Dalland, 2007; Johannesen, Christoffersen & Tufte, 2010).

Fokusgruppeintervju som datainnsamling

Tjora (2017) sier at det er to vesentlige aspekter ved fokusgrupper. Man kan fange opp flere menneskers oppfatninger i en ansikt-til-ansikt-interaksjon og samtidig styre denne interaksjonen inn på de spesifikke temaer man har bestemt på forhånd. (Krueger og Casey 2000) i Tjora (2017) mener at gruppeintervju kan være en effektiv form for datagenerering. Dette fordi man utvikler intervjudata fra flere informanter samtidig. Metoden kan også oppleves som mindre truende for informantene enn individuelle dybdeintervjuer når ideer, meninger og oppfatninger skal diskuteres. Hensikten med å velge fokusgruppeintervju som metode var at alle informantene hadde vært involvert i beltelegging, og ved å få i gang samtalen kunne det skapes dialog rundt temaet. Et fokusgruppeintervju kjennetegnes ved at det har en ikke- styrende stil der hvor målet er å få frem de meningsforskjeller som finnes ved hjelp av ett eller flere emner. Det er ikke et mål om at man skal komme til enighet eller presentere noen løsninger på spørsmålene som stilles (Kvale et al., 2015). I litteraturen gis det forskjellige anbefalinger i forhold til hvor mange deltakere som bør være med i et fokusgruppeintervju. På bakgrunn av egne erfaringer anbefaler Malterud (2011, 2012) fem til åtte deltakere. I følge Malterud (2012) vil en liten gruppe gi mer dybde og mindre variasjon i datamaterialet, mens en større gruppe gir mer variasjon og mindre dybde. I annen litteratur finner man at det anbefales mellom seks til ti deltakere (Kvåle, Anderssen & Rygge, 1997).

Et fokusgruppeintervju kjennetegnes også ved at en observatør og en moderator er tilstede. Observatøren skal se på gruppedynamikken og interaksjonene i fokusgruppen. Observatøren har et ansvar for å gjøre notater om klimaet i fokusgruppen, stemning og samhandling. Dette er viktig med tanke på det å gjøre rede for hvordan dette kan påvirke resultatene. Det er også

viktig at observatøren sørger for replikkfesting, samt at observatøren har oversikt over hvilken informant som sa hva ved transkribering (Malterud, 2012).

Moderatoren skal se til at alle kommer til ordet- at gruppedynamikken fungerer, samt å holde diskusjonen innenfor de tema som skal belyses ved hjelp av intervjuguiden. For at deltageres forventninger og forståelse for hva som skal foregå samsvarer med planen til moderatoren, kreves det at deltagerne er godt informert (Malterud, 2011). Under gjennomføringen av datainnsamlingen ble en medstudent brukt til å være moderator.

Intervjuguiden (vedlegg 1) ble utformet med tanke på at informantene skulle få snakke uten å bli avbrutt. Den hadde et semi-strukturert innhold slik at intervjuer og moderator kunne holde samtalene innenfor de tema som skulle belyses.

Avgrensning av oppgaven

Det er bare tatt utgangspunkt i miljøterapeuters opplevelser og erfaringer rundt en beltelegging. Studien ble gjennomført med bakgrunn i informantenes egne erfaringer og opplevelser fra deres egen arbeidshverdag. Det ble ikke sett på beskrivelser av symptomer eller lidelser. Studiet har heller ikke tatt for seg forklaringsmodeller for psykiske lidelser.

Kunnskap om miljøterapeutenes opplevelser og erfaringer rundt en beltelegging kan bidra til en økende vilje og evne til å finne alternative løsninger blant helsepersonell i psykiatriske akuttposter. Mer kunnskap kan også bidra til holdningsendringer i en psykiatrisk akuttpost.

Utvalg

Utvalget til denne studien er strategisk og ble gjort ut fra følgende kriterier:

Inklusjonskriteriene ble valgt strategisk ved å søke etter informanter som hadde vært ansatt på psykiatriske akuttavdelinger der de hadde jobbet minst et år, samt at de snakket norsk. I tillegg skulle de ha helsefaglig bakgrunn og jobbe i miljøet på en psykiatrisk akuttavdeling i minst 50% stilling. Dette kommer frem i informasjonsskrivet til informantene (Vedlegg 3). Sammensettingen av kjønn ble utelatt.

Rekruttering

Informanter til denne studien ble rekruttert ved å kontakte avdelingsleder ved et psykiatrisk sykehus i Norge. En formell forespørsel ble sendt i oktober 2017 (vedlegg 2).

Avdelingslederen delegerte forespørselen videre til enhetsleder som igjen delegerte til

fagutviklingssykepleier. Fagutviklingssykepleier stilte seg positiv til denne studien og valgte ut informantene blant de ansatte med utgangspunkt i inklusjonskriteriene.

Kjønnsfordelingen i det første intervjuet var en kvinne og tre menn. I det andre intervjuet var det to kvinner og to menn. Blant informantene var det seks psykiatriske sykepleiere, en vernepleier og en sykepleier. De fleste hadde lang erfaring med å jobbe i psykiatrien. Flere av informantene hadde også jobbet utenfor psykiatrien. Deres arbeidserfaring totalt varierte fra 4 til 27 år der medianen var ($m=13,7$) år. Fokusgruppeintervjuene varte i henholdsvis 57- og 58 minutter.

Datainnsamling

I denne studien ble det valgt to fokusgruppeintervju med fire informanter i hvert intervju. Under gjennomføringen av datainnsamlingen ble en medstudent brukt til å være moderator. Intervjuene ble utført i et rolig og nøytralt møtelokale uten forstyrrelser. Dette bidro til å skape en god og trygg atmosfære under intervjuene. Informantene fikk tilgang på forfriskninger og noe å bite i.

Før intervjuene startet var det viktig å presisere at opplysningene skulle behandles konfidensielt, de ville ikke bli utlevert til andre eller kunne tilbakeføres til enkeltpersoner. Det ble informert om at alle involverte i studien var underlagt taushetsplikt.

Fokuset i intervjuet skulle være informantens narrativ i forhold til hvordan de husket situasjonene og hva som ble sagt og gjort før, under og etter at pasienten ble lagt i belter.

Intervjuet ble innledet med gjennomgang av studiens metode og formål. Det ble også informert om at intervjuet ble tatt opp med digital lydopptaker. Videre ble det spurt om hvor lang erfaring informantene hadde fra akuttpsykiatrien. Intervjuguiden tok utgangspunkt i åpne spørsmål der informantene med egne ord kunne fortelle om hva som skjedde før, under og etter reimleggingssituasjonene. Det var viktig å la informantene få tid og rom til å gjengi hele historien slik vedkommende hadde opplevd den. Intervjueren måtte noen ganger stille oppfølgings spørsmål utenfor intervjuguiden fordi samtalen stilnet. Det kunne også være nok å se på en informant for at samtalen skulle komme i gang igjen. Det opplevdes av intervjuer som om at informantene følte en forpliktelse til å snakke. Alle informantene hadde mye å bidra med selv om noen informanter snakket en del mer enn andre.

Avslutningsvis fikk informantene spørsmål om det var noe man hadde glemt og som de gjerne vil fortelle.

Intervjuene ble avsluttet med at intervjueren takket for hjelpen og hvordan informasjonen skulle brukes videre. Taushetsplikt, anonymitet, konfidensialitet og sletting av opptak ble informert om en siste gang. Intervjuene varte i henholdsvis 57 og 58 minutter.

Analyse

Når intervjuene var ferdig, ble de transkribert og lagt inn i analyseprogrammet Nvivo. Funnene i teksten ble så systematisert. Etter systematiseringen ble det enklere å velge ut meningsbærende enheter i hvert sitat. Deretter gjennomførte forfatteren en enkel tekstanalyse inspirert av Graneheim og Lundman (2004).

Kvalitativt materiale må fortolkes. Forskerens forforståelse, teorier og hypoteser danner viktige utgangspunkt for analysen. Inspirert av (Johannessen et al., 2010) er derfor analysen utført av forskeren selv. Et beskrivende og utforskende design er vanlig for å analysere meningsinnhold. Med en slik design kan man utvikle ny kunnskap og utvide vår forståelse. Vi skal ikke reprodusere en forståelse som man allerede har (Johannessen et al., 2010). I analysen ble det søkt etter å finne nye beskrivelser innenfor temaet. Deretter ble det benyttet teorier og aktuell forskning for videre drøfting senere i studien. I kvalitativ forskning er kvalitativ innholdsanalyse mye brukt. I en slik analyse er fokuset på tolkning og gransking av tekster, herunder intervjuer tatt opp på bånd. Denne studien er influert av innholdsanalyse slik som Graneheim og Lundman (2004) beskriver det. Formålet med denne studiens fokusgruppeintervjuer var å høre miljøterapeutenes erfaringer og opplevelser før, under og etter en beltelegging. Opplevelser rundt slike situasjoner kan oppleves ulikt, og Graneheim og Lundmans (2004) kvalitative innholdsanalyse vurderes som et godt verktøy for å få variasjonene i materialet identifisert.

Beskrivelse av analyseprosessen

Begge intervjuene ble i sin helhet transkribert kort tid etter at intervjuene hadde funnet sted. Forfatteren valgte å transkribere intervjuene til bokmål for å unngå at noe kunne gjenkjennes med tanke på ord og uttrykk. Språket ble forsiktig redigert med tanke på å luke ut muntlige uttrykksformer. Dette for å gi transkripsjonen en høyere grad av autentisitet og unngå at informantene fremsto som mindre seriøse enn det som stemte med virkeligheten (Malterud, 2012). Forfatteren leste den transskriberte teksten fra begge intervjuene grundig og gjentatte ganger for å skaffe en oversikt over innholdet. I tilfeller hvor navn på personal, avdelinger eller annet ble nevnt er det inkludert i transkriberingen, men utelatt i selve analysen.

Når dette var gjort ble teksten gjennomgått for å trekke ut meningsbærende enheter.

Forfatteren forholdt seg så åpen som det lot seg gjøre til hva teksten avslørte av innhold. I den forstand var fremgangsmåten induktiv.

Meningsbærende enheter beskrives av Graneheim og Lundman(2004) som deler av en tekst som hører sammen gjennom sitt innhold og sammenheng. For å gi andre muligheten til å gå tilbake til utgangspunktet og forstå konklusjonene som er gjort, ble det laget en analysetabell (tabell 1) som er inspirert av Graneheim og Lundman (2004). De meningsbærende enhetene ble skilt ut fra hvert intervju. I følge Graneheim og Lundman (2004) er meningsbærende enheter deler eller sammensetninger i teksten som har samme sentrale betydning. Som det fremgår av tabell 1 blir de meningsbærende enhetene kondensert. *Kondensering* er ifølge Graneheim og Lundman (2004) en prosess der de meningsbærende enhetene forkortes og gjøres mer håndterbare samtidig som det sentrale innholdet bevares, samt at de meningsbærende enhetene svarer på studiens hensikt. Dette nivået i prosessen beskriver Graneheim og Lundman (2004) som en krevende prosess med både abstrakt og kreativ tenkning. De meningsbærende enhetene ble videre abstrahert til sub-kategorier og kategorier. Alle sub-kategoriene ble forskjellige, og det beskriver Graneheim og Lundman (2004) som viktig fordi man da unngår at viktige data blir ekskludert.

Resultatene ble til gjennom en systematisk bruk av analysetabellen, der de meningsbærende enhetenes plassering i kategoriene ble vurdert på nytt. Innholdet i materialet blir gjennom analysen identifisert gjennom to deler, det latente og det manifeste. Det manifeste innholdet er tekst gjengitt direkte fra det som informantene har sagt. Denne teksten ivaretas inntil sub-kategorier og kategorier blir dannet, se tabell 1. Forfatterens tolkning av innholdet blir da det latente innholdet. I følge Graneheim og Lundman (2004) kommer det latente innholdet til uttrykk gjennom dannelse av kategorier.

Analysetabeller

Tabell 1. Eksempel på analyseprosessens ledd.

Meningsbærende enhet	Kondensert enhet	Underkategori	Kategori
Grensa til krav til pasienten, medisinerings-tvangsmedisinering er ofte en utløsende faktor. Så alle situasjoner hvor	Tap-situasjoner for pasienten kan føre til beltelegging.	Tapssituasjoner og krenkelse.	Aggresjonsutløsende faktorer.

pasienten sitter i en tap-situasjon er potensielle utageringssituasjoner			
Men jeg har vært med i situasjoner hvor pasienter er uttalt redd da, at de er psykotisk, og at de faktisk, at hvis du greier å trygge dem med personal, og kanskje perioder med holding, at en faktisk greier å unngå beltelegging da. Hvis du greier å trygge pasienten på at han er trygg i situasjonen, så har vi vært med i situasjoner der beltelegging har vært unngått.	Unngå beltelegging ved å trygge pasienten som er redd og/eller psykotisk med personal	Mellommenneskelige relasjoner.	Personalets egenskaper
Altså, en pasient skal egentlig ikke ligge så lenge før lege har tilsett ham. Og gjerne også i forkant, for hvis det skulle bli en situasjon så, så blir jo gjerne lege tilkalt og ser situasjonen utvikle seg mot at det går mot beltelegging da, men ofte går det jo så fort at du faktisk må gjøre det før legen kommer, men legen skal alltid komme og se pasienten som er beltelagt.	Pasient som er beltelagt skal alltid tilsees av lege, og helst før belteleggingen.	Lovverket	Organisatoriske egenskaper.

Forforståelse og etiske overveielser.

I følge Malterud (2011) er forskerens forforståelse en forutsetning for å kunne utvikle ny kunnskap og forståelse. Man har med seg en forforståelse av det man ønsker å studere og hvorfor det er interessant å studere. Forforståelsen utgjør det subjektive forskningsperspektiv hos forfatteren og er en forutsetning for å se. Forforståelsen kan også potensielt utgjøre et hinder for å se noe som er nytt, men er som regel en viktig motivasjon for å studere et spesielt tema (Malterud, 2011). Observasjoner som blir vektlagt og hvordan disse blir fortolket kan bli

påvirket av forforståelsen. Et viktig element i forskningsprosessen er refleksjonen rundt egen subjektivitet (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008). Dette må klargjøres og redegjøres for, og samtidig komme tydelig frem gjennom forskningen (Johannessen et al., 2010).

Sentralt i all helsefaglig forskning står Helsinkideklarasjonen fra 1964, som sammenfatter de etiske prinsipper for medisinsk forskning. Deklarasjonen sier blant annet at medisinsk forskning er underlagt etiske standarder som skal beskytte deres helse og rettigheter, samt fremme respekt for alle mennesker (De Nasjonale forskningsetiske komiteer, 2010).

Forfatteren mener at Helsinkideklarasjonens etiske prinsipper er fulgt.

Som psykiatrisk sykepleier har forfatteren en faglig motivasjon for å søke kunnskap om andre miljøterapeuters erfaringer og opplevelser når en pasient i en psykiatrisk akuttpost blir lagt i belter. Studiens kvalitative tilnærming krever at forfatteren har både innlevelse og forståelse. Det vil også være viktig å være bevisst sin normative hensikt og være tro mot det materialet informantene bidro med. Forfatteren har gjennom prosessen tilstrebet å forholde seg så objektivt som mulig til datamaterialet og bearbeidningen av dette.

Fokusgruppeintervjuene fant sted på samme sykehus som informantene ble rekruttert fra. Det var viktig for å presisere at forfatteren ikke representerte dette sykehuset, men er utenforstående og uavhengig slik at informantene skulle føle seg frie til å si akkurat det de mente, uten redsel for at det kunne få konsekvenser. Rekruttering ble gjort av fagutvikler på et psykiatrisk sykehus med døgnopphold i Norge med flere akuttavdelinger (vedlegg 2).

