

Når erfarne psykiatriske sykepleiere håndterer høy voldsrisiko.

Tema:

En belysning av erfarne psykiatriske sykepleieres opplevelse og sykepleie i møte med pasienter der voldsrisiko er vurdert som høy.

Thor Egil Holtskog



Masteroppgave

Universitetet i Oslo

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

14. November 2011



Når sykepleiere håndterer høy voldsrisiko.

En belysning av erfarne psykiatriske sykepleieres opplevelse og sykepleie i møte med pasienter der voldsrisiko er vurdert som høy.

© Forfatter

År: 2011

Tittel : Når sykepleiere håndterer høy voldsrisiko

Forfatter : Thor Egil Holtskog

<http://www.duo.uio.no/>



UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTETET

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Thor Egil Holtskog	Dato: 15.11. 2011
Tittel og undertittel: Når erfarne psykiatriske sykepleiere håndterer høy voldsrisiko – En belysning av erfarne psykiatriske sykepleieres opplevelse og sykepleie i møte med pasienter der voldsrisiko er vurdert som høy.	
<p>Formål: Å få utdypende kunnskap om intervensjoner som kan forebygge voldelige utfall for å begrense behovet for bruk av evt. tvangsmidler i regionale sikkerhetsavdelinger, sett fra erfarne psykiatriske sykepleieres perspektiv. Følgende problemstilling er forsøkt besvart: Hva beskriver sykepleierne som viktige mestringsmetoder i møtet med pasienter der voldsrisiko er vurdert som høy.</p> <p>Theoretisk forankring: Primært utgangspunkt er tatt i Peplau og Travelbee. Forskning fra lukkede psykiatriske avdelinger med vold og tvangsmiddelbruk er presentert og brukt i denne studien.</p> <p>Metode: Studiens er utført i tre regionale sikkerhetsavdelinger i Norge. Ved hjelp av et kvalitativt design er det gjennomført individuelle intervjuer med 9 psykiatriske sykepleiere. De har i gjennomsnitt 12,8 års erfaring fra regionale sikkerhetsavdelinger. Data er analysert med utgangspunkt i Kvaales beskrivelser.</p> <p>Resultater: Tre sentrale temaer relatert til voldsforebyggende intervensjoner ble identifisert 1) Omgivelsens betydning handler om betydning av at den fysiske sikkerheten og bygningsmessig tilretteleggelse er bra nok, og tilpasset visse krav. 2) Sykepleieres opplevelse i møte med høy risiko beskriver sykepleiernes opplevelser av påkjenninger og utfordringer de har erfart når de håndterte høy voldsrisiko, der muligheten for selv å bli angrepet har vært tilstede. 3) Samspill i personalgruppen har en sentral rolle i hvordan det er mulig for sykepleiere å håndtere høy voldsrisiko med minimalt bruk av tvangsmidler. 4) Samspillet mellom sykepleier og pasient er det fjerde temaet, og forstås i lys av både omgivelsene, opplevelsene og samspillet i personalgruppen.</p> <p>Konklusjon: For å utøve psykiatrisk sykepleie i miljøterapeutiske former ved Regionale psykiatriske sikkerhetsavdelinger, må sykepleierne kompensere for en høy grad av kontroll og vokter rolle. Det krever spesielt samspill med en stor nok og kompetent nok personalgruppe. Individuell indre trygghet og inneforståthet med øvrig personells forventninger er en forutsetning. Sykepleierne skaper da en trygg forutsigbarhet med mulighet for tidlig intervensjon og gir en forebyggende effekt som reduserer tvangsmiddel bruk. Fremtidige utfordringer synes å være ivaretagelse av personalgruppene, så de tør å være sammen med pasientene også når disse er aggressive. Trygghet må ivaretas så personalet er lenge nok ved avdelingene til å oppnå tilfredsstillende erfaring, fordi erfaring gir trygghet. Tryggheten ivaretar respekt og likeverd med pasientene.</p>	
Nøkkelord: Sikkerhetspsykiatri, Psykiatrisk sykepleie, Tvang, Tidlig intervensjon, Vold, Relasjon	



UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTETET

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Thor Egil Holtskog	Dato: November 15. 2011.
<p>Tittel og undertittel: When experienced psychiatric nurses handle high risk of violence – An elucidation of experienced psychiatric nurses experience and nursing in the meeting with high risk of violence.</p>	
<p>Purpose: To obtain detailed knowledge about interventions that can prevent violent outcomes in order to limit the need for the use of any coercive measures in the regional security departments, from experienced psychiatric nurses' perspective. The following question is sought answered: What describes nurses as important coping methods in meeting patients where violence risk is considered high.</p>	
<p>Litterature review: The primary grounding is taken in Peplau, Travelbee and Vatne. Research from closed psychiatric wards with violence and use of restraint is presented and used in this study.</p>	
<p>Method: The study is conducted in three regional security wards in Norway. Using a qualitative design, with individual interviews of nine psychiatric nurses. They have an average of 12.8 years of experience in regional security wards. Data are analyzed based on Kvale's descriptions.</p>	
<p>Results: Three key themes related to violence prevention interventions were identified 1) the environments importance of the physical safety and structural arrangements must be good enough, and adapted to specific requirements. 2) The nurses experience in the face of high risk describes nurses' experiences of stress and challenges they have experienced when they handled the high violence risk, where the possibility of even being attacked have been present. 3) Cooperation with colleagues has a central role in how it is possible for nurses to deal with high violence risk with minimal use of restraint. 4) The interaction between nurse and patient is the fourth issue, and must be understood in the light of the surroundings, the experience and cooperation inside the nursing group.</p>	
<p>Conclusion: To practice psychiatric nursing in environmental therapeutic forms at the Regional psychiatric security wards, the nurses compensate for a high degree of control and guarding role. It requires an interaction with a competent staff group. Individual inner confidence and implied by other personnel expectations is necessary. The nurses then create a safe predictability of opportunity for early enough intervention, and provide a protective effect that reduces the coercive use. Future challenges seem to be the securing the staff, so that they dare to be with patients even when they are aggressive. Safety must be ensured that staff are long enough time by departments to achieve satisfactory experience, because experience provides safe and calm environments. The security safeguards respect and equality with the patients.</p>	
<p>Keyword: Forensic psychiatry, Psychiatric nursing, Restraint, Early interventions, violence, Relationship.</p>	

## FORORD

Jeg ønsker først og fremst å takke alle sykepleierne og deres arbeidsteder for deres villighet til å dele sine erfaringer og opplevelser gjennom intervjuer til denne studien.

Jeg vil også takke min egen arbeidsplass, som har lagt til rette for bruk av tid til studien, samt inspirert og oppfordret meg til å gjennomføre mastergradsstudiet.

Jeg er også svært takknemlig for den hjelp og støtte jeg har fått fra min veileder, førsteamanuensis Ragnhild Hellesø, ved Institutt for Helsefag og samfunn, avd. sykepleievitenskap,

Flere kolleger ved egen arbeidsplass har hjulpet meg underveis, spesielt Bente Sundbye, Kjell Kjærvik, Torill Garborg, Stine Kilden og bibliotekar Eldbjørg Nåheim Eien. Jeg er svært takknemlig for deres støtte, råd og spørsmål underveis.

Endelig vil jeg takke Vibeke, Stine, Anette og Ida for deres tålmodighet med mitt arbeide gjennom hele studietiden.





## INNHold

1.0	INNLEDNING .....	13
1.1	HENSIKT, PROBLEMSTILLING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL.....	15
2.0	PSYKISK HELSEVERN OG SIKKERHETSPSYKIATRI.....	17
2.1	SIKKERHETSPSYKIATRI I NORGE .....	18
2.2	DAGENS ORGANISERING AV PSYKIATRISKE SIKKERHETSAVDELINGER .....	20
2.3	PASIENTGRUPPEN VED REGIONALE SIKKERHETSAVDELINGER.....	21
2.4	AGGRESJON OG VURDERING AV VOLDSRISIKO .....	22
2.5	VURDERING AV VOLDSRISIKO .....	23
2.6	PERSONALGRUPPEN VED RSA .....	24
3.0	SYKEPLEIE, ERFARING OG TEORI.....	25
3.1	PSYKIATRISK SYKEPLEIE.....	25
3.2	TVANG OG PSYKIATRISK OMSORG.....	30
3.3	SKJERMING .....	32
3.4	KOMMUNIKASJON .....	32
3.5	MESTRING OG METODE .....	35
3.6	TIDLIG INTERVENsjON.....	36
3.7	TIDLIGERE FORSKNING ANGÅENDE PSYKIATRISK SYKEPLEIE OG SIKKERHETSAVDELINGER. ....	36
3.8	KRITIKK AV TEORIVALG.....	39
4.0	DESIGN OG METODE .....	39
4.1	KVALITATIVT FORSKNINGSIINTERVJU .....	39
4.2	VALG AV FORSKNINGSFELT .....	40
4.3	VALG AV INFORMANTER .....	40
4.4	INTERVJUGUIDEN .....	41
4.5	PILOTSTUDIEN.....	42

4.6	GJENNOMFØRING AV INTERVJUENE .....	43
4.7	MIN ERFARING OG FORFORSTÅElsen .....	43
4.8	ANALYSEPROSESSEN.....	45
4.8.1	<i>Meningsfortetting</i> .....	46
4.9	FRA INTERVJUER TIL KONDENSERT TEKST .....	47
4.10	KRITIKK AV METODE OG ANALYSEPROSESSEN .....	48
4.11	ETISKE OVERVEIELSER AV METODE OG ANALYSE .....	49
5.0	FUNN.....	50
5.1	OMGIVELSENES BETYDNING.....	51
5.2	SYKEPLEIERNES OPPLEVELSE I MØTE MED HØY VOLDSRISIKO .....	53
5.2.1	<i>Opplevelsen av pasientens situasjon</i> .....	54
5.2.2	<i>Opplevelse av å være utsatt for aggresjon og vold</i> .....	55
5.2.3	<i>Om å jobbe "på automat" og om egen verdi i dette samspillet</i> .....	57
5.3	SAMSPILLET I PERSONALGRUPPEN. ....	59
5.3.1	<i>Individuell indre trygghet</i> .....	61
5.3.2	<i>Å tørre å være i kontakt med et aggressivt menneske</i> .....	62
5.3.3	<i>Å tørre å stå i aggresjonen, for pasientenes trygghet</i> .....	62
5.3.4	<i>Automatisk samspill</i> .....	63
5.3.5	<i>Forutsigbarhet, forventninger og enighet i samspillet</i> .....	63
5.3.6	<i>Stabil personalgruppe</i> .....	65
5.4	SAMSPILLET MELLOM SYKEPLEIER OG PASIENT .....	66
5.4.1	<i>Holdninger og kommunikasjon</i> .....	66
5.4.2	<i>Forståelse av pasientens situasjon</i> .....	66
5.4.3	<i>Betydningen av erfaring</i> .....	67
5.4.4	<i>Den enkelte sykepleiers kompetanse</i> .....	68
5.4.5	<i>Å bruke tiden</i> .....	69

5.4.6	<i>Å tørre å intervenere og så stå i det</i> .....	70
5.4.7	<i>Kulturer og ukulturer</i> .....	73
5.4.8	<i>Kvinner eller menn?</i> .....	73
5.4.9	<i>Maktkamp, eller nødvendig markering?</i> .....	74
5.5	OPPSUMMERING.....	75
6.0	DRØFTING AV FUNNENE.....	76
6.1	OMGIVELSENE BETYDNING.....	77
6.1.1	<i>Pasienters møte med avdelingen</i> .....	77
6.2	SYKEPLEIERES OPPLEVELSE I MØTE MED HØY VOLDSRISIKO .....	79
6.3	SAMSPILL I PERSONALGRUPPEN.....	82
6.3.1	<i>Miljøpersonalets forventninger til hverandre</i> .....	83
6.4	SYKEPLEIERNES MØTE MED PASIENTENE .....	84
6.4.1	<i>Kommunikasjon</i> .....	84
6.4.2	<i>Holdninger og kommunikasjon</i> .....	84
6.4.3	<i>Om psykoser</i> .....	86
6.4.4	<i>Når det er nødvendig å bruke fysisk makt</i> .....	87
6.4.5	<i>Indre trygghet</i> .....	88
6.4.6	<i>Forutsigbarhet</i> .....	89
6.4.7	<i>Forutsigbarhet, eller et låst system?</i> .....	90
6.4.8	<i>Erfaring og Kompleksitet</i> .....	93
6.4.9	<i>Om rammer og forutsetninger</i> .....	93
6.5	SYKEPLEIERNES BELYSNING AV FORSKNINGSSPØRSMÅLENE. ....	94
6.6	SYKEPLEIERNES BELYSNING AV FORSKNINGSSPØRSMÅLENE. ....	96
6.7	HVA BELYSER SYKEPLEIERNE SOM KAN VÆRE AKTUELT Å FORSKE MER PÅ? .....	98
6.7.1	<i>Omgivelsenes betydning – bevissthet og lokaler</i> .....	98
6.7.2	<i>Sykepleiernes opplevelser – etablering av indre trygghet</i> .....	99

6.7.3	<i>Samspeilet i personalgruppen – fra novise til ekspert</i> .....	99
6.7.4	<i>Samspeilet mellom sykepleier og pasient</i> .....	100
6.7.5	<i>Pasientenes opplevelser – hvordan kan det forskes på dette?</i> .....	101
6.8	METODISKE BETRAKTNINGER.....	101
7.0	KONKLUSJON .....	102
8.0	REFERANSELISTE.....	105

## Vedlegg

Vedlegg 1 – Informasjonsskriv

Vedlegg 2 – Erklæring om frivillighet

Vedlegg 3 - Søknad om tilgang til forskningsfeltet

Vedlegg 4 – tillatelser til forskning

Vedlegg 5 – tillatelse fra forskningsfelt 3

## 1.0 INNLEDNING

Der alvorlig voldsrisiko skyldes alvorlig psykisk lidelse, skal helsevesenet ivareta beskyttelsen av personen (Psykisk helsevernloven, 1999; Stortingsmelding 25, 1997). Regionale psykiatriske sikkerhetsavdelinger(RSA) tilbyr slik behandling. Psykiatrisk behandling ved disse avdelingene består i stor grad av døgnopphold med miljøterapi og psykoterapeutiske arbeidsmetoder. I denne studien er fokus lagt på psykiatrisk sykepleie i lukkede døgnenheter ved regionale sikkerhetsavdelinger i Norge. Heretter forkortet til RSA. Studien handler om alternativer til bruk av tvangsmidler i omsorgsarbeidet både under innleggelse og under oppholdet i RSA. Med fokus på alternativer til bruk av tvangsmidler. Tvangsmidler kan vanskeliggjøre møtet mellom pasienter og sykepleiere.

Siden risikoen for vold og tvang trolig påvirker situasjonen, må både sykepleier og pasient jobbe med å oppnå en tilfredsstillende trygghet. Det er et mål at det skal anvendes minst mulig bruk av tvang eller tvangsmidler. Også der pasienten er sendt til en RSA fordi høy voldsrisiko hindrer andre instanser i å behandle pasienten (Sosial og helsedirektoratet, 2006). Tvangsmidler skal kun anvendes når det anses helt nødvendig for å beskytte pasienten selv eller andre mot alvorlige skader (Psykisk helsevernloven, 1999, kap.4). Ved å bruke tvangsmidler i slike situasjoner, som for eksempel ved fastlåsing av pasienten med belter, vil personalet kunne opprette et fysisk tryggere miljø, fordi pasienten da ikke kan skade noen. Bruk av tvangsmidler har vist seg å kunne medføre mer lidelse hos pasientene, da både krenkelse og traumatisk opplevelse kan oppstå (Nordvoll, 2008; Vatne, 2006.). Det er også et mulig svekket grunnlag for videre godt relasjonsarbeid, fordi hjelperrollen da får innslag av vokterrolle (Vatne, 2006,s.58).

Samvær og kommunikasjon er sentralt for psykiatriske sykepleieres møte med pasientene i RSA, det er derfor et dilemma at hvordan man gjør sikkerhetstiltak kan gi en effekt som reduserer miljøterapeutiske virkning, pga. nettopp høy grad av kontroll. Røssberg (2005) fant i sin studie at det er problematisk med høy grad av kontroll i et miljøterapeutisk klima.

Dersom redusert bruk av tvang og tvangsmidler skal oppnås, kan det være viktig å belyse hvordan erfarne sykepleiere opplever å kunne utføre sykepleie samtidig som de er utsatt for høy voldsrisiko. Belysning av erfarne psykiatriske sykepleieres fremgangsmåter kan gi nyttig kunnskap om dette.

Høy voldsrisiko og opplevelse av å være i fare, mestres trolig bedre hos de som har vært lenge på en slik arbeidsplass. Flere nasjonale og internasjonale studier tilsier dette (Hatling, 2010; Johnson, 2001; Nordvoll, 2008). Gjennom min egen erfaring som psykiatrisk sykepleier fra 20 år i praksis ved en av de tre regionale avdelingene i Norge, opplever jeg at det er en rekke viktige faktorer som til sammen gjør det mulig å jobbe med pasientgruppen, hjelpe dem til et bedre funksjonsnivå og samtidig unngå skader på både pasientene og ansatte. I tillegg er min erfaring at det er fullt mulig å kunne trives med arbeidsoppgavene til tross for den potensielt store faren for å bli skadet. Tidligere forskning på området kombinert med egen erfaring har vært utgangspunkt for denne oppgavens tema.

Både nasjonalt og internasjonalt fokuseres det på nødvendighet av redusert bruk av tvang i psykiatrisk behandling, samt bruk av medikamentelle eller mekaniske tvangsmidler (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Erfaringsmessig vil fare for trusler og vold fra pasientene ofte skape frykt og vegring i forhold til iverksetting av intervensjoner som kan synes nødvendige. Bruk av fysisk makt, medikamentelle og mekaniske tvangsmidler kan bli alternativet for å beskytte medpasienter og personalet. Grundig opplæring og rutinemessig gjennomgang skal sikre felles kunnskaper om mestring av slike situasjoner. Metoder i psykiatrisk sykepleie (von Krogh, 2002) blir sentralt å trene på. Personalet kan reagere med uheldige reaksjoner og egne forsvarsmetoder som ikke er terapeutiske for pasienten. Ved alle RSA'er trenes det på terapeutiske intervensjoner (von Krogh, 2002; Årlig melding, 2010). Kommunikasjonsevnene er ofte redusert, eller nedsatt hos pasienter der alvorlig psykisk lidelse er gjeldende. Personalets kunnskaper om psykiske lidelser og den enkelte pasients problemer er derfor også en del av utfordringene for

personalgruppen. Tidlig interaksjon, helst før aggressiv adferd, ved beroligende tiltak, også kalt de-eskalering, er noe som trolig kan videreutvikles, og velges derfor å være mer sentralt i denne studien, enn kunnskaper om fysisk intervensjon når aggressiv adferd foregår. Bruk av tvangsmidler og makt i en fysisk voldelig situasjon, for å hindre umiddelbar skade, antas allerede å være en etablert kunnskap ved RSA'ene.

### 1.1 Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål

Hensikten med denne studien er å belyse intervensjoner som kan forebygge mot voldelige utfall, for deretter å begrense behovet for bruk av evt. tvangsmidler. Dette belyses ved å beskrive erfarne psykiatriske sykepleieres mestringsmetoder i møtet med psykiatriske pasienter der det finnes høy voldsrisiko. I denne studien belyses situasjoner på lukkede døgnbehandlings enheter, slik RSA enheter er i dag.

Det behøves ytterligere belysning av kunnskap om viktige faktorer for å kunne unngå aggresjon og vold som kan føre til skader og eller bruk av tvangsmidler.

Problemstillingen i denne studien er:

"Hva beskriver sykepleierne som viktige mestringsmetoder i møtet med pasienter der voldsrisiko er vurdert som høy ved tre psykiatriske sikkerhetsavdelinger".

En rekke studier både i Norge og internasjonalt viser at erfarne psykiatriske sykepleieres kunnskaper om sykepleie under høy voldsrisiko er nyttig kunnskap for videre arbeid med reduksjon av tvang i psykiatriske sikkerhetsavdelinger (Hatling, 2010.; Nordvoll, 2008; Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Denne kunnskap er ikke godt belyst i norske sikkerhetsavdelinger, til tross for rimelig tilgjengelighet på forskningsfelt og kunnskapskilder slik dette blir beskrevet av Trond Hatling (2010) fra Sintef.

Forskningsspørsmål en:

”Hvilke forutsetninger erfarer sykepleierne må være tilstede for utøvelse av sykepleie ved høy voldsrisiko i Regionale sikkerhetsavdelinger?”

Røssberg (2005) finner at høy grad av kontroll i en miljøterapeutisk sammenheng er problematisk for pasienters opplevelse av terapi. Regionale sikkerhetsavdelinger kan sies å ha høy grad av kontroll i utgangspunktet, ved ulike former for sikkerhetstiltak. Pasientbehandlingen foregår i omgivelser som trolig medfører et stort behov for erfaring, der miljøterapi skal foregå i så fysisk sikrede omgivelser.

Flere studier beskriver en kompleksitet der institusjonens organisering inneholder faktorer av betydning for om intervensjon skal lykkes eller ikke. Noe som kan åpne for at høy voldsrisiko kan skyldes organisatoriske forhold, eller medvirke til at pasienten ikke får den hjelp han behøver (Berring, 2004; Johnsson, 2001; Lillevik, 2009.). Forskningsspørsmål to er derfor slik:

”Hvordan ivaretar sykepleierne pasientens behov for anerkjennelse når de blir utsatt for avvisning, aggresjon og vold fra pasienten?”

Terapeutisk relasjon forutsetter en balanse i forholdet mellom sykepleier og pasient som er preget av gjensidig respekt (Vatne, 2006 s.208). Tvang, husregler og fysisk låste miljøer med høy grad av kontroll medfører trolig stor maktubalanse og mye korrigeringer fra personalet overfor pasientene, noe som igjen kan føre til opplevelse av krenkelsler hos pasientene. Noe Vatne (2006) beskriver som viktig å forholde seg til. I psykiatrisk sykepleie er anerkjennelse viktig, samt kan forstås som en praktisering av likeverd og respekt for menneskeverdet. Det er også ønskelig å få beskrevet informantenes erfaringer om ærlig, åpen kommunikasjon og sanne svar i samtalen med pasienter der uklarhet og psykotisk paranoiditet er en utfordring. Kanskje er det slik at frykt for vold hindrer klar kommunikasjon. Da personalets opplevelse av evt. fare styrer valg av budskap og intervensjon. Med påfølgende mangel på samsvar mellom verbalt og nonverbalt budskap (Eide og Eide, 2007). Vatne beskriver åpen tvang som en bedre løsning enn skjult tvang, noe som kan



forstås i lys av pasientenes mulighet til å delta i kommunikasjonen om hva som er den beste løsningen for ham. Sissel Tveiten (2007) beskriver også behovet for at pasienter få en reell til medbestemmelse, slik at oppholdet skal inneha så god terapeutisk virkning som mulig. I RSA'ene vil det også kunne være slik at noen av personellet, ofte primærgruppene, er bedre rustet til å kommunisere med de forskjellige, mens andre i personalgruppen ikke er det. Det kan avhenge av hvem som har vært i posisjon til å etablere en god relasjon. Omgivelsene med generelle husregler og i mindre grad individuelt tilpasset kan trolig oppleves krenkende for mange. Fordi tvang oftest er en del av metodene pasientene utsettes for, både i skjulte og åpne former (Vatne, 2006.; von Krogh, 2002).

Forskningsspørsmål tre:

”Hva oppfatter sykepleierne som sentrale årsaker når de ikke lykkes med alternativer til bruk av tvangsmidler der aggresjon har ført til behov for tiltak fra personalets side?”

Særlig interessant er det kanskje at sykepleiere er lenge nok i denne jobben til å nå et evt. ekspertnivå slik Benner(1995) beskriver det. Møtet med høy voldsrisiko vet jeg av erfaring at kan utføres på feil måte. Ved forsknings spørsmål nr. tre forventer jeg å lære av informantenes erfarte feil. Dette er et fokus som kan hjelpe meg å belyse utfordringene fra en annen vinkel enn for eksempel den beskrevne problemstillingen.

## 2.0 PSYKISK HELSEVERN OG SIKKERHETSPSYKIATRI

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern har som formål å sikre at psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettsprinsipper. Videre å sikre at tiltakene som er beskrevet tar utgangspunkt i pasientens behov og respekt for menneskeverdet (Psykisk helsevernloven, 1999, §1-1, 2008).

Med psykisk helsevern definerer lovverket spesialisthelsetjenestens undersøkelse, pleie og den omsorg dette krever. (Psykisk helsevernloven, 1999, §1-2). Gjennom

pasientrettighetsloven sikres befolkningen lik tilgang til helsehjelp av god kvalitet, fremming av tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og ivaretagelse av respekt for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd (Psykisk helsevernloven, 1999§ 1-1.; Lov om pasientrettigheter, 1999).

## 2.1 Sikkerhetspsykiatri i Norge

I Norsk psykisk helsevern finnes det sikkerhetsavdelinger tilgjengelig for hvert fylke, med behandlingstilbud for særlig vanskelige og/eller farlige alvorlig sinnslidende. I tillegg er det opprettet tre regionale psykiatriske sikkerhetsavdelinger i Oslo, Bergen og Trondheim for å kunne gi et tilbud ved ytterligere utfordringer (Stortingsmelding 25, 1997). Regionale sikkerhetsavdelingens oppgave beskrives nærmere i pkt. 2.1.2.

I mai 2005 var det innlagt 166 pasienter fordelt på 20 fylker pluss 44 innlagte pasienter ved de tre RSA'ene. Totalt 210 (Kjelsberg og Hartvig, 2005). En telling av Maria Sigurjonsdottir (Sigurdjondottir, 2008) i 2008, viser et totalt antall på 201.

Vurdering og håndtering av høy voldsrisiko er en sentral del av arbeidsoppgavene psykiatriske sikkerhetsavdelinger har. Opplæring i dette gis alle sikkerhetsavdelinger, spesielt via kompetansesentre ved RSA'er ([www.kompetanse-senteret.no](http://www.kompetanse-senteret.no), 2011).

I tillegg til den faglige kompetanse som følger av utdanning, hevder Hatling og Nordvoll at erfaring og individuelle løsninger synes å være en viktig komponent ved håndtering av høy voldsproblematikk i sikkerhetsavdelinger (Bremnes, Hatling, Bjørngaard, 2008; Nordvoll, 2008). Vurdering av voldsrisiko gjøres bl.a. med strukturerte instrumenter som i dag brukes til å forutsi graden av voldsrisiko fra den enkelte pasient. Disse fokuserer hovedsakelig på pasienten og ikke spesielt på for eksempel avdelingens miljø og omgivelsesdomenet. Flere studier fant i sitt arbeid at en rekke faktorer utenom pasientens egenskaper har betydning for å forutsi vold. Egen erfaring fra relasjonsarbeid, fra bl.a. kolleger og litteratur viser også at andre faktorer har betydning for å forutsi vold. Dette er faktorer som fysiske omgivelser, relasjonenes kvalitet, trygghet, forutsigbarhet, holdninger og kunnskaper i personalgruppen, dette støttes av flere studier (Neset, 2008; Lillevik, 2009). Vektlegging av omgivelsesdomenet som et sentralt felt ved forståelse av

sykepleieutøvelse støttes også av Kim (2000) i hennes teoretiske beskrivelser av sykepleie.

Før 1980 hadde Norge en sentralisert spesialomsorg for farlige og særlig vanskelige sinnslidende menn. Dette i form av institusjonen Reitgjerdet, beliggende i Trondheim. Fra 1978 ble sentralinstitusjonen gjenstand for intens offentlig debatt og kritikk. I ettertid har kritikken mot Reitgjerdet inneholdt forståelse av en sammenheng mellom ordningen med en særinstitusjon, og de påviste feilgrep, der det ble vanskelig for kritikere å bli hørt. Dette tilsa at det var etablert en ukultur. Noe de antok skyldtes stor mangel på fagutdannet personell, og for lav bemanning i forhold til et høyt antall pasienter (Robak, 1983).

I april 1980 ble Robakutvalgets innstilling lagt frem (Robak, 1983). Robakutvalget hadde evaluert modellen med sentralinstitusjon, der Reitgjerdet sykehus var Norges institusjon. Det ble avdekket en rekke uønskede konsekvenser av en slik modell og ny anbefaling kom. Antallet pasienter i gruppen ble da anslått til mellom 160 og 200. Utvalget foreslo og fikk etablert en desentraliseringsmodell. Ansvaret ble tildelt de forskjellige fylkene som etter hvert opprettet sikkerhetsavdelinger. I tillegg fant utvalget at det var en meget liten gruppe psykotiske pasienter som var så farlige at det var nødvendig å iverksette særlige tiltak. Gruppen ble ansett å være for liten til å opprettholde en riksfunksjon, slik Reitgjerdet var ment. Ved å knytte ansvaret til universitetssykehus ble tre regionale sikkerhetsavdelinger etablert og lagt til Oslo, Bergen og Trondheim. Reitgjerdet sykehus ble nedlagt.

Antall plasser ved de regionale sikkerhetsavdelingene ble i 1980 anslått til å bestå av 25 til 30 pasienter på landsbasis (Robak, 1983). I 1988 var RSA'ene etablert, og antallet ble økt noe fordi et tilbud til enkelte fengselsinnsatte også ble medregnet.

## 2.2 Dagens organisering av psykiatriske sikkerhetsavdelinger

De fleste pasienter med aggresjonsproblemer forventer man å kunne ta hånd om ved akuttpsykiatriske avdelinger og langtidsavdelinger. Siden 1997 har det vært forandringer i organiseringen av disse tilbudene, og det er i dag tilrettelagte avdelinger og distriktskykiatriske sentre som i tråd med desentraliseringsplanene tar hånd om de fleste. Bemanning vil trolig kunne forsterkes etter behov (Stortingsmelding 25, 1997). Når dette ikke er forsvarlig vil pasienten kunne behandles ved fylkeskommunale sikkerhetsavdelinger (Stortingsmelding 25, 1997), i denne studien kalt fylkesdekkende, da fylkeskommunal ikke lenger er et gjeldende begrep.

De pasientene som antas å være særlig farlige behandles ved regionale sikkerhetsavdelinger, der bemanningen skal være minst 5,0 ansatte pr. pasient, og avdelingene særskilt tilrettelagt for formålet både bygningsmessig og med sikkerhetsutstyr (Stortingsmelding 25, 1997). Dette innebærer oversiktlige lokaler, avlåste avdelinger, høye gjerder, gittere foran vinduer, alarmsystemer og noen steder kameraer. Potensielt farlige materialer og gjenstander som glass og metall er ofte byttet ut med plast, tv er flere steder montert i kasser som kan lukkes, og utgangsmuligheter er begrenset til inngjerdede luftegårder for flere av pasientene. Alarmsystemer, kameraer, håndradioer til utgang osv. påvirker miljøet, men beskrives allikevel som svært nødvendig. Begrepet statisk sikkerhet brukes ofte for å beskrive fysisk sikring mot vold og rømninger.

Alle tre avdelinger ligger i dag i eldre sykehusbygninger der sikkerhet er bygget inn i strukturer både fysisk og organisatorisk. De er tilknyttet hvert sitt kompetansesenter for retts-, fengsels-, og sikkerhetspsykiatri (Stortingsmelding 25, 1997). Kompetansesentrene er ansvarlige for forskning og fagutvikling, opplæring, undervisning og veiledning innen sikkerhets-, fengsels-, og rettspsykiatri (Stortingsmelding 25, 1997). Sammen med de kliniske avdelingene utgjør disse til sammen "regionale tjenester", og er integrert i universitetssykehus i Oslo, Bergen og Trondheim. Undersøkelse, og behandling, etter psykisk helsevernloven, er avdelingenes primære oppgaver

(Psykisk helsevernloven, 1999, § 1-1). De tre kliniske avdelinger har også et ansvar i forhold til å beskytte samfunnet mot farlige sinnslidende personer. For kliniske avdelinger er satsningsområdene det siste tiåret undervisning i voldsrisikovurdering, voldsrisikohåndtering, samt bruk av strukturerte instrumenter tilhørende disse vurderingene. I et samarbeid mellom Sosial- og helsedirektoratet og Politidirektoratet legges det også vekt på samarbeid og kommunikasjon mellom helsetjenesten og politiet (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

### 2.3 Pasientgruppen ved regionale sikkerhetsavdelinger

Pasientene består av en liten gruppe alvorlig sinnslidende mennesker som kan betegnes særlig vanskelige og/eller farlige (Stortingsmelding 25, 1997). Pasientene oppfyller som regel vilkårene for tvungen observasjon etter § 3-2 eller tvungent psykisk helsevern etter § 3-3 i Psykisk helsevernloven (Psykisk helsevernloven, 1999). Innleggelse ved en RSA vil deretter kunne tilsi at pasientgruppen består av mennesker som blir utsatt for svært kontrollerende omgivelser, med strenge krav til adferd, pga. avdelingenes organisering rundt sikkerhet. Pasientens reaksjon på tvangsbruken han blir utsatt for vil kunne føre til at det oppstår mer aggresjon, bl.a. på grunn av opplevelsen av avmakt, krenkelse og/eller psykotiske sammenhenger. Der eventuelle problemer med adferd og kommunikasjon kan føre til spesielle utfordringer. Bruk av tvangsmidler kan da være en måte å hindre fysiske skader på involverte mennesker.

En person kan også legges inn ved sikkerhetsavdeling etter å ha blitt dømt etter straffelovens § 39 nr 1 og nr 2; "særreaksjon for personer som var psykotiske på handlingstiden" (Alminnelig borgerlig straffelov). Kapittel 5 i psykisk helsevernloven regulerer gjennomføring av dom på overføring til tvungent psykisk helsevern. (Psykisk helsevernloven, 1999). En egen avdeling for denne pasientgruppen administreres av RSA, Brøset (RSA, Brøset, 2011). § 5-2 gir det regionale helseforetaket ansvaret for å avgjøre hvor behandlingen da skal finne sted. Regional sikkerhetsavdeling kan være et slikt sted. Koordineringsenheten for dom til behandling er lagt til Regionale sikkerhetsavdeling Helse Sør-Øst, en av de tre

RSA'ene. (Regional Sikkerhetsavdeling Helse Sør-Øst, 2011). Dette innebærer uansett et tre ukers døgnopphold i egnet institusjon før neste steg i gjennomføringen. RSA ' ene kan da være et sted for videre behandling også.

#### 2.4 Aggresjon og vurdering av voldsrisiko

I denne studien velger jeg å forholde meg til Stål Bjørkly's (2001) samledefinisjon:

"Aggresjon er et samlebegrep for atferd som et individ med hensikt utfører eller gir eksplisitt verbalt og fysisk uttrykk for å ville utføre, for at et annet individ skal påføres fysisk skade, fysisk smerte eller kroppslig krenkelse" (Bjørkly S., 2001, s. 28).

Han beskriver to typer aggresjon, instrumentell og emosjonell, som kan sees som to sentrale forklaringsmodeller. Instrumentell aggresjon kan sees som et middel til å oppnå et materielt eller sosialt gode. Rusmidler, status eller frihet er eksempler på det. Emosjonell aggresjon kan innebære at det å skade noen eller noe er selve hensikten. Dette er ofte en selvforsterkende prosess som kan drives av en rekke impulser. Impulskontroll kan være redusert, eller en forstyrret realitetstesting ved f.eks, psykotisk opplevelse, kan være medvirkende årsak til eskalering av aggresjon (Bjørkly, 2001; Hummelvold, 1997). Potensialet for å bli utsatt for vold vil da trolig kunne være stort i opplevelsen hos den eller de som er målet for aggresjonen. Kunnskap om motiv gjør det lettere å forebygge den enkelte situasjon.

Informantenes opplevelse av farlighet og ubehaget ved pasienters tidligere utførte farlighet gjør trolig noe med relasjonene i RSA'er. Vatne (2006) beskriver følelseskonflikter hos hjelperne, der hun viser til både uhensiktsmessige fenomener og et ubehag som kanskje også kan tenkes at hindrer en rekke sykepleiere i å bli på en slik arbeidsplass over tid. I denne undersøkelsen er det nettopp de som har blitt over tid, og som har opplevd farlighet en rekke ganger, som forventes å sitte med verdifull kunnskap om hva som er viktig ved sykepleie der høy voldsrisiko fra pasienten er aktuelt.

## 2.5 Vurdering av voldsrisiko

Sosial- og helsedirektoratet (2006) ønsker økt bevissthet og mer kunnskaper om vurdering av voldsrisiko. Oppfølgingsstudier har vist dårlige resultater av tidligere risikoberegninger (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Vurderingen gjøres i dag på flere måter, men i hovedsak ved det som kalles klinisk skjønn, samt ved bruk av strukturerte kliniske instrumenter. Begrepet klinisk skjønn beskriver avgjørelses grunnlag gjort med kompetanse som bl.a. samlet erfaring vedrørende pasienten, og annen tilgjengelig informasjon (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Dette medfører at individuell kompetanse hos personalet vil være av stor betydning. Både for sykepleierne individuelt og som samlet avdelingsmiljø. Klinisk skjønn kan forstås som en vanlig metode hos sikkerhetsavdelingens miljøpersonell. Sosial og Helsedirektoratet ønsker at voldsrisikovurderinger skal kvalitetssikres med strukturerte kliniske instrumenter og ønskes brukt i større grad (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

I sikkerhetspsykiatriske avdelinger gjøres allerede risikovurderinger med flere slike instrumenter, bl.a. instrumentet HCR-20, BVC , Start og Vafa (Almvik, Woods, 1999; Hartvig, Alfarnes, Østberg, 2001; Nettet, 2008). De fleste inneholder strukturer som kan gjenspeile kunnskaper fra klinisk skjønn, og kan brukes sammen med fortløpende kliniske vurderinger.

Min egen erfaring tilsier at farlighet varierer med flere faktorer. Instrumenter og klinisk kunnskap er tilpasset både at mennesker er forskjellige og at farlighet skjer ved forskjellige sammenfall med andre faktorer. I de daglige situasjonene må allikevel klinisk skjønn også benyttes. Erfaring, observasjon og intervensjon må fortløpende være en del av arbeidet. Særlig for å kunne forebygge den enkelte pasients opplevelse av sine egne utløsende årsaker til aggresjon. Sykepleierne forholder seg til forvarsler på aggresjon. Ved samvær vil personalet trolig kunne intervenere så tidlig som mulig på opplevde problemer hos pasienten, slik at aggresjon ikke behøver å bli resultatet. Det er også mulig at systemer i form av institusjonen, organisering og andre faktorer som er utenfor pasientens kontroll, kan ha noe å si for graden av

agresjon og vold i avdelingene (Lillevik, 2009). Utvikling og forandringer i lovverket kan kanskje ses på som en bekreftelse på endrede syn på både farlighet og psykiske lidelser. Psykisk helsevernloven, med pasientrettighetsloven, har ført til nye krav også ved sikkerhetsavdelinger. Nytt lovverk ble innført i 1999.

I denne studien er begrepet høy voldsrisiko brukt under intervjuene, spesielt med tanke på informantenes oppfattelse av grad av risiko. Derfor beskrives ikke detaljer rundt bruk av de strukturerte kliniske instrumentene. Nesset (2008) finner i sin studie fra en av RSA'ene at klinisk skjønn var avgjørende for personalets beslutninger om hvilket nivå sikkerheten måtte være rundt den enkelte pasient. De strukturerte kliniske instrumentene kunne derimot være en del av beslutningsgrunnlaget. Klinisk skjønn og erfaring antar jeg henger tett sammen med erfarne psykiatriske sykepleieres mulighet til ikke å vurdere pasienten som konstant farlig, men klare å se ufarligheten når det er mulig. Det vil i så fall kunne gi flere individuelt tilpassede tiltak som kanskje bedrer relasjonsmulighetene, pasientens trygghet, og som dermed blir et alternativ til bruk av tvangsmidler.

## 2.6 Personalgruppen ved RSA

Personalgruppen ved RSA'er kan deles inn i administrative stillinger, merkantile, hushold, behandlere og miljøpersonell. Antall miljøpersonell i enhetene ved disse avdelingene er ca. 1 helsepersonell pr. pasient på hver vakt ved dag og aftenvakter. Denne gruppen utgjør det jeg i studien beskriver som miljøpersonellet. I tillegg kommer en rekke andre stillinger. Det høye antallet miljøpersonell har til oppgave å kunne ivareta miljøterapeutiske prinsipper, trygghet, sikkerhet og kontroll i enhetene, i tillegg til de statiske tiltakene som er nevnt i forrige avsnitt. I hovedsak sykepleiestillinger, men også vernepleiere, hjelpepleiere, miljøterapeuter og ekstravakter utgjør denne gruppen.



### 3.0 SYKEPLEIE, ERFARING OG TEORI

I denne studien er det sykepleiernes funksjon og ansvarsområde som er i fokus. I dette kapittelet vil jeg vise presentere noen sentrale utfordringer de har ved sikkerhetsavdelinger. Sykepleierens generelle funksjons- og ansvarsområde:

*Sykepleierne arbeider i alle ledd i helsetjenesten. Sykepleierne har et selvstendig ansvar for å ivareta sykepleiefunksjonen. Sykepleiefunksjonen består i helsefremmende, forebyggende, behandlende, rehabiliterende og miljøterapeutiske sykepleietiltak overfor pasienter med kronisk sykdom og funksjonssvikt, syke og friske eldre med behov for pleie og omsorg og grupper som er spesielt utsatt for helserisiko. (Rundskriv nr.1041/82, sosialdepartementet; [www.nsf.no](http://www.nsf.no))*

I forhold til andre helseprofesjoner beskriver Norsk sykepleierforbund at sykepleiens særegne funksjon er "å fremme helse og hjelpe personer som har eller kan bli utsatt for sykdom / helsesvikt, med å ivareta sine grunnleggende behov." (Sykepleie - et selvstendig og allsidig fag, 2011, [www.nsf.no](http://www.nsf.no)).

Her tolker jeg at fremme av helse og hjelp til personer i stor grad skal gjøres parallelt med en vokter rolle, til beste for pasienten. Da vil både omsorgsrollen og vokterrollen måtte utøves ved RSA. Noe som synes svært utfordrende og krever mye av sykepleierne. Vatne (2006) beskriver dette som et viktig dilemma i forbindelse med bruk av tvang i omsorg.

#### 3.1 Psykiatrisk sykepleie

Hildegard Peplau beskrev i 1952 de interpersonlige prosessene mellom pasienten og sykepleieren. Der arbeidet med å ivareta pasientens behov for hjelp med psykologiske problemstillinger også vektlegges. Hun beskriver relasjon med pasienten som en arbeidsmetode, som tilrettelegger for personlig vekst og utvikling. Videre beskriver hun sykepleie som en psykoterapeutisk virksomhet i denne sammenheng (Peplau,1952; von Krogh, 2002). Joyce Travelbee (1971) sitt fokus på sykepleie tolker jeg også som relevant for psykiatriske sykepleieres oppgaver. Der

relasjonen med pasientene medfører det hun definerer som et "menneske til menneske" syn, og hvor fokus på pasientenes opplevelse blir viktig.

I Norge er Jan Kåre Hummelvold en som trolig har betydd mye for utviklingen av psykiatrisk sykepleie (von Krogh, 2002). Hans definisjon av psykiatrisk sykepleie benyttes som utgangspunkt i denne studien. Den beskriver noe av den kompliserte, omfattende oppgaven jeg kjenner igjen fra egen praksis:

Psykiatrisk sykepleie tar sikte på å styrke pasientens egenomsorg og derigjennom å løse/reducere hans helseproblem. Gjennom et samarbeidende og forpliktende fellesskap, forsøker man å hjelpe pasienten til selvrespekt og til å finne egne holdbare livsverdier. Når pasienten ikke selv er i stand til å uttrykke egne behov og ønsker, virker sykepleieren som omsorgsgiver og som pasientens talsmann. Utover det individuelle nivå har sykepleieren et medansvar for at personen får et liv i et tilfredsstillende sosialt fellesskap. På det samfunnsmessige nivå har sykepleieren en forpliktelse til å påpeke og påvirke forhold som skaper helseproblemer. (Hummelvold, 1997, s. 29)

De ulike rollebeskrivelsene viser at sykepleieren forventes å være omsorgsgiver, psykoterapeut, talsmann og endringsansvarlig på flere nivåer. Hummelvold beskriver forventninger til ansvarstaging i forhold til samfunnsmessige forhold, og potensielle helseproblemer. Ved RSA vil sykepleieren også være representant for sikkerhetstiltakene ved avdelingen. Da vil kontroll bli en del av sykepleien, og en vokterrolle blir aktuell del av relasjonen, også som representant for avdelingens strenge struktur. Mine erfaringer er at vokterrollen blir svært tydelig ved grensesetting og korrigeringer, og kan oppleves krenkende av pasienten. Vatne (2006) beskriver balansegangen mellom omsorgsrolle, oppdrager rolle og vokter rolle i psykiatrisk behandling. Der bruk av tvang kan avhenge mye av hvilket innhold sykepleieren gir sitt arbeid og sin rolle.

Solfrid Vatne (2006) beskriver korrigerende og anerkjennelse i sin bok om arbeid i miljøterapeutisk sammenheng. Hun beskriver miljøterapi som en form for behandling der hovedvekten legges på terapeutiske prosesser som kan mobiliseres og igangsettes i det miljøet pasienten befinner seg i. Ved RSA'er er pasientene sammen med en personalgruppe der psykiatriske sykepleiere er en stor del av denne gruppen. Den korrigerende rollen har kunnet bli et problem for den terapeutiske effekten fordi relasjoner lett kan preges av skjev maktfordeling. Der sykepleierne har stilt strenge nok krav kan det oppstå lydighet fremfor terapeutisk effekt. Vatne beskriver tre roller, omsorgsrollen, oppdragerrollen og vokterrollen. Der innholdet i rollen spenner fra omsorg, appell til fornuft, skjult tvang, disiplinering til passiv overvåking og bruk av tvang. Ved bruk av tvang vil samspillet kunne låse seg og det oppstår en negativ sirkel, makt-avmakt sirkelen. Hun beskriver at det er viktig å finne alternative tilnæringsmåter som motvirker at situasjonene låser seg. Korrigerende tilnærming kan synes vanlig i en rekke psykiatriske avdelinger, samtidig som grensesetting kan antas å ha minst virksam effekt i sykepleietilnærmingen. Hun beskriver videre et anerkjennende perspektiv som inneholder opprettholdelse av pasientens autonomi, med personlige møter mellom pasienten og sykepleieren (hjelperen). Der det å se pasienten som subjekt og samtidig bruke seg selv som et subjektivt redskap synes sentralt. I stedet for å balansere mellom ulike former for skjult tvang ønsker hun bruk av kommunikasjonkunst. Også samspill mellom personalet beskrives som en utfordring. Der personalgruppens avhengighet av hverandre kan medføre at pasientens interesser skyves til siden. Dette er særlig ømfjendtlig der kultur og holdninger er lite ivaretagende for pasienten. Vatne beskriver gjensidig autonomi som et mål, der både sykepleiernes behov og pasientens behov må snakkes settes ord på, for så å forhandle seg frem til en løsning.

En rekke forskningsarbeider viser at erfarne pleiepersonell fremstår som viktig for et minimalt bruk av tvangsmidler. Erfarne sykepleiere er bedre i stand til å lese pasientens behov og evt. problemer på et tidlig tidspunkt (Johnson og Hauser, 2001). Erfarne sykepleiere er også beskrevet som mer respektfulle og autonomifremmende i intervensjoner der konfliktscenarier må dempes (Lowe, Wellman, Taylor, 2003).

Disse sykepleierne vil kunne oppfatte pasientens behov, forstå situasjonen riktig, og så gjøre de dempende tiltakene, også kalt de-eskalerende tiltak, som hindrer situasjonen i å utvikle seg til en farlig situasjon (Hatling, 2010; Johnson, 2001; Wynn, 2004; Kruger, 2002). Muligheten for tidlig å kunne intervensere, når aggresjon og frustrasjon vokser frem hos pasienten, synes å være viktig. Erfaring fra egen arbeidsplass pluss forskning presentert i flere avsnitt her, tilsier at dette er sentralt. Den komplekse situasjonen krever erfarne sykepleiere, for å kunne fange opp pasientens behov tidlig nok. Dette støttes også av Delaney og Johnson (2006).