Avdelingen ønsker ikke å bli navngitt i oppgaven. Dette for å ivareta anonymiteten til informantene. Da informantene ble informert om studien rett før intervjuene begynte, kom det frem at flere av dem ikke hadde fått informasjonsskrivet som ble oversendt i forkant. Noen av informantene fortalte at de hadde fått informasjonsskrivet dagen i forveien. I den formelle forespørselen ble det satt som ønske at en gruppe skulle bestå av personale som jobbet dag/aften, og en gruppe som jobbet natt. Bare en av informantene jobbet natt i turnus, men alle informantene hadde jobbet på natt tidligere. Informantene ble tatt ut av sitt arbeid av fagutviklingspsykepleier i forkant av intervjuene. Dette kan ha påvirket informantene da de fikk liten tid å tenke seg om og terskelen for å si nei kan bli forhøyet. Det kan tenkes at rekrutteringsprosessen kunne vært gjort slik at den ble opplevd som mer frivillig. Det var ingen ledere med i gruppeintervjuene. Dette kan ansees å være en styrke da informantene ikke trenger å være bekymret for at det de sier kan få konsekvenser senere. Informantene skrev under på at de samtykket til å være med på intervjuene. Disse samtykkeerklæringene oppbevares innelåst i safe på postsekretærs kontor ved forfatterens arbeidssted og vil bli

makulert ved studiens ferdigstillelse. Informantene ble også informert om at de når som helst kunne trekke seg fra studien uten å oppgi noen grunn. Studien etterspør ikke opplysninger knyttet til informantenes arbeidssted eller personopplysninger. Masteroppgaven ble søkt godkjent hos NSD med bakgrunn i muligheten for indirekte personidentifiserende data (vedlegg 4). Det lot seg ikke gjøre å rekruttere tidligere pasienter, derfor ble studien endret slik at man brukte miljøpersonale i stedet for tidligere pasienter. Det ble derfor sendt en endringsmelding (vedlegg 5).

Grunnen til dette var at det kunne komme opplysninger om andre under intervjuet. Alle slike opplysninger ble fjernet eller anonymisert. Det kunne også være mulig at noen kjente igjen stemmene til informantene, selv om dette ble ansett som lite trolig fra forfatters og veileders side. De digitale opptakene ble lagret i brannsikker dokumentsafe hjemme hos masterstudent. Denne safen var igjen låst inne i våpenskap som ikke er mulig å flytte. Opptakene ble transskribert over på en passord-beskyttet PC som ikke var tilkoblet internett. De digitale opptakene slettes ved studiens ferdigstillelse. NSD informerte om at informantene gir sitt samtykke ved å stille til intervju. Således trengtes ikke et samtykkeskjema, men det ble likevel utformet et samtykkeskjema som informantene skrev under på før intervjuene tok til. Disse er lagret innelåst på postsekretærs kontor. Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) (vedlegg 5).

3.0 RESULTATER

I dette kapitlet presenteres de resultater som kom fram gjennom analysen av det empiriske materialet. Resultatene presenteres gjennom de tre hovedkategoriene som til sammen utgjør oppgavens tema. Disse kategoriene er: Personalets opplevelser og erfaringer rundt aggresjonsutløsende faktorer hos pasienter, personalets opplevelser og erfaringer knyttet til betydningen av personalets egenskaper og personalets opplevelser og erfaringer rundt betydningen av organisatoriske egenskaper. Tabell 2 gir en skjematisk oversikt over underkategorier og kategorier. Videre presenteres resultatene som sammenhengende tekst med sitater. Resultatene diskuteres i kapittel 4.0.

og metodediskusjonen avslutter kapitlet.

Tabell 2. Oversikt over sub-kategorier og kategorier.

Sub-kategorier	Kategorier
-Tapssituasjoner og krenkelses. -Truende atferd. -Rus. -Kulturforskjeller og språkvansker.	Personalets opplevelser og erfaringer rundt aggresjonsutløsende faktorer hos pasienter.
-Mellommenneskelige relasjoner. -Personalets sammensetning og kunnskap. -Ivaretagelse av pasienter og personale.	Personalets opplevelser og erfaringer knyttet til betydningen av personalets egenskaper.
-Bygningsmessige forhold. -Lovverket.	Personalets opplevelser og erfaringer rundt betydningen av organisatoriske egenskaper.

3.1 Personalets opplevelser og erfaringer rundt aggresjonsutløsende faktorer hos pasienter.

I denne kategorien beskriver informantene hvilke faktorer som førte til at beltelegging ble en realitet. Denne kategorien inneholder til sammen 5 underkategorier som potensielt kunne føre til utagering og påfølgende beltelegging. Underkategoriene er: Tapssituasjoner og krenkelses, truende atferd, rus, kulturforskjeller og språkvansker samt manglende samstemthet i personalgruppen.

Tapssituasjoner og krenkelses for pasienten ble av informantene oppfattet som situasjoner som kunne utløse utageringssituasjoner. For pasientene kunne det å bli tvangsinnlagt eller tvangsmedisinert oppfattes som en krenkelse. Dette blir beskrevet av informantene på denne

måten: «Grensa til krav til pasienten, medisinerings-tvangsmedisinering er ofte en utløsende faktor. Så alle situasjoner hvor pasienten sitter i en tap-situasjon er potensielle utageringssituasjoner, egentlig er det at de blir avspist med ingenting og vi liksom er den triumferende parten». Informantene sa også at: «Dem føler seg tvunget til å være her, føler seg urettferdig behandlet, at vi ikke forstår noen ting». Informantene hadde også en klar formening om at enkelte pasienter som ble omtalt som gjengangere hadde en hyppigere tendens til å bli beltelagt: «Mitt inntrykk er at en del pasienter som kommer tilbake gang på gang og blir beltelagt, og da har de ofte mye samme atferd, like uenig i innleggelsen». Enkelte av pasientene som blir innlagt har ikke med seg det som er nødvendigheter for dem. Følelsen av å bli lagt inn på en psykiatrisk akuttpost uten å få med seg noe som for pasienten er grunnleggende, kan føre til at pasienten opplever å stå i en tapssituasjon. En av informantene beskriver det slik: «.. kan det også være at pasienter er fortvilet over at de ikke har penger, ikke har de sigaretter, ikke har de klær nok, og blir bare fortvilt og. Da kan man jo være i forkant og finne ut hvem er det som er pasientens pårørende. Ofte i slike situasjoner er de her på tvang. Når barn fra barnevernsinstitusjoner møter voksenlivet kan det by på utfordringer. Informantene beskriver det slik: «Og så har vi barnevernsinstitusjonsbarna...og så kommer dem hit når dem blir atten år, og vi finner oss ikke i å bli duppedert med, sant, så da setter vi ned foten, og da havner dem fort i reimer, den gjengen der».

Truende atferd omhandler de situasjonene hvor informantene opplever at pasienten står i fare for å skade seg selv, medpasienter eller omgivelsene. Miljøpersonalet må gjøre fortløpende vurderinger, slik som en av informantene beskriver: «Det er individuelt hver episode, det er ingen beltelegginger som er like, så det blir tatt utgangspunkt i situasjonen som vurderes der og da, om pasienten er til fare for seg selv eller andre». Informantene opplever det som truende hvis pasienten er skjermet fra omgivelsene og går rundt og slår og banker eller sparker etter personalet. Slike situasjoner kan potensielt føre til beltelegging: «Nei, det må i første omgang være at pasienten er en fare for medpasientene, og hvis han er skjermet, så blir det jo om det er en fare for personalet, at han forholdsvis går på, slår og banker og sparker etter personalet, og da blir det jo i første omgang en nedleggelse i bakken, og alarm inntrykt - og da er det jo på god vei til å bli en beltelegging. En annen informant beskrev det slik: «men hvis han fysisk går til angrep, og skader, skader på inventar og, så er det jo, men det er først og fremst medpasienter og personale, som fare for dem at pasienter må legges i belter».

Rus blir av informantene beskrevet som en faktor til utagering. Personalet opplever og erfarer at pasientene kan føle seg tvunget til å være innlagt og kjenner seg urettferdig behandlet. De

kan også ha et sug etter rus som gjør at de vil ut for å ruse seg igjen. Kombinasjonen rus og kampsporttrening opplevdes av informantene som veldig ubehagelig fordi utageringen var uforutsigbar og kunne komme ut av intet: *«Det er en uheldig trend. At dem det rakner for, dem har sånn kampsporttrening. Dem er ganske kjapp. Så kjapp at vi vinner ikke å løfte opp garden en gang før at....Og det var en utagering som kom ut av ingenting. Men ikke bare, vi har jo fått en del av de MMA, er det ikke det det heter? På avdelingen. På steroider og gjerne litt amfetamin, da har du en fin kombo altså. Og det er ordentlig ubehagelig»*. En annen informant beskrev pasientene med rusproblemer slik: *«.. ofte veldig ruset eller veldig alkoholpåvirket, og helt rabiatt og skrikende»*. Informantene beretter om den uforutsigbarheten som rus tilfører, de har av og til vanskeligheter med å kommunisere med pasienter som er ruspåvirket: *«Før var det bare folk som kom fra fyllearesten dagen etterpå, ikke sant, og da var det greit med å ha en dialog med dem ja, men det her er folk som er...det er ingen hjemme rett og slett, det er bare en massiv galskap og fryktelig høyt aktivitetstempo, og ingen linjer inn»*.

Kulturforskjeller og språkvansker. Informantene beskriver utfordringer knyttet til mennesker fra andre kulturer, med sitt morsmål. Informantene gir uttrykk for at de ikke har «knekt koden» og uttrykker at: *«Og så har vi jo det her da, vi har jo hatt en periode her, da har vi jo hatt våre nye landsmenn som er her. Ikke kan vi språket, ikke kan vi kulturen, altså har vi ikke knekt koden. Og de går rett på oss, så dem, vi er bare nødt, det nytter ikke å holde dem heller, det er bare å få dem fast rett og slett, for å unngå at noen blir skadet»*. En annen kulturell utfordring kom fra en kvinnelig informant: *«Vi er ikke noen god match da, damer i forhold til det her. Sant, for det er jo under deres verdighet da, dem vil ikke hilse på oss, og vi skal i hvert fall ikke ta i dem»*.

3.2. Personalets opplevelser og erfaringer knyttet til betydningen av personalets egenskaper.

Denne kategorien inneholder tre sub-kategorier. Sub-kategoriene er mellommenneskelige relasjoner, ivaretagelse av pasienter og personale samt personalets sammensetning og kunnskap. Informantene beskriver ulike situasjoner som kunne føre til beltelegging, men også andre situasjoner hvor beltelegging kunne unngås.

Mellommenneskelige relasjoner. Informantene hadde erfaringer med at relasjonen til pasientene kunne redusere bruken av belter. Det å ha en relasjon til pasienten kunne gjøre det lettere for personalet å trygge pasienten hvis vedkommende var redd. En av informantene

beskrev dette slik: «Men jeg har vært med i situasjoner hvor pasienter er uttalt redd da, at de er psykotisk, og at de faktisk, at hvis du greier å trygge dem med personal, og kanskje perioder med holding, at en faktisk greier å unngå beltelegging da. Hvis du greier å trygge pasienten på at han er trygg i situasjonen, så har vi vært med i situasjoner der beltelegging har vært unngått». Det kunne også være slik at kvinnelig personale kunne ha en bedre relasjon til menn fordi de mannlige pasientene ikke følte seg så truet eller provosert av kvinnene. Informantene var tydelige på at dette samspillet kunne bedre den mellommenneskelige relasjonen til pasienten: «Det er jo det vi er god på og det vi trenger, ikke sant, Vi trenger hverandre, vi trenger gutter og vi trenger damer og det der samspillet og det at vi svitsjer imellom, det er det som gjør oss god».

Personalets sammensetning og kunnskap. Denne underkategorien tar for seg hvordan kunnskap og sammensetning av personalet kan ha betydning for om man greier unngå å legge pasienten i belter. Denne underkategorien kan spille en stor rolle for utfallet i de potensielle utageringssituasjonene. Miljøpersonalet opplever at de må gjøre en fortløpende vurdering med utgangspunkt i hvordan pasienten ter seg: «Det er en fortløpende vurdering som er gjort ut fra hvordan pasienten ter seg. Hvilket kroppsspråk har han, hva sier han til personalet». Det som av andre kan oppfattes som små og banale ting som kan være avgjørende for om det blir utagering eller ikke. Det kan da være avgjørende at personalet har kunnskap om hvordan det går an å løse situasjonen: «Vi har jo noe her på huset som heter terapeut i spesialkonflikt, som er sånne veiledende prosedyrer for hvordan en skal håndtere vanskelige pasienter [...] som er prosedyrer på de-escaleringsprinsipper, som går inn på hvordan en skal holde dem, hvordan du forholder deg til dem osv.».

Informantene hadde også erfaringer som omhandlet det å finne måter for å unngå utagering. De nevnte blant annet at pasienten kunne få et valg slik at pasienten fikk en følelse av medbestemmelse: «-ofte er det jo en banal ting som sigaretter som kan ha utløst utageringssituasjoner, prøve om han kanskje vil ha en nikotintyggegummi, altså prøve å kjøpslå og finne en utvei for å unngå det. Kan si at jeg kan ikke gi deg det, men du kan få noe annet. Kontra tvangsmedisineringssituasjoner, hvem er det du vil skal sette da, du kan få bestemme hvem som skal sette. Ofte når du går inn i situasjonen og skal medisinere, så har du med deg både tabletter, du har med deg ei sprøyte, velg sjøl, så får han et valg i hvert fall, så er det lettere for pasienten å ta imot det og, enn om en bare kommer med sprøyta». Det var enighet blant informantene om at det å gi pasientene et valg kunne føre til at man unngikk beltelegging fordi pasienten da ikke føler seg som den tapende part. En informant sa det slik:

«Det er derfor så viktig å prøve å gi dem noe, hvis du har gitt dem avslag på noe, så gi dem noe annet som et substitutt i hvert fall, så en får møtt dem på noe, slik at de ikke føler seg som en taper». Informantene fortalte også at deres erfaring tilsa at nok personale kunne føre til at det ble mindre bruk av belter. Hvis pasienten skjønner at overmakten er for stor, så trenger det ikke å utarte seg til å bli en situasjon hvor pasienten må legges i belter: «Når han først ligger i bakken og alarmen er inntrykt, og han ser at overmakten er for stor, så trenger det jo ikke å bli en beltelegging». En annen informant hadde liknende erfaring med å ha nok personale: «-i forhold til utageringspasienter, så er det jo en kjensgjerning at de teller hoder og kilo, det er sånn det er. Står det ti personer der, så gjør de ikke det samme som om det har vært to personer der. De får større spillerom når det står to personer der enn når det står fem der. Så mange ganger tror jeg at det er personalfaktoren som er med å begrense omfanget av beltelegginga». En kvinnelig informant hadde erfaring med at fordelingen av kjønn kunne ha betydning i situasjoner som kunne føre til beltelegging: «-men så har du jo også motsatte, at der, dem som teller mannfolk, skulle til å si, og utagerer på det. Mens hvis mannfolkene trekker seg vekk, og vi damene går inn, så hender det at det blir roligere. Man føler seg provosert av mannlige...bedre å bli møtt av damer. Ja, for angstnivået blir jo betraktelig høyere for enkelte av de her ungguttene, ikke sant, og de teller hodene på de her karene og så, så blir dem veldig engstelig.