Sykepleiernes erfaring i denne studien velger jeg å forstå i lys av P. Benners teorier om kompetanseutvikling angående klinisk kunnskap (1995). Hun presenterer en inndeling av kompetanseutvikling i fem trinnvise kompetansenivåer, fra novise til ekspert (Benner, 1995). Hun beskriver kort at en novise kan beskrives som lærebokstyrt. Ved en RSA, vil det kunne tenkes at man bruker mye energi på for eksempel husregler, sikkerhetsregler og å skaffe oversikt over farer i avdelingen. Etter noe mer erfaring kan man så kalles en avansert nybegynner. Men fokus er fortsatt på om konkrete regler blir fulgt. Det tredje nivået kaller hun "kompetent". Her vil sykepleieren trolig beherske regler og utfordringer i noe mer utvidet forstand, selv om hurtighet og smidighet først beskrives ved nivå fire. Den kyndige vil gjerne ha utviklet flere perspektiver til å se pasientenes situasjoner i, og vil være i stand til å "ta ting som det kommer", i større grad, enn å måtte sikre seg at for eksempel husregler overholdes strengt. Fokus vil kanskje kunne være mer på hvilke behov pasienten faktisk har. Det er lettere å se bort fra en rekke kompliserende potensielle scenarier, og sykepleieren vil kanskje kunne respondere mer direkte, og presist med fokus på rett løsning. Kompleksitet og tvetydighet, dilemmaer og motsetninger i sykepleie utførelsen kan forstås tydeligere. Benner beskriver at eksperten ikke lenger har behov for regler, retningslinjer og instruksjoner, fordi de alt behersker situasjonene de er laget for. Det viktigste ved det å være ekspert, vil jeg anta er muligheten til å finne løsninger ved RSA'er, som nettopp løser pasientens problemer på et tidlig tidspunkt. Og slik ivaretar pasientens behov for integritet og autonomi, selv om miljøterapien utøves under stor grad av kontroll. Et dilemma som i seg selv er kritisert tidligere

(Røssberg, 2005). Benner beskriver nettopp evnen til å se hva som er mulig, til tross for et regelverk, som noe ekspertene forventes å beherske.

Hun beskriver for øvrig også et dilemma ved det å hente ut ekspertens kunnskaper på en slik måte at andre kan lære av det. Dilemmaet er at eksperter ofte ser en helhetlig situasjon, uten nødvendigvis å kunne dele dette opp i enkeltbestanddeler. Ekspertenes oppfatninger henger tett sammen med den kontekst og persepsjons sammenheng enkelt problemene er en del av. Benner beskriver også at eksperters arbeid kan forringes av at de må følge særlige forskrifter og regler.

Forholdet mellom for eksempel kompetent og ekspert kan ses på som uttrykk for forskjeller som oppstår i en sikkerhetsavdeling, der kompleksiteten rundt forståelse av aggresjon og samspill mellom sykepleier og pasient er avhengig av en rekke faktorer. Pasienten kan ha mye mer nytte av at man overser et regelbrudd, unngår korreksjon og at både pasient og sykepleier får fokus på en løsbart problemstilling, i stedet for å ende i en konflikt, der man i verste fall ender opp med bruk av tvangsmidler. Der det å kunne regere og beherske organisatoriske sikkerhetsfaktorer ikke alene er nok. Fleksibilitet synes dermed nødvendig, samtidig som felles tolkning av regler og rutiner beskrives som viktig. Man må trolig forstå de individuelle behovene hos pasientene, kunne skille disse fra hverandre og kunne gjøre unntak fra reglene for å kunne finne beste løsninger dersom sykepleierne skal kunne beherske slike kompliserte dilemmaer. En kompleksitet som også støttes av flere studier om erfarne psykiatriske sykepleieres nytte av nettopp erfaringen (Berring, 2004 ; Johnson, 2001).

Mary Johnson og Penny M. Hauser (2001) har beskrevet en studie hvor 20 erfarne sykepleiere ble intervjuet om møtet med den aggressive pasient. De fant at erfarne sykepleiere var spesielt dyktige på å lese situasjon og pasient, vite hvor pasienten var, forstå meningen med pasientens atferd og forstå pasientens behov. Det fremgår ikke at de jobbet spesielt under farlighetsforhold som beskrevet ved en regional

sikkerhets-avdeling, men viser til egenskaper som synes spesielt viktig også ved RSA'er (Johnson; Hauser, 2001).

De-escalation er et begrep som gjenspeiler måter å møte den aggressive, volds truende pasienten på, der aggresjon ønskes redusert. I en studie er 70 engelske sykepleiere presentert for ulike konfliktscenarier, for deretter å bli bedt om å rangere intervensjonstype for de ulike scenariene. Studien tillegges også at begrepet "de-escalation" betinger fokus på pasientintegritet og profesjonalitet. Erfarne sykepleiere viste en signifikant mer respektfull og autonomi fremmende intervensjon enn de mer uerfarne sykepleierne. Grensesetting og ivaretagelse av pasientautonomi fremkom som viktigst (Lowe et.al., 2003).

Delaney og Johnson (2006) hevder i sin studie at erfaring hos psykiatriske sykepleiere gir økt forståelse for pasientenes opplevelse ved å være på en akuttpsykiatrisk avdeling. Den komplekse situasjonen ved psykiatrisk akuttavdeling krever erfarne sykepleiere for å kunne fange opp pasienters behov tidlig nok.

### 3.2 Tvang og psykiatrisk omsorg

Kriteriene for innleggelse ved regionale sikkerhetsavdelinger tilsier at de fleste pasientene er der mot sin vilje (stortingsmelding 25, 1997). Frykt for å bli utsatt for potensiell vold påvirker trolig personalets oppfattelse trygghet. Dersom pasienten oppleves å ville angripe og skade noen, vil bruk av tvangsmidler vurderes. Slik kan personalet sikre seg en viss kontroll. Imidlertid viser forskning at bruk av tvangsmidler ikke kan sies å ha noen terapeutisk virkning (Seilas og Fenton, 2001). Jan Ivar Røssberg (2005) finner i sin studie at stor grad av kontroll i miljøterapi er lite ønskelig. Personalets omsorgsroller vil da kunne bli preget av en vokterrolle i stedet (Vatne, 2006). Helsedirektoratet etterlyser kunnskaper om alternativer til bruk av både tvang og tvangsmidler i psykiatrisk behandling (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Videre viser Sintef til en økning i bruk av tvangsmidler fra 2003 til 2007 (Bremnes et. al., 2008).

Nasjonalt strategi for redusert og riktig bruk av tvang i psykiske helsetjenester innebærer at det skal iverksettes en forpliktende handlingsplan som bl.a. skal være gjennomgående forankret i brukerorientert og mestringsfremmende behandlingsfilosofi (sosial- og helsedirektoratet, 2006). Hatling fra Sintef beskriver psykiatriske sikkerhetsavdelinger, spesielt de tre regionale, hvor utgangspunktet for å få til dette er ansett som unikt bl.a., fordi det her finnes god bemanning, erfaring, en krevende pasientgruppe, og avdelingene kan også beskrives som "på toppen av spesialist pyramiden" (Hatling, 2010). Tvang er i svært liten grad representert i det psykiske helsevern. I psykiatriske sikkerhetsavdelinger spesielt, er tvang derimot svært vanlig. Bruk av tvangsmidler forekommer også i varierende grad. Bruken må trolig ses i sammenheng med pasientgruppen, men tvangsbruk ser også ut til å henge sammen med organisatoriske faktorer, og i så fall antas det å være et stort potensial for reduksjon. I en undersøkelse fra USA vises det til opptil 80 % reduksjon i bruk av tvangsmidler (Norvoll, 2008.; Hatling, 2010; Lillevik, 2009).

Nordvoll og Hatling har i en undersøkelse funnet stor variasjon i bruk av tvangsmidler mellom sammenlignbare institusjoner. Dette kan kanskje forklares med organisatoriske forskjeller, og ikke utelukkende pasientrelaterte (Hatling, 2010; Nordvoll, 2008). Flere forskningsarbeider støtter et slikt fokus på kompleksiteten i det organisatoriske (Berring, 2004; Johnsson, 2001; Wynn, 2002).

Sailas og Fenton (2001) konkluderer i sin review undersøkelse med manglende randomiserte, kontrollerte undersøkelser av tilfredsstillende kvalitet, som viser at tvang og isolasjon har noen terapeutisk effekt. Dette forstår jeg som en bekreftelse på at tvang og isolasjon kun må brukes som en nødløsning, for fysisk beskyttelse når ingen ting annet nytter.

Den som har det faglige ansvaret ved avdelingen kan treffe vedtak om bruk av tvangsmidler. Der denne ikke er tilgjengelig, er det avdelingens ansvarshavende som kan vedta tiltaket inntil faglig ansvarlig er tilgjengelig. Dette er ofte psykiatrisk

sykepleier ved de tre avdelingene informantene arbeider ved (Psykisk helsevernloven, § 6). Opplevelsen av å være utsatt for vold må da vurderes opp mot både individuell og generell mulighet for andre tilgjengelige løsninger før bruk av tvangsmidler.

Hatling (2010) bemerker at det mangler forskning på beslutningsprosessene for iverksetting av tvang. I Psykisk helsevernloven kap.2, § 5 vektlegges også at avdelingen skal sørge for nok personell og faglig kompetanse til i størst mulig grad å kunne forhindre bruk av tvangstiltak (Psykisk helsevernloven, 1999). Bruk av verbale, de-eskalerende ikke-fysiske intervensjoner overfor pasienter med høy voldsrisiko synes sentralt. Trening og fokus på de-eskalerende teknikker gjennomføres ved alle sikkerhetsavdelinger, men dette forbindes ofte med tiltak i faser der frustrasjon og aggresjon allerede har eskalert en stund. Viktig også fordi at ved et eller annet punkt vil slik eskalering også kunne gjøre medpasienter urolige og dermed utløse et svært utrygt avdelingsklima.

### 3.3 Skjerming

Skjerming er en av flere behandlingsmetoder, et tiltak som nå er lovregulert, som også kan inneholde mye tvang og potensiell krenkelse. Skjerming skal ikke gjøres mer omfattende eller inngripende enn det som er strengt nødvendig for å ivareta de hensyn som ligger til grunn for at tiltaket iverksettes, slik det også beskrives i psykisk helsevernloven § 4-3 (Psykisk helsevernloven, 1999):

*Tiltak som innebærer at en pasient holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten. Tiltaket iverksettes av behandlingsmessige hensyn eller for å ivareta hensynet til andre pasienter. (Psykisk helsevernloven, 1999, § 4-3.)*

### 3.4 Kommunikasjon

Måten det kommuniseres på kan være av stor betydning for hvordan pasienten opplever grader av å bli hjulpet, voktet eller endog krenket. Både verbalt og non



verbalt er det trolig store muligheter for opplevelse av krenkelse, og derav reaksjoner som kan innebære frykt, aggresjon, og i verste fall vold. Frykt og aggresjon er trolig en utfordring for både pasienter, medpasienter og personalet. Fordi miljøterapi er en sentral del av behandlingen, med sterkt innhold av kontroll, er dette rimelig å anta. Egen erfaring og litteratur tilsier at det er av stor betydning hvordan slik kommunikasjon foregår (Vatne, 2006).

Eide & Eide (2004) sier at kommunikasjon betyr å "gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med". Sykepleierne må altså være tilgjengelige.

Kommunikasjon deles ofte inn i verbal og nonverbal kommunikasjon. Verbal kommunikasjon er muntlige ord, nonverbal kommunikasjon er tegn og signaler som de kommuniserende partene formidler under samtalen, som ansiktsuttrykk, mimikk, stemmebruk og kroppsbevegelser.

Eide og Eide (2004) hevder at aktiv lytting, samtale-, rådgivings- og intervjuferdigheter er viktige ferdigheter i den profesjonelle kommunikasjonen. Dette er viktig for å kunne forstå pasienten på best mulig måte for deretter å kunne hjelpe, støtte, gi omsorg og hjelpe pasienten til å utvikle seg. Kommunikasjon kan bli dårlig og mangelfull også, det kan da resultere i at pasienten får mindre god eller feil behandling. Hvis sykepleierne er preget av frykt for vold og aggresjon vil nonverbal kommunikasjon kunne preges av en rekke uheldige signaler. Sykepleiernes følelseskonflikter vil kunne komplisere relasjonen med pasienten (Vatne, 2006), både motoverføring, frykt og manglende innlevelse i pasientens behov er tenkelig.

I profesjonell kommunikasjon er aktiv lytting kanskje den mest grunnleggende, viktigste og komplekse ferdighet i følge Eide og Eide (2004). De har delt aktiv lytting opp i følgende ferdigheter:

- nonverbal atferd som viser at man er henvendt mot, og oppmerksom på den man snakker med
- små verbale oppmuntringer som viser at man er tilstede og følger med på det som sies

- å stille spørsmål som utdyper det personene snakker om
- å parafrasere eller reformulere det den andre har sagt for å nyansere og sjekke ut at man har hørt riktig
- å speile den andres følelser og derved formidle at man også forstår den andres emosjonelle verden
- å sammenfatte følelser og innhold av større deler av samtalen, og på den måten bidra til å tydeliggjøre det man snakket om

Egen erfaring tilsier at det ved RSA'er vanligvis er rolige samtaleformer, der aggresjon og trussel om vold er fraværende. Imidlertid er det nettopp potensialet ved aggresjon som er spesielt utfordrende. Kringlen & Finset (2006) beskriver at god kommunikasjon kan bli forhindret av mange ting som for eksempel forstyrrelser, tilstander hos pasientene, som for eksempel emosjonelle tilstander, nedsatt hørsel, språkvansker, tretthet, kulturbakgrunn. Dette skal personalet ta hensyn til og legge til rette for i samtalen. I kommunikasjon er det viktig å bruke et språk som er naturlig for begge. Personalet må vise at de har nok tid, og slik skape et godt samarbeid videre (Kringlen & Finset, 2006). Forskning har vist at miljøterapi ikke bør inneholde sterk grad av kontroll (Røssberg, 2005). Når det allikevel er slik ved RSA'er kan det synes desto viktigere at kommunikasjonsformen ivaretar pasientenes mulighet for å oppleve egen autonomi i slike korrigerende omgivelser. Vatne (2006) beskriver kommunikasjonsformer der sirkulære eller lineære spørreformer kan være sentralt, der sirkulære, refleksive spørsmål kan inneholde mindre autoritær virkning. I motsetning til lineære spørsmål som kan tenkes å inneholde grader av konfrontasjon og anklager. Om sykepleierne er usikre i dialogen med pasientene kan det tenkes at de vil bruke mer lineære spørsmål, men da vil de også lettere kunne stenge en dialog. Ved psykisk lidelse kan det være riktig med korte, enkle setninger, men det kan også være behov for mer forsiktighet rundt krenkende eller for rask inntrengen hos pasienten. Kanskje vil de også ha behov for hjelp til verbalisering av sine behov.

### 3.5 Mestring og metode

I psykiatrisk sykepleie beskrives metoder for sykepleieintervenering av Gunn von Krogh (2002). Intervensjonene beskrives konkret, men hvordan disse utøves under de forhold man arbeider ved på en RSA, er ikke helt klart ved denne studiens start.

Da Helsedirektoratet etterlyser erfarne psykiatriske sykepleieres kunnskap om metoder for å unngå vold og bruk av tvangsmidler (Sosial- og helsedirektoratet, 2006), er begrepet "mestringsmetode" tatt i bruk. Her relatert til informantenes opplevelse i møtet med pasienter der voldsrisiko er vurdert som høy, hva som får dem til å mestre potensiell farlighet ved RSA'er. I intervjuene er dette forsøkt undersøkt på en måte, som i stor grad åpner for informantenes egen oppfatning av begrepet. Metodikk antas å sikre unngåelse av vilkårlige tiltak, men kanskje oppfatter de ikke sitt arbeid som metodisk. I Benners (2005) beskrivelse av eksperter er det problematisert at både eksperten selv og de som skal lære vil kunne få problemer med å beskrive nettopp hva utøvelsen består i. Kanskje er det slik Benner fant, at ekspertenes arbeid kan forringes om de blir nødt til å følge regler og instruksjoner, og dermed eventuelle forhåndsavtalte metoder. Begrepet er viktig i denne studien fordi Helsedirektoratet etterlyser metoder hos erfarne sykepleiere ved RSA'er, som informantgruppen i denne studien. Kartleggingsverktøy for strukturerte risikovurderinger og til en viss grad sikkerhetsgruppene statisk, organisatorisk og dynamisk/relasjonell sikkerhet, danner også struktur, der metode og systematikk blir synlig, men tiltak og personlig opplevelse av mestring vil trolig kunne variere.

De forskjellige tre sykehus har kanskje forskjellige metodiske fremgangsmåter, og kulturer, mens de enkelte informanters egen opplevelse forventes fortalt ut fra den enkeltes tolkning. Både intervensjoner i enkeltrelasjonene og miljøterapi generelt kan trolig beskrives og tolkes som metode slik Vatne (2006) beskriver det. Ut fra egen erfaring og flere forskningsarbeider, kan det se ut som også tidlig intervensjon er en metode. De fleste kjerneintervensjoner i psykiatrisk sykepleiesom betinger oppmerksomhet og tilstedeværelse (von Krogh, 2002).

### 3.6 Tidlig intervensjon

Etablering av gode relasjoner synes veldig sentralt ved norske sikkerhetsavdelinger, men vanskeligjøres trolig av omgivelsene en sikkerhetsavdeling utgjør, samt den tungne omsorgen (Psykisk helsevernloven, 1999). Dersom sykepleiere er bevisst på tidlig intervensjon vil de trolig lykkes oftere med å skape et miljø der konfliktene dempes før de blir en trussel. Da blir det fanget opp hva pasientene sliter med. Tidlig intervensjon er spesielt viktig i forhold til å hindre utvikling av frustrasjon og aggresjon før det oppstår en negativ sirkel (Hummelvold, 1997). Der negative faktorer kan forsterke hverandre. Både i samspill med den enkelte pasient og i form av å skape et trygt avdelingsmiljø.

Egen erfaring tilsier at det er lett å vente for lenge fordi man tror det vil roe seg av seg selv, eller man frykter å mislykkes. Det kan trolig også være slik at sykepleierne er redd interaksjon vil provosere og dermed virke eskalerende på en pasients affekt.

### 3.7 Tidligere forskning angående psykiatrisk sykepleie og sikkerhetsavdelinger.

Databasene som systematisk er søkt i er: Cochrane, Chinal, PsycInfo, Medline, SveMed, Embase og Nasjonalt kunnskapscenter. Søkeord som ble brukt var "Forensic ", "psychiatry", "experienced", "psychiatric nurses", "violent patients", "reducing restraint", "de-escalation" og "verbal intervention".

Det synes å være lite forskning som er publisert angående samspill mellom sykepleiere og pasienter ved nettopp sikkerhetspsykiatriske enheter, som tilsvarer norske forhold. Høy voldsrisiko håndteres av helsepersonell alene i Norge. Imidlertid er det flere funn av studier fra akuttpsykiatriske avdelinger, samt fra utenlandske sikkerhetsavdelinger. Til tross for forskjellige kontekster i forhold til norske sikkerhetsavdelinger, så bruker jeg allikevel kunnskap herfra og ser nærmere på det som er relevant i forhold til studiens hensikt.

Lene Berring (2005), forsker ved en psykiatrisk akuttavdeling, Danmark, belyser betingelsene som må være tilstede rundt sykepleiers interaksjon med den truende og

voldelige pasienten, for så å se på innholdet i selve interaksjonene. Studien påpeker sykepleiers de-eskalerende effekt gjennom strukturert mottak og møte mellom pasient og sykepleier. Livet inne i avdelingen kan brått bli preget av krenkende opplevelse og en vanskelig situasjon for både sykepleier og pasient, pga. mangel på personell og situasjoner som krever disses oppmerksomhet. Der interaksjon kunne ha foregått så tidlig som mulig, i stedet for altfor sen intervensjon. Mye av personalets interaksjoner beskrives som fortløpende reaksjoner på grunnlag av oppståtte situasjoner. Der hun finner at det burde vært rom for bedre faglig planlegging. I sin oppsummering advarer hun mot at sykepleieren kan bli en markør for uforsvarlige forhold på linje med "kanarifugler i bur", slik man hadde i gruver før i tiden. Hennes funn er trolig relevante for den kompleksitet jeg selv finner ved sikkerhetsenheten, at en rekke faktorer må tas hensyn til for at pasientens opplevelse av struktur skal kunne fungere stabilt hele oppholdet igjennom.

Muralidharan og Seilas (2006) har konkludert med at klinisk praksis overfor pasienter med vold eller forstyrrende adferd ikke er basert på forskningsarbeid med krav til randomiserte og kontrollerte studier. Ved gjennomgang av andre studier har de funnet følgende tiltak som sentrale punkter: Tidlig identifikasjon og intervensjon når problematisk adferd oppstår. Samtale (interview) med pasienter for å dempe stresstriggere og mulige kriser. Personal opplæring generelt, spesielt om faktorer for avgjørelser om bruk av tvang. Personalgruppe-trening, i kunnskap om kriser og eskalering, og ikke voldelige intervensjoner. Daglig oppsummering over bruk av tvang (trolig i avsluttende møte/aftenrapport). Observerende person som aktiveres ved mulig krisesituasjon. Kriseintervensjonsteam, definert leder ved krisesituasjoner og pasientopplæring er også funnet sentralt. De finner det forøvrig betenkelig at mange terapeutiske tiltak synes å oppstå pga. trusselen om vold/aggressjon. Tiltakene virker tilsynelatende, men de burde kanskje vært en selvfølge lenge før trussel om vold og aggresjon oppstår.

Morrison, Morman, Bonner, Taylor, Abraham og Lathan (2002) viser til en studie fra en "maximum security psychiatric facility". Der store problemer med vold fra pasienter, begynnende flukt av kvalifisert personell, og høy frekvens av

tvangsmiddelbruk hadde ført til behov for vesentlige tiltak. Mangelen på sykepleiere var blitt et stort problem, men bedret seg etter fokus på forutsigbarhet, der pasienter og personale visste hvilke tiltak som skulle iverksettes etter pasientens utspill. Forutsigbarhet tolkes som viktig resultat her. Tallene viser en vesentlig nedgang i voldsepisoder og tvangsbruk etter rundt et års målinger. Tiltak som kan ha virket er: Reorganisering av enheter. Redusering av antall pasienter ved en enhet, ned til maksimum 15. Noe som trolig er et høyt tall sammenlignet med norske enheter. Forskjellige pasientgrupper ble atskilt. Noe som ikke er prioritert ved Norske sikkerhetsavdelinger. Det er uklart hvor reelle forskjellene er, og innholdet i dem, da antallet pasienter i enhetene er opptil tre ganger høyere i forhold til i Norge. Ivaretagelse av personalet og samtaler med disse ble prioritert. Funn: klar reduksjon av episoder, adekvat personaldekning fortsatte å være en utfordring. Personalet var bedre rustet fordi de nå hadde kontroll og forutsigbarhet. Reduksjonen i vold og aggresjon førte til bedre muligheter for samvær og behandling.

Wynn (2002) utførte en spørreundersøkelse med anonyme spørreskjema blant 347 ansatte (alle faggrupper) ved et norsk psykiatrisk sykehus. Den totale stabens prioriteringer av hva som kan redusere bruk av "tvangsmidler" (Wynn, 2002) fremkom slik:

Gi pasienten mer oppmerksomhet i enheten, bruke mer kvalifisert og erfarent personale, roligere enhets omgivelser, høyere pleiefaktor, gi pasientene mer aktiviteter, unngå overfylte avdelinger og ha mindre enheter 8 maks 15 pasienter. Etterstrebe mer individuell behandling for pasienten med høyere frekvens av psykoterapi, samt bruke mer medikamenter.

Ved sikkerhetsenheten på det sykehuset ble det registrert at personalgruppen var mer kritisk til hvor ofte tvangsmiddel ble brukt enn ved de andre enhetene. Videre konkluderer studien med at det er behov for mer informasjon om negative konsekvenser av tvangsmiddelbruk. Ved mer undervisning og trening, og fleksible metoder å møte aggressive og voldelige pasienter med.

Utfordringer ved pasientopplevelser viser behov for tiltak som pasientopplæring, "gi pasientene mer aktivitet", høyere frekvens av psykoterapi, mer individuell behandling og sist på deres prioriteringsliste "bruke mer medikamenter" (Wynn R., 2002).

Duxbury (2002) gjennomførte en undersøkelse med spørreskjema og intervjuer ved tre psykiatriske akuttavdelinger, hvor han intervjuet både pasientene (n=80), sykepleiere (n=72) og annet medisinsk personale (n=10) om deres syn på hvordan vold og aggresjon skulle håndteres (Duxbury J., 2002). Det rettes fokus på at de-escalering trening ikke bør føre til at personalet problemfokuserer for tidlig. Det ønskes bedre kunnskaper om de-escalering. Sammenhengen mellom kunnskap og tid til samvær, kan føre til bedre relasjoner mellom personalet og pasientene. Øke forskning og fokus på pasientenes perspektiv ønskes. Det er svært komplisert, men nødvendig med multiple perspektiver på problemstillingene i praksis.

### 3.8 Kritikk av teorivalg

En svakhet ved flere av disse undersøkelsene er igangsetting av mange tiltak, der det blir vanskelig å si eksakt hva som virket hvordan. Utvalget av treff oppleves å ikke stemme helt med annen kunnskap om forskning innen problemområdet.

Organisering av enhetene er trolig bedre i Norge. Funn som er gjengitt her kan til en viss grad bekrefte synet på løsninger som fokusgruppen har konkludert med, da sentral oppfatning synes å være at tidlig intervensjon og tilrettelagte miljøer med nok erfarent personale er avgjørende der vold og aggresjon er potensielt tilstede.

## 4.0 DESIGN OG METODE

### 4.1 Kvalitativt forskningsintervju

Studien er bygget på kvalitativ forskningstradisjon med bruk av intervju fordi det ble vurdert å være best egnet for å finne de data problemstillingen skisserer behov for (Polit og Beck, 2008). Noe også Kvale (2006) støtter. Intervju er hensiktsmessig for å kunne fange erfaringene erfarne psykiatriske sykepleier sitter med. Erfaringer som

sykepleiernes opplevelser, erfaringer, tanker og holdninger om møtet med høy voldsrisiko (Polit og Beck, 2008). Den enkelte sykepleiers opplevelse og tolkning besvarer forskningsspørsmål, men også belyst ved å se på felles og individuelle erfaringer og sykepleiernes vekt på disse. Utgangspunktet var forskningsintervju, der en faglig konversasjon mellom forsker og intervjuperson, slik Kvale (2006) beskriver dette.

#### 4.2 Valg av forskningsfelt

Regionale sikkerhetsavdelinger antas å ha størst datamengde (Kvale, 2006) i relasjon til problemstillingen, på grunn av avdelingenes mandat og formål (Stortingsmelding 25, 1997). Opplevelse av høy voldsrisiko er ofte subjektiv, men når avdelingens oppgave er å tilby behandling nettopp under forhold hvor andre psykiatriske avdelinger ikke klarer dette, vil RSA'er være relevant. For å redusere evt. skjevhet pga. kulturforskjeller eller andre ukjente forskjeller, ble alle tre RSA'er i Norge valgt. Det tre forskningsfeltene dekker til sammen tilbudet i hele Norge angående behandling av pasientgruppen som er for farlig å behandle andre psykiatriske avdelinger.

#### 4.3 Valg av informanter

Lang erfaring ved RSA'er og videreutdanning i psykiatri hos sykepleierne ble etterstrebet for å sikre enda mer presise ekspertkunnskaper. Noe som igjen ville kunne kompensere for et begrenset antall respondenter (Polit og Beck, 2008). Erfarne psykiatriske sykepleieres beskrivelser forventes i studien å kunne belyse hva viktige faktorer i forhold til problemstillingen. Sykepleierne er psykiatriske sykepleiere som har jobbet ved Regional sikkerhetsavdeling i minst 5 år. Dette kriteriet er tenkt med grunnlag i Benners (1995) beskrivelse av sykepleieres utviklingsnivåer fra novise- til ekspertnivå. Det å være på ekspertnivå ble antatt å ha betydning for i hvilken grad deltakerne i studien kunne uttale seg om mestringsmetoder, husregler og sikkerhetsregler, og for å kjenne til avdelingenes kultur og rutiner. Minimum 5 års erfaring ble forventet å bidra til et høyt nivå på informantenes kunnskap, selv om det ikke er noen garanti i seg selv. I følge Benner (1995) vil ekspertsykepleiere som



denne gruppen kunne være en utfordring å kommunisere med pga. all kunnskap som de kanskje ikke har enkle beskrivelser av. Noe som igjen kan komplisere ved for eksempel modellering. Det er allikevel disse kunnskaper jeg ønsker å belyse. Også helsedirektoratet etterlyser denne gruppens kunnskaper om sykepleie overfor RSA'er sin pasientgruppe (Hatling, 2010). Valget av informanter er fullt ut foretatt av ledere, også på min arbeidsplass, på lik linje med de to andre RSA'ene. Valg av intervjupersoner ble i utgangspunktet avgjort av avdelingens tilgjengelighet på intervjupersoner som fylte inklusjonskriteriene.

#### 4.4 Intervjuguiden

Intervjuguiden og forskningsspørsmålene har skullet sikre faglig fokus, særlig ved å legge til rette for en uforstyrret fremstilling av en historie de selv presenterer i intervjuets innledning. Guiden er semistrukturert, og retningsgivende med to utgangsspørsmål.

Hovedspørsmålene:

*Fortell meg om en hendelse du spesielt husker, da en pasients aggressive adferd eskalerte, og hvor ditt valg av interaksjon opplevdes spesielt avgjørende for et utfall der verken tvangsmidler eller vold forekom.*

*Fortell meg om en hendelse du spesielt husker, da en pasients aggressive adferd eskalerte, og hvor ditt valg av interaksjon førte til at du ikke lyktes med å unngå bruk av tvangsmidler eller vold.*

Etter denne innledning ble spørsmålene supplert med mer utdypende spørsmål. Det ble lagt vekt på intervjupersonens fortellinger om sin opplevelse, seg selv som instrument, som menneske og som profesjonell relasjonsskaper i situasjoner med høy voldsrisiko. Der beskrivelse av opplevelsen med eller uten tilfredsstillende mestrings- muligheter ble verbalisert.

Historien fra spørsmål en ble brukt som en innledning, der jeg selv i hovedsak lyttet til historien, og ikke påvirket informantenes beskrivelser. Det var allikevel basert på den informasjon og den spørsmålsform de allerede hadde lest i forespørselen om å bli intervjuet. Nonverbal kommunikasjon inneholdt noe mimikk underveis som kan ha påvirket, men dette har vært ment som bekreftelser på gjenkjenning og forståelse der dette har blitt relevant. Og for å gi en dynamikk i intervjusituasjonen, slik Kvale (2006) beskriver. Intervjuformen har derfor bestått av en form for narrativ start. Det ble av hensyn til dynamikken i samtalen også stilt enkelte spørsmål underveis, men selve samtalen fulgte etterpå. Da ble det stilt utdypende spørsmål rundt historien, både om tidlig interaksjon og mestring underveis i hendelsene. I noen av intervjuene var mine forskningsspørsmål besvart slik at jeg sikret at min forståelse var riktig, ved å oppsummere, for å få bekreftet at dette var riktig forstått.

#### 4.5 Pilotstudien

Intervjuguiden ble utviklet i to intervjurunder. Først overfor to godt kjente kolleger videreutdanning og 20 års erfaring. Da ble også forskningsspørsmålene gjennomgått og utlevert til disse på forhånd. Ved evaluering av første pilotstudie ble det konkludert med at jeg ville gjøre en pilotstudie til, der jeg kun leverte ut hovedspørsmålene. For så å følge opp historiene fra de to spørsmålene ved å bruke forskningsspørsmålene som egen veileder under samtaledelen. I det andre pilotstudiet ble det brukt to sykepleiere som hadde tilsvarende kompetanse og erfaring, men fra en akuttpsykiatrisk avdeling. Disse var for øvrig medstudenter ved universitetet. Forandringene ved intervjuguiden ble gjort fordi en mer åpen form på data innhenting strukturen, ble antatt å gi flere data som kunne vise informantenes egen erfaring i større grad. Fremfor de svar jeg ubevisst risikerte å søke pga. min egen forforståelse. Ettersom min rolle som ekspert i det samme feltet kunne påvirket både egne tolkninger og informantenes utsagn (Kvale, 2006). Tidsintervaller og fysisk gjennomføring ble og prøvet ut. Det ble etter dette klart at jeg fikk en mer håndterbar struktur ved pilotstudie to, samtidig som det ble opplevd å åpne mer for informantenes egne beskrivelser. Funn fra pilotstudien er ikke brukt i undersøkelsen, fordi spørreskjemaets struktur ble forenklet ved evalueringen.

#### 4.6 Gjennomføring av intervjuene

Reisen til hvert av intervjustedene ble lagt opp etter at lederne hadde vært i kontakt med meg. Alle respondentene mottok et informasjonsskriv, med to hovedspørsmål ca. to dager før intervjuet, og alle hadde lest og sett dette minimum et døgn før intervjuet. Intervjuene foregikk i uforstyrrede rom i tilknytning til sykepleiernes arbeidssted. Alle intervjuer ble tatt opp på digital opptaker. Jeg skrev korte stikkordsnotater under intervjuene for å huske poenger jeg ville få utdypet senere i intervjuet. Etter hvert intervju skrev jeg notater i form av en oppsummering, for ikke å skape uønsket avstand/reservasjon mellom sykepleieren og meg underveis. Notatene fikk funksjon som refleksjoner over intervjuene. Intervjuene ble åpnet med spørsmål som kunne bekrefte at inklusjonskriteriene var tilstede, samt spørsmål om de hadde lest og forstått informasjonen de hadde fått på forhånd og de to spørsmålene de hadde mottatt.. En av sykepleierne kom ikke, pga. sykdom, men en reserve- respondent sa ja på tre timers varsel. Tre av sykepleierne var godt kjente av meg, da disse har vært mine kolleger gjennom en rekke år. Intervjuene ble anslått til maks 1 time i informasjonsskrivet, noe som varierte og gjennomsnittet på de 9 intervjuene ble 47 minutter.

#### 4.7 Min erfaring og forforståelsen

Da et av de tre forskningsfeltene er min daglige arbeidsplass er det flere utfordringer som har vært møtt med spesiell oppmerksomhet. Fordelen med min erfaring er kunnskap om miljøet og utfordringene, noe som igjen kan være med på å lette kommunikasjon med informantene. Ved å intervjuer på egen arbeidsplass først, ønsket jeg å oppnå mer erfaring og trygghet ved de øvrige intervjuer. Dette kan ha påvirket og gitt noe forandring av mine kunnskaper underveis gjennom intervjuene. Denne erfaringen er med som en bevissthet, og har ikke nødvendigvis vært et problem slik det også kan forstås som forsvarlig i forhold til studiens kvalitet (Repstad, 1998). Men det kunne ha vært et kritisk punkt for mulighetene til å få gode data, noe jeg har erfart at det ikke har vært. Forforståelsen ved intervjuene har vært en vesentlig utfordring. Det var viktig å få frem informantenes beskrivelse av sine

erfaringer, uten at jeg vurderte disse erfaringene etter egen subjektiv gradering av riktighet. Noe som lett kunne skjedd ved at jeg bekreftet, avkreftet eller kommuniserte noe som kunne ødelagt informasjonsflyten til meg. Jeg var bevisst på å unngå sammenligning med nettopp egne erfaringer under intervjusituasjonen (Repstad, 1998; Kvale, 2006).

Mye av min forforståelse er basert på erfaringene jeg var med og oppsummerte i en fokusgruppe for noen år siden. Sammen med 11 andre erfarne psykiatriske sykepleiere ved egen arbeidsplass gjennomførte vi i 2005-2006 en kollektiv oppsummering av våre erfaringer med sykepleiefaglig håndtering av voldsrisiko i avdelingen. Dette ble verbalisert, debattert, sammenlignet med forskningsfunn og nedskrevet. Gruppen ble veiledet av 2 erfarne forskere. Funnet og forslag til tiltak ble presentert ved et seminar for psykiatriske sikkerhetsavdelinger i Norge, september 2006 (Holtskog, 2009). Langsiktig mål var operasjonalisering av kunnskapene, med integrering av funn i avdelingens sykepleiefaglige struktur. Relevante nasjonale og internasjonale forskningsarbeider ble søkt på, og funn sammenlignet med de forskjellige erfaringsbaserte funn i gruppen. De viktigste ble antatt å være:

Sikre omgivelser som en forutsetning for trygghet og forutsigbarhet hos både pasient og sykepleier, som låser, alarmer, oversiktlige lokaler, også kalt statisk sikkerhet, og tilgjengelighet på rask hjelp fra kolleger ved fare for vold (del avorganisatorisk sikkerhet).

Pasientens opplevelse må tas hensyn til og forsøkes klarlagt. Krenkelse unngås. Tilstedeværelse av nok personell må prioriteres for kommunikasjon og miljøterapi, da mye sikkerhet ligger i kunnskapen sykepleier får gjennom samspill med pasienten (del av begrepet dynamisk sikkerhet ved RSA, Oslo).

Personalgruppen må ha muligheter og kompetanse for å kunne identifisere situasjoner der interaksjon er nødvendig, på et tidligst mulig tidspunkt. Tilgang på

egnet samtalerom og konkret tilgjengelighet på personell anses svært viktig for fremgangsmåten.

Jeg fant relevans mellom den kollektive oppsummeringen og funn i andre studier, men kunne ikke forutsi funnene fra intervjupersonene i denne studien. Men jeg var svært interessert i hva andre erfarne psykiatriske sykepleiere satt med av erfaringer. Informantene som ble utvalgt av de tre RSA'enes ledelse hadde ikke deltatt i denne fokusgruppen, med unntak av en informant. Jeg valgte da å følge de valg som ikke var gjort av meg. Inklusjonskriteriene er allikevel ment å ivareta en høy grad av lik kontekst så godt som mulig. Flere relevante lærebøker, artikler og studier fra det sikkerhetspsykiatriske fagmiljøet er også brukt som kunnskapskilder. Tidlig intervensjon og tilrettelagte miljøer med nok erfarent personale synes for meg å være sentralt. Med bakgrunn i fokusgruppens arbeid og funn har jeg også vært preget av denne gruppens konklusjoner. Derfor har jeg lagt stor vekt på at informantene selv må fortelle meg hva de synes er relevant erfaring og egen kunnskap. Data analysene ble derfor også gjort på to måter, der både en mer deduktiv og en induktiv tilnærming ble gjort i hver sine runder.

#### 4.8 Analyseprosessen

Intervjuene ble spilt inn på digital opptaker, deretter overført til PC og programmet MS Media Player. To intervju ble transkribert av innleid hjelp, de øvrige er transkribert av meg, fra muntlig til skriftlig tekst (Kvale, 2006). De to som er transkribert av innleid hjelp er kontrollert av meg ved lesing og lytting samtidig. Reliabilitet ved transkripsjonen er ivaretatt ved lytting og lesing av intervjuene ca. 10 ganger pr. intervju, også for forståelsens skyld. Der det har vært tvil om ordene, er disse spilt i forskjellige hastigheter, for å sikre riktig tolkning. Validitet er sikret ved strengt ordrette gjengivelser, der pauser, gjentakelser, latter og mine non-verbale signaler, for eksempel nikking/bekreftelse, er lagt til i parentes der dette har vært aktuelt. Tonefall er utelatt, der det ikke berører hensikten med intervjuet vesentlig. Når opplevelser er viktige å registrere, er det lagt vekt på det informantene noen steder også gir av nonverbale signaler som affekt og sterkere engasjement. Kvale (2006)

skriver at det finnes ingen sann, objektiv oversettelse fra muntlig til skriftlig form, og viser til at det er mer konstruktivt å spørre "Hva er nyttig transkripsjon for min forskning?" (Kvale, 2006). Navn og data som påvirker konfidensialiteten er fjernet fra teksten. Transkribering er foretatt med normalt alfabet og norsk bokmål, der dialekt er renset ut (Knizek, 2006). Dette fordi dialekt kan røpe hvilken av de tre regionale enheter intervjuet er foretatt på. Jeg er klar over hvilken påvirkning jeg har på materialet og troverdigheten allerede her, og har forsøkt å gjengi data riktig. Mine umiddelbare reaksjoner etter intervjuene nedtegnes i et eget dokument og ansees vesentlig for egen analyse og tolkning. Data herfra er ikke tillagt transkripsjonen da den er fremstilt som en ren teknisk gjengivelse av ord og lyder fra intervjuene. Alle intervjuene har blitt lyttet til opptil 10 ganger for å bli kjent med materialet, for slik å forstå manifest innhold best mulig. Og for å lytte etter latent innhold, som meninger, holdninger, eller intensitet som sier meg noe om hva jeg tror betyr mest for informanten. Dette ble gjort mens jeg fortløpende skrev notater. Intervjuene er lyttet til i både kronologisk og ujevn rekkefølge for å motarbeide evt. kultursammenhenger, altså mikset i forhold til hvilket forskningsfelt respondenten representerer. Lesing av teksten i de transkriberte intervjuene ble gjort på nytt etter to måneders pause fra den beskrevne dataanalyse. Dette fordi jeg ønsket å være mer løsrevet fra den første analysens struktur, der data var sortert etter forsknings-spørsmålene.

#### 4.8.1 Meningsfortetting

Tekstanalyse er gjort ved uthenting av meningsbærende tekst. De meningsbærende elementene er vanskelig å forutsi, men en struktur for analysen er først dannet ut fra intervjueskjemaets inndeling i forskningsspørsmålene (Kvale 2006). Samtaleformen i intervjuene er tilpasset et induktivt utgangspunkt fordi det var viktig å finne ut hva informantenes erfaringer var. Det semistrukturerte spørreskjemaet hadde utgangspunkt i en forforståelse som kunne føre til en deduktiv tilnærming overfor informanten. Ved analyse tok jeg derfor utgangspunkt i manifest innhold (Graneheim og Lundeman, 2003). Først i forhold til forskningsspørsmålene, deretter i forhold til emner fra problemstillingen. Til slutt ble dette sett i lys av uventede funn, og erfaringer, som representerer noe annet enn min forforståelse. Det siste punktet anses svært viktig for funn av nye kunnskaper, for å kunne diskuteres i forhold til de

diskurser jeg oppdaget. Dette ble gjort ved to hovedprosesser. Det ene var identifisering av relevante manifeste meningsenheter, ved flere runder med kondensering (Kvale, 2006). Det andre var å lage en liste over meningsenheter som fikk en foreløpig rolle som oversikt over flere kategorier, som funn igjen ble sortert etter. Både manifest og latent innhold er slik basert på meningsbærende elementer fra teksten (Graneheim og Lundeman, 2003).

#### 4.9 Fra intervjuer til kondensert tekst

For å finne konkrete beskrivelser av erfaringer, som besvarer problemstillingen i studien, valgte jeg Kvales beskrivelse av meningsfortetting som fremgangsmåte. Denne er i stor grad basert på Giorgis fenomenologiske fremgangsmåte (Kvale, 2006). Giorgis metode forholder seg til fenomenologisk filosofi, noe jeg finner hensiktsmessig, da informantenes egne ord og opplevelser gjennom lang erfaring, kan måles slik. Giorgis metode beskrives av Kvale som nyttig hjelp for å analysere lang og ofte komplekse intervjutekster. I denne studien er det 120 sider transkribert tekst totalt, og de kunnskaper som kommer frem oppleves å være komplekse. Hele serien med intervjuer er først lyttet til for å få en oppfattelse av det hele (Polit og Beck, 2008; Kvale, 2006). Et viktig trinn fordi lesing og forståelse av innholdet blir svært avgjørende for hva som velges ut videre. Mening som ikke forstås kan da gå tapt slik noe Knizek beskriver (Knizek, 2006). I trinn to markerte jeg meningsenheter som syntes relevante for forskningsspørsmålene. Alle intervjuer fortløpende, uten noen form for sortering (Kvale, 2006; Polit og Beck, 2008). Innholdet ble lest på nytt og delt i ulike enheter i forhold til avgrensede fenomener. Materialet knyttes sammen meningsmessig, selv om utsagn kan forekomme spredt i teksten. Gjennom sammenknytning og valg, ble resultatet en inndeling av materialet i sekvenser Knizek kaller betydningsenheter (Knizek, 2006). I trinn tre bestod arbeidet i å uttrykke temaer som dominerer meningsenhetene så enkelt og klart som mulig. Disse ble lest på en så uforutinntatt måte som mulig for meg. Deretter er materialet på nytt forsøkt tematisert, i en ny runde med utgangspunkt i lytting, uten hensyn til egen struktur/forskningsspørsmål. For slik å arbeide med materialet i en mer induktiv gjennomgang (Kvale, 2006). Ved videre artikulering har jeg beskrevet den psykologiske innsikten i hver av meningsenhetene ved å skille ut betydnings- enheter

hver for seg, målt opp mot deres utsagnskraft i forhold til problemstillingen slik Polit & Beck (2008) beskriver dette.

Giorgis runde fire tilsa at meningsenhetene og den nye kategoriseringen igjen ble undersøkt i lys av studiens spesifikke formål. Hvor uttalelsene fortalte meg noe om sykepleiernes opplevelser i forhold til problemstillingen (Kvale, 2006).

Enkeltfortolkninger ble og sammenlignet på tvers av betydningsenhetene, slik Knizek fremstiller metoden (Knizek, 2006). Kvale (2006) beskriver i sitt trinn fem at de viktigste emnene i intervjuet må bindes sammen i deskriptive utsagn. De uttrykte meninger fortettes, for slik å komme frem til stadig mer grunnleggende betydninger om problemstillingen. Ved presentasjon av funnene er derfor en rekke funn presentert ved uttalelse om informantenes erfaringer, eksemplifisert med deres egne ord i form av sitater. Syntetisering av ivaretatte meningsenheter er gjort til både spesifikke og mer generelle beskrivelser (Polit og Beck, 2008). Så ble det foretatt en integrasjon og syntese av disse til flere generelle kategorier (Knizek, 2006.) Disse kategoriene er presentert som underpunkter til fire dominerende tema som er basert på problemstillingen og forskningsspørsmålene.

#### 4.10 Kritikk av metode og analyseprosessen

Teoretisk troverdighet ble sikret gjennom litteratursøk i databaser jeg fant relevante. Se avsnitt 3.1.4. Sammen med bruk av teori fra fagfeltet og fra sentrale fagmiljøer i klinisk - og i forskningssammenheng. Troverdigheten i utvalget av sykepleiere ble sikret ved at det ble valgt deltakere som er informasjonsrike i forhold til studiens hensikt (Kvale, 2006). Det kunne vært gjort med færre informanter, da veldig mange uttalelser viser til relativt like erfaringer og kunnskaper. På den annen side synes dette trolig bedre fordi så mange ble intervjuet.

Valg av nettopp de tre Regionale sikkerhetsavdelinger ble gjort for å kunne ha så lik kontekst som teoretisk mulig, De ulike kulturer på de forskjellige steder kan allikevel gjøre en forskjell, likedan forskjellig tilgang på ressurser, i form av bygningsmasse og kompetanse. Informantenes beskrivelser ble tatt på ordet og sortert ut fra de



beskrivelser som kunne være gyldige alle tre steder. Slik Knizek (2006) beskriver behovet for en komperasjon ved valg av flere forskningsfelter. Dette har imidlertid ført til at jeg måtte unnlate å følge enkelte funn som kunne synes å ha en sammenheng med bl.a. kulturer som kan ha vært litt forskjellig mellom de tre RSA'ene.