En annen informant hadde en erfaring som omhandlet både alder og kjønn. Potensielle utageringssituasjoner er mulig å unngå hvis personalet bruker kvinnelig personal som ikke oppfattes like truende som mannlig personal. Hun sa: «Vi hadde jo en sint mann hvor vi lurte på hva i verden gjør vi med han da. Han var sånn akkurat på kanten. Da sa jeg til han at «jeg blir så utrygg med å være her, jeg vet ikke hva jeg skal gjøre, jeg tror jeg må hente ho NN». Og ho NN var en gammel pensjonist som var der..over sytti år..så kom hun inn dama da: « hva foregår her?». Og så, han ble altså så perpleks, han der, og, «unnskyld, jeg skal ikke skremme dere, nå skjønner jeg alvoret i det her», ikke sant. Det kunne jo ha vært en stor sterk en som hadde kommet, da kanskje situasjonen hadde vært helt annerledes.

Det var bred enighet blant informantene om hvilke faktorer som skulle til for å redusere eller unngå beltelegging av pasienter. God fagdekning, nok personale og gode rutiner ble sett på som faktorer for å kunne redusere bruken av belter.: «Og så tror jeg at fagdekninga også er med på å redusere omfanget av tvang i forhold til at det har vært stor bruk av ufaglært arbeidskraft på sykehuset tidligere her. Og det i seg selv kan være en trigger fordi en vet ikke hvordan en skal gå inn, vet ikke hvordan en skal håndtere, hvordan en skal formulere. Så selv

om mange av personalet mener det godt, så kan det ende med at situasjonen eskalerer i stedet for å de- eskalere en situasjon. Så god fagdekning, og gode rutiner gjør en ting med atferd, i forhold til holdninger. Du skal oppføre deg, for å si det sånn. Så mye personale, erfarent personale og fag, det er viktige faktorer for å unngå beltelegging. Hvis du oppfyller de kriteriene, så tror jeg at vi kan redusere tvangsbruken. Det å være samstemt i personalgruppen mente informantene var en styrke i forhold til å unngå utageringssituasjoner. Det å følge den miljøterapien som er blitt bestemt burde bli fulgt av alle involverte miljøterapeuter slik at det ikke blir gitt mulighet til å så splid blant personalet: «Men det å være samstemt som en personalgruppe er en vesentlig faktor., for det er som du sa, at hvis en gjør noe og en annen ikke gjør det samme, så blir en alltid konfrontert med at «jeg fikk jo av han og fikk jo av han», så da har man jo skapt en utageringssituasjon, og da har du skapt en konfliktsituasjon i utgangspunktet, og det var noe vi slet mye med før». En annen faktor informantene fremhever i forhold til å redusere utagering, er at man viser pasienten at man er trygg i situasjonen og ikke viser usikkerhet. De snakket om at dersom personalet er redde eller utrygge vil pasienten ense dette og kanskje bli utrygg eller redd selv: «Og så tror jeg det er veldig at personalet klarer å forholde seg rolig og at kroppsspråket ditt sier det samme som du gjør verbalt, sånn at du sier en ting, og viser en voldsom redsel for pasienten på den andre siden, da kan det det jo gå fort den gale veien da pasienten også vil bli utrygg da. Du må vise at du har kontroll. Personal som viser at de har kontroll, er med på å trygge pasienten. Usikkerhet er en av de største årsakene til utagering. Usikkerhet hos personalgruppa vil igjen føre til eskalert angst hos pasientene».

Ivaretagelse av pasienter og personale omhandler informantenes oppfattelse av hvorfor og hvordan man beltelegger pasienter. Informantene var samstemte om at ingen skulle bli fysisk skadet som en følge av beltelegging. Det var også enighet blant informantene at beltelegging skulle være siste utvei for å ivareta pasienten og seg selv på best mulig måte. En av informantene sa det slik: «Det er som jeg sa, et ledd i intervensjon, det blir jo gjort en vurdering på det. Det er siste utvei vi har for å ivareta oss selv og for å ivareta pasienten på en best mulig måte. Så det er en nødvendighet. Det er ikke noe som, det går ikke sport i det». En annen informant sa: «Nei, jeg føler litt på at jeg ikke har vært med på noe som ikke har vært nødvendig. Pasienten opplever det kanskje ubehagelig, men vi ser det kanskje litt utenfra, at situasjonen var slik at den kunne ikke vært håndtert på noen annen måte....jeg ser at det er ubehagelig, men ser ofte at det er nødvendig». Mange av informantene hadde selv opplevd å bli utsatt for utagering og de fleste kjente personal som hadde blitt skadet på grunn

av utagering og av den grunn hadde sluttet å jobbe i akuttpsykiatrien: *«Jeg tenker at her må man tenke på helsa også, både for pasienter og ansatte. Jeg tenker at man må ikke være så redd for å bruke mekanisk tvang, at folk blir skadet og ufør, og det når folk får mange skader, så kutter de ut å jobbe i akuttpsykiatrien»*. I de situasjonene hvor personal har blitt skadet som følge av en utagering kan det komme tanker blant miljøpersonalet at de ventet for lenge, eller at situasjonen burde vært håndtert på en annen måte: *«Og så er det jo litt situasjonsbetinget da. Hvis f.eks. personal, har vært borti et par situasjoner der personal er blitt skadet, og da har jeg jo følt at vi burde gjort noe før, at vi burde, sant, for i en perfekt situasjon så skal det ikke være noen skader, ting skal gå bra. Det har skjedd at personal har blitt slått ned, skader på noen, så du kjenner litt på; kunne vi ha gjort ting annerledes, ventet vi for lenge?»*.

Informantene snakket også om følelser som ubehag og lettelse. De kjente på ubehag før og under beltelegging, mens de følte på lettelse når pasienten var blitt lagt i belter: *«Ja hvordan det føles ja, det er jo ubehagelig alltid når vi beltelegger pasienter, men sånn reint følelsmessig er det ofte, så kan det være ubehagelig før du beltelegger en pasient, du går med en uro du kan kalle angst, for at du forventer at det kommer til å smelle snart, det kan du se lang på forhånd, og i det at pasienten blir tatt kontroll over, så kan en jo kjenne på litt sånn lettelse, nå er det over, nå kan vi sette oss, puste litt. Så det er nå begge deler det»*. Når selve belteleggingen skulle utføres hadde informantene erfaringer rundt antall personal og hvordan pasienten skulle ivaretas når dette skjedde. Antall personal under beltelegging anga informantene slik: *«5+1 som assisterer beltene. Da har vi en på hver fot, en på hver arm og en som holder hodet, og en som fester beltene kanskje. Og gjerne en som setter medisin. Når det er snakk om en beltelegging, så er det best om man er 6 personer, ikke minst for å trygge pasienten»*. Når personalet vurderte det slik at det nærmet seg en utageringssituasjon, gjorde personalet avtaler hvis det var rom for det i forkant slik at alle visste hva de skulle gjøre og hvordan: *«Altså, vi har blikkontakt med hverandre og sånn og så....NN gir meg et tegn, ikke sant, så får vi bare iverksatt, og så legger vi på belter da, hvis situasjonen er sånn. Eller så kan det det hende, at hvis det er rom for det da, så trekker vi oss litt unna, tar en liten sånn prat sammen, hva skal vi gjøre nå, hvem skal gjøre hva, og hvordan? Nå smeller det, ikke sant. Så da legger vi en slagplan, så alle har litt oppgaver, så vi er litt forberedt»*. Under selve belteleggingen var det ifølge informantene viktig å fortelle pasienten hva som ble gjort til enhver tid. Dette ble gjort for å ivareta pasienten: *«Informasjon om det vi gjør og hva vi kommer til å gjøre, så det blir forutsigbart, nå er vi nødt til å holde deg, blir nødt til å beltelegge deg, nå fester vi den arma, ja, informasjon»*. En annen informant sa også noe om informasjon til pasienten: *«Beskriver jo hver ting vi gjør, «nå tar vi den handa, nå får du foten*

sånn og sånn, tar av deg strømpene og der er på grunn av blodsirkulasjonen og»- hvis vi kan språket da».

Etter belteleggingen var det alltid minst ett personal inne på rommet sammen med pasienten. I de fleste tilfellene var det nok med ett personal. En informant beskriver det slik: *«Når en pasient er i belter, så trekker vi fort ut, sånn at det bare er en person igjen for å få minst mulig stress for pasienten».* En av informantene sa at det følte trygt når pasientene fikk roe seg ned i belter: *«Jeg synes jo det er veldig trygt jeg da, de gangene vi tar avgjørelsen, og eh..at vi får roet dem ned, for dem roer seg fort ja».* Informantene fortalte også om ubehagelige situasjoner når de satt sammen med pasienten etter en beltelegging. Selv om pasienten lå i belter og faren for fysiske skader var fraværende, kunne pasienten være uenig i det som ble gjort og spyttet eller kom med trusler med forskjellig alvorlighetsgrad. Det kunne skje at pasientene gråt fordi de hadde blitt lagt i belter, men det var mye sinne: *«Det oppleves trygt og greit ja. Men hvis det blir spyting og sånt, så blir det jo litt verre da, men da har ting ofte roet seg. Det kan fort være drapstrusler da. Pasienten kan være særdeles uenig i det som skjedde så en kan jo sitte i timevis og høre på trusler om både det ene og det andre. Det er ganske mye sinne, og det er fullt forståelig. De gråter, det kan skje».* I noen tilfeller kunne det være nødvendig at flere av miljøpersonalet var tilstede når pasienten lå i belter for å beskytte seg mot drapstrusler og anklager om at personalet har forgrepet seg på noen. Informantene fortalte at sammensetningen av kjønn ble vurdert i de situasjonene anklager om overgrep kom til uttrykk. En av informantene sa det slik: *«Og noen ganger to, hvis man kjenner på at det her er ikke greit. Noen ganger to for bare å beskytte hverandre mot trusler i etterkant, for at det kan komme noen trusler, spesielt rettet mot mannfolk, om at dem har forgrepet seg på jenter, for eksempel, mens dem ligger i belter. Så noen ganger to, noen ganger sitter vi bare damer for det er mest hensiktsmessig enn menn, for det passer best».*

I samtale med pasientene etter belteleggingen kunne det være at pasientene ikke kjente seg igjen i situasjonen eller at de ikke ville forholde seg til det som hadde skjedd. Pasientene kunne i tillegg forsøke å bagatellisere sin egen oppførsel: *«Det er ikke alltid de vil forholde seg til det, det som har skjedd. Prøver å si «nei, det var jo ikke sånn, jeg sa jo ikke det». Det har vi jo noen ganger..når dem blir konfrontert med at de har vært truende...og klart det bagatelliserer de også. Ja og mener ikke selv at det var ikke så hardt dem slo i veggen, var ikke så gæli den der hyttinga mot folk eller sparkinga mot folk».*

Det vil alltid være en fare for re-traumatisering når en pasient har vært utsatt for en beltelegging. Dette kan vanskeliggjøre en samtale i etterkant av belteleggingen. En av

informantene sa det slik: *«Kanskje husker han deler av belteleggingen, så kanskje husker han ingen ting av den heller. Så det er jo et aspekt det også, skal du begynne å, vi er kanskje litt for redd til å begynne å ta det opp igjen, for eventuelt å trigge pasienten på noe vis da».*

Informantene var tydelige på at så snart en pasient som lå i belter hadde kontroll over seg selv, så ble det løsnet opp. En informant sa: *«Og så er det jo noe med å si til vedkommende at det her kommer ikke til å vare lenge. Det her er til at du kjenner selv at du har kontroll. Så fort du kjenner på at du har kontroll, så løsner vi opp».*

3.3. Personalets opplevelser og erfaringer rundt betydningen av organisatoriske egenskaper.

Denne kategorien inneholder to underkategorier som er bygningsmessige forhold og lovverket.

Bygningsmessige forhold kunne ifølge informantene være avgjørende for om en pasient ble lagt i belter eller ikke.

Ifølge informantene bør bygningene være store nok og utformet slik at nærhet og avstand lar seg regulere. Det fysiske rom har betydning for miljøpersonalet i deres arbeid. Blir det fysiske rom før nært og trangt kan det være at det oppleves provoserende for pasienten. Pasienten får ikke rom til å være for seg selv. Informantene hadde erfaring med at pasientene kunne roe seg ned hvis de fikk tid til å romstere litt for seg selv: *«Og lokalene, at hvor er det det skjer, sant. Altså, har du litt rom sant, så pasientene kan få litt....space. Står dem og kliner seg opp i døra, og skal ha noen ting, og innpå vaktrommet....det hvordan....ja altså omgivelsene har noe å si for utfallet. Ja, sånn som vi hadde det før. Vi hadde den stua på sidegangen der, at vi kunne trekke oss ut, sant. Så kunne vedkommende romstere ganske mye for seg sjøl, og kanskje romstere seg ferdig, eller gå på rommet og slamre igjen døra, uten at vi trenger å mase på han heller, og da unngår vi situasjoner der og, når det blir for nært og for trangt, og det blir provoserende for dem at vi maser på dem».*

En informant snakket om tryggheten rundt det å vite at personalet hadde mulighet til å beltelegge pasienter overalt i avdelingen. Denne muligheten ble oppfattet som en trygghet av informantene og kunne bidra til at miljøterapeutene slapp å planlegge så mye og dermed flytte fokuset bort fra beltene: *«Men det er kanskje en trygghet for personalet å vite at en har muligheten å gjøre det overalt. At en på en måte kanskje unngår noe beltelegging, nettopp at en føler at det ikke er så mye rundt det, du må liksom ikke planlegge flytting og bæring og alt det».*

Lovverket sier at pasientene skal alltid tilses av lege i forkant av belteleggingen, men dette kan by på noen utfordringer. Det går ofte så fort at personalet må legge pasienten i belter før legen kommer. Legen skal uansett komme og se til pasienten som er lagt i belter: *«Altså, en pasient skal egentlig ikke ligge så lenge før lege har tilsett ham. Og gjerne også i forkant, for hvis det skulle bli en situasjon så, så blir jo gjerne lege tilkalt og ser situasjonen utvikle seg mot at det går mot beltelegging da, men ofte går det jo så fort at du faktisk må gjøre det før legen kommer, men legen skal alltid komme og se pasienten som er beltelagt».*

Det at legen snakker med pasienten kan være av avgjørende betydning for om det blir beltelegging eller ikke. Hvis legen har en relasjon til pasienten kan det ofte være nok at legen forklarer pasienten at han trenger denne medisinen. Dette kan resultere i at pasienten tar medisin og blir roligere, men informantene sier at situasjonen ikke trenger å løse seg: *«Samarbeidet med vakthavende lege eller behandler. Hvis de får forklart om medisin eller annet som legen bestemmer, kanskje de kan komme en gang til å forklare et eller annet, kanskje har de en relasjon, kunne forklare litt om hvorfor og hva og sånn. Det kan jo være nyttig av og til. Av og til kan det virke motsatt».* Informantene hadde også erfaringer om at leger synes det er ubehagelig å stå i en tøff situasjon og dermed lover pasienten noe som ikke kan overholdes. Dette kommer til uttrykk slik: *«Det vil alltid være litt forskjell. Noen tillater litt mer enn andre. De verste eksemplene på det synes jeg, er når det er uerfarne leger som snakker med pasientene, og så er ikke legene og personalet samstemt om hva som skal skje. Så sitter de i beholdersamtale og lover pasienten at det skal vi ordne, det fikses her, Så viser det seg at situasjonen er sånn at vi ikke kan ordne det, og da har behandler vært med på å lage en situasjon som fører til konflikt».*

Det kan også være at legen ikke foreskriver medisin som er nødvendig for å de-eskalere en situasjon. Dette kan føre til utagering: *«Noen ganger vil ikke legen sette på medisin, så har vi ikke det en gang. Så det er litt sånn alt etter hva vi har tilbudt, når det ikke fungerer lenger, så må du på en måte stå og vente til det smeller».*

Lovverket omhandler de rammebetingelsene som er satt og de gjeldende nasjonale føringene. Dette beskrives av informantene som føringer for kortere liggetid i belter, bruke mindre tvang og medisiner. Det å prøve med å løsne opp beltene tidligere nevnes også. Informantene sa det slik: *«Så er det kanskje blitt litt sånn ytterligere fokus på at de skal ha kort liggetid i forhold til de nasjonale føringene, i forhold til at en skal redusere tvang, og vi skal redusere medisiner når du skal legge dem inn, holdt jeg på å si, men at dem er mer på hugget for å få prøvd ut pasientene tidligere, og ting vi har gjort før kanskje. De lå lengre før».*

Informantene har også erfaringer og opplevelser i forhold til det å slippe opp for tidlig. Å slippe opp for tidlig kunne ofte føre til at pasientene måtte legges i belter på nytt: *«Det også er de på hugget etter legene nå da, at vi skal prøve å slippe opp så fort som mulig da. Men det fører ofte da igjen til at det blir flere, at det blir x 2, ikke sant»*. Et lignende tilfelle ble beskrevet på denne måten: *«Pasienten sa selv at han ikke hadde kontroll, varslet klart og tydelig at jeg har ikke kontroll, men vi ble beordret om å slippe opp da. Var veldig på hugget vaktlegen om at vi måtte slippe opp ham, ...ble sluppet opp, kryssløst og helt fri, og så gikk det ikke mer enn en time eller noe sånt så måtte vi til igjen»*. Informantene hadde også noen erfaringer om når de fleste utageringene med påfølgende beltelegging skjer, og hvorfor: *«Når det er høytider, vaktskifter ikke sant, og ukjent personale så er det høyere bruk av tvang egentlig, enn hva det er hvis vi er stabilt på jobb»*.