Variasjon mellom forskningsfeltene tilsier at det velges beskrivelser ut fra at det ikke bør være noen vesensforskjell ved fenomener ut fra hvilken av de tre forskningsfelt de er hentet fra (Knizek, 2006). Knizek (2006) beskriver at slike sammenligninger kan gjøres tankemessig som en del av utvalgsprosedyrene, slik Giorgi har beskrevet ved sine trinn (Knizek, 2006). Metodologisk og etisk troverdighet er ivaretatt og synliggjort underveis i en kronologisk logg, der avgjørelser rundt plassering innen forskjellige kategorier er synliggjort. Intervjupersonene var på forhånd informert om forskningsprosjektet og temaene som skulle diskuteres, slik at de var forberedt. En samtykke erklæring sikret at intervjupersonene var informert om at deltakelse er frivillig, at de har rett til å holde tilbake informasjon og trekke seg fra studien når som helst, uten noen form for konsekvenser (Polit og Beck, 2008). Ved hjelp av en semistrukturert intervjuguide ønsket jeg å kunne samtale med informanten om dennes erfaringer, finne konkrete svar, men også åpne for helt andre funn enn hva mine forkunnskaper måtte tilsi. Informantens ordrette beskrivelser har vært målet, for så å bli bedt om evt. utdypinger og konkretiseringer.

#### 4.11 Etiske overveielser av metode og analyse

Rekruttering ble overlatt til avdelingene ved avdelingssjef. All informasjon har blitt behandlet konfidensielt. Data er aidentifisert ved fjerning av faktorer som kan gi gjenkjenning av informanten. Dersom noe av informasjonens art allikevel vil røpe hvor den kommer fra, vil bruk evt. kunne avgjøres av informanten, etter henvendelse fra meg. Noe som ikke er funnet nødvendig så langt. Under intervjuet kunne informanten ha opplevd krevende, ulike problemstillinger ved egen rolle som fagperson. Dette har ikke blitt registrert som noen aktuell situasjon under eller etter intervjuene. Det har derfor ikke blitt foretatt noen oppfølgings tiltak. Det vil formidles

resultater av undersøkelsen, med tilbakeføring av ny kunnskap til alle relevante samarbeidspartnere, samt øvrige relevante miljøer når studien er ferdig godkjent.

## 5.0 FUNN

Sykepleierne som deltok var to kvinner og syv menn. Forholdet mellom menn og kvinner i pleiepersonalet er oppgitt til å variere mellom 30 % og 50 % kvinner. Gjennomsnittlig praksis tid som sykepleiere ved en RSA er 12,8 år. Gjennomsnittlig alder er 40 år. Lederne deres anså disse best skikket til å delta i intervjuene. Alle har mye erfaring med rollen som ansvarsvakt ved sine respektive enheter.

Gjennom analysen ble fire tematiske områder og sammenhenger identifisert. Disse er og basert på forskningsspørsmålene. Kategorier presenteres under temaene, der noen kategorier ser ut til å ha betydning ved flere tema og er tatt med flere ganger, men da i lys av det aktuelle tema de er beskrevet under. Sammen med sitater er mine kommentarer ment for å presentere informantenes uttalelser/sitater og hvorfor jeg velger nettopp disse.

Det første temaet er kalt "Omgivelsens betydning", og handler om betydningen av at den fysiske sikkerheten og bygningsmessige tilretteleggelse er bra nok, og tilpasset visse krav. Dette fører til flere utfordringer angående de omgivelsene pasientene opplever og hvor det primært skal ytes sykepleie.

I det andre temaet "Sykepleiernes opplevelse i møte med høy risiko" beskriver sykepleierne opplevelser av påkjenninger og utfordringer de har erfart når de håndterte høy voldsrisiko, der muligheten for selv å bli angrepet har vært tilstede. Her er det identifisert 3 kategorier.

Tema tre, "samspill i personalgruppen", har en sentral rolle i hvordan det er mulig for sykepleiere å håndtere høy voldsrisiko med minimalt bruk av tvangsmidler. Og funn under dette tema er presentert i 6 kategorier.

”Samspillet mellom sykepleier og pasient” er det fjerde temaet, og forstås i lys av både omgivelsene, opplevelsene og samspillet i personalgruppen. Under intervjuene var det primært et mål å belyse nettopp samspillet mellom pasient og sykepleier. Temaet er allikevel presentert sist fordi det direkte samspillet ser ut til å være basert på de tre foregående temaers betydning. Og temaet inneholder her 10 kategorier.

### 5.1 Omgivelsenes betydning

Alle sykepleierne vektlegger betydningen av bygningsmessig tilretteleggelse og fysisk sikkerhet som en nødvendig forutsetning for å kunne tilby pasienter og personale en trygg ramme rundt avdelingene. Bygningsmessig tilretteleggelse handler om hvordan avdelingene er utformet, mens fysisk sikkerhet handler om alarmer, låste dører, muskelstyrke og annet som kan beskytte dersom en pasient vil angripe fysisk. En sykepleier beskriver dette slik: ”Uten tilstrekkelige ressurser så vil vi heller ikke ha muligheter til å ivareta pasientenes og personalets sikkerhet, for sikkerheten.”

Informanter beskriver tilstrekkelige ressurser som en forutsetning for å kunne ivareta sikkerhet for personell og pasienter. Når bygninger og sikkerhetsutstyr ivaretar stor nok del av sikkerheten vil man kunne bruke energien på pasienten i stedet for å frykte vold man ikke kan beskytte seg mot. Fokus kan da konsentreres på organisering og samspill mennesker i mellom. En sykepleier sier det slik:

*Jeg tror andre instanser har vært mer sånn fokusert på å lage fysiske rammer nok til å takle en eventuell utagering, hvis du skjønner, det har vært mye mer fokus på å være nok personal, være nok fysisk rustet, det slipper egentlig vi oppe på her å tenke så mye på, for det, vi har fysikken i utgangspunktet.*

Ved alle tre RSA'ene er personell tilgjengelig i nærliggende enheter, noe som sikrer at flere kan bidra fysisk ved behov for hjelp. Og en sier det slik: ”Her jobber vi tre

poster, nei fire poster faktisk, veldig nærme, det er snakk om bare noen sekunder så er det flere som hjelper.”

Bruk og test av alarmsystemer beskrives som nødvendig og vanlig rutine på alle tre avdelinger. ”Situasjonene også, hvor det går galt, at man også vet at man har back-up'en som man snakker om, også at man har alarmsystem som fungerer, man har, man får hjelp hvis man trenger det.” ”Er du usikker på det her, da er det ikke sikkert at du går inn og setter deg i en situasjon.”

De statiske sikkerhetssystemene forklares som noe som må være tilstede, men også som en faktor som kan gi uro. Dersom alarm utløses kan videre eskalering oppstå, slik en sykepleier beskriver det: ”Det verste hadde da mest sannsynlig vært hvis vi hadde fått en alarmsituasjon, og på en måte, jeg tenker da at vi mest sannsynlig hadde skremt opp pasientene.”

Samtalerom, eller lignende egnede lokaler for uforstyrret kommunikasjon, beskrives som viktig ved alle enheter. Likeledes oversiktighet i kombinasjon med estetikk. Sykepleierne legger vekt på nytten av gode muligheter for aktivitet der personell og pasienter er sammen, både inne og ute, som ballspill, svømming, turer, og lignende. Flere sykepleiere beskriver slike situasjoner, hvor de ofte unngår at korrigeringer blir en forstyrrende del av kommunikasjonen. Aktiviteter i fellesskap mellom personale og pasienter beskrives som svært nyttig fordi det kompensere noe for rolleforskjeller og likeverdproblemer, som ofte er asymmetrisk på grunn av tvang. ”Å være tidlig nok på tilbudssiden og alt det her, og når pasientene begynner å bruke aktiviteter som forebygging i forhold til når du ser at det er et eller annet. Det å være på tilbudssiden snakker vi om.”

## 5.2 Sykepleiernes opplevelse i møte med høy voldsrisiko

Sykepleierne forteller at det kan gå lenge mellom de perioder der beredskap og forventninger om akutt høy voldsrisiko er aktuelt. Dette skyldes forskjellige faktorer, men hovedsakelig fordi de har en forebyggende måte å arbeide på.

Sykepleierne forteller at de allikevel er redde i en rekke situasjoner, men de vektlegger på forskjellige måte at god relasjon etterstrebes. Dette beskytter mot vold, samtidig som relasjonen trygger pasienten også. Slik etableres en personlig trygghetsopplevelse. "Du kan aldri være sikker på at du ikke kommer opp i en situasjon, men jeg tror det går an, når en har kartlagt pasienten og kjenner pasientene, så går det an å være i forkant."

En sykepleier forteller en historie der personalet var for skremte av en pasients adferd til å gjøre noe der og da. Gruppen med pleiere ble beskrevet som uerfarne. Da pasientens primærkontakt kom på jobb gikk han inn og satset alt på sitt lille kjennskap til pasienten og fikk i gang kommunikasjon. Hans intervensjon ble slik:

*Det er en form for kommunikasjon med pasienten som er, litt kunststykke på en måte, men jeg tror det her med, i bunn og grunn så er det snakk om å vise at du bryr deg på en måte og det tror jeg glemmes altfor ofte, og det tror jeg kan hindre jævlige mye, mye aggresjon altså.*

Han frykter pasientens aggresjon og at pasienten vil angripe, men han beskriver at han må gjøre noe med situasjonen som han står i. Informanten opplever at hans kjennskap til pasienten, samt at hans tro på at det å bry seg hjelper:

*Så da stilte jeg meg først i døra og spurte om det gikk greit og alt det der, men da fikk jeg bare en skikkelig skyllebøtte tilbake. I stedetfor å trekke meg ut, så gikk jeg inn, og så satte jeg meg ned i stolen ved siden av. Tok en sjanse på at dette her godtok han, han godtok det sånn umiddelbart da, at jeg satt meg ned der, men fortsatte også å komme med masse trusler.*

En annen sykepleier beskriver intervensjonen slik, hvor det å holde ut lenge nok, og bruke tiden er viktig:

*Vi står lengre i vanskelige situasjoner i dag før vi går inn og intervensjoner, enn det vi gjorde for ti år siden, i dag så kan man ta imot trusler og verbal sjikane over lang, lang, lang, lang tid før vi går inn og intervensjoner fysisk, og vi må tåle det, vi kjører kollegastøtte og oppbacking og vi forsøker å jobbe oss gjennom disse situasjonene også, men vi går ikke inn og intervensjoner fysisk, men får plassert det verbalt!*

Situasjoner der pasienten avviser personalet krever kunnskaper og respekt for pasientens situasjon. Sykepleieren fortsetter sin intervensjon for å hjelpe pasienten: "Jeg må tåle avvisningen, også må jeg fortsatt evne å gi deg omsorg selv om du avviser meg."

En sykepleier beskriver også at intervensjonen innebærer å vise at egen intensjon er å ville hjelpe pasienten, det reduserer konfliktnivået i seg selv:

*Og signaliserer overfor deg at jeg bryr meg om deg, jeg er interessert i deg og jeg vil at du skal ha det bra, og spesielt de som vi har fått i fra fengsel, de blir skrekkelig overrasket når de plutselig skjønner det at vi ønsker å gi de omsorg.*

### 5.2.1 Opplevelsen av pasientens situasjon

En sykepleier beskriver hvordan hans oppfatning av pasientens situasjon påvirket ham til å gå frem på en måte som han finner urimelig i dag, bl.a. fordi han i den aktuelle situasjonen fryktet å bli manipulert:

*Også valgte jeg å ikke bruke tid, fordi jeg hadde et klokkeslett jeg skulle forholde meg til, kanskje litt stresset i utgangspunktet, kanskje litt lite folk på jobb, akkurat disse tingene husker jeg ikke men i hvert fall så tenkte jeg da, jeg skal i hvert fall ikke gi ham noe, hvis det han søker nå er oppmerksomhet, jeg velger å ikke gi ham det nå, også vil det kunne skape presedens, og så blir det den samme historien igjen i morgen. Også, også skjønt jeg litt panser isteden.*

Hvordan kan man oppleve pasienten annerledes enn de beskrivelser som løper foran ham, om farlighet og ubehageligheter? Hvordan kan man så ha et samspill der man verken behøver å frykte manipulering eller fysisk vold? Flere sykepleiere setter ord på hvordan personlig erfaring med et annet menneske kan forme en god relasjon til tross for at andre avdelinger sier pasienten er for farlig og ressurskrevende for dem. Muligheten for å tilbringe mye tid sammen beskrives som viktig. En sykepleier sier:

*Så går vi igjennom historien til pasientene, også er det noe med at når vi møter pasientene ansikt til ansikt, så er pasientene våre noe mer enn det som ligger inne i pasientjournalen, og vi blir kjent med dem, og vi blir jo, vi blir jo faktisk talt glad i dem, og vi bryr oss om de, og det er noe med at når du først har møtt dette mennesket så, så gjør det noe med oss og veldig, veldig, veldig ofte så overrasker pasientene våre oss positivt og de, de framstår som noe annet enn, enn det vi har lest oss til. Det går ikke an å lese seg til hvordan et menneske er, det er helt, man må liksom oppleves.*

### 5.2.2 Opplevelse av å være utsatt for aggresjon og vold

Sykepleierne har ved flere anledninger fortalt om situasjoner der de har en forventning om hva kolleger forventer av dem. Allikevel ønsker de å gjøre noe helt annet. Fordi den spesifikke situasjonen de er i, ikke tilsier den intervensjonen de på forhånd har lært at skulle være riktig intervensjon i slik situasjon. De forteller også om situasjoner hvor motivasjonen for valg av intervensjon har kunnet forbindes med frykt for vold. "Men for meg så var det en intervensjon ikke å intervenere og, også motivert ut i fra at jeg anså meg selv som så utsatt for vold, ikke sant?"

I en historie beskriver sykepleieren at han ble slått, og han tror det kunne vært unngått om han hadde reagert annerledes. Han beskriver at han hadde mobilisert en type redsel angående kommunikasjon med pasienten, og at denne redselen ble oppfattet av pasienten, som igjen ble utrygg på informant. Han beskrev at han ble: "Jævlig redd, øyeblikksprovosert, og agerte ut fra det."

En annen sykepleier forteller at det er svært viktig å signalisere trygghet overfor pasientene. Personalets usikkerhet oppfattes å utløse usikkerhet hos pasienten og

dermed øker ofte affektnivået. Derfor overvinner han sin frykt og velger å se trygg ut: "Men jeg tror allikevel at jeg har klart å formidle en kroppsholdning som tilsier noe annet, at jeg bare synker ned i stolen og virker veldig avslappet."

Opplevelse av slitenhet og belastning over tid bemerkes av flere sykepleiere. Selv den vellykkede relasjonen med en krevende pasient kan ha en pris i form av utslitt personale. Der de ofte opplever at de bruker mye energi på å unngå at pasienten blir en trussel for dem og medpasienter: "Viljen til å kunne stå på denne pasienten da, hver eneste gang de var på jobb det var veldig mange som sa " jeg stod på han i går, så jeg orker ikke han."

En forteller også om frykt for å bli skadet utenfor institusjonen, fordi pasienten har fiender som vil drepe ham. Noe sykepleierne er overbevist om at kan skje, men pasienten vil allikevel ut på tur, og har en rett til dette:

*Intervjueren: "Er dere redd for at dere skal bli skadet i en sånn situasjon?"*

*Informanten: "Selvfølgelig, det tror jeg alle tenker, at du, (latter) går ute på gata og så plutselig så stopper det en bil og ehehe, ja."*

En sykepleier beskriver opplevelsen av umiddelbar trussel om alvorlig vold og sin egen forventning om mestring. Der både individuell og felles opplevelse av å måtte gjøre noe umiddelbart er så stor at kolleger etterpå kritiserte ham for ikke å gripe inn med fysisk holding, selv om de "visste" at det ville blitt alvorlige skader. Sykepleieren hadde et lederansvar i situasjonen. Episoden løste seg noen sekunder senere, da pasienten snudde og gikk inn på sitt rom:

*Å kunne takle og stå, egentlig stå i situasjonen der man blir utsatt for det her, denne på en måte truingen, aggresjonen, som er veldig, det kan være veldig tøft å kjenne på det, der du står i den her konfliktsituasjonen, og, ja, du på en måte kjenner hans aggresjon på kroppen din, så til de grader og det, det, en sånn situasjon er så tøff å stå i, altså, og det kjennes ut som tiden står helt stille og du føler på en måte at jeg vet ikke, du føler på en måte at du er nødt, du må gjøre noe.*



Det at man ikke gjør noe fysisk før man må, selv om man opplever en nesten uutholdelig trussel, beskrives som et viktig poeng ved sykepleierens historie. Han har like før dette dannet seg en forståelse av hva pasienten lurte på. Pasienten trodde han ble lurt, fordi han var døgnvill, hvorpå sykepleieren forklarte rolig og enkelt hvordan ting hang sammen. Pasienten var en svært stor og sterk mann, og veldig sint. Sykepleierens poeng er at man alltid bruker tid om man kan. I tillegg til å unngå unødvendig autoritær adferd, både verbalt og non-verbalt. Altså kan sykepleierens forståelse av pasientens opplevelse av egen situasjon også henge nært sammen med hvordan situasjonen oppleves av sykepleieren, og slik avgjøre intervensjon. Alt skjedde voldsomt i løpet av få sekunder i denne historien, og han sier: "Du er mellom det å bruke tid og det at du må, at du føler at du må gjøre noe, gjøre noe med situasjonen."

I potensielt farlige situasjoner beskrives det viktig å kunne være trygg, og alltid vite hva du skal gjøre. Flere beskrivelser viser også til at raske avgjørelser og reaksjoner kan kreves. Sykepleieren her besluttet å ikke gjøre noe aktivt, tross sikkerhetsinstruksen som tilsa at han burde korrigere og sette seg annerledes.

*Og jeg valgte, summerte alle disse argumentasjonene, det er utrolig hva som går igjennom hodet da på så kort tid, men jeg det å bli sittende da, med pasienten bak min rygg, var en aktiv handling for meg, selv om det sånn ekspressivt var særdeles passivt. Men det var en aktiv konklusjon jeg da mobiliserte, og ut ifra det valgte å bli sittende.*

### 5.2.3 Om å jobbe "på automat" og om egen verdi i dette samspillet.

De fleste sykepleiere forteller om en samkjørthet i personalgruppen, der regler, forventninger og kommunikasjon trenes på, snakkes om, og forventes å kunne utføres automatisk ved eskalerende episoder. En sykepleier belyser dette fenomenet og kaller det en forutsetning for å gjøre en god jobb. Inneforstått med hva som forventes av en, og at intervensjoner fungerer nærmest automatisk.

Opplevelsen av å fungere godt på en RSA vil da også kunne henge sammen med hvor inneforstått med forventningene man opplever å være selv. Han sier:

*Automatikk i forhold til hvordan man skal bevege seg i posten og, ja, at den ene avløser den andre, den ene vet hva den andre tenker omtrent, det er veldig godt sånn samspill med personalet og sånn. Som, og er en forutsetning for at du skal gjøre en god jobb med pasientene.*

En annen sykepleier beskriver også hvordan opplevelse av eskalering i en potensielt voldelig situasjon iverksetter innlært adferd og handlinger. Hvor det ikke er mye tid til vurdering av intervensjoner før de må være tatt: "Men akkurat under selve hendelsen så, så jobber man sånn rent instinktivt og handler sånn ut fra erfaring og, man tenker ikke så mye, men er veldig fokusert på situasjonen der og da."

Noen sykepleiere forteller om forskjellige former for opplevelse av utilstrekkelighet. Både overfor det de tror kolleger forventer og overfor sine egne forventninger til å fungere godt i forhold til pasientgruppen. Temaet kvinner i rollen som sykepleier ved avdelingen blir nevnt flere ganger. Aktualiteten kan sees i forhold til at flere av sykepleierne også forteller om forventninger til fysisk styrke, der mannlig personale kan synes mer hensiktsmessig. Flere sykepleiere forteller at det derfor er en viss opplevelse av usikkerhet ved kvinners rolle som personell. En sykepleier forteller også om uttalelser fra kolleger om at kvinner ikke er ønsket der: "Ja, å stille spørsmål, det er flere av avdelingslederne som har, altså, "vi har ikke bruk for dere" har avdelingsledelsen sagt."

Både mannlige og kvinnelige sykepleiere i studien hevder at kvinner har en viktig og beroligende rolle i RSA'ene. De forklarer dette med fravær av fysisk trusselbilde overfor pasientene, samt deres kvinnelige tilstedeværelse i seg selv. En sykepleier forteller om opplevelsen av å aldri forstå helt hva pasienten trengte. Der eskalering av antall korrigeringer og en vond uløselig sirkel oppstod. Særlig beskrives en faglig utfordring, da personalet opplevde en rekke uventede måter pasienten tolket verden på, ved bl.a. psykososer, manipulering, splitting og mulig psykisk utviklingshemming.

Opplevelsen av mestring uteblir og dermed trues hele miljøpersonellgruppens samspill og trivsel, på grunn av uenighet og faglig uenighet: "Fordi vi finner, vi veit egentlig ikke hva vi skal gjøre, også blir det, så blir det veldig mye, veldig mye følelser, folk blir veldig slitne av sånn type."

Samme sykepleier forteller om opplevelsen av et angrep mot ham, hvor han ikke blir fysisk skadet fordi han er forberedt på nettopp dette:

*Og når jeg sier de ordene der så ser jeg for meg at her, det her er dråpen, så da kommer jo slaget mot meg, men jeg er hele tiden veldig observant, så jeg klarer akkurat å trekke meg unna slaget og de tre som var sammen med meg klarer å gå inn fra siden og stoppe ham, og med det samme de har armene på han så hopper jeg på ham og lander, så vi er tre stykk, nei fire stykker som ligger oppå ham, og der ligger vi en fem-ti minutter og holder, blåholder.*

Slik jeg oppfatter dette beskriver sykepleieren en hendelse der han oppfatter at også pasienten får en slags klarhet i at personalet tross fysisk intervensjon egentlig kun ønsker å hindre pasienten i å bruke vold, samtidig som de vil vise at de klarer å håndtere pasienten uansett hvor sint han måtte være, og fortsetter slik:

*Og det har jeg opplevd før og, pasienter som, på det viset der, når de først har fått den runden der, så er det akkurat som om lufta går ut av en ballong, HUUU, de puster lettet ut, slapper av, så sier de "jeg har roet meg", og alt det her, så låser jeg ham opp, tok han med på skjerma tror jeg, og så satte vi oss ned der.*

Sykepleieren legger til i samtalen etter selve intervjuet at han ikke kjente pasienten, og tror at han kanskje ikke hadde behøvd å havne i denne situasjonen om de hadde kjent hverandre bedre.

### 5.3 Samspillet i personalgruppen.

Sikkerhetsinstrukser og husregler beskrives av informanter som et grunnlag for å skape den tryggheten som gjør at sykepleierne generelt føler seg trygge i avdelingen. Tilstedeværelsen av nok mennesker, og at praktisering i avdelingen utføres likt blir en annen del av dette. Det skal være forutsigbart hva den enkeltes

oppgave til enhver tid er. Sykepleierne beskriver at de tror pasienter i en sikkerhetsavdeling kan ivaretas bedre og føler seg trygge hvis samspillet fungerer slik. Tryggheten blir ofte beskrevet sammen med og på grunnlag av forutsigbarhet. En sykepleier beskriver dette slik:

*Vi har en sikkerhetsinstruks som er på en måte plattformen, som hele avdelingen er bygget rundt og det er den som skisserer rammene som vi skal drifte etter, og den sier også noe om personalsituasjonen, den sier også noe om bekledningen på jobb, den sier noe om hva slags fottøy man skal ha på seg, hvordan nøklene skal oppbevares. Og uten sikkerhetsinstruksen som er det som beskriver, på en måte, den statiske sikkerheten, med rammene som vi har, så ville vi ikke hatt noen rammer.*

En annen informant viser dette i et litt annet perspektiv, der forventningene til kolleger om et samspill, som ikke er helt tydelig allikevel, uttrykkes sterkt. Han beskriver en forventning om felles forståelse, særlig med de godt erfarne kollegene, om hva som behøves av samarbeid når det skjer noe.

*Som ansvarsvakt så forventer jeg at folk stiller opp og er litt på allerten når det blir litt situasjon, det er sånn at folk ikke skal få det inn med teskje heller, tenker på at det er sånt som folk må sense når de jobber på en sånn plass. Nå krever ikke jeg at en ny ekstravakt skal ha samme kompetanse som en erfaren sykepleier eller hjelpepleier, men altså de som har vært her noen år, forventer jeg at de er i situasjonen og at dem ikke trekker seg inn på et kontor.*

Nok mennesker på jobb beskrives av informantene som nødvendig for å dekke arbeidsoppgaver som det er mange av på en psykiatrisk sikkerhetsavdeling. Personalet skal også være tilgjengelige for pasientenes forskjellige behov. Tidlig intervensjon skal kunne gjøres med en gang sykepleierne oppdager at pasienten trenger hjelp med noe. I tillegg skal det være nok personell til at de skal kunne beskytte hverandre fysisk om situasjonen i avdelingen blir opplevd truende for noen.

Det er også beskrevet av de fleste at pleierne som er på jobb også forventes å ha en relevant kompetanse, med erfaring i håndtering av voldstrusler. En sykepleier sier: "Holde mål i forhold til antall personer, fordeling av kjønn og sårne ting, vi har også

det som et moment. Og at de på en måte har en kompetanse som på en måte holder mål, tenker jeg da.”

Den samlede ressurstilgangen i avdelingen på et skift må være god nok, forteller en annen sykepleier. Både når han er ansvarlig for vaktskiftet og når han ikke er det.

*For meg så er det helt avgjørende at jeg samlet sett skal fungere, hvis jeg skal fungere som ansvarsvakt og også som vanlig arbeidstager, og ikke a-vakt, det er at jeg har en opplevelse og en genuin oppfatning av at den samlede ressurstilgangen i avdelingen på et gitt skift er god nok.*

### 5.3.1 Individuell indre trygghet

Flere sykepleiere beskriver at den enkelte av personalet også må ha en indre trygghet som selvstendigjør, både individuelt og i fellesskapet. Da kan han regnes med av de øvrige som en ressurs om noe skulle skje. En indre trygghet de tror blir sterkere jo mer erfaring personalet har fra arbeid i en slik avdeling. En sykepleier beskriver indre trygghet slik:

*Så var det jo mest avgjørende for meg, min indre trygghet om at vel, så får jeg ta vurderingene rundt det senere, og så kan man konkludere feil ved at det skulle jeg ikke ha gjort, men jeg mobiliserte i alle fall en trygghet på at jeg gjør det sånn i denne situasjonen og agerer deretter.*

Denne indre tryggheten beskrives av flere sykepleiere som nødvendig for å kunne handle i tråd med det forventede og uforventede i avdelingene, også for at kolleger skal kunne stole på hverandre om at det som gjøres stort sett er likt. Da vil det være lettere å lære av de mer erfarne også. Noe en annen sykepleier beskriver slik:

*Utrygghet blant de som er nye, ikke sant, de er her veldig sjelden og, ja, de får ikke relasjon til pasienten, lite kjennskap, lite trygghet og det er, jeg merker jo stor forskjell både på meg selv og min trygghet. Når jeg har med meg godt kjente folk så vet jeg at uansett hva slags situasjon som oppstår så er det ikke noe problemer.*

Den erfarnes trygghet avhenger også av kollegenes nivå av erfaring og trygghet, slik jeg forstår en annen sykepleiers uttalelse:

*Enn når jeg har med meg ukjente folk og, ja, og du kanskje vet at her kan det oppstå ting når du har urolige pasienter, jeg har ikke så stor grad av trygghet som om jeg hadde hatt med meg godt erfarne folk.*

### 5.3.2 Å tørre å være i kontakt med et aggressivt menneske

Sykepleierne forteller at opplevelsen av trygghet også henger sammen med at kolleger både kan bruke fysisk makt, og delta med psykologisk og faglig støtte dersom noe blir utrygt. Da klarer de i fellesskap å stå lenger i en situasjon, hvorpå situasjonen kan løses med de-eskalerende tiltak, helst uten fysisk makt, selv i en spent situasjon. En sykepleier beskriver dette slik:

*Og det er jo, blir jo veldig vanskelig, altså, her på avdelingen så har nok vi en tradisjon der vi, altså takhøyden er ganske stor, at før en går inn og intervensjoner fysisk, der vi venter og holde så lenge som mulig, altså at vi går ikke inn før vi virkelig må, og det, det kan være tøft, for det gjør at man må holde ut ennå lenger et eller annet, og kjenne på det her.*

### 5.3.3 Å tørre å stå i aggresjonen, for pasientenes trygghet

En annen sykepleier forteller om hvor nødvendig det er for pasienten at personalet klarer å stå i utfordringene aggresjon og potensiell vold kan utgjøre, og ikke svikter ved å overlate han til sine egne problemer:

*Det gir jo egentlig grobunn for enda mer redsel, og siste dråpen som skal til for at dem virkelig tar helt av, så det, det at man går inn og, kontrollert går inn og håndterer situasjonen sammen med en sånn pasient tror jeg er alfa og omega for å unngå mye vold ja, skape en slags sånn trygghet.*

Dersom ressursene er for dårlige, at det mangler kompetent personell, beskriver flere sykepleiere at det kan oppstå uønskede situasjoner ved sterk oppfattelse av å være i fare for å bli angrepet, slik beskriver en av sykepleierne feil bruk av tvangsmidler:

*Men at det forekommer enkelte steder i psykiatrien i dag, at man bruker tvangsmidler som et alternativ til tilstrekkelige personalressurser, det er jeg, jeg er ikke bare overbevist, jeg vet det helt positivt at det forekommer, fordi at man ikke har nok folk på jobb, og da er man nødt til å legge pasienten i beltesengen, for det er ikke nok folk til å håndtere situasjonen, og du har ikke riktige folk, ikke minst.*

#### 5.3.4 Automatisk samspill

Alle avdelingene har husregler, sikkerhetsregler og opplæring i dette, med formål om at personalgruppen blant annet skal kunne støtte hverandre ved å gjøre ting likt nok. Særlig viktig kan dette synes om det skulle oppstå uenighet under en spent situasjon. Automatikk beskrives som sentralt for kollegers trygghet og forventninger til den enkelte kollega, slik det og er beskrevet i forrige avsnitt om opplevelser hos personalet, men det er også viktig å nevne her, da samspillet trenes til automatikk: "En sånn innarbeidet instruks, når det blir en situasjon så er alle med."

Det forventes automatikk hos personalgruppen, ivaretatt av opplæring og erfaring. Automatikk, som en slags sikkerhetsfaktor for ikke å miste kontroll i situasjoner: "Automatikk i forhold til hvordan man skal bevege seg i posten og, ja, at den ene avløser den andre, den ene vet hva den andre tenker omtrent."

#### 5.3.5 Forutsigbarhet, forventninger og enighet i samspillet

Det beskrives at sykepleierne trenger støtte fra kolleger rundt sine avgjørelser. Slik støtte beskrives nødvendig når de intervenerer der det eventuelt er særlig høy voldsrisiko. En sykepleier beskriver forventningene i en slik situasjon:

*Og når en er i ilden, vi fronter, for eksempel i en grensesettingssituasjon, så bør vedkommende vite at, at nå har jeg hele teamet i ryggen. Og at ikke man begynner å krangle foran pasienten, om, hvis man skulle være uenige, så må man heller ta det i plenum etterpå. Ja, at man er tro og lojal altså, mot hverandre i, i situasjoner hvor det kan storme litt.*

Forutsigbarheten ved slike situasjoner beskrives ved at det først og fremst kommer flere personell til om en situasjon oppleves truende. Sykepleieren beskriver: "Jeg hadde irritert meg forferdelig hvis jeg ikke visste at du stilte opp hvis det kom, hvis det var noen som heva røsten og, hvis jeg ble stående der helt alene."

Det beskrives også at man ikke kan diskutere enighet eller uenighet om man er kommet forbi et visst punkt. Heller ikke diskutere med pasienten, der det er en annen kollega som leder kommunikasjonen, og da ta pasientens parti. Sykepleierens forventninger fra sine kolleger: "Ja, at ikke du, at du begynte også, diskutere med pasienten, var uenig med den grensesettingen jeg sa."

Flere beskriver også det å være i et dilemma der du kanskje har forskjellig syn på nødvendigheten av et tiltak, mens andre kolleger mener noe annet. Sykepleierne sier at alle skal følge det som er avtalt, eller det som blir iverksatt og avgjort av det personalet som er først i situasjonen, dette beskrives slik: "Hvis det er regler som er satt opp rundt pasienten og du boikotter, bare fordi du synes synd på pasienten eller at det, ja, at det passer deg bedre. "

En annen sykepleier legger spesielt vekt på en opplevelse han hadde av å ha sviktet det han tror kollegene forventet av ham. Han beskriver at hans valg av intervensjon bestod i å ikke ville intervenere. Fordi han da ville risikert en rekke negative konsekvenser, noe han beskriver slik:

*For meg så var det dèt. En trygghet om at dette jeg gjør nå er korrekt, og jeg gjorde uansett hvor kaotisk det høres ut, så gjorde jeg denne, hva skal vi si, analysen og fikk konkludert med, bli sittende, min intervensjon på en måte ble å ikke intervenere, tenker jeg.*

Han legger spesielt vekt på å kunne stole på sin indre trygghet om at det han nå gjør er riktig, av flere grunner, selv om han oppfatter en uenighet fra kolleger. Flere sykepleiere beskriver lignende opplevelser. Slik beskrev han dette videre:



*Det å mobilisere og ha en innsikt i at det burde jeg kanskje ha gjort her nå, men nå velger jeg ikke å gjøre det. Å leve med det etterpå. Å fjerne seg litt i fra "hva sier de andre nå?", for det har vårt system vært litt preget av i forhold til at det har vært en litt sånn kollektiv holdning, til å litt sånn oppskriftsmessig, forutsigbart, i "hva gjør vi nå", "hva gjør vi i disse situasjonene?" Og av og til så er det faktisk ikke noe fasit svar på at sånn skal det gjøres. Og da har jeg av og til tenkt at nå burde jeg kanskje ha gjort sånn og sånn, ikke bare kanskje, men nå burde jeg gjort sånn og sånn. Og jeg har aktivt valgt det bort allikevel. Det er kompetansen vår, det er å vite når kan jeg gjøre det, og mobilisere en personlig trygghet rundt om at det er forsvarlig og gjøre nå, og da agere ut fra det.*

### 5.3.6 Stabil personalgruppe

Det at det er veldig liten utskiftning i avdelingens personalgruppe generelt beskrives som positivt for oppbygging av et forebyggende miljø. Når personalet kjenner hverandre, og når felles håndtering av risikosituasjoner blir mer forutsigbare. Samt at andelen erfarne miljøpersonell tillater høyere toleranse for blant annet vurdering av farlighet. Noe som beskrives å kunne gi færre krenkende intervensjoner.

En sykepleier beskriver allikevel en opplevelse av et godt fungerende miljø til tross for at de mangler utbredt erfaring fra samme fellesskap. Han beskriver at det kun er noen få erfarne som har jobbet på hans enhet over tid, noe han erfarer at allikevel ikke har gitt noen utslag han kan problematisere. Personalet ved den aktuelle enheten har ikke jobbet sammen i mange år. Allikevel beskriver flere sykepleiere derfra at dette foreløpig fungerer greit på følgende måte: "Når det gjelder klinisk erfaring i dag, så er den lavere i dag enn den har vært på lenge, men vi har ikke sett noen sånn veldige utslag av det ennå."

En annen fra samme arbeidsplass opplever det noe annerledes, da han har vært lengst der, og beskriver at han savner nettopp forutsigbarheten som var tydeligere for han når personalet kjente hverandre bedre.

## 5.4 Samspillet mellom sykepleier og pasient

### 5.4.1 Holdninger og kommunikasjon

Begrepene respekt og likeverd beskrives som et viktig utgangspunkt under alle intervjuer og går ofte hånd i hånd, slik de fremkommer i intervjuene: "Vi møter pasientene våre med respekt som likeverdige mennesker."

Den verbale kommunikasjonsformen beskrives av sykepleierne som en viktig innfalsvinkel til å vise respekten og likeverd på: "Det må jo være det her at man setter seg ned og lytter på det han har å si, og så tar han på alvor med de ordene han bruker."

Sykepleierne forteller at de opplever at respekt og likeverd blir utøvet og praktisert ved RSA'ene. De mener at pasienter i stor grad opplever det slik også: "Og i 70 – 80 % av tilfellene så sa dem at her ble de ble møtt med respekt og det var noe nytt for dem." "De er nei altså, fengselsvesenet og politiet og, og ute i samfunnet blant sine likesinnede så har dem jo, blir de ikke møtt med den respekten som de, de sa de ble møtt med her."

Kommunikasjon beskrives i hvert intervju som sentralt for å oppnå en god relasjon.

*Det er jo noe også med at vi har en mer dynamisk tilnærming, vi står lengre i vanskelige situasjoner i dag før vi går inn og intervensjoner, enn det vi gjorde for ti år siden. I dag så kan man ta imot trusler og verbal sjikane over lang, lang, lang, lang tid før vi går inn og intervensjoner fysisk, og vi må tåle det, vi kjører kollegastøtte og oppbacking og vi forsøker å jobbe oss gjennom dissitasjonene også, men vi går ikke inn å intervensjoner fysisk, men får plassert det verbalt.*

### 5.4.2 Forståelse av pasientens situasjon

Sykepleierne beskriver oppfattelsen av pasientenes situasjon som viktig for å forstå pasientenes egne behov, pasientenes egen opplevelse av sin situasjon, og hvorfor de er på avdelingen. Da kan personalet lettere vurdere farlighet og hvordan det skal

kunne jobbes trygt i samspillet med pasienten videre. Innsikt ved systematiske vurderinger, ved hjelp av strukturerte verktøy og kliniske vurderinger gir ofte denne tryggheten og legger til rette for å oppnå en funksjonell god relasjon. En beskriver dette slik:

*Ja, vi jobber med relasjonene, også er det noe med at det dukker jo opp igjen hele tiden, det dukker opp i HCR-20 her, og det er klart at H delene (historiske data), de er massive de, og når du går igjennom ti historiske ledd og du ser på pasientens tidligere livshistorie, og det kommer opp en sånn lang, lang liste, med tjue år med vold og drap og ran og sedelighet og, alle og, ja de har forbrutt seg mot stort sett alle lover i den røde boken, og alle paragrafer har de på et eller annet vis klart å overskride. Så, så. Det ligger der, det dukker opp til stadighet når vi går gjennom dette her, ved opplæring av nytt personalet så går vi igjennom historien til pasientene, også er det noe med at når vi møter pasientene ansikt til ansikt, så er pasientene våre noe mer enn det som ligger inne i pasientjournalen og vi blir kjent med de, og vi blir jo, vi blir jo faktisk talt glad i de, og vi bryr oss om de, og det er noe med at når du først har møtt dette mennesket så, så gjør det noe med oss og veldig ofte så overrasker pasientene våre oss positivt og de, de framstår som noe annet enn det vi har lest oss til. Det går ikke an å lese seg til hvordan et menneske er, det er helt, man må liksom oppleves.*

Flere sykepleiere beskriver det å forstå aggresjonens hensikt, og forklarer dette som viktig for å kunne gjøre de rette beslutninger. Kunnskap om både generelle og individuelle forvarslar til utvikling av aggresjon beskrives, og settes i forhold til det å kunne beholde en indre trygghet bak intervensjonsvalgene. Og det muliggjør trolig større grad av empati.

#### 5.4.3 Betydningen av erfaring

Erfaring i seg selv, ikke nødvendigvis med høy formalkunnskap, verdsettes også. Erfarne kolleger beskrives av de fleste sykepleiere å kunne etablere en roligere atmosfære, som i seg selv kan ha en de-eskalerende effekt. Det beskrives at det må være nok erfarne personell tilstede til enhver tid. Om andelen mindre erfarne blir for høyt, blir laget beskrevet med begreper som "tynt lag" og "ikke det sterkeste teamet".

En sykepleier nevner spesielt at erfaringen kan utgjøre en vesentlig forskjell for hvordan en potensielt aggressiv situasjon tolkes. Opplevelsen av å være i fare kan gi helt forskjellig utslag avhengig av tolkerens erfaring med voldstrussel og psykisk lidelse, både generelt og hos den enkelte pasienten. En og samme situasjon kan få forskjellige konsekvenser avhengig av dette. Noe en sykepleier beskriver slik:

*Og jeg er helt sikker på at en jurist ville ha kunnet forsvart det uten problemer, sagt at "neimen du gjorde det riktige" i forhold til husordensreglementet, også er det noe med kunnskapen og erfaringen om dynamikken i relasjonene i situasjonene, jeg tror den er helt essensiell, eller påkrevet for at man skal lykkes med disse vi har her, at man evner å være dynamisk på bakgrunn av relasjonene som man bygger og at man er litt mer smidig, og jeg tror den smidigheten, det er den som resulterer i, eller, som gir oss de resultatene som vi oppnår i forhold til å jobbe med den pasientgruppen som vi har her.*

#### 5.4.4 Den enkelte sykepleiers kompetanse

Den enkelte sykepleiers kompetanse er beskrevet av flere informanter som viktig. For å kunne behandle pasientene riktig, for individuell selvstendig funksjon i avdelingen, samt kollegenes mulighet til forutsigbart samspill med hverandre. Økt kompetanse innen det å jobbe i sikkerhetspsykiatrisk avdeling beskrives. Både klinisk erfaring, faglitteratur og nye muligheter, som bl.a. bruk av strukturerte kliniske vurderingsinstrumenter. Noe som systematisk også kan øke det enkelte personales kunnskaper, samt felles oppfattelse om den aktuelle pasients tilstand og behov. Fornyelse av kunnskaper er en viktig del av forventningene sykepleierne har til hverandre, og beskriver slik:

*Det er mindre utageringer nå enn vi hadde før. Det er jo nettopp det her at det er mye mer systematiske vurderinger, håndteringsplaner og kartlegging av sårbarheter og alt det her, på den måten kan du unngå å komme i en del situasjoner, mens det generelle ellers, det tror jeg jo er ikke er noe forandret fra, fra hvordan det var tidligere i forhold til det å være trygg nok på seg selv og på dem som en jobber sammen med og kunne, til å men hvorfor noen velger en vei og den andre velger en annen vei, det tror jeg har like mye med personlighet som det har med, og med erfaring og, selvsagt, når du erfarer, men, som noe annet, og da får en jo håpe at det å, gå denne skolen her former deg litt i forhold til de valgene i hvert fall. Og det tror jeg nok at dem gjør også, du har noe mer på registeret å spille på, og er litt mer reflektert i måten du tenker på, så sånn konkret*

*så tror jeg jo at, at det har med både utdanning og ikke minst med erfaring i sånne situasjoner å gjøre.*

#### 5.4.5 Å bruke tiden

Flere sykepleiere forteller at de har praktisert en noe annerledes modell de siste årene. Der bruk av tid og en kollektiv innstilling i personalgruppen om at man alltid har nok av tid, beskrives som reduserende på bruk av tvangsmidler. I motsetning til umiddelbar intervensjon. En sykepleier forteller det slik:

*Og skal sette depotmedisinering, så velger vi fremfor å gå inn å holde pasienten fast, så bruker vi heller tid, og tenker at om pasienten får medisiner i dag eller om pasienten får medisinene sine i morgen, så er det ikke det som er avgjørende for oss, det viktigste er om pasienten får medisinene innenfor rimelig tid, og så bruker vi heller tid og jobber med pasienten, jobber med relasjonen og forsøker å trygge.*

Andre sykepleiere viser til bruk av tid i spente situasjoner, der beslutninger må tas, og man allerede har en viss kontroll. Det beskrives at man må holde igjen på sin opplevelse av at noe må gjøres umiddelbart, man må kunne stoppe opp for å vurdere neste trekk, straks man har nødvendig kontroll:

*Jeg tror ikke det ble snakket så veldig mye til han da. Det var mer sånn, sett på belter, sett på belter, det var det han sa, han som var angrepet, og hadde kontroll i situasjonen, det var han som styrte hele greia, vi burde ha snakket med ham mer, prøvd, opprettet en dialog, fått kontakt med ham, og spurt, ja, altså se an situasjonen, brukt mer tid rett og slett, der vi kunne få en dialog, spørre, " har du kontroll?"*

Når spente situasjoner har gått over til faser der beslutninger om tvangsmiddel bruk må gjøres, kan det være vanskelig å holde igjen på den innlærte automatikken om å løse situasjonen der og da. Noen sykepleiere beskriver behov for å kunne senke hastigheten på begivenhetene i slike anledninger, og en beskrivelse er slik:

*Når vi vet at vi har kontroll på situasjonen så tenker jeg at det alltid er veldig fruktbart å ta en liten pust i bakken så man ikke er så veldig følelsesmessig*

*involvert, så veldig full av adrenalin eller frykt, det gjelder like mye for oss som for pasienten.*

En sykepleier beskriver en svært intens opplevelse der det er et stort psykisk press i dem om å gripe fysisk inn og fysisk sikre situasjonen ved å ta i bruk tvangsmidler.

*Jeg unngikk å konfrontere han med noe som helst egentlig, men heller bruke tiden, og så kan han på en måte, jeg gav på en måte han styringen. Det at han på en måte kunne styre litt av situasjonen selv, det at han føyk opp, stå på gulvet, og så allikevel holde igjen, og det er veldig tøft, og det tror jeg, at de som var med i situasjonen og syntes det var helt forferdelig egentlig, og at de ikke skulle gjøre noe når de følte seg så truet, og det gjorde jeg og, vi følte etter hvert at, vi holder igjen, vi holder igjen, så jeg tenker det at med tid, å bruke tiden, og det å kunne mest, klare å stå i den situasjonen rett og slett, der en blir truet og utsatt for det presset på en måte, ja.*

Situasjonen over endte uten bruk av tvangsmidler da pasienten øyeblikket etter valgte å gå til sitt rom. Å holde igjen i håp om en slik løsning ble løsningen der.

#### 5.4.6 Å tørre å intervenere og så stå i det

Sykepleierne vektlegger det å føle egen trygghet, for selv å kommunisere trygghet ved potensiell usikkerhet og avgjørelser som kan føre til ubehagelige situasjoner. Det å signalisere trygghet beskrives at vil gi pasienter trygghet også. Noen sykepleiere etterstreber å fremstå som trygge selv om de slett ikke er det, og forklarer det med at alternativet, utrygghet, er uheldig og smittsomt: "Hvis de merker at noen er utrygge så blir jo de mer utrygge, og,, ja, de blir mer paranoide og de blir, ja, aggresjonen og, det kan eskalere veldig fort, ja,"

Utrygghet og trygghet kan ofte henge sammen med tidspress og forventningene fra kolleger om å gjøre noe med en utrygg situasjon. Umiddelbar intervensjon og fullførelse av kommunikasjonen beskrives blant de viktigste intervensjoner. Dette krever også at man er profesjonell og unngår motoverføringsreaksjoner som det å

reagere, fordi man egentlig bare føler seg urettferdig behandlet av pasienten, beskrevet ved blant annet følgende eksempel:

*Umiddelbar intervensjon på et faktisk vedtatt problem, det er det ene, og jeg vil jo, det er jo for så vidt en tidlig intervensjon, men i hvert fall, kall det i hvert fall at vi intervenerte der og da, ja, man hadde tilstrekkelig med personale, så man kunne på en måte stå i den grensa man har satt, jeg tenker det er veldig viktig, og skaper trygghet og klare rammer, vi klarte å beholde ro, ikke la situasjonen eskalere på et sånt følelsesmessig plan, altså at man blir irritert fordi man blir spytt på, at man på en måte klarer å være profesjonelle i en sånn setting, og ikke komme med motargumenter av samme kaliber for å si det sånn. Jeg mener ikke det at man skal spytte tilbake, men det er veldig lett å på en måte ta tak i det som blir sagt og så lager man en sånn personlig suppe av det, som jeg tenker er veldig uhensiktsmessig.*

Ved flere intervjuer legges det vekt på å ha tro på erfaringen sin om at man gjennomfører det man står i. Motstanden fra pasienten kan være sterk. Man svikter ikke den felles forutsigbarheten, i form av å la pasienten trekke seg ut av situasjonen uten at denne er løst, og pasientens frustrasjon er nøytralisert:

*Vi anerkjenner jo pasienten ved å ta det på alvor, nå måtte vi jo holde han, jeg vil mer karakterisere det som litt dårlig gjort hvis vi bare hadde latt det flyte av sted, så hadde ikke det vært noen god behandling i så måte tenker jeg at man anerkjenner pasienten ved å ta sånne situasjoner på alvor og prøve å skape en produktiv dialog.*

En sykepleier sier at man skylder pasienten å tørre å intervenere, og å tørre å stå i situasjonen. I motsetning til å la situasjonen eskalere over tid, bevisst eller ubevisst, bare fordi man ikke tør å intervenere. Eller tror at pasientens problem blir borte av seg selv: "Å kunne takle og stå, egentlig stå i situasjonen der man blir utsatt for det her, denne på en måte truingen, aggresjonen, som er veldig, det kan være veldig tøft å kjenne på det."