4.0 Resultatdiskusjon

«Beltelegging i en psykiatrisk akuttavdeling- en kvalitativ studie av miljøterapeuters opplevelser og erfaringer».

Hensikten med denne studien har vært å belyse miljøpersonalets opplevelser og erfaringer rundt det å legge pasienter i belter. For å svare på problemstillingen beskriver informantene tre hovedkategorier: Personalets opplevelser og erfaringer rundt aggresjonsutløsende faktorer hos pasienter, personalets opplevelser og erfaringer knyttet til betydningen av personalets egenskaper og personalets opplevelser og erfaringer rundt betydningen av organisatoriske egenskaper. Funnene i studien tyder på at miljøterapeutenes erfaringer er like de man finner i en rekke andre land.

Personalets opplevelser og erfaringer rundt aggresjonsutløsende faktorer hos pasienter vil i all hovedsak være knyttet til situasjoner i forkant av en beltelegging. Informantene i studien beskriver tapssituasjoner og krenkelsers, truende atferd, rus samt kulturforskjeller og språkvansker som aggresjonsutløsende faktorer.

Tapssituasjoner og/ krenkelsers kan slik det fremkommer i studien utløse aggresjon hos pasientene. Det kan være at pasienten opplever å stå i en tapssituasjon ved det å være innlagt i en psykiatrisk akuttpost eller kjenner på krenkelse på grunn av dette. Informantene trekker frem sine tolkninger av pasientenes opplevelse som at de kan føle seg tvunget til å være innlagt eller føler seg urettferdig behandlet. Slike tolkninger samsvarer med tidligere forskning (Lantta et al. 2016; Iozzino et al. 2015). Den kvalitative studien fra Finland hvor voldelige hendelser, avdelingsklima og ideer til forebygging av vold blant sykepleiere i psykiatriske avdelinger ble studert kommer det blant annet frem at pasientene hadde økt risiko for å utøve vold hvis de ikke fikk lov til å forlate avdelingen. I den systematiske meta-analysen kom det frem at tvangsinnleggelse kan øke pasientens fiendtlighet og tilbøyelighet til vold, særlig hvis de mener de ikke har behov for behandling. I et norsk PhD- arbeid hvor kvantitative og kvalitative metoder ble kombinert fant man at det var en tett forbindelse mellom opplevelsen av tvang og opplevelsen av krenkelse eller ydmykelse under en innleggelse (Svindseth, Dahl og Hatling 2007).

Informantene nevner at enkelte pasienter blir tvangsinnlagt gang på gang. Det kan tenkes at disse pasientene lettere tyr til vold fordi krenkelsen selve tvangsinnleggelsen oppleves som en krenkelse. Miljøterapeutene kan mene at tvang er viktig av sikkerhetsgrunner, men det er i

utgangspunktet ikke tillatt å fatte vedtak uten konkret begrunnelse som er innenfor lovverket. Det holder for eksempel ikke å bruke et tvangsmiddel i forkant på en pasient man tror kan komme til å utagere. Hvis miljøpersonalet kjenner pasienten fra tidligere og en har erfaring med at pasienten lett kan bli provosert og terskelen for utagering er lav, er det ikke unaturlig at man tror at utagering kan komme til å skje, og terskelen for å legge pasienten i belter kan bli lavere. Det vil likevel være både lovstridig og uetisk å bruke tvangsmiddel i slike tilfeller. På den andre siden kan man tenke at det er lettere å unngå utagering når man kjenner pasienten og har erfart tidligere hva som kan utløse utageringen. Faren for at pasienten blir stigmatisert er tilstede. Personalet kan ha dannet seg en oppfatning av pasienten som igjen kan påvirke hvordan man forholder seg til pasienten.

Informantene i denne studien mente at tapssituasjoner og krenkelser for pasienten var en faktor som kunne utløse aggresjon. En innleggelse ved en psykiatrisk akuttpost kan oppleves krenkende av de som blir innlagt. Krenkende fordi noen har gått til det skritt og fått et menneske innlagt, vedkommende mister retten til selvbestemmelse og en tapssituasjon oppstår fordi andre mennesker skal bestemme over pasienten. Det kan da oppleves at andre tar herredømme/kontroll over seg (Lillevik og Øien, 2014; Weber 2000). Videre kan en tenke seg at det kan være mange situasjoner i løpet av en innleggelse som kan oppleves som en tapssituasjon eller krenkelse. Det at miljøpersonalet tar avgjørelser for pasienten, at pasienten har ønsker som ikke blir imøtekommet, eller at pasienten ikke har fått med seg røyk eller nok klær i forbindelse med innleggelsen. Følelsen av å bli krenket kan også komme til uttrykk hvis det blir fattet vedtak om at pasienten skal ha begrenset kontakt med omverden, for eksempel vedtak om inndragelse av mobil eller PC, eller hvis det blir bestemt at personal skal være tilstede når pasienten har tilgang til internett, eksempelvis for å utføre betaling av regninger. Aggressiv atferd kan ifølge Bjørkly (1997) forstås som en måte å ivareta selvhevdelse og selvbeskyttelse. Pasienten kommuniserer gjennom sin atferd uttrykk for emosjonelt sinne eller frustrasjon. Bjørkly (1997) mener videre at aggresjonen blir et verktøy for pasienten for å slippe å forholde seg til forventninger og krav, eller for å avlede indre ubehag. Miljøpersonalet har et ansvar for at pasientene ikke blamerer seg slik at de senere kan slippe å føle seg nedverdige (Hummelvold 2012). Pasientene kan oppleve personalets krav og grenser som krenkende når de er innlagt ved en psykiatrisk akuttpost. Pasienten kan senere føle seg nedverdige hvis han/hun har blamert seg. Her har personalet et ansvar for både pasienten og medpasientene, og for å kontrollere pasientenes atferd i forhold til blamering kan miljøterapeutene velge å sette grenser for hva pasientene får lov til i avdelingen.

I følge Hummelvold (2012) er det miljøpersonalet som må vurdere hvilke grenser pasienten er i behov for. Grensene må også være tydelige for pasienten. Grensesetting bør være i tråd med den behandlingsplanen som er tilpasset tilstanden til pasienten, og det må være rom for individuelle tilpasninger for om mulig å unngå at pasienten føler seg krenket. Krenkelse er også et svært sentralt spørsmål når en pasient blir lagt i belter. Det kan være lett å forstå at det å bli lagt i belter oppleves krenkende og nedverdiggende, selv om det kanskje var nødvendig for sikkerheten. Det kan for eksempel være at pasienten ikke var i stand til å se nødvendigheten av vedtaket på grunn av sin alvorlige psykiske lidelse med realitetsbrist. Andre pasienter uten realitetsbrist vil kunne bebreide vedtaket i seg selv, eller vedtaksansvarlig, fordi de synes det var unødvendig av forskjellige grunner. De vil kanskje mene at andre tiltak kunne vært brukt for å løse situasjonen. Pasienten kan også mene at en enkelt aggressiv episode ikke utgjorde noen vesentlig fare i seg selv. Hvis pasienten ikke forstår hvorfor det er blitt fattet vedtak om beltelegging, kan dette naturligvis oppleves krenkende og traumatisk. Dette kan da gå ut over videre behandling fordi det kan være vanskelig for pasienten å legge dette bak seg. Miljøterapeutene har et ansvar for å informere pasientene om vedtak og forsikre seg om at pasienten har forstått vedtaket. Det kan imidlertid være slik som informantene beskriver at pasienten ikke har «linjer inn» fordi pasienten er for syk eller har ruset seg. Personalets pedagogiske evner kan være avgjørende for å få pasienten til å forstå. Forskning tyder på at pasientene husker hvordan de blir behandlet under innleggelse og at dette farger opplevelsen i flere uker (Katsakou, Marougka, Garabette, Rost, Yeeles, Peiebe, (2011). I følge Nissen-Lie, Monsen, & Rønnestad (2010) har allianse og bedring hos pasientene en klar sammenheng, samt at pasientens motivasjon, hvor komplekse og alvorlige vansker de har, påvirker utfallet og miljøterapeutene må møte pasientene på en så sensitiv og fleksibel måte som mulig. Det er rimelig å tenke at pasienters opplevelse av krenkelse i etterkant kan variere. Noen pasienter kan i ettertid, når de har tilfrisknet, se nødvendigheten av at de ble lagt i belter. Krenkelsen kan være lettere å legge bak seg fordi de vil være takknemlige for at noen grep inn når pasienten mistet kontroll med det resultat at situasjonen kunne eskalert og fått katastrofale følger. Det kan være vanskelig for pasienten å si i fra at tiltaket opplevdes krenkende. Det kan være følelsesmessig vanskelig, eller at pasienten er redd for at det går ut over videre behandling. Hvis pasienten har en god relasjon til personalet kan pasienten frykte at relasjonen svekkes.

Informantene snakket også om pasienter som hadde tilbragt mye av livet på barnevernsinstitusjoner. Denne pasientgruppen hadde ifølge informantene en tendens til å

havne i belter. Grunnen til dette har sannsynligvis mange årsaker. En av årsakene kan være at deres liv har vært preget av tapssituasjoner og krenkelser. Når de fyller atten år og begynner på voksenlivet møter de mange nye utfordringer. Det kan bli vanskelig å forholde seg til rammer, grenser og krav. Derfor kan de reagere med sinne og utagering når miljøpersonalet gjør de grepene som de mener er nødvendige. Dette kan ifølge Stang (1998) betegnes som den patriarkalske formen for makt hvor personalet for eksempel forteller pasientene hva de skal gjøre. En kan også tenke at personalet har en forventning om at det kan bli utagering til denne pasientgruppen. Miljøterapeutenes holdninger kan da påvirke situasjonen hvis forventningen er utagering. I følge Nissen-Lie et al. (2010) påvirker terapeutens innstilling til pasienten inn på behandlingsresultatene, og hvis terapeuten strever med å tåle pasientenes følelsesmessige behov fordi de føler sinne eller irritasjon, kan dette føre til at man får dårlige tillitsforhold- eller allianser med pasientene. Det er rimelig å tenke at det kan være individuelle forskjeller hos terapeutene som trenger igjennom og påvirker pasientene

Tvangsmedisinering ble av informantene beskrevet som en årsak til utagering. En tvangsmedisinering krever ofte at pasienten må holdes fast når han eller hun får medisinen fordi medisinen gis med sprøyte. Dette kan pasienten føle som en krenkelse. Følelsen av å bli krenket kan gi pasienten motivasjon til å ty til vold fordi behovet for å forsvare seg kommer til uttrykk. Dette støttes av Lantta et. al (2016) som sier at tvangsmedisinering kan føre til voldelige reaksjoner fra pasienten. Pasienter som blir tvangsmedisinert kan ofte være livredde for hva som er i sprøyta. I følge Lillevik og Øien (2014) havner pasienten da i en situasjon hvor andre tar herredømme over en. Det vil da være nærliggende å tro at pasienten vil føle på maktesløshet og tap av kontroll. Dette kan sees på som om at pasienten mister sitt grunnleggende behov for trygghet. Kristoffersen (2016) sier at viktige faktorer for å føle seg trygg er nettopp forutsigbarhet og kontroll over egen livssituasjon. Det er rimelig å tenke at miljøterapeutene har et ansvar for å forklare pasienten hvorfor og hvordan medisin skal gis. Et alternativ kan være å tilby peroral medikasjon som et alternativ til sprøyte, og gi pasienten nok tid til å bestemme seg.

Truende atferd blir av informantene beskrevet som en årsak til at pasienter blir beltelagt. Hvis pasienten er til fare for seg selv eller andre fører dette ofte til beltelegging. Skader på inventar/bygningsmasse kan også i noen tilfeller føre til beltelegging. Hovedårsaken til at pasienter blir beltelagt mener informantene først og fremst er når pasienten er til fare for seg selv eller andre. Hvis pasienten er skjermet fra andre pasienter er det faren for at pasienten

kan skade personalet som avgjør om pasienten blir lagt i belter. Går pasienten til fysisk angrep, har miljøpersonalet en plikt til å ivareta både pasienten og miljøpersonalet. I følge Bjørkly (1997, s.109) vil miljøterapeutene møte store utfordringer med å vurdere hvor mye sinne og aggressiv atferd som skal aksepteres. Han spør: Når skal man avvente og se om situasjonen går over i aggressivitet, og når skal man gripe inn for å avslutte situasjonen? Det finnes ikke et klart svar på dette, men Bjørkly mener det er avgjørende for utfallet at miljøpersonalet arbeider aktivt med å hjelpe pasienten å moderere sinneutbrudd og skille mellom sinne som kan aksepteres og uakseptabel aggresjon. Det er rimelig å tenke at miljøpersonalet burde motivere til et opplegg rundt sinnemestring.

Her ligger det utfordringer for miljøterapeutene å vurdere hvor mye sinne og aggressiv atferd som skal aksepteres nettopp fordi ansvaret for hvordan situasjoner blir løst legges til miljøpersonalet (Jiang et al. 2015; Mahmud 2017; Kontio et al. 2010). Rogan (2011) peker på at skjerming, låste dører, bruk av belter eller tvangsmedisinering, «er de signaler som gis både til pasienter og samfunnet generelt». Der er rimelig å tenke at de blir på en måte stigmatisert som farlige mennesker og må isoleres fra samfunnet i perioder. Dette kan gi et inntrykk av at psykiatriske pasienter er annerledes eller sees på som «unormale». Stigmatisering av denne pasientgruppen kan føre til at miljøterapeutene tenker mer på sikkerhet enn behandling, og avdelingens kultur kan farges av dette.

Rus omtales av informantene som en av faktorene til utagering. Pasientene kan ha et sug etter rus og/eller ønsker seg ut for å ruse seg igjen. De kan kjenne på at de er urettferdig behandlet og føler seg tvunget til innleggelse. I følge Bennet et al. (1993) kan noen pasienter reagere negativt hvis de ikke blir gitt argumentene for innleggelse. Det er rimelig å anta at rus fører med seg en uforutsigbarhet og det kan være vanskelig å kommunisere med pasienter som er ruset. Hvis pasientene ikke har «linjer inn», vil dette vanskeliggjøre den verbale formen for kommunikasjon. Pasientene tar ikke korreksjon på oppførsel og mangel på kommunikasjon gjør det vanskelig for miljøpersonalet å komme i posisjon til å bygge en relasjon til pasienten. Alternativet kan være å aktivt bruke den non-verbale kommunikasjonen, trygge pasienten med tilstedeværelse og rolig opptreden. Det er også rimelig å tenke at miljøpersonalet kan motivere pasienten til å få hjelp med sitt rusproblem når pasienten er mottakelig for samtaler, men grunnet korte innleggelser på en psykiatrisk akuttavdeling kan dette være vanskelig.