Forutsigbarheten og tryggheten som er hensikten med husregler og instruksjoner innebærer at også pasientene må få kunne spillereglene:

*Men da er det på en måte en del spilleregler da, og jeg på en måte tenker at jeg disrespekterer vedkommende hvis jeg ikke lærer han de spillereglene her, når man har alle muligheter da. Det er ikke så mange andre steder på veien, det er en grunn til at han ender opp her.*

En annen sykepleier sier om det å intervensere når situasjonen er der, at det må gjøres, selv om han er usikker på utfallet. Han forteller i sin historie at han har erfaring og en slik kontakt med pasienten fra før, at han kan ta sjansen på å sette seg ned hos ham, og signalisere trygghet, i en situasjon der øvrig personale ikke har turt å gå inn til pasienten. Men selv går han fordi han vet det er nok personale som følger situasjonen om han allikevel skulle behøve hjelp. Hans motivasjon er spesielt hensynet til pasientens opplevelse av at noen tør å bry seg:

*Det første i hvert fall, det er vel det at man ikke viser redsel, og engstelse, trekke seg bort, sånne ting, at man kan være der, støtte han uansett, det gir en trygghet overfor disse pasientene her og, å vise at pleierne stikker ikke av og gjemmer seg når dem (pasientene?) blir urolige og redde.*

Flere sykepleiere beskriver også situasjoner der autoritær kommunikasjonsform med påfølgende maktkamp har blitt oppfattet som viktig å stå i der og da, mens det i ettertid har vært sett på som feil måte å løse situasjonene på.

*Så var pasienten veldig agitert, han hadde giret seg veldig opp og, ja, forlangte den medisinen med en gang. Og i stedet for at jeg kjøpte meg litt tid og rett og slett prøvde å gjøre det beste ut av situasjonen, så ga jeg ham avslag der da, midt i gangen. Så endte det jo med at han ble kjempesint og jeg tror nok at han hadde slått til meg hvis han hadde fått muligheten, men det kom folk til og de, på en måte tok ham i hver sin arm og holdt ham fast, også klarte han og rive seg løs og så slo han den ene som prøvde å holde ham fast, og videre så ble han ført ut på skjermingsposten, også roet han seg veldig fort ned, men i hvert fall, den situasjonen kunne vært veldig annerledes.*



#### 5.4.7 Kulturer og ukulturer

Noen sykepleiere beskriver at det finnes eksisterende kulturer og oppfattelser hos ansatte fortsatt, som de selv ikke anser faglig riktig lenger. En sykepleier omtaler kultur slik han oppfatter at den har vært: "Men han var og av en sånn type som mente at, jeg skal ikke si at han skulle straffe, men, altså hvis en gjorde noe, da skulle det få en konsekvens, altså alle ting man gjorde skulle få konsekvenser nesten."

Det beskrives også at bruk av tvangsmidler kan oppfattes av kollegaer som nødvendig på forskjellige grunnlag, der personalet ikke er enige alltid, men de godtar at en annen mener det, noe som gir dem etiske og faglige betenkeligheter: "Tvangsmidler som, som straff, det, vi har ikke lov til det engang, så det er jo helt på siden av alt."

#### 5.4.8 Kvinner eller menn?

I avsnittet om funn og sykepleiernes opplevelser, beskrives kjønn hos personalet som et emne det har vært uro rundt. Fra å være personalgrupper med minimalt med kvinner ved slutten av 1980-årene, har alle avdelingene nå en fordelingsnøkkel på ca. 50 % menn / kvinner. Flere sykepleiere beskriver kvinner som en ressurs i seg selv, der disse kan bidra til senket aggresjon i situasjoner hvor menn kan virke provoserende. En sykepleier forteller dette: "Kjempetydelig, for da blåste han seg opp, skulle være tøff, når det kom en mann."

Ved mange anledninger mener sykepleieren at situasjonene kunne vært løst langt raskere med bruk av kvinner i rette situasjoner: "Da blir han sint på oss, eller på de, og det var mest de store og sterke menn."

En annen sykepleier fortalte og hvordan kvinnelige sykepleiere hadde en mye mer funksjonell kommunikasjon med enkelte pasienter, men hvor han som ansvarsvakt den gang tenkte at pasienten var nødt til å forholde seg til menn, ikke bare "flørte"

med kvinnene. Han beskriver dette slik: "Hvis det han søker nå er oppmerksomhet, og at han skal ha inn en dame, og så skal han sitte å prate, koseprate med damen."

I dag ville han gjort det annerledes, brukt både tid til å forstå pasientens behov, og brukt kolleger som representerte noe annet enn han selv. Han avslutter emnet med følgende: "Det handler om kunnskap, om relasjoner og det handler om ressursforvaltning, og hvordan bruke de evnene og kunnskapene som dine kollegaer er i besittelse av. Jeg brukte ingen av mine kollegaer. Jeg kjørte solo."

#### 5.4.9 Maktkamp, eller nødvendig markering?

"Det som er bestemt skal man gjennomføre", sa en sykepleier. Et argument som kan ligne på det "å stå i det". Han forklarte at konsekventhet i forhold til det fellesskapet har bestemt, som oftest har en god begrunnelse, og derfor må aksepteres. Han mener det er rimelig å anta at de fleste ønsker færrest mulig konflikter. Noen sykepleiere forklarer at noen ganger er det nødvendig å vise pasienten at personalet er villig til å ta det som måtte komme for å beholde kontrollen. Som en beskriver her:

*Den ene dagen som jeg tenker på så kjente jeg på at vi var nødt, nødt til å ta den runden der, vi var nødt til å ta ham, og bare for å markere at vi fortsatt, det er vi som har kontrollen, så jeg gikk inn på rommet hans og sa at han skulle stå opp, og han spratt rett opp i senga, stiller seg opp på senga med knyttede never og spør "Hva faen er det her for noe?", om det er jeg som kommer å bestemmer og prøver å dirigere hva han skal gjøre og alt det her. Men, nei, han var ganske bestemt, at det her var det ikke jeg som skulle bestemme, men jeg hadde en to tre stykker til som stod bak meg, så vi sa at du er nødt til å bli med oss nå uansett, alle må stå opp.*

Flere sykepleiere beskriver korrigerende situasjoner med at det er klart nok at man noen ganger må holde på de grensene man har satt. Pasienten bør være inneforstått med dette gjennom forutsigbarheten som skal ha vært tilrettelagt. Sykepleierne beskriver at dette bør gi trygghet fremfor utrygghet og eventuell krenkelse. Reglene som er felles for alle skal forebygge at noen føler personlig krenkelse på grunn av korrigeringer som ellers kunne blitt opplevd mer personlig enn de er ment.

Beskrivelsen av situasjonen over, der krav om å følge husregler har endt opp i en truende situasjon, ender med at pasienten angriper personalet:

*Og når jeg sier de ordene der så ser jeg for meg at her, det her er dråpen, så da kommer jo slaget mot meg, men jeg er hele tiden veldig observant, så jeg klarer akkurat å trekke meg unna slaget og de tre som var sammen med meg klarer å gå inn fra siden og stoppe ham, og med det samme de har armene på han så hopper jeg på ham og lander, så vi er tre stykk, nei fire stykker som ligger oppå ham, og der ligger vi en fem-ti minutter og holder, blåholder.*

### 5.5 Oppsummering

Sykepleierne beskriver i tema en tilretteleggelse av omgivelser, bygninger og sikkerhetsutstyr, sammen med tilrettelegging for meningsfulle aktiviteter, og reduksjon av krenkelser i omgivelsene.

I tema to beskrives frykt, forutsigbarhet og indre trygghet som viktig. Sammen med opplevelsen av å være en akseptert del av personalgruppen. I spente situasjoner kreves det rask beslutning om fysisk reaksjon eller ikke. Man må da kunne stole på kollegers støtte. Kunnskap om egen reaksjon, pasientens mønster og ressursene du kan benytte for å beskytte deg selv og pasienten, blir nødvendig for å ta de rette beslutningene. Erfaring med aggresjon, med pasienten og med kollegene gir innsikt i grad av situasjonens farlighet. Beslutningen kan da stå i et rimelig forhold til pasientens situasjon, så unødvendig sterk reaksjon kan unngås. Kunnskaper om pasientens sårbarhetspunkter, hvor farlig han er, og hvilke tiltak som kan dempe farligheten oppnås best ved egen erfaring og kommunikasjon med pasienten. Slik vil det bli lettere å gjøre riktige vurderinger av hvor farlige de forskjellige situasjoner egentlig er. Ved samvær og tidlig intervensjon er ofte problemet løst før det blir et problem. Det er viktig å ha nok kolleger rundt seg i avdelingene. Dette gir fysisk trygghet. Det gir også faglig trygghet dersom man kan stole på kollegenes kompetanse. Det at man tolker og etterfølger skrevne og uskrevne regler likt, gir forutsigbarhet for alle. Sykepleierne må ha en indre trygghet om sin funksjon og hva som er forventet av kollegene. En slags inneforståthet. Personalets holdninger og

forståelse av pasientens situasjon må komme til uttrykk gjennom kommunikasjonsform for å gi et godt nok miljøterapeutisk tilbud.

Det beskrives at man noen ganger må ta mot til seg for å intervensere. Forskjellig erfaring innen personalgruppene kan gi utfordringer rundt opplevelsen av fare, og behov for forutsigbarhet kan i motsatt fall føre til unødvendig rigiditet, med maktkamp i stedet. Både mellom personalet og pasienten, og mellom personalet innbyrdes. Noen sykepleiere beskriver og at de ofte må gjennom en fysisk maktkamp med pasienten før denne godtar å roe seg.

## 6.0 DRØFTING AV FUNNENE

Sykepleiere i studien beskriver flere viktige mestringsmetoder og intervensjoner i møtet med pasientene, men de beskriver også en kompleksitet der en rekke faktorer må samspille for at avdelingene skal være så lite krenkende overfor pasienten som mulig, og trygg nok for alle. Faren for aggresjon og vold gir sykepleieintervensjonene en ekstra dimensjon av utfordring, sykepleierne i studien beskriver intervensjoner som og beskrives i vanlig psykiatrisk sykepleie (von Krogh, 2001). Men sykepleie der sykepleierne selv skal sørge for sikkerheten, må foregå på betingelser av at flere forutsetninger er tilstede. Sykepleierne forklarer flere sammenhenger der bruk av tvangsmidler kunne vært unngått om egen og andres erfaring hadde vært mer omfattende. Slik de under intervjuene har sett dette i ettertid.

I dette kapittelet er de fire temaene "omgivelsenes betydning", "sykepleiernes opplevelser i møtet med høy voldsrisiko", "samspillet i personalgruppene" og "sykepleiernes møte med pasientene" drøftet. Manifeste funn er kommentert, for så å belyse de mer latente funn (Graneheim og Lundemann, 2003). Funn jeg antar kan si noe om hvilke kunnskaper som kan bidra til reduksjon av tvangsmiddelbruk ved Regionale sikkerhetsavdelinger.

## 6.1 Omgivelsenes betydning

Bygningsmessig tilretteleggelse beskrives av sykepleierne som viktig for å kunne tilby pasientene en trygg enhet ved avdelingene, og omtales som statisk sikkerhet under intervjuene. Opplevelse av trygghet henger i utgangspunktet tett sammen med statisk sikkerhet i følge alle sykepleierne. Alle sikkerhetstiltakene påvirker miljøet, men beskrives allikevel som nødvendig. Slik Robak (1983) også beskriver utgangspunktet for oppbyggingen av sikkerhetsavdelingene i Norge. Dette er også beskrevet i stortingsmelding 25 (1997), der mandatet fremgår. Sikkerhetstiltakene beskrives spesielt viktig som et utgangspunkt inntil sykepleierne og pasienten kjenner hverandre bedre.

Kim (2000) beskriver omgivelsesdomenet som et viktig perspektiv ved sykepleie og synet på mennesker og helse. Eksterne omgivelser gir referansepunkter for pasienten og skaper konteksten for samspillet mellom pasient og sykepleier.

Sykepleiernes beskrivelser av sine avdelinger, med historiene de har fortalt, tilsier at pasienten neppe unngår opplevelse av å være fanget og innelåst i så sikre omgivelser. Noe de også er ved start på de fleste oppholdene. Jan Ivar Røssberg (2005) beskriver at pasienter i miljøterapi foretrekker høy grad av involvering fra personalet, støtte, praktisk hjelp, ryddighet og organisering, men de ønsker også et lavt nivå på kontroll fra personalet. Sykepleierne beskriver en høy grad av kontroll gjennom omgivelsene, sikkerhetsinstruksene, de forventede "samspillreglene", og ved beslutninger som gjøres både akutt og planmessig. Beslutningene gjøres ofte av det personalet som først er involvert i situasjonene der beslutninger må tas.

### 6.1.1 Pasienters møte med avdelingen.

Flere sykepleiere beskriver aggresjon og spente situasjoner som henger sammen med at de ikke kjenner pasienten så godt ennå. Sykepleierne beskriver at det trolig er traumatisk å bli innlagt også ved psykiatriske sikkerhetsavdelinger. Flere studier viser traumeopplevelser hos pasienter knyttet til nettopp innleggelser og opphold i

lukkede psykiatriske sykehusavdelinger (Norvoll, 2008; Vatne, 2006). Johan Cullberg (2005) beskriver stigmatiseringsprosessen i sin bok om psykoser. Han beskriver at det har vært konstatert i amerikanske studier (Cullberg, 2005, s.193) komplikasjoner med behandlingen av psykoser i form av posttraumatisk stressyndrom ved mer enn halvparten av akuttpsykose innleggelse. Årsaker er ofte det å bli psykotisk, men også det skremmende og iblant identitetskrenkende opplevelsene i forbindelse med selve innleggelsen. En slik innleggelse kan tolkes som samfunnets svar på pasientens avvik fra virkeligheten. Han beskriver så:

"problemet er at denne utdefineringen, dersom den ikke brytes eller bearbeides så snart det lar seg gjøre, automatisk invaderer personens egen reduserte selvfølelse og dermed vanskeliggjør gjenvinning av en realitetskontroll." (Cullberg J., 2005, s.195)

Lokalene  
Kumar (2001) beskriver flere sammenhenger rundt problemstillingen "crowding", hvor han finner at det arkitektoniske er en viktig del av mulighetene for redusert aggresjon i avdelingene. Dette kan også antas å være et problem ved RSA'ene, da antallet personale er spesielt høyt der, og der bygningene er mindre egnet. Dette beskrives av en sykepleier som et problem spesielt ved eskalerende situasjoner. Det er beskrevet og forventet at kolleger kommer til når en situasjon er under utvikling. Dilemmaet som da beskrives er at tiltaket i seg selv kan være eskalerende, mer enn de-eskalierende. Flere sykepleiere beskriver at slike situasjoner ofte krever erfarne personell, som ser og tolker riktig hvilke grad av voldsrisiko som er aktuell, slik at man unngår å eskalere situasjonen før det virkelig er nødvendig.

Avdelingene i Norge består av ca. 5 - 8 pasienter pr. enhet, som sammen med tilsvarende antall personell vil kunne variere mellom 10 og 16 mennesker samtidig i lokalene. Antall pasienter og sammensetning er beskrevet som et viktig punkt i flere studier, der behov for små nok enheter fremheves. Reorganisering av enheter, med et maksimum pasientantall på 15 beskrives (Morrison et al., 2002; Wynn, 2002). Da ser det ut som norske RSA'er har en gunstig fordeling med 5-8 pasienter pr. enhet.

Det skiller ikke vesentlig på pasienter ut fra type psykisk lidelse, men det problematiseres heller ikke. Kanskje er ikke behovet for inndeling etter diagnoser problemstillingen ved de tre RSA'ene, slik Wynn (2002) og Morrisson et.al. (2002) beskriver. Da sykepleierne ikke sier noe om dette. Med et så lavt antall pasienter som 6-8 og tilsvarende antall miljøpersonell kan det tenkes at med gode nok lokaliteter vil de enkelte pasienter få en bedre oppfølging. Men behovet for personell nok tilstede i avdelingen, kombinert med unngåelse av for mye mennesker på en plass, eller "crowding" tilsier trolig at det ikke bør være mange flere mennesker pr. enhet (Kumar, 2001). Dette vil trolig også henge sammen med størrelsen på tilgjengelig areal. Bygningsmessig tilretteleggelse (Stortingsmelding 25, 1997) kan forstås som fysisk sikret mot rømning og farlighet, men også slik flere sykepleiere har fortalt, at bygningene skal inneholde egnede og ønskede rom for trivsel og behandling, blant annet for samtaler i uforstyrret miljø, med pene og tiltalende omgivelser

Flere studier viser at motivasjonen hos pasientene varierer vesentlig med muligheten for meningsfullt innhold i hverdagene (Jacobsen, 2009).

Både Wynn (2002) og Sailas og Wahlbeck (2002) finner at utfordringer ved pasientopplevelser viser behov for tiltak som pasientopplæring, høyere frekvens av psykoterapi, mer individuell behandling og det å gi pasientene mer aktivitet (Wynn, 2002). Noe som også støttes av Martinsens studie (Martinsen og Moe, 2011). Han finner at fysisk aktivitet er en svært effektiv behandling ved en rekke psykiske lidelser.

## 6.2 Sykepleieres opplevelse i møte med høy voldsrisiko

Sykepleierne beskriver gjennom kategoriene i funn kapittelet en rekke utfordringer. De forteller at de kan være redde i en rekke situasjoner. De kan frykte pasientenes aggresjon og at de vil kunne angripe. Slik utrygghet er mer vanlig hos de med liten erfaring. Noe som trolig kan forklares med at de erfarne opplever å ha flere løsninger og tilnærings metoder overfor utfordringen hos pasienten, eller i miljøet. Ved

spente situasjoner forteller flere om den sterke belastningen det oppleves å være når de står i en situasjon og vet at de må holde igjen fysiske tiltak, helt til det ikke er noen annen løsning. Altså må de vente med å forsvare seg til de blitt angrepet først. Frykt og usikkerhet som oppstår i mellomtiden er trolig også avhengig av erfaring, både med pasienten, sin egen frykt og kjennskapet til kolleger rundt. Flere sykepleiere beskriver at det å bry seg, gjøre noe med situasjonen hjelper. Jo tidligere jo bedre, samtidig sier noen at de vil vente så lenge som mulig. Dette er trolig et spørsmål om definisjon av den enkelte situasjonen, eller det kan være et dilemma hvilke metode man skal velge.

Sykepleierne beskriver også avvising og manglende positive relasjoner som en utfordring. Der de og kan bli svært slitne av ikke å finne løsninger over tid, på fastlåste situasjoner.

Sykepleierne beskriver imidlertid automatikk og inneforståthet som egenskaper det forventes at de mestrer. De må kunne regnes med, kunne reagere raskt og samarbeide på sekunder. Noen sykepleiere har problematisert at dette kan føre til feil tiltak, fordi ingen skal gå inn å korrigere beslutningstageren når for eksempel bruk av tvangsmidler iverksettes. Det er fortalt at frykt, stress og usikkerhet da har ført til feil avgjørelser hvor tvangsmiddelbruk kunne vært unngått.

Når sykepleierne beskriver verdien av personalets erfaringer viser de fleste til forholdet mellom en rekke faktorer. Forutsigbarhet og rigiditet kan virke nærliggende å forveksle. De erfarne beskrives å oppfatte pasientenes situasjon og opplevelser i god tid før frustrasjoner får bli til aggresjon. Allikevel er det beskrevet en rekke forutsetninger som må være tilstede for at sykepleierne skal oppleve å være trygge nok til å kunne både grensesette og kommunisere riktig der trussel om vold eksisterer. Det beskrives ubehag ved for eksempel manipulering og der man opplever at man selv setter urimelige grenser, bare fordi man følger det man oppfatter er forventet av en. I en travel hverdag kan det derfor fort bli en annen realitet om man ikke har de forutsetningene man behøver.



Alle sykepleierne legger vekt på tilstedeværelse og kommunikasjon som skal fange opp om det er spesielle behov hos pasienten. Der sykepleiere med kunnskap nok til å registrere dette må være tilgjengelig overfor pasienten. Mye lidelse og frustrasjon kan tas hånd om på et så tidlig punkt at aggresjon og vold unngås, og man unngår bruk av tvangsmidler. Dette støttes av en rekke studier:

Muralidharan og Fenton (2006) finner det forøvrig betenkelig at mange terapeutiske tiltak synes å oppstå pga. trusselen om vold/aggressjon. Tiltakene virker tilsynelatende, men de burde kanskje vært en selvfølge lenge før trussel om vold og aggresjon oppstår. Noe som synes relevant også ut fra sykepleiernes uttalelser om intervensjoner på et tidligst mulig tidspunkt. Da det er de-eskalerende i seg selv. Det ønskes bedre kunnskaper om de-eskalering.

Johnson og Hauser støtter dette i en studie fra flere akuttpsykiatriske avdelinger, der de finner at erfarne sykepleiere var dyktige på: "noticing the patient", lese situasjon og pasient, vite hvor pasienten er, forstå meningen med pasientens atferd, forstå pasientens behov, "connecting with the patient", "matching the intervening with the patients need". De kvaliteter hun konkluderer med ligner de-eskalerende former for samspill, og kan kanskje sammenlignes med forutsetninger informantene beskriver for at tidlig interaksjon kan gjennomføres (Johnson og Hauser, 2001).

Erfarne sykepleiere viste også en signifikant mer respektfull og autonomi fremmende intervensjon enn de mer uerfarne sykepleierne i en studie. Der grensesetting og samtidig ivaretagelse av pasientautonomi fremkom som viktigst intervensjon hos de spurte (Lowe et.al., 2003). Delaney og Johnson viser også til at den komplekse situasjonen ved en psykiatrisk akuttavdeling krever erfarne sykepleiere for å kunne fange opp pasienters behov tidlig nok (Delaney og Johnson, 2006).

Sammenhengen mellom kunnskap og tid til samvær, kan føre til bedre relasjoner mellom personalet og pasientene. Med nok erfarent personell tilstede i enhetene vil man oppnå større sikkerhet ved kommunikasjon, nærhet, samt kunne gi egnet behandling ved tilstedeværelse og intervensjoner på riktig tidspunkt. Det beskrives av en sykepleier at man skylder pasienten å tørre å intervenere. I motsetning til å la situasjonen eskalere over tid, bevisst eller ubevisst. Ofte der personalet opplever at de ikke mestrer situasjonen. Det kan også oppfattes som en unnvikelse av den oppgaven som innarbeidede rutiner tilsier at man skulle gjort, eller bare riktig vurdering om bruk av tid. Her sier flere sykepleiere forskjellige ting. Det forklares som en måte å fokusere på for noen sykepleiere, mens det av andre vises til at tid i bl.a. spente situasjoner er viktig å få lagt inn. Alle sykepleiere legger for øvrig vekt på det å intervenere i det hele tatt, og helst umiddelbart der man oppfatter dette nødvendig. Dette trenger ikke representere noen motsetning, men heller en utfordring i forhold til balansen mellom nærhet – avstand.