Iozzino et al. (2015) fant at det er økt risiko for utagering i forbindelse med alkoholmisbruk, men rapporterer samtidig ingen sammenheng mellom andre rusmidler og utagering. Studien kunne imidlertid ikke dra en konklusjon i forhold til andre rusmidler og utagering, men viste

til at det var utført noen få empiriske studier som rapporterte at det var 2% som hadde sammenheng mellom andre rusmidler enn alkohol og vold. Dette står i kontrast til det informantene har erfart. De beskrev kombinasjonen av andre rusmidler enn alkohol og kampsport som veldig uforutsigbar. Utageringen skjedde så raskt at miljøpersonalet ikke rakk å beskytte seg. I slike tilfeller kan en tenke seg at personalet også har et behov for trygghet og forutsigbarhet. Når personalet står overfor denne pasientgruppen kan pasientene oftere blir lagt i belter fordi personalet vil redusere risikoen for fysisk skade. Det at personalet beltelegger pasienter for å redusere risikoen for fysisk skade finner en også i en kvalitativ studie fra Canada der 6 personale er intervjuet om tanker og følelser rundt mekaniske tvangsmidler (Marangos-Frost, S. & Wells, D. 2000). Når det gjaldt alkoholrus hadde informantene erfaringer med at det var mulig å kommunisere med pasientene og de rapporterte ikke om økt utagering blant denne pasientgruppen. En mulig forklaring på dette kan være at forskningen var utført i et annet land eller at utageringen ble tillagt en psykisk sykdom. En annen forklaring kan være at andre rusmidler enn alkohol gir en annen atferd.

Kulturforskjeller og språkvansker mente informantene kunne gi seg utslag i aggresjon og utagering. Kommunikasjon kan betraktes som et av de viktigste redskapene miljøterapeutene har i sitt arbeid. Hvis det ikke er mulig å forstå hverandre kan det fort bli misforståelser og muligheten for at det blir sinneutbrudd eller utagering kan øke. Pasientens sykdomstilstand kan vanskeliggjøre muligheten for kommunikasjon. Det kan også være slik at pasienten bare snakker sitt eget morsmål. En måte å løse dette på er å benytte seg av tolketjeneste.

Behandlingssamtalene foregår som regel med tolk til stede. Det kan oppstå situasjoner som må løses raskt, og da kan det være vanskelig å skaffe til veie en tolk. En kan tenke seg at risikoen for utagering da øker. En kvalitativ studie utført i Storbritannia av Wilson & Rouse (2018) som så på både pasienters og personalets forslag for å redusere bruk av belter, viste at kommunikasjon og relasjon var av stor viktighet. Det kan vise seg vanskelig å skape en relasjon til pasienten når direkte verbal kommunikasjon ikke lar seg gjøre. Tolken har et ansvar for at det pasienten sier blir korrekt gjengitt. Det pasienten sier må altså ikke bli omformulert eller fortolket på noe vis av tolken. Hvis tolken ikke oversetter det pasienten sier ord for ord, kan det pasienten sier bli tillagt en annen mening som igjen kan vanskeliggjøre behandlingen. I studiene av (Lantta et. al 2016; Wilson & Rouse 2018) kommer det frem at personalet mener problemer med kommunikasjon er en årsak til utagering.

Det er rimelig å tenke at det er en stor utfordring for personalet å kommunisere med pasienter fra andre kulturer som bare snakker sitt eget språk. Man er avhengig av tolk for å få til en

dialog for å kunne løse aktuelle konflikter enten det gjelder konkrete uenigheter eller misforståelser. Gjennom dialogen vil pasienten kunne føle seg lyttet til, pasienten får klar og tydelig informasjon og dialog åpner for å finne alternative løsninger eller nye handlingsvalg gjennom samarbeid. For å imøtekomme pasientens behov, må miljøterapeutene finne alternativer til å kommunisere med pasienten. Alternative måter å kommunisere på kan være plansjer med bilder eller tegninger hvor man har skrevet eller tegnet for eksempel forskjellige typer mat og drikke, eller spørsmål på pasientens morsmål som for eksempel kan være om pasienten har smerter. . I Duxbury og Paterson (2005) finner man blant annet at en beslutning om å legge en pasient i belter er vanskelig for sykepleiere, som må vurdere kulturelle ubalanser og sikkerheten til alle involverte. Noen kulturer har et annet kvinnesyn enn det som er rådende i vår kultur. Det er rimelig å tenke at et annet kvinnesyn enn vårt eget kan vanskeliggjøre relasjon og kommunikasjon mellom pasient og kvinnelige miljøterapeuter. Det kan også være slik at kvinner fra enkelte kulturer har vanskelig for å forholde seg til mannlig personal. Alternativet vil være at personalet velger å bruke mannlig personale til mannlige pasienter og kvinnelig personale til kvinnelige pasienter, så langt det lar seg gjøre med den bemanningen som er tilstede på jobb.

Sammendrag av denne hovedkategorien: Miljøterapeutenes opplevelser og erfaringer viser at det er viktig å møte aggresjonsutløsende faktorer hos pasienter på en annen måte, slik at personalet unngår at krenkelsen blir for stor, forklare situasjonene, unngå ytterligere stigmatisering, gi alternativer til medisiner, ha fokus på kulturforskjeller og ha kompetanse innen kommunikasjon.

Personalets opplevelser og erfaringer knyttet til betydningen av personalets egenskaper

viser seg i denne studien å bli tillagt stor vekt i forhold til om pasienten blir lagt i belter eller ikke.

Mellommenneskelige relasjoner ble av informantene ansett som en viktig egenskap hos personalet for å unngå beltelegging. I avhandlingen til Nissen-Lie et al. (2010) finner en at det er viktig at terapeuten har evne til å se mennesket og finne kvaliteter hos et menneske som man liker og respekterer. I avhandlingen kommer det frem at pasientens tidligere negative erfaringer vil farge bildet av terapeuten negativt og de å jobbe seg gjennom vanskelighetene i relasjonen gir beviselig en positiv effekt. I følge Nissen-Lie et al. (2010) har noen pasienter problemer i forhold til mellommenneskelige relasjoner, og kan eksempelvis si eller gjøre ting som provoserer. Informantene pekte på viktigheten av at pasienten ble trygget i situasjoner

som potensielt kunne føre til beltelegging. Dette fordi pasientene ofte kan være veldig redde og de forstår ikke hva som skjer med dem, eller kanskje er de psykotiske og ser ting som andre ikke ser. Når redselen blir så sterk at pasienten ikke greier å forholde seg til den, kan det skje at pasienten gjør ting som personalet reagerer på. I slike situasjoner er det viktig at personalet har god fagkunnskap om hvordan man kan trygge pasienten i situasjonen. Pasienten opplever fravær av viktige behov som en avmakt, herunder behov som Per Isdal i Lillevik og Øien (2014) beskriver. Behovene som Isdal nevner er: Forutsigbarhet, kontroll, oversikt, innflytelse og påvirkningsmulighet, beskyttelse og trygghet, utveier og løsningsmuligheter og kontakt (bli sett, hørt, forstått, anerkjent). Å skape en god relasjon handler om å kunne være personlig, ifølge Bøe og Thomassen (2017). De mener at man kan gå inn i relasjonen uten å begrense seg til rollen som profesjonell, men gi uttrykk for sine holdninger, tro og livssyn. Man må kunne bringe inn sine betraktninger og personlige meninger når man snakker om politikk, samfunn eller moral. Videre sier de at hvis en holder dette tilbake, blir ens person utydelig, og det er nettopp personer som må møtes i gode relasjoner. Det er derfor nærliggende å tenke at personalets holdninger også kan bidra til å skape situasjoner som ender med beltelegging. Relasjonens betydning samsvarer med funn gjort i andre studier (Borg og Topor 2007; Schrøder, Ahlström og Larsson, 2006)

Samspillet mellom personalet kan anees å være en styrke fordi det å bruke rett personal kan åpne for og fremme mellommenneskelige relasjoner. Å trygge en pasient medfører at personalet snakker med vennlig stemme og forteller pasienten at alle som er tilstede ønsker å hjelpe pasienten. At personalet setter seg ned ved pasienten kan gi et signal om at situasjonen er trygg samtidig som personalet gjør seg mindre truende. Gjennom å skape tillit og trygghet er det mulig å skape en relasjon som kan brukes til å unngå at pasienten legges i belter. Pasientens tillit til personalet kan fremmes hvis personalet fremstår rolig verbalt og fysisk og er på nivå med pasienten. Det vil også være viktig at personalet ikke fremstår som konfronterende eller truende, men heller åpne for at pasienten får gi uttrykk for sine følelsesmessige reaksjoner. Personalet bør vise pasienten at man respekterer og tar pasienten på alvor ved å lytte, invitere til dialog og samtidig være undrende, samt at man appellerer til den modne siden av personligheten til pasienten. I følge Nissen-Lie et al. (2010) vil dette tilsi at miljøterapeutene er mer ydmyke, og dermed er mer sensitive og lydhøre ovenfor pasienten, sier hun. Hem, Heggem og Ruyter (2008) sier at tillit ikke er noe personalet innehar eller blir gitt, personalet må derimot arbeide hardt for å fortjene eller oppnå tillit. En av informantene hadde erfaring med at beltelegging kunne unngås med å trygge og periodevis holde pasienten.

Som nevnt tidligere er kommunikasjon å betrakte som et av de viktigste redskapene miljøterapeutene har. Det å kommunisere med en pasient som er ute av balanse eller truende, kan være en utfordring med tanke på utfallet. Kommunikasjon inngår i profesjonsstudiene, men det er rimelig å tenke at nytten av kurs/studier i kommunikasjonsferdigheter kan være stor, særlig blant nyansatte. For de med lang erfaring er det også viktig å få en repetisjon eller oppdatere seg jevnlig. Det å skape en mellommenneskelig relasjon handler ofte om å bli trygg på hverandre. Når en pasient blir lagt i belter kan relasjonen til personalet bli skadelidende. Bruk av tvang er en utfordring for å få til/beholde en god relasjon til pasienten. Skal man skape en god relasjon til pasienten vil det være viktig at personalet viser forståelse og respekt, samt at pasienten opplever å bli hørt og trodd på så langt det lar seg gjøre. Dette støttes av Lillevik og Øien, (2014) som sier at når et menneske har tilstrekkelig grad av kontroll og oversikt over eget liv, har man nok ressurser til å mestre utfordringer, samt at man mestrer det å ivareta psykiske og fysiske behov.

Personalets sammensetning og kunnskap kan ofte være avgjørende for hvordan utfallet blir i situasjoner hvor pasienten kan ende med å bli lagt i belter. Det vil alltid være et dilemma for personalet hvordan situasjonene skal håndteres. I loven står det at tvangsmidler bare skal brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige. Informantene i studien hadde erfaring med at nok personale kunne bidra til at utagering ble forhindret. I følge Wynn (2003) ble økt bemanning og riktig bemanning sett på som en viktig strategi for å redusere bruk av tvangsmidler.

Inne i en psykiatrisk akuttavdeling bærer alle miljøterapeutene en alarm som kan utløses ved alvorlige episoder som fysiske angrep mot pasienter eller personale samt ødeleggelse av inventar. Hvordan løser personalet slike situasjoner? Personalet kan velge å utløse alarmen med det resultat at flere av personalet kommer styrrende. Personalet kan da risikere at pasienten føler seg truet og går til fysisk angrep som ender med at pasienten blir lagt i belter. Det kan også være slik at pasienten ser at «overmakten» blir for stor og situasjonen roer seg. En annen løsning kan være å få til en dialog med pasienten hvis det lar seg gjøre. Gjennom dialogen kan miljøterapeutene få en mulighet til å roe pasienten ned. Det kan være en risiko for at det ikke lykkes å roe situasjonen med dialog og muligheten for å få en motsatt effekt kan være tilstede. Personalets dyktighet kan være avgjørende for hvordan situasjonen blir løst. I Hendryx et al. (2009) finner en at generelle alternativer til tvang krever større oppmerksomhet til ansattes opplæring og pasientdeltakelse. Som nevnt tidligere blir det som oftest lagt til personalet hvordan situasjoner blir håndtert. Personalets faglige dyktighet eller

erfaringer med slike situasjoner kan være avgjørende. Det kan også handle om personalets personlighet eller kjønn. Hvis pasienten ikke har kjemi med en eller flere av personalet, kan man prøve å sette annet personal på den eller de pasientene. Informantene hadde erfaringer med at alder og kjønn kunne være avgjørende for utfallet av potensielle utageringssituasjoner. Det kan være vanskelig for pasienter å akseptere det å bli irettesatt av yngre personal. Hvis for eksempel en mann rundt 50 år blir tilsnakket på en autoritær måte av et personal som er betydelig yngre kan det være at pasienten blir provosert. Noen pasienter kan også bli provosert hvis personalet er ung og av annet kjønn. Interaksjonen mellom pasient og personal kan da bli negativ. Kommunikasjon med pasienten står som tidligere nevnt sentralt hvis man skal finne alternativer. Kommunikasjon kan være med på å oppklare misforståelser, få pasienten til å bli sett og hørt, at pasienten roer seg, at pasienten opplever å bli respektert eller hjelpe pasienten til å finne andre alternativer til sin atferd. Informantene har erfaring med at pasienten kan roe seg hvis personalet holder pasienten for å gi vedkommende muligheten til å roe seg og dermed hindrer en eskalering av situasjonen. Dette påpeker også Duxbury & Wright (2011) i en review-artikkel som ser på om personalet bør beltelegge voldelige og aggressive pasienter. De sier at aggresjon kan utløses på grunn av personalets egenskaper og hvis personalgruppa har et høyt nivå av kommunikasjonsegenskaper vil det sannsynligvis minske behovet for bruk av tvangsmidler. Dette er i tråd med Helse og omsorgsdepartementets visjon fra 2012 hvor man skal ha økt fokus på frivillighet i psykiske helsetjenester. Lorem, Frafjord, Steffensen og Wang (2014) fant at pasienter etterlyste mer kommunikasjon fra de ansatte. Hvis pasienten blir lagt i belter kan dette handle om avdelingens kultur. Hvis angstnivået er høyt generelt blant personalet kan det fort bli en kultur for at man bruker tvang unødvendig bare for «sikkerhets skyld». Usikkerhet blant personalet kan føre til økt behov for kontroll overfor pasientene. Helse og Omsorgsdepartementet (2012, s.10) mener at man kan anta at dette kan være resultatet av ulike behandlingskulturer, forklart som ulike holdninger og/eller atferd hos personalet, samt at det kan være forskjeller rundt organisering og ressursbruk. Helsedirektoratet (2012;2013) mener dette kan skyldes en ulik forståelse og praktisering av lovverket.

Det kan oppstå krevende episoder hvor personalet må løse flere oppgaver samtidig. Noen av personalet kan være opptatt med en innleggelse samtidig som en pasient blir aggressiv og utagerende. Der er rimelig å tenke at det kan det være slik at pasienten blir lagt i reimer fordi det ikke er nok personale på jobb til å få kontroll over situasjonen. Personalet får ikke tid til å roe episoden med dialog eller prøve med andre midler fordi sikkerheten til andre pasienter og

personalet er i fare. At det er lite personale i avdelingen trenger ikke å ha betydning for situasjonen. Det kan være at den psykiske lidelsen i seg selv utløser episoden og kunne ha oppstått uavhengig av personalressurser. Det er viktig at personalressursene fordeles og brukes riktig. Hvis det er dårlig fagdekning på aftenvakt og nattevakt kan dette føre til problemer med å vurdere situasjoner som oppstår. Det kan være viktig at personalet har andre fagpersoner å diskutere med for å kunne se andre alternativer eller å fatte riktige vurderinger.

Det er først og fremst lovverket som regulerer bruk av tvang i helsevesenet. Personalet må selv vurdere om alle lempeligere midler er tatt i bruk, eller om utageringen er så alvorlig at pasienten blir lagt i belter. Det kan tenkes at noen synes at loven bør åpne for å ha en lavere terskel når det gjelder mekaniske tvangsmidler. Til det kan man nevne at myndighetene og majoriteten av fagfolk mener det er nødvendig å redusere bruk av belter og tvangsbruk for øvrig. Men loven åpner generelt ikke for å bruke tvang før en episode skjer. Det kan være mange andre tiltak man kan gjøre før belter blir tatt i bruk. Hvordan man snakker med pasienten, eller formulerer seg kan ha en forebyggende effekt. Her kommer man igjen inn på god fagdekning og erfaring med å stå i ubehagelige situasjoner. Bevissthet rundt det å plassere seg i forhold til pasienten vil være viktig for å ikke provosere unødige. Et eksempel kan være at personalet ikke bør stille seg i døråpningen for å snakke med pasienten når pasienten er inne på rommet. Dette kan oppfattes som en blokkering av den eneste rømningsveien pasienten har. En annen oppgave personalet har er å regulere nærhet og avstand i forhold til pasienten. Det kan være viktig å la pasienten få nok rom slik at man ikke kommer for nær den personlige «sfæren» til pasienten. Studien til Wilson & Rouse (2018)

Bruk av tvang kan gjenspeile hvilken kultur som dominerer i en akutt-psykiatrisk avdeling. Det kan være ulike kulturer ved de forskjellige sykehus og avdelinger i Norge. I studien av Lantta et al. (2016) fant man at personalet kunne bli så vant til vold og utagering at de ble herdet emosjonelt og så på det å bli skadet på jobb som «en del av jobben». I studien av Wilson et al. (2018) finner man at personalet kan være overarbeidet på grunn av for lav bemanning og store krav til dokumentasjon. Videre fant man at det var stor utskiftning av personale førte til mye nytt og uerfarent personale på avdelingene. Informantene i denne studien hadde erfaringer som støttet dette. Det er da rimelig å tenke at utstrakt bruk av ufaglært arbeidskraft kan føre til at situasjoner eskalerer. Dette kan sees i sammenheng med at ufaglærte har mindre kunnskap om kommunikasjon, rutiner og forståelse for faget. For å kunne unngå situasjoner med utagering er det viktig å tolke de signalene man får i forkant. Dette finner en også i studien til Lantta et. al (2016), som konkluderer med at

observasjonsferdigheter og forståelse/tolkning av signaler og triggere som kan utløse aggresjon er viktige.

Informantene hadde erfaringer som tilsa at personalgruppen burde være samstemte for å slippe unødvendige utageringssituasjoner. Det er rimelig å tenke at vis enkelte av personalet gikk ut over det som var besluttet i miljøterapien kunne det føre til potensielle utageringssituasjoner. I et tenkt tilfelle kan det være at personalet på et skift gir en skjermingspasient tillatelse til å oppholde seg i fellesskapet. Når så neste skift ikke tillater dette kan man få en utagering fordi pasienten blir frustrert av forskjellene i behandling og rammer. Det er derfor viktig at alle i personalgruppen er kjent med miljøterapien og behandlingsplanen til den enkelte pasient for å unngå slike tilfeller. Det kan også være slik at personalet «omgår» miljøterapien og behandlingsplanen fordi situasjonen er så ubehagelig å stå i. Det er rimelig å tenke at støtte fra sine kollegaer i slike situasjoner kan være avgjørende for utfallet.

Pasientene merker hvis personalet er utrygge eller er redde når situasjonen eskalerer. Dette kan bidra til at pasienten kjenner på økt utrygghet eller redsel. Informantene var samstemte i at faren for utagering økte hvis personalet viste redsel eller usikkerhet. Det er rimelig å tenke at man ikke alltid får til et samsvar mellom verbal og non-verbal kommunikasjon. Personalet kan gi signaler på at de er usikre og redde med kroppsspråket, og da hjelper det lite hva man sier. Situasjonen kan være preget av aggresjon, kaos og støy. Hvorvidt personalet greier å trygge pasienten i situasjonen kommer an på hvor mye erfaring og fagkunnskap personalet innehar. For å trygge pasienten må man evne å signalisere til pasienten at man har kontroll ved å være rolig både fysisk og verbalt. Det vil også være viktig hvordan personalet posisjonerer seg for å ikke fremstå truende. En undrende holdning til hvorfor pasienten er så aggressiv kan hjelpe til med å dempe sinne hvis man i tillegg viser pasienten respekt og tar det pasienten sier på alvor. Tilstedeværelsen av flere kollegaer og det at man bærer overfallsalarm kan hjelpe miljøterapeutene til å føle trygghet. I en kvalitativ studie gjennomført av Björkdahl et al. (2010) hvor man så på pleiernes tilnærming til pasienter i en psykiatrisk akuttpost finner man at tilstedeværelse av mye personal blir en form for overmanning, eller som Björkdahl et al. beskriver det, et «*show of force*». Det som da skaper trygghet for personalet kan samtidig gjøre pasienten utrygg. Personalsammensetningen kan også påvirke utfallet. Hvis personalet har høy fagkompetanse med ferdigheter innenfor konflikthåndtering og har god dybdeforståelse av hva som skjer kan det være mulig å unngå at pasienten legges i belter. Dette sammenfaller med studien til Hendryx et al. (2009) hvor et av resultatene viser til at

alternativer til tvang blant annet krever større oppmerksomhet til de ansattes opplæring. I studien av Wilson et al. (2018) finner en at personalfaktoren kan ha avgjørende betydning når det kommer til å redusere bruk av belter. Studien viser at gode kommunikasjonsferdigheter og mer personal, særlig mer erfarent personal med nødvendige ferdigheter er av betydning for utfallet.

Ivaretagelse av pasienter og personale sees i lys av at informantene rapporterer et stort behov for sikkerhet, både for pasienten og for personalet. Dette kan sees i sammenheng med at hvis man ikke hindrer en situasjon i å eskalere og pasienten eller andre blir skadet, vil det kunne kalles omsorgssvikt. Å legge en pasient i belter blir av personalet oppfattet som den siste utveien for å ivareta pasienten og seg selv. Når de ansattes behandling av pasienter legitimerer tvangstiltak er det mange som hevder at dette bryter med menneskerettighetene (Kvam, 2013; Storvik, 2017), og det kan oppstå en diskrepans hos den ansatte. Det er rimelig å anta at miljøterapeutene kjenner på usikkerhet når de må gi tvangsbehandling som tydelig forårsaker ubehag hos pasienten. Det å bli skadet på jobb kan føre til fravær og i verste fall uførhet. Dermed kan det resultere i at noen av personalet ikke greier å komme tilbake til arbeidsplassen sin. Videre kan det tenkes at personale som har opplevd å bli skadet på jobb har en lavere terskel for å legge en pasient i belter ved aggresjon og utagering. Når miljøterapeutene skjønner at det kan nærme seg en utagering kjenner de på angst eller redsel før «det smeller». Følelsen av at man har kontroll over situasjonen blir borte. Denne usikkerheten kan bidra til at personalet senker lista i forhold til å bruke lempeligere midler. Der er rimelig å tenke at ved å legge pasienten i belter gjenoppretter personalet kontrollen og kan kjenne på lettelse ved at den truende situasjonen er løst. I en psykiatrisk akuttpost oppstår det forholdsvis ofte situasjoner som kan bli farlige. Hvis en pasient har brukt vold tidligere i avdelingen, er det økt risiko for at det kan skje igjen. Samtidig kan en tenke at når pasienten er kjent fra før vil personalets kunnskap om pasienten kunne brukes for å unngå det som pasienten tidligere har reagert negativt på, og heller bruke det man vet har positiv effekt. I situasjoner hvor personalet må gå inn for å legge en pasient i belter, blir det lite personal til å ta seg av andre pasienter. For de andre pasientene kan episoden med utagering og beltelegging oppleves traumatisk. Som regel vil de andre pasientene forsvinne inn på sine egne rom, men det kan skje at noen støtter den utagerende pasienten eller personalet. Dette samsvarer med det man finner i studien til Lantta et. al (2016) som finner at voldelige hendelser er komplekse og inkluderer interaksjoner mellom flere parter og måter å løse situasjonen på.

Informantene mente at beltelegging hadde vært nødvendig i alle tilfellene dette hadde blitt utført. Dette kan sees i lys av at personalet har ansvaret for at hverken pasienter eller personal kommer til skade. Blir noen skadet som følge av en utagering vil mange spørre seg selv om man skulle gjort ting annerledes eller grepet inn før.

Når en pasient må legges i belter er det nødvendig å ha tilstrekkelig med personal. 5-6 personal oppgis av informantene å være riktig antall. Ett personal ved hver fot og arm, ett personal til å holde hodet, og ett personal som har ansvaret for å kommunisere med pasienten. Er det et mindre antall personal involvert i prosessen kan det være fare for skade på pasient eller personal. Pasienten skal opplyses om hvorfor han/hun blir lagt i belter og prosessen forklares fortløpende, eksempelvis «nå tar vi den høyre armen din og fester den». Dette gjøres for at pasienten skal føle seg tryggere fordi man skaper en forutsigbarhet, og fordi pasienten som regel ikke ser alle involverte. Å legge en pasient i belter kan innebære en risiko for alle parter. Visalli et al. (1997) fremhever at særlig fysiske kampsituasjoner som en beltelegging, øker farene for skader for begge parter Det kan være fare for bløtdelsskader, beinbrudd og hodeskader. I tillegg kan pasienten få andre skader som nerveskader, respirasjonsskader og sirkulasjonsproblemer. Det er rimelig å tenke at denne risikoen øker hvis pasienten har somatiske risikofaktorer, og hvis beltene brukes feil. Hvis en pasient blir immobilisert ved bruk av belter over tid, bør personalet sette i verk tromboseprofylaktiske tiltak. Når personalet legger en pasient i belter kan dette aktivere mange følelser hos pasienten. Følelser som sinne, håpløshet og oppgitthet kan gjøre seg gjeldende, og tiltroen til andre mennesker og behandlingsapparatet kan svekkes. Det er også rimelig å tenke at det er en fare for at belteleggingen kan ha en traumatiserende og/eller en re-traumatiserende effekt. Dette fordi pasienten kan ha en svekket selvfølelse eller en annen virkelighetsforståelse, eller har erfaringer med fysiske og/eller seksuelle overgrep fra tidligere. (Cusack, Frueh, Hiers, Suffoletta- Maierle & Bennett 2003; Frueh, Knapp, Cusack, Grubaugh, Sauvageot, Julie, Cousins, Yim, Eunsil, Robins, Monniers & Hiers 2005) finner for eksempel at mange pasienter med tidligere livstraumer opplevde traumatiske eller skremmende erfaringer under sykehusinnleggelsen. Hendelsene hadde ført til at pasientene opplevde seg ydmyket, ulykkelig og redd. Dette var spesielt tilfelle hos pasienter som hadde blitt utsatt for tvang eller isolat. Erfaringene omhandlet blant annet å bli utsatt for eller se fysiske overfall, å bli hentet av politi, tvangsinnlagt, seksuelle tilnærminger, oppleve personell som snakket nedlatende til pasienter, eller det være innelukket med svært dårlige eller sinte medpasienter. Tvangsbruken hadde vekket til live tidligere traumer for flere.

Når pasienten ligger i belter skal det alltid være miljøpersonale tilstede. Pasienten skal tilsees av lege så fort som mulig og senest en time etter at pasienten er lagt i belter. Det er som hovedregel faglig ansvarlig for vedtaket som skal gjennomføre tilsynet. Informantene hadde erfaringer med at pasientene kunne reagere vidt forskjellig på å bli lagt i belter. Noen roet seg umiddelbart, noen gråt, mens noen viste sinne. Mange av pasientene spyttet etter personalet. Spytingen kan tolkes som et uttrykk for at pasienten er dypt uenig i det som er blitt gjort og at pasienten kjenner på sinne, og spytingen blir det eneste fysiske «våpenet» pasienten har. I de tilfellene pasienten ikke roer seg etter å ha blitt lagt i belter, rapporterte informantene at pasientene hadde en tendens til å komme med verbal trusler om forskjellige ting, blant annet drapstrusler. Det kunne også være trusler av seksuell art. Når slike trusler kommer kan det være hensiktsmessig å se på sammensetningen av kjønn for å redusere effekten av truslene, eksempelvis kan de seksuelle truslene minskes hvis mannlig personal sitter sammen med en beltelagt pasient. Det kan også være flere personale tilstede for å beskytte seg mot trusler av seksuell art. I noen tilfeller vil pasienten bare ha fred og ønsker ikke å forholde seg til noen. Hvis personalet da forsøker å få en dialog med pasienten i den hensikt å roe vedkommende ned ytterligere, kan dette ha en motsatt effekt.

Ut i fra resultatene fra intervjuene kommer det ikke klart frem om personalet hadde faste rutiner på de-briefing av personal eller samtaler med pasientene etter en beltelegging. Informantene hadde noen beskrivelser av at pasientene prøvde å bortforklare hendelsene som førte til belteleggingen. Det kan være fordi pasienten skammer seg over sin oppførsel før og under belteleggingen, eller at pasienten prøver å legge ansvaret for situasjonen over på miljøpersonalet. Studien viser at enkelte pasienter ikke husker belteleggingen, eller bare deler av den. Personalet kan også holde tilbake samtalen med pasienten fordi faren for re-traumatisering av pasienten er tilstede. Visalli og McNasser (1997) viser til noen ulike debriefingsmåter som var nyttig i deres sykehus når de skulle gjennomgå bruk av blant annet fysiske tvangsmidler. De etablerte et tverrfaglig team hvor brukerrepresentanter var inkludert og gikk gjennom hver hendelse. De fremholder at teamet må komme sammen så fort som mulig etter hendelsen, ellers kan personalet tilvenne seg tvangsbruken på en uheldig måte.

Det kan være flere grunner til at informantene ikke opplyste om debriefing av personalet etter belteleggingen var rutine. Det kan være at personalet er blitt så vant med slike episoder at de er blitt emosjonelt «avflatet», eller at de ser på belteleggingen som en del av jobben. At det kan være slik støttes av studien til Lantta et. al (2016). Forfatterens egen erfaring fra akuttpsykiatrien tilsier at debriefing av involvert personal blir gjort når det er mulig. Det vil

være viktig for ivaretagelsen av personalet at det blir tilbudt en samtale i etterkant av belteleggingssituasjoner. Får ikke personalet oppfølging i etterkant kan dette resultere i psykiske plager på lang sikt, og i verste fall ende med sykemelding og uførhet.

Sammendrag av denne hovedkategorien: Personalet bør ha kunnskap om mellommenneskelige relasjoner, være bevisst sin holdning, ha gode kommunikasjonsferdigheter, se andre alternativer og følge behandlingsplan/miljøterapi.

Organisatoriske egenskaper omhandler det som miljøterapeutene ikke har noen direkte påvirkningskraft på.

Bygningsmessige forhold omhandler blant annet betydningen av det fysiske rom og omgivelsene til pasientene. Når personalet ser at det er nødvendig å gjennomføre en beltelegging, kan mangel på plass gjøre det vanskeligere for personalet. Som tidligere beskrevet er det viktig at belteleggingen gjennomføres så skånsomt som mulig. I tillegg kreves det vanligvis 5-6 personer for å iverksette et slikt tiltak. Hvis personalet har for lite fysisk rom, kan belteleggingen være vanskelig å gjennomføre og pasienten kan bli påført mer belastning enn nødvendig. Hvis personalet har for liten bevegelsesfrihet kan risikoen for at pasienten eller personalet påføres skade bli forhøyet. Dette fant man også i studien til Wilson et al. (2018). Det er rimelig å tenke at pasientene kan roe seg hvis de gis muligheten til å være for seg selv og ikke føle seg overvåket. Det fysiske rom i en akutt-psykiatrisk avdeling kan inneholde mange gjenstander som kan brukes til å skade andre med. Pasientene kan være mer oppfinnsomme og ha bedre fantasi enn personalet klarer å se. Hvis det for eksempel er harde eller spisse gjenstander som pasienten kan nå tak i kan det være at disse blir brukt til å skade noen med. Dette kan være bestikk, glass, blomstervaser og lignende. Det kan være praktisk vanskelig å sikre seg helt mot dette, men ved å sikre potensielt farlige gjenstander og være bevisst på hvor man befinner seg i forhold til pasienten kan det være mulig å unngå noen episoder.

Når det gjelder utformingen av det fysiske rom i en psykiatrisk akuttavdeling kan det være at arkitektene kunne fått mer/bedre rådgiving. Fordi det i dag brukes mobile belter ved mange psykiatriske akuttavdelinger, kan dette bidra til at personalet kjenner på en trygghet fordi beltelegging kan utføres overalt inne i avdeling og man trenger ikke å planlegge så mye rundt dette. Pasientene i en psykiatrisk akuttavdeling kan oppleve det som negativt at personalet er tilstede i store deler av døgnet, det er strenge besøksrutiner, lite bilder/pynt og at maten serveres i plastservice. Det er imidlertid mye som kan gjøres for at avdelingen ikke skal virke

så stusselig; Bilder kan rammes inn i plast og skrus fast på veggen, ufarlige pyntegjenstander og duker, planter i plastikkpottter og mønster på plast/pappservice. Det kan være en umulig oppgave å få til helt sikre omgivelser. Pasienter som kommer fra permisjon kan for eksempel smugle inn farlige gjenstander. Utfordringen her blir Lov om psykisk helsevern § 4-6 som tillater ransaking kun ved begrunnet mistanke.

Lovverket, i denne studien Psykisk helsevernloven, skal regulere bruken av tvang i psykiatrien. I noen tilfeller rapporterer informantene om at legen eller behandleren kan love noe som ikke er mulig for personalet å overholde, og dette kan skape konfliktsituasjoner. Et eksempel på dette kan være at behandler har gitt pasienten tillatelse til å dra på butikk for å handle tobakk mens personalet ser at pasienten er i stor fare for å blamere seg eller utgjør en fare for andre mennesker utenfor avdelingen. Det kan også være slik at det ikke er nok personale til å følge pasienten på butikken. For å løse dette kan personalet velge å handle tobakk til pasienten, eller hvis avdelingen har «kriserøyk» kan pasienten låne tobakk inntil situasjonen lar seg løse. Det er ikke alle psykiatriske akuttavdelinger som har kriserøyk. Resultatet kan da bli at pasienten må vente til personalet har mulighet til å etterkomme ønsket om å handle tobakk.

Det kan også være slik at legen ikke har foreskrevet medisin som kan gi pasienten mulighet til å roe seg. Det kan være flere grunner til dette, blant annet hvis legen ikke finner indikasjon på at pasienten bør ha medisin eller at frivillighet og lempeligere midler skal forsøkes først. Er det slik at pasienten gis hurtigvirkende – eller depotmedisin skal det ifølge Lov om psykisk helsevern § 4-4 fattes vedtak om dette av faglig ansvarlig. Slike vedtak skal ifølge loven først benyttes når tiltaket med stor sannsynlighet kan føre til helbredelse eller vesentlig bedring av tilstanden, eller for å unngå en vesentlig forverring. Informantene sier at det er stor fare for utagering når pasienten ikke blir foreskrevet medisin. I slike situasjoner stilles det store krav til personalets kunnskap og sammensetning. Dette er beskrevet tidligere i diskusjonen. En kan også tenke at det stilles store krav til samarbeidet mellom miljø og stab.

Pasientene kan kreve en forklaring på hvorfor han/hun skal ha en eller flere typer medisin. Selv om miljøterapeutene kan gi forklaringen på dette kan det tenkes at en lege lykkes bedre med sin forklaring, særlig hvis legen har en relasjon med pasienten fra tidligere. Det kan imidlertid også være slik at pasienten ikke er enig i det legen har bestemt fordi pasienten ikke har tiltro til hverken lege eller behandling. Nasjonale føringer har gitt økt fokus på kortere tid i belter og mindre tvangsmedisinering gjennom - «Bedre kvalitet-økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015)». Ut fra dette kan man forstå

at pasientene skal løsnes fra beltene så fort som mulig. Det er rimelig å tenke at økt fokus fra media kan være en medvirkende faktor til dreiningen mot mer frivillighet og mindre/kortere tid i belter. Som nevnt tidligere er det er i hovedsak personalet som avgjør om pasienten har kontroll over seg selv fordi det er nettopp personalet som står i situasjonen. Ved å snakke med pasienten kan man fatte en avgjørelse om at pasienten har kontroll. For å prøve ut dette ytterligere kan miljøterapeutene kryssløse, for eksempel høyre arm og venstre fot. Informantene sier at når legene ser til pasientene som er beltelagt er de opptatte av at beltene skal løsnes så fort som mulig og beordrer noen ganger personalet til å slippe opp. Muligheten for at pasienten ikke har kontroll over seg selv er da tilstede og dermed øker faren for at pasienten må legges i belter på nytt, noe som kan oppleves som enda en krenkelse.

Informantene hadde en klar formening om når de fleste utageringene skjedde. I høytider og ferier er det ofte slik at bemanningen reduseres og bruken av vikarer øker. Faktorene som for lite bemanning og fagkunnskap er tidligere beskrevet i diskusjonen. En kan tenke at det i vaktskiftene kan være lite bemanning igjen ute i avdelingen, og utageringer skjer oftere når det er mindre personal tilstede ifølge informantene. Visalli og McNasser (1997) fant at bruk av møter ved vaktskifter var hjelpsomme ved at personalet kan gi informasjon om hendelser og hva de tror kan forebygge nye til de som kommer på jobb. Dette kunne bidra til å oppmuntre personalet til å utvikle behandlingsplaner på disse områdene, og til å redusere bruken av de mest restriktive metodene. Det er rimelig å tenke at om man overlapper- det vil si at deler av påtroppende personal kan være tilstede i miljøet under rapporten, gjerne personal som kjenner pasientene fra tidligere, kan ha en forebyggende effekt i forhold til bruk av belter. Måten å løse dette på kan legges til ledelsen.

Sammendrag av denne hovedkategorien: Det fysiske rom, lovverket, omgivelsene i avdeling, relasjoner og bemanning har betydning for utfallet i situasjonene blir å legge pasienten i belter.

4.1. Metodediskusjon

I dette avsnittet blir studiens metodiske kvalitet og holdbarhet diskutert. Forskningslitteraturen bruker ulike begreper for hvordan holdbarheten til en studie vurderes (Polit & Beck, 2012). Forfatteren av denne studien har valgt å fremheve troverdighet, pålitelighet og overførbarhet slik Graneheim og Lundman (2004) relaterer begrepene til holdbarhet (trustworthiness) i kvalitativ forskning. Utvelgelsen av meningsbærende enheter spiller en viktig rolle for å oppnå troverdighet i kvalitativ forskning, og forfatteren står overfor mange valg i prosessen (Graneheim og Lundman 2004). Forfatteren av denne studien er psykiatrisk sykepleier og kan således ha lik forforståelse av oppgavens tema som informantene. Bevisstheten på egen forforståelse har betydning for hvordan materialet tolkes. Forfatteren har gjennom hele prosessen forsøkt å være så tro mot de opprinnelige intervjuene som mulig. Det kan alltid være en fare for at forfatteren unnlater og mister meningsbærende enheter. Forfatteren kan også velge lengden på disse enhetene. Materiale som ikke blir tatt med i analysen, uforvarende eller systematisk, gir en mulighet for at man mister funn. Noen sitat kan ha en annen betydning enn forfatteren mener de har, derfor er det viktig å vurdere sitt eget ståsted gjennom hele analyseprosessen og fortløpende se de meningsbærende enhetene i sammenheng med problemstillingen. Malterud (2012) sier at gruppedynamikken i en fokusgruppediskusjon kan medføre at assosiasjoner og fantasi igangsettes og dermed skape fortellinger. Malterud (2012) sier videre at gruppesamtaler gir en annen type kunnskap enn det en får i individuelle samtaler, fordi det i en gruppe vil bli snakket mer om felles erfaringer og synspunkter i et miljø hvor mange mennesker samhandler.

Studien er utført av forfatteren alene. Studiens kvalitet kunne blitt styrket om forfatteren hadde hatt en medforfatter å drøfte funnene med. I Kruuse (2007, s.223) finner man at fortolkninger av tekst er avhengig av hvem som analyserer materialet. Forforståelsen vil derfor prege fortolkningen og kan medføre at andre tolker materialet annerledes. Det ble videre tatt et valg om å berike resultatene med fortløpende sitater i teksten. Dette ble gjort for å vise hvordan forfatteren har tenkt i prosessen fra meningsbærende enheter til kategorier, i tillegg til at dette er med på å bevare og fremme troverdigheten til studien. Det er viktig at kategoriene som ble laget er dekkende for eventuelle funn, ifølge Graneheim & Lundman (2004). Derfor synliggjøres analyseprosessen med tabellene (tabell 1 og 2). Alle informantene er representert i studien og begge intervjuene ble behandlet på samme måte gjennom analysen. Det kan være en svakhet at det kun er ett menneske som analyserer datamaterialet

ifølge Malterud (2011), og det kan derfor være en svakhet i denne studien. På den andre siden kan det være en fordel at samme person har utført intervju, transkribering og analyse fordi risikoen for feiltolkninger minskes, og materialet blir således kvalitetssikret (Malterud 2011). Forskeren får samtidig en god oversikt over datamaterialet og kan sees som en fordel i tolkningen.

Intervjuguiden ble utformet slik at muligheten for å svare ja/nei var utelukket. I tillegg var prosessen rundt utformingen av intervjuguiden viktig for å tydeliggjøre hva som var ønskelig å undersøke i studien. I følge Krumsvik (2014) er reliabiliteten til intervju i en studie relatert til tydelige spørsmålsformuleringer og om intervjuer har formet informantenes svar. I etterkant av studien ser forfatteren at det kunne vært hensiktsmessig å gjennomføre et pilotintervju i forkant av intervjuene. På den måten kunne forfatteren fått rede på om intervjuguiden burde revideres før informantene ble intervjuet. Dette ville også vært en øvelse til det virkelige intervjuet og kunne gjort forfatteren bedre forberedt og tryggere i intervjurollen.

En studies overførbarhet blir styrket gjennom en detaljert beskrivelse av dens kontekst, utvalg, datainnsamling og analyseprosess. Det vil i hovedsak være leseren som bestemmer studiens overførbarhet ved å se på hvordan den er gjennomført (Graneheim & Lundman, 2004). Fokusgruppediskusjonenes funn kan ikke generaliseres, men kan ha en overføringsverdi til lignende situasjoner (Malterud, 2012). Alle informantene jobber ved samme sykehus, derfor sier ikke studien noe om eventuelle forskjeller sykehus imellom. Det kan likevel være nærliggende å tenke at funnene som omhandler aggresjonsutløsende faktorer, personalets egenskaper og organisatoriske egenskaper i forbindelse med å legge en pasient i belter er gjeldende ved lignende situasjoner.

5.0 Konklusjon.

I denne studien har fokuset vært på å belyse miljøterapeuters opplevelser og erfaringer før, under og etter en føre til at personalet legger pasienter i belter. Hovedfaktorene er aggresjonsutløsende faktorer, personalets egenskaper og organisatoriske egenskaper. Studien viser at kommunikasjon er et viktig arbeidsredskap i møte med aggresjon for å de-eskalere situasjoner som kan føre til beltelegging. Herunder kommer den mellommenneskelige relasjonens betydning. Videre peker studien på at personalets egenskaper har stor betydning for utfallet. Egen forforståelse i situasjonen, egne holdninger og verdier samt styrker og svakheter som menneske og yrkesutøver vil potensielt påvirke om utfallet blir beltelegging. Viktigheten av å kartlegge aggresjonsutløsende faktorer tidlig og samarbeidet mellom stab og miljø kommer også til uttrykk i studien, samt at miljøterapeutene har ansvaret for å balansere sikkerheten til ansatte og pasienter.

I lys av denne studien ser man at det er flere tema det kunne vært interessant å forske på. Det kunne vært lærerikt å utføre lignende studier med intervju av pasienter for å se om deres opplevelser og erfaringer rundt beltelegging lignet på miljøpersonalets. Dette kunne gitt miljøpersonalet viktige bidrag for å videreutvikle miljøterapeutisk praksis. Det kunne også vært interessant å forske på hvorfor bruken av belter øker i høytider og ferie for å se om bemanningen burde økes i de periodene hvor flest pasienter ifølge informantene blir lagt i belter.

Litteraturliste:

Bennet, N. S., Lidz, C. W., Monahan, J. Mulvey, E. P., Hoge, S. K., Roth, L. H. Gardner, W. (1993) Inclusion, motivation, and good faith: the morality of coercion in mental hospital admission. *Behavioral sciences & the law*, 11(3), 295-306.

Berg, J. E. (2007). Akuttpsykiatri for leger og sykepleiere. Stavanger: Hertevig Forlag.

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

Borg, M. og Topor, A. (2007). *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige lidelser* (2 utg.). Oslo: Kommuneforlaget.

Bøe, D T. Thomassen, A. (2017) Psykisk helsearbeid. *Å skape rom for hverandre*. 3. utg. Universitetsforlaget 2017

Cusack, K. J., C. Frueh, T. Hiers, S. Suffoletta- Maierle & S. Bennett (2003), Trauma within the psychiatric setting: a preliminary empirical report. *Administration and Policy in Mental Health*, Vol. 30, No. 5: 453-460

De Nasjonale forskningsetiske komiteer. (2010). Helsinkideklarasjonen. Hentet 12.08.2016 fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-oghelse/Helsinki-deklarasjonen/>

Duxbury J, Paterson B (2005) The use of physical restraint in mental health nursing; an examination of principles, practice and implications for training. *The Journal of Adult Protection*; 7: 4, 13-24.

Duxbury & Wright (2011). Should nurses restrain violent and aggressive patients? *Nursing Times*. 107(9).

Forskrift om etablering av psykisk helsevernloven 2011-12-16 nr. 1258

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

Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur.*

Helsedirektoratet (2013). *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne 2012. Oslo: Helsedirektoratet.* Hentet 8 April fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/bruk-av-tvang-i-psykisk-helsevern-for-voksne>

Helse og omsorgsdepartementet (2012). *Bedre kvalitet-økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015)*

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

Hendryx M, Trusevich Y, Coyle F, Short R & Roll J (2009) The Distribution and frequency of Seclusion and/or Restraint among Psychiatric Inpatients. *Journal of Behavioral Health Services & Research* 37:2 April 2010

Hjemås, G. (2011) Tvang i psykisk helsevern. Geografiske forskjeller i tvangsinnleggelse. *Samfunnsspeilet*, 2011/2

Hummelvoll, J. K. (2012). Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Jiang H, Li C, Gu Y, He Y. (2015) Nursing Ethics. 2015 Sep;22(6): 652-660

Iozzino L, Ferrari C, Large M, Nielssen O, de Girolamo G. *Prevalence and risk factors of violence by psychiatric acute inpatients: a systematic review and meta-analysis. PLoS One* 2015;10.

Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Oslo: Abstrakt.

Katsakou, C. Marougka, S. Garabette, J. Rost, F. Yeeles, K. Peiebe, S. (2011) Why do some voluntary patients feel coerced into hospitalisation? A mixed- methods study. *Psychiatry research* 187(1-2) 275-282.

Kontio R, Välimäki M, Putkonen H, Kuosmanen L, Scott A & Joffe G (2010) Patient restrictions: Are there ethical alternatives to seclusion and restraint? *Nursing Ethics* 17(1) 65-76.

Kruise, E. (2007). *Kvalitative forskningsmetoder- i psykologi og beslektede fag*. 6. utg. Kap. 2. *Hvad er kvalitative metoder?* S. 17-23. Danmark: Psykologisk forlag AS.

- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvam, M. (2013). (Sist revidert: 28.11.2013) Tvangsbruk i psykiatrien kan innebære brudd på menneskerettighetene. Hentet fra <https://nhi.no/psykisk-helse/psykiske-lidelser/tvang-i-psykiatrien-og-bruddpa-rettigheter/>
- Lanata T, Anttila M, Kontio R, Adams C, Välimäki M. (2016) *Violent events, ward climate and ideas for violence prevention among nurses in psychiatric wards: a focus group study. International Journal of Mental Health Systems* (2016) 10:27.
- Lillevik, O. G. & Øien, L. (2014). Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon. Gyldendal Norsk Forlag AS 2014
- Loem, G. F., Frafjord, J. S., Steffensen, M., & Wang, C. E. A. (2014). Medication and participation: A qualitative study of patient experiences with antipsychotic drugs. *Nursing ethics*, 21(3), 347-358.
- Mahmoud A S. (2017). *Psychiatric Nurses' Attitude and Practice toward Physical Restraint.* Archives of Psychiatric Nursing. 2017 Feb;31(1):2-7
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3. utg.). Oslo:Universitetsforlaget
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag.* Oslo: Universitetsforlaget.

- Mulder, C. L. (2005): Variations in involuntary commitment in the European Union, *The British Journal of Psychiatry* (2005) 187:91-92.
- Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T., & Rønnestad, M. H. (2010) *Therapist predictors of early patient-rated working alliance: A multilevel approach*. *Psychotherapy Research*, 20(6), 627-646.
- Norvoll Reidun (2008) Delrapport 1: Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus- en presentasjon av internasjonal og nasjonal litteratur (SINTEF A4572) Trondheim/Oslo
- LOV-1999-07-02-62 Psykisk helsevernloven – phlsvl. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). (1999-07-02)
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (9. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Rogan, Thor. (2011). Paradigmeskifte i psykisk helsearbeid. I Anderson A.J. & Karlson B.J. (red). *Variasjon og dialog – perspektiver på psykisk helsearbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schröder, A., Anderssen, N., Øye, C., og Bjelland, A.K. (2008). Patient`s perceptions of the concept of the quality of care in the psychiatric setting: A phenomenografic study. *Journal of clinical nursing* 15 (1), 93-102.
- Sintef Helse. (2008a). *Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, 2003, 2005 og 2007*. Oslo: SINTEF helse, Pb. 124, Blindern, 0314 Oslo/7465 Trondheim

Sintef Helse. (2008b). *Det er nå det begynner! - Hovedrapport fra prosjektet «brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus» (BAT) (Vol.Sintef A 8450).*
Oslo/Trondheim: Sintef Helse

Stang Ingun (1998) Makt og bemyndigelse. Universitetsforlaget AS, Oslo

Storvik, M. (2017). (15.aug.2017 10:46) *Aftenbladet*. Ledelsen har ansvaret for at lover følges. Hentet fra: <https://http://www.aftenbladet.no/meninger/debatt/i/gq8ba/Ledelsen-har-ansvaret-forat-lover-folges>

Svindseth, M. F., Dahl, A. A., Hatling, T. (2007). Patient`s experience of humiliation in the admission process to acute psychiatric wards. *Nordic journal of psychiatry*, 61(1) 47-53

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis: innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Tjora, Aksel (2017) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3.utgave, 1.opplag) Gyldendal akademisk

Vatne, S. (2009). *Korrigere og anerkjenne. Relasjonenes betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Visalli, H. & G. McNasser (1997a), Striving Toward a Best Practice Modell for a Restraint-Free Environment. *Journal of Nursing Care Quality*. Vol. 11, No. 6: 1-4

Visalli, H., G. McNasser, L. Johnstone & C.A. Lazarro (1997), Reducing High-risk Interventions for Managing Aggression in Psychiatric Settings. *Journal of Nursing Quality* Vol.11, No.3:54-61

Weber, M. (2000). Makt og byråkrati. Essays om politikk og klasse, samfunnsforskning og verdier. Oslo: Gyldendal.

Wilson, C. Rouse, L. (2018) Mental health inpatients' and staff members' suggestions for reducing physical restraint: A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2018;1-13.

Wynn R (2003) Staff's attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital. *Nordic Journal of Psychiatry* 57:453-459.
doi.org/10.1080/08039480310003470

Åsebø, S. og Norman, M. G. Her legges flest i belter. (26.04.2016 20:27 - oppdatert 26.04.2016 20:37) VG. Hentet fra: <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/tvang-i-psykiatrien/her-legges-flest-i-belter/a/23668115/>

Åsebø, S. og Norman, M. G. Vet ikke hvor mange som legges i belter. (24.04.2016 20:37 - oppdatert 25.04.2016 22:54) VG. Hentet fra: <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/tvang-i-psykiatrien/vet-ikke-hvor-mange-som-legges-i-belter/a/23665230/>

Åsebø, S. Skiphamn, S. S. Valette, I. og Norman, M. Hvorfor det fortsatt beltelegges folk i psykiatrien (28.11.2016 19:54 oppdatert 29.11.2016 13:13). VG. Hentet fra: www.vg.no/nyheter/innenriks/tvang-i-psykiatrien/her-holdes-pasientene-lengst-i-belter/a/23858437/

Vedlegg 1.

Intervjuguide fokusgruppeintervju:

Fase 1: Rammesetting	1. Uformell prat og servering av forfriskninger. (ca. 2 min)
	2. Informasjon (ca. 5-10 min) <ul style="list-style-type: none">• Si litt om temaet før intervjuet (bakgrunn, formål).• Forklar begreper og definer emneordene.• Forklar hva intervjuet skal brukes til og forklar taushetsplikt, frivillighet og anonymitet.• Spør om noe er uklart og om respondentene har noen spørsmål.• Forklar hvorfor fokusgruppeintervju.• Informer om opptak.• Start opptak.
Fase 2: Erfaringer	3. Overgangsspørsmål: (ca. 10-15 min) <ul style="list-style-type: none">• Hvem vil starte å fortelle om perioden før selve belteleggingen ble utført – hva skjedde? Hva ble sagt? Hva ble gjort?
Fase 3: Fokusering	4. Nøkkelspørsmål: (ca.20-35 min) <ul style="list-style-type: none">• Kan dere fortelle om hva som skjedde før belteleggingen• Hadde alle frivillige tiltak blitt forsøkt før tvangen ble iverksatt, og i så tilfelle, hvilke tiltak var forsøkt?

	<ul style="list-style-type: none"> • Hva sa dere? Hvordan opplevdes det? • Hva gjorde dere? Hvordan opplevdes det? • Hadde dere mulighet å påvirke det som skjedde? På hvilken måte? • Hvordan forholder miljøpersonalet seg til pasienten når pasienten er reimlagt? • Sitter dere ved siden av pasienten? Hvordan oppleves det? • Var det ett eller flere personale der? Hvordan oppleves det? • Snakket dere med pasienten? Hvordan opplevdes det?
Fase 4: Tilbakeblikk	<p>5. Oppsummering (ca. 5 min)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det noe dere vil legge til? • Er det noe som er uklart?

Vedlegg 2.

Til avdelingssjef og fagutvikler ved akuttavdelingen på xxxxxxxx ved xxxxxxxxxx

Dette er en formell forespørsel om bistand til å rekruttere informanter og gjennomføring av fokusgruppeintervju. Undertegnede har tidligere vært i dialog med avdelingsleder og fagutvikler som har sagt seg villig til å være behjelpelig med rekruttering av informanter til min, Reidar Ove Høyholm's, masteroppgave i psykisk helsearbeid som gjennomføres ved Nord Universitet, fakultet for sykepleie og helsevitenskap.

Som nevnt i tidligere samtaler dreier studien seg om å belyse miljøpersonalets opplevelser og erfaringer før, under og etter beltelegginger.

Det vil være en kvalitativ studie, i form av to fokusgruppeintervjuer. Det tas sikte på minigrupper på 4-5 deltakere i hver gruppe. Hvis mulig er det ønskelig å få til en fokusgruppe med nattpersonale og en fokusgruppe med personale som jobber dag/aften.

Informantene som rekrutteres skal være ansatte på psykiatriske akuttavdelinger, der de har jobbet minimum 1 år i minimum 50 % stilling og at de snakker norsk. Det er ønskelig å rekruttere profesjoner som har helsefaglig bakgrunn og at dem jobber i miljøet på en akuttavdeling.

Ved forespørsel om å delta i studien ønskes det at informantene får vedlagte dokument: "Informasjon og forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet". Informantene melder så tilbake sin interesse til fagutvikler som i samarbeid med informantene og undertegnede finner tidspunkt for intervjuene.

Ved at dere rekrutterer informantene, trenger undertegnede ingen personidentifiserbare opplysninger. Det gjøres oppmerksom på at informantene har taushetsplikt på sin yrkespraksis, slik at sensitive og personidentifiserende opplysninger ikke skal formidles under

intervjuene. Dersom opplysninger av en slik art skulle fremkomme vil de bli anonymisert ved transkribering av lydopptakene.

I tillegg til hjelp til rekruttering, ønskes det at institusjonen stiller møterom til disposisjon til intervjuene.

Med vennlig hilsen

Reidar Ove Høyholm

Masterstudent i psykisk helsearbeid

Siv Grav

Veileder

Vedlegg 3.

Forespørsel og informasjon om deltagelse i studie

«Miljøterapeuters erfaringer fra belteleggingssituasjoner. En dypere forståelse som kan brukes for å redusere bruk av belter»

Bakgrunn og formål

Mitt navn er Reidar Ove Høyholm. Jeg er psykiatrisk sykepleier og jobber ved psykiatrisk akuttpost i Namsos. I forbindelse med min masteroppgave ved Nord Universitet, fakultet for sykepleie og helsevitenskap, studiested Namsos, ønsker jeg å komme i kontakt med miljøterapeuter som har vært involvert i belteleggingssituasjoner i en psykiatrisk akuttpost. Denne masteroppgaven har som hensikt å belyse miljøterapeuters opplevelser og erfaringer i situasjonen før, under og etter en beltelegging. Studien har som formål å øke kunnskapen hos personalet gjennom formidling av studiens resultat slik at personalet er bedre rustet til å finne alternative løsninger til beltelegging i en psykiatrisk akuttpost.

Du inviteres til å delta i dette studiet og mottar denne henvendelsen på bakgrunn av at du snakker norsk og arbeider minimum 50% stilling som miljøterapeut med helsefaglig bakgrunn ved en psykiatrisk akuttpost, samt at du har vært involvert i reimleggingssituasjoner i løpet av siste 1-5 år.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltagelse i studien innebærer at du deltar i et gruppeintervju hvor deltakerne forteller om sine opplevelser og erfaringer før, under og etter reimleggingssituasjonene. Intervjuet tenkes utført innen utgangen av Desember 2017. Intervjuet vil ha en varighet på 1-1.5 time. For å være sikker på å få med alt dere sier, vil det bli brukt digital lydopptager. Lydopptaket vil bli overført til PC og avskrevet av masterstudent. Deretter slettes det.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Din deltagelse i studiet vil være anonym og det samme gjelder opplysninger om eventuelle tredjepersoner, ingen vil kunne gjenkjennes i publikasjoner.

Det er bare masterstudent som vil ha tilgang til intervjumaterialet. Dette vil oppbevares i safe. Datamaskinen som skal brukes er passordbeskyttet.

Prosjektet skal etter planen avsluttes medio april 2018.

"

Det er frivillig å delta i studien, og du samtykker ved å delta i gruppeintervjuet.

Dersom du har spørsmål til studiet, ta kontakt med:

Reidar Ove Høyholm, masterstudent

Tlf:91583897

E-post:Rhyholm@yahoo.com

Veileder og faglig ansvarlig for studiet:

Siv Grav, Førsteamanuensis ved Nord Universitet,

Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, studiested Namsos

Tlf:74212321

E-post:siv.grav@nord.no

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata

Vedlegg 4.

NSD

Siv Grav
Helsevitenskap Nord Universitetet
Høgskoleveien 27
7600 LEVANGER

Vår dato: 08.05.2017 Vår ref: 53729 / 3 / IGL Deres dato: Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 20.03.2017. Meldingen gjelder prosjektet:

53729	Tidligere pasienters erfaringer med personalets tilstedeværelse ved bruk av beltelegging
Behandlingsansvarlig	Nord universitet, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Siv Grav
Student	Reidar Høyholm

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tirår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal sikje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.11.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt Audun Lavite

Kontaktperson: Audun Lavite tlf: 55 58 23 07

Dokumenter av elektronisk postbrev og godkjent ved NSDs netter for elektronisk godkjenning

NSD – Norsk senter for forskning på IS Boks 118/Signe gate 28 Tlf: +47 55 28 21 11 nsd@nsl.no Org.nr: 987 321 888
NSD – Norwegian Centre for Research Data NO-2007 Bergen, NORWAY Faks: +47 55 28 96 20 www.nsd.no

Vedlegg 5.

Fra: Audun Gabriel Løvlie [mailto:Audun.Lovlie@nsd.no]

Sendt: 2. januar 2018 09:20

Til: Siv Grav <siv.grav@nord.no>; Rhyholm@yahoo.com

Emne: Prosjektnr: 53729. Tidligere pasienters erfaringer med personalets tilstedeværelse ved bruk av beltelegging

BEKREFTELSE PÅ ENDRING

Hei, viser til endringsmelding registrert hos personvernombudet 4.12.2017.

Vi har nå registrert at prosjektets tittel er endret til: «Personalerfaringer ved bruk av beltelegging». I dette registreres det også at utvalget er endret fra pasienter til personale.

Prosjektlutt og anonymiseringsdato er satt til 12.4.2018.

Det må utformes et godt informasjonsskriv til utvalget, ombudet ber om av dette ettersendes før utvalget kontaktes.

Ombudet minner om at utvalget er underlagt taushetsplikt og dermed ikke kan oppgi opplysninger som potensielt kan identifisere pasienter. Studenten må minne utvalget sitt om dette, da prosjektet og forskning generelt ikke unntar fra taushetsplikten uten at det foreligger gyldige godkjenninger og vedtak fra REK, departement og/eller direktorat.

Personvernombudet forutsetter at prosjektopplegget for øvrig gjennomføres i tråd med det som tidligere er innmeldt, og personvernombudets tilbakemeldinger.

Vi vil ta ny kontakt ved prosjektlutt.

--Vennlig hilsen | Best wishes

Audun G. Løvlie

seniorrådgiver | Senior Adviser

Seksjon for personverntjenester | Data Protection Services

T: (+47) 55 58 23 07

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS | NSD – Norwegian Centre for Research Data

Harald Hårfagres gate 29, NO-5007 Bergen

T: (+47) 55 58 21 17 postmottak@nsd.no www.nsd.no