### 6.3 Samspill i personalgruppen

Sykepleierne beskriver som en forutsetning for arbeidet at det er nok mennesker på jobb. Robak (1983) beskrev det som gjeldende standard ved RSA'ene. Da er det ca. et personale pr. pasient i det daglige miljøarbeidet. Han beskriver også at det faglige innholdet er en viktig del av dette. Kommunikasjon med pasientene er meningen, med nok helsepersonell og høy faglig kompetanse.

Sykepleierne beskriver tilstedeværelse av forutsigbare rammer ved husregler, sikkerhetsinstruks og felles type beslutninger om utførelse av intervensjonene som viktig forutsetning for samspillet. Miljøpersonalet må kunne regnes med som både faglige og fysiske støtter når uro eller potensiell aggresjon ser ut til å utvikle seg. Samtidig beskrives det viktig å være i miljøet, kunne være tilstede for pasientene og kunne intervenere lenge før det er en spent situasjon under utvikling. Samspillet kan beskrives som forebyggende, samtidig skal det utgjøre en beredskap som krever nok mennesker til å unngå bruk av tvangsmidler. Selv om en tidligere definert farlig pasient skulle bli tolket til å utgjøre en høy voldsrisiko. En sykepleier forteller at han

vet det brukes tvangsmidler i situasjoner der man trolig kan klare seg uten, fordi det ikke er nok personell tilstede. Psykisk helsevernloven sier klart at tvangsmidler kun skal brukes når andre alternativer ikke kan brukes (Psykisk helsevernloven, 1999).

### 6.3.1 Miljøpersonalets forventninger til hverandre

Morrisson et.al. (2002) fant at der pasienter og personale visste hvilke tiltak som skulle iverksettes etter pasientens utspill var dette utslagsgivende for gjenopprettelse av en stabil og trygg avdeling. Forutsigbarhet ble tolket som et viktig resultat, som frigjorde ressurser og energi til faglig beredskap fremfor fysisk beredskap. Det å skape håp og klargjøre planer for å løse pasientens situasjon synes viktig. Noe sykepleierne belyser i forskjellige sammenhenger. Ved intervensjon der eskalering av aggresjon og voldstrussel har blitt synlig nok beskriver sykepleierne forventninger til at alle følger felles regelverk og slik gir forutsigbarhet for hele gruppen involverte, både personell, pasienter og medpasienter. Samtidig sier flere sykepleiere at det kan oppstå uheldige situasjoner fordi personalet rundt må støtte hverandre selv om de er uenige. Et eksempel kan være der den som leder kommunikasjonen i en spent situasjon har valgt feil intervensjon. Hvor spørsmålet om unødvendig krenkelse eller potensiell farlighet tolkes forskjellig. Forventninger til relevant erfaring beskrives ved flere faktorer, der den enkeltes kvaliteter er viktige delfaktorer i det fellesskapet et vaktskift utgjør. Det beskrives blant annet at personalet må være trygge på seg selv og sine oppgaver. Flere sykepleiere beskriver at de må inneha det som omtales som en indre trygghet. Alle må kunne regnes med faglig, og akseptere andre kollegers avgjørelser, ofte selv om de ikke er enige selv. De må kunne håndtere pasientens adferd dersom voldsrisiko og aggresjon går over til vold. Alle skal være trygg på at ingen forlater situasjonen så annet personell overlates til den aggressive pasienten alene. Det forventes at man behersker bruk av mekaniske tvangsmidler i tillegg til det å fysisk kunne beskytte omgivelsene mot vold. De-eskalerende tiltak, fysisk styrke, samspill med kolleger, og bruk av tvangsmidler forventes det at man mestrer.

## 6.4 Sykepleiernes møte med pasientene

### 6.4.1 Kommunikasjon

Faren for å eskalere aggresjon er ofte tilstede, men det beskrives av sykepleierne at det er det å bry seg, og sette seg ned og lytte som er viktig. Både Eide og Eide (2007) og Kringlen og Finset (2006) beskriver en rekke krav til kommunikasjon. Krav som skal ivaretas selv om sykepleieren opplever høy voldsrisiko, og hvor respekt og likeverd skal ivaretas, slik sykepleierne forklarer.

Dette kan forstås slik at kommunikasjonsform er sentralt for om aggresjon og volds eskalering skal kunne mestres. Hvor faren for autoritære og nedlatende kommentarer fra personalet gjort det vanskelig å unngå tvangsmiddelbruk. Også bruk av tid beskrives som en utfordring. Ifølge sykepleierne vil dårlig tid signaliseres til pasientene og virke eskalerende. Noen beskriver at autoritær og kravpreget kommunikasjon ofte henger sammen med dårlig tid.

Vatnes (2006) beskrivelser av lineær og sirkulær kommunikasjonsform oppfattes å ha fellestrekk med informantenes beskrivelser av sin kommunikasjon overfor pasientene. Der de beskriver ting de ikke skulle gjort, er det trolig autoritære og lineære henvendelser som beskrives. Når alle forutsetningene rundt situasjonene inneholder god nok trygghet beskriver sykepleierne at man tar seg tid og forsøker å verbalisere både problemstillinger og alternative løsninger. Der et viktig mål er å opprette eller opprettholde en dialog

### 6.4.2 Holdninger og kommunikasjon

Sykepleierne beskriver hvordan en rekke situasjoner kan oppfattes som farlige av noen av personalet, mens andre ikke vil oppfatte de samme situasjonene som farlige. Dette er særlig viktig fordi beskrivelser av utløsende årsaker til bruk av tvangsmidler ofte avhenger av personalets oppfatning av nødvendighet. Slik kan både rett og gal avgjørelse bli forklart som riktig uansett utfall. I motsatt fall, kan et positivt utfall også bli forklart som forårsaket av feil tiltak. Feil fordi personalet har gitt

etter for ønsker fra pasienten som ikke er akseptert i for eksempel husreglene, eller feil fordi man er blitt manipulert av trusler fra pasienten. I videre tankegang kan dette og være feil fordi man har åpnet for en alternativ løsning unntatt fra husreglene. Det kan føre til vold i neste omgang, når neste personale velger å følge reglene. Noen gjør også unntak fra disse reglene, ofte ekspertsykepleierne, noe som frustrerer de mer novisepregede. Lillevik og Øien (2010) beskriver forståelse av aggressivitetens mening som en viktig kvalitet ved hjelperne, der aggressivitet er en utfordring. Gode intensjoner er beskrevet som sentral verdi og grunnlag for klimaet rundt pasientene i avdelingene.

Begrepene respekt og likeverd går igjen under alle intervjuer. Slik de er brukt i intervjuene går de ofte hånd i hånd. I undersøkelsen er de mye brukt i forbindelse med uttrykk for holdninger som må tilstrebes overfor denne pasientgruppen. Der pasienter ofte har utført alvorlige og uforståelige gjerninger. For å kunne utøve omsorg og hjelp, kommer det frem at man ofte ser etter personen/mennesket bak gjerningene. Respekt oppfattes å være en del av kommunikasjonen i neste omgang. Den vil kunne manifesteres i form av hvordan pasienten blir behandlet rent kommunikativt, både verbalt og nonverbalt. Det presiseres i enkelte intervjuer at man må være trygg på seg selv for å kunne signalisere en ekte respekt. Respekten kan hentes frem dersom man fokuserer på personen og ikke ugjerningene. Eller i sammenheng med psykotiske forestillinger.

Likeverd brukes også på en måte som sikrer den enkelte at man utøver sitt arbeid etter de intensjoner både etiske regelverk og omsorgstanken tilsier. Imidlertid vil likeverd kanskje utfordre systemet i en RSA vesentlig mer, fordi graden av kontroll er så mye høyere ved RSA'er (Røssberg, 2005). Ved å ta utgangspunkt i to personer der den ene er tvangsinnlagt ved en RSA, mens den andre er utøver av både omsorg og vokter rolle (Vatne, 2006) overfor den innelåste, så vil det kunne oppfattes asymmetri i maktforholdet. Lov om pasientrettigheter (1999), § 3-1 sier at " pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen."

Sissel Tveiten (2007) beskriver dette ved begrepet empowerment, en prosess der folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører helse.

Det kan være nødvendig å formidle til pasientene at de har rett til å medvirke i egen behandling, slik at de kan medvirke selv. Kommunikasjon er viktig i den prosessen, og språket bør være slik at partene forstår hverandre best mulig, for å forhindre misforståelser (Tveiten, 2007). En pasient må erkjenne hva som er et problem, hva det dreier seg om, velge mellom ulike former for hjelp, og om hjelpen skal fortsette, eller avsluttes (Tveiten, 2007). Empowerment prosessen, slik Tveiten hevder det, er når makten blir overført fra helsepersonell til pasienten. Det kan være en utfordring å skape samarbeid i RSA's omgivelser, ut fra både pasientens og helsepersonalets kompetanse, som er til pasientens beste (Tveiten, 2007). Ved RSA'er er graden av psykisk sykdom så alvorlig for de fleste at de er innlagt under tvungent helsevern, men slik sykepleierne beskriver kommunikasjon med klarhet og forutsigbarhet, fremstår utfordringen med empowerment som høyst aktuell. For pasienter som opplever ikke å ha makt, kan dette kanskje fremstå provoserende i seg selv. Personalet har makten og mulighet til å bruke denne. Noe som også beskrives som nødvendig for å kunne mestre mange pasienters problemstillinger. Sykepleierne beskriver at pasienten heller ikke skal behøve å være redd for å miste kontrollen over seg selv, fordi personalet da vil ivareta pasientens behov. Likeverd kan kjennetegnes av bl.a. subjekt til subjekt forhold (Vatne, 2006), i motsetning til et subjekt til objekt forhold.

#### 6.4.3 Om psykoser

Å kommunisere med pasienter der aggresjon og vold synes å være basert på psykotiske opplevelser krever gode faglige kunnskaper og trolig erfaring. Cullberg (2005) beskriver at det kan bli en maktkamp mellom to forskjellige verdensbilder, der den ene verden vinner og underkaster seg den andre:

Dersom man i stedet for å ha det så travelt med å påtvinge sin oppfatning om normaliteten, kan skape en forhandlingssituasjon med respekt og interesse for den

andres opplevelsesverden, kan man mange ganger få erfare at det kommer i stand et konstruktivt samarbeid. (Cullberg, 2005, s.195)

Flere sykepleiere beskriver nettopp hvordan pasientens psykotiske opplevelse har ført til slike maktkamper. Der personalets kommunikasjonsform, det å ta seg tid, samt respekt og holdninger kan legge til rette for en slik forhandling som Cullberg beskriver. I anspente situasjoner forteller flere informanter om utfordringen ved å ta seg tid til å forstå akkurat hva pasienten opplever. Da unngås fysiske mottiltak mot noe som man tror kan bli et voldelig angrep. Psykotisk betinget aggresjon inneholder en rekke individuelle trekk, avhengig av blant annet typen psykose. Det er viktige kunnskaper sammen med de forvarsler personalet har klart å kartlegge hos den enkelte (Bjørkly, 2001 ).

#### 6.4.4 Når det er nødvendig å bruke fysisk makt

Men flere sykepleiere forklarte også en nødvendighet av noen ganger å vise pasienten at personalgruppen er villig til å gå langt for å beholde kontrollen. Det hender det er slik at personalet behøver å sikre seg at pasienten vet at personalet kan mestre ham fysisk. Dette vil nok også henge sammen med faglig innsikt i personalets forståelse av pasientens opplevelse av egen livssituasjon. Kanskje i lys av de alvorlige hendelsene pasienten har stått bak, og at de ikke kan behandles i andre nivåer av helsevesenet på grunn av farligheten.

Dersom man er godt nok forberedt vet alle hvorfor forskjellige regler er viktige og må overholdes. En sykepleier beskriver korrigerende situasjoner med at man må holde på de grensene man har satt. Forutsigbarhet forventes å gi trygghet fremfor utrygghet og eventuell krenkelse. Korrigerende og tidlig intervensjon sees i forhold til årsakssammenhengen bak pasientens adferd, for så å tilpasse intervensjoner på grunnlag av det,. Dette er lettere nå som de har lang erfaring. Ifølge Benner (1995) kan dette skyldes ekspertsykepleiernes evne til å se helhet mye klarere og raskere enn de med mindre erfaring. Mindre erfarne pleiepersonell vil i så fall være utsatt for ikke å oppfatte situasjonen likt, og kanskje mangle alternative mestringsmetoder.

Flere situasjoner beskrives å kunne ende med bruk av tvangsmidler på grunn av sårbarhet, krenkelse og skjev maktbalanse. Situasjoner med korrigerende inngrep kan antas også å være den vanligste utløsende årsak til bruk av tvangsmidler (Nordvoll, 2008; Vatne, 2006).

Noen av sykepleierne forteller at bruk av tid kan redusere aggresjon. Pasienten får mer tid på seg, fordi pasientene ikke presses på krav slik som før. Her er det vanskelig å måle innhold i praksis "før og nå", eller sammenligne begrepene, men bruk av tid prioriteres. Når noen sykepleiere sier at det er viktig med umiddelbar intervensjon kan dette ses som et dilemma, men jeg forstår dette som avhengig av de faktorer som avgjør når man kan bruke tid, og hvordan man bruker tiden. Felles kunnskap og utvikling av løsningsfokuserte miljøer kan tilstrebes med opplæring og gjennomgang av situasjoner i ettertid. Da kan man ivareta positiv utvikling i personalgruppen (Berring, 2009). Og indre trygghet utvikles.

#### 6.4.5 Indre trygghet

Individuell erfaring med å tørre å være i kontakt med et aggressivt menneske uten å ta i bruk tvangsmidler beskrives av flere sykepleiere som sentral årsak til en indre trygghet. Hvor sykepleierne baserer seg på sin kunnskap og forståelse av årsakene til aggresjonen, som utgangspunkt for videre kommunikasjon.

En sykepleier fortalte en historie hvor han valgte å ikke gjøre det han trodde kollegene forventet av ham. Han intervenerte ikke fysisk eller verbalt da en pasient utagerte på psykotisk grunnlag i en matsal, det var maten det gikk utover, og pasienten for så på sitt rom. Sykepleieren, som da hadde ansvarsvakt, lot ham være i fred. Dette fordi de ikke ville bli skadet og fordi han hadde en oppfatning om at pasienten også hadde det ille. En korrigerende inngrep for å vise at slik adferd er uakseptabel, ville trolig ført til mer vold slik han oppfattet det da. Sykepleieren var også svært spent og redd på forhånd. Han forteller at han har tenkt mye på denne episoden som nå er nærmere 20 år gammel, og om han ble styrt av egen redsel, for i så fall å intervenere på feil grunnlag, eller om det rett og slett var riktig å følge eget valg.



Hvorfor har sykepleieren som gjorde noe annet enn kollegene forventet, tenkt så mye på dette? Han beskriver at han var veldig anspent og redd allerede før episoden starten. Han vet at pasienten har tillagt ham forferdelige egenskaper gjennom sin psykose. Han syntes også at han satt utrygt plassert i spisesalen, men var underveis redd det ville provosere pasienten ytterligere om han flyttet seg, ved å sette seg tryggere til. Han var også nærmest alene med en noe uforutsigbar, men godt kjent kollega. Etterpå har han ofte tenkt "har jeg vært unnvikende nå, eller gjorde jeg det rette?" Han tror han gjorde det rette, for ellers ville det blitt vold, men opplevelsen av å ikke gjøre det han trodde andre forventet av ham har alltid vært der siden. Dette beskriver han som en sentral utfordring ved denne type sykepleie.

Likedan forteller flere sykepleiere om hendelser der både kolleger og de selv har kommet i konflikt med det de oppfatter som den "innarbeidede rutinen" og det at de faktisk kan velge en løsning der bruk av tvangsmidler ikke blir nødvendig. Det beskrives også ved eksempelet over, der spørsmål om riktig intervensjon var gjort i tide. Da han åpenbart var aggressiv og svært psykotisk plaget før episoden på matsalen ble registrert. I flere intervjuer er det presisert at det er viktig å intervenere umiddelbart, samt følge opp uklarhetene til man har fått avklart bl.a. at det ikke er et fortsatt grunnlag for misforståelser, paranoiditet eller ytterligere fare. Da vil det i så fall kunne komme igjen senere.

#### 6.4.6 Forutsigbarhet

Noen sykepleiere forteller at for pasienten kan det kanskje også være tryggere at han vet hva som vil skje om han krysser bestemte grenser i sin adferd. Og det kan være betryggende for medpasienter at de vet aggresjon vil bli tatt hånd om, og at de selv ikke vil trues av den. Noe som vil gi et tryggere miljø generelt, slik Morrison et.al. (2002) sine funn viste var nødvendig. Dersom forutsigbarheten gir trygghet vil det kunne oppfattes som nødvendig å intervenere i tide. Under intervjuene har historiene ofte dreiet seg om et punkt såpass langt ute i prosessen med utvikling av aggresjon at flere personer er kommet til. Faren for eskalering kan synes vesentlig og mestring kan bestå av aktive de-eskalerende tiltak, i verste fall ved bruk av tvangsmidler.

I flere av de beskrevne historiene der respondenten opplevde å lykkes kan det synes slik at deres verbale intervensjon har virket oppklarende og beroligende. Dermed kan det også forstås slik at man ikke svikter pasienten, men heller viser at "ved vår avdeling tåler vi din lidelse", eller din "kommunikasjonsform". Og at pasienten for eksempel godt kan være sint uten at dette tolkes som en farlig situasjon. I dialogen beskrives at man så har fått avklart hva som er galt og fikk en avklaring med trygghet om hva som skjer videre. Man har altså stått i det, latt tiden gå, og unnlatt å gripe inn fysisk selv om man har vært redd for utagering. Kanskje noen personell mer enn andre. "Å stå i det" i en konfliktsituasjon kan imidlertid også oppfattes dit at "man gir seg aldri". Kan det dermed bli maktkamper mellom personalet og pasienten? Trolig, men sykepleierne tolkes av meg slik at de ved respektfull kommunikasjon viser og begrunner hvorfor de står i det, selv om pasienten sier han vil noe annet.

Ved ytterligere spørsmål rundt disse situasjonene kan det være vanskelig å se hva som ville vært rett, fordi hver situasjon er unik i seg selv. Men også fordi noen av disse inngripende intervensjonene kan se ut til å henge sammen med en oppfatning om at situasjonene må løses når de er der. Da vil en vellykket løsning der de unngikk bruk av tvangsmidler kunne noteres, mens dette i realiteten kanskje kan ha ført til en senere/"ny" hendelse i stedet. Dette er beskrivelser som er der, men utgjør ingen klare svar utover at det er viktig å være klar over.

#### 6.4.7 Forutsigbarhet, eller et låst system?

Dersom det tolkes som nødvendighet at alt miljøpersonale har en inneforståthet med avklarte forut avtalte handlingsmønstre, kan det trolig stilles spørsmål rundt styring av utviklingspotensialet i personalgruppen. Vil det kunne fungere slik at nye løsninger oppfattes som avvik fra det forut avtalte? Med tanke på at pasientens eskalerende affekt skal de-eskaleres vil det være av interesse å benytte de muligheter som kan virke de-eskalerende. Er sykepleieren da usikker og ser en annen løsning enn det han tror kollegene godtar, vil han kanskje ikke tørre å løse situasjonen via denne løsningen. Dersom det er slik at erfaring har stor betydning, samt godt innarbeidede

rutiner også er av stor betydning, kan det synes utfordrende å være novise innen avdelingene. Spesielt fordi sykepleierens usikkerhet ikke bør vises for tydelig dersom felles utstråling av trygghet og klare handlingsplaner er det som forventes. Slik vil de tidligere metodene oftest kunne gjentas gang på gang, selv om de virker dårligere enn ideen om et annet tiltak fra en ny sykepleier. Særlig utfordrende kan dette synes om den alternative intervensjonen lanseres under utvikling av affekt hos en pasient. Og spesielt utfordrende ville det være om en annen sykepleier allerede har tatt den forventede lederrollen i situasjonen.

En måte å tolke sykepleiernes beskrivelse av "opprettelse av samspillet" er å forstå deres behov for "forutsigbarhet og felles forståelse" som nær en forutsetning for å kunne jobbe direkte sykepleier-pasient rettet. Både som en del av det forebyggende og når en situasjon er under utvikling. De fleste sykepleiere beskriver forutsigbarhet og trygghet slik at løsningen på en eventuell uenighet allerede kan tolkes å være bestemt på forhånd. Basert på den enkelte sykepleiers inneforståthet etter erfaring og opplæring ved sin RSA. Solfrid Vatne (2006) beskriver forståelse på et hermeneutisk basis i sin bok. Basert på Gadamer beskriver hun følgende:

"En hjelpers forståelseshorisont vil si vedkommendes samlede oppfatninger, både bevisste og ubevisste som hun/han bruker når vi betrakter og handler innenfor et bestemt behandlingsmiljø. Siden den er preget av innforståthet, kan den også være taus." (Vatne, 2006, s.125 )

Inneforståtheten kan tolkes som forventninger til både kolleger og seg selv, på et forutsigbart nivå. Dersom det er så viktig at alle må ha et avklart, trygt, og forutsigbart handlingsmønster, kan det da nye tanker, andre måter å oppfatte situasjoner og nødvendighet av tiltak på, bli en trussel for "innarbeidede rutiner, samspill og tolkninger"? Vatne beskriver videre at det er viktig med dialogisk og språklig klargjøring av de eventuelt forskjellige oppfatninger (Vatne, s.125).

Flere sykepleiere beskriver hvordan personalet handler automatisk når situasjoner eskalerer over et gitt nivå. Dette nivået ser ut til å henge sammen med graden av utrygghet og opplevelse av trussel om vold. En opplevelse som vil kunne variere med hvor mange erfarne sykepleiere som er i situasjonen, hvor godt de kjenner pasienten og hvor godt de kjenner hverandre.

Om man er godt trent og opplært i bruk av tvangsmidler er det ofte tvangsmidlene som er det tilgjengelige verktøyet. Har man derimot flere verktøy, sammen med både generell erfaring med aggresjon og vold, samt kjenner pasienten, vil det trolig være mulig å arbeide like effektivt og automatisk uten å måtte løse situasjonen med tvangsmidler. Og slik kunne gå videre etter situasjonen uten at relasjonene er blitt for skadede. Da må den opptreede automatikken inneholde også de alternative intervensjonene. Samtidig er det beskrevet som viktig å ikke intervensjonere for tidlig.

En rekke forskningsarbeider konkluderer med opplæring og trening som sentralt ved arbeid med aggresjon og vold. ( Muralidharan og Fenton 2006; Wynn, 2002) Det rettes bl.a. fokus på at de-eskalerende trening ikke bør føre til at personalet problemfokuserer for tidlig (Duxbury, 2002).

I Wynns (2002) undersøkelse var personalgruppen ved sikkerhetsavdelingen mer kritisk til hvor ofte tvangsmiddel ble brukt enn ved de andre psykiatriske enhetene. Dette kan forstås slik at erfaringen med problemstillingen har vist personalgruppen at det er flere gode alternativer, og kanskje at toleransen er høyere før frykten styrer sykepleiernes beslutninger om bruk av tvangsmidler. Sykepleierne i denne studien hevder, at tvangsmiddelbruk vil kunne ødelegge relasjoner og føre til mer vold. Derfor er det av stor interesse å unngå relasjonsødeleggende intervensjoner. Videre konkluderer Wynns (2002) studie med at det er behov for mer informasjon om negative konsekvenser av tvangsmiddelbruk.

#### 6.4.8 Erfaring og Kompleksitet

Både Berring og Johnson beskriver nettopp kompleksiteten som krever erfarne og ryddige sykepleiere i enhetene. Når det vises til organisasjonsmessige faktorer som mulig utløsende for vold kan det synes som om denne kompleksiteten har noe med det å gjøre. I så fall vil krav til struktur trolig være sentralt. Hvis sykepleierne og flere forskere har rett, så vil erfaring og forutsigbarhet med indre trygghet hos personalet kanskje være det beste utgangspunktet for å håndtere denne kompleksiteten (Berring, 2004; Hatling, 2010; Johnson, 2006; Lillevik, 2009;).

Begrepet noviser kan slik også ses i sammenheng med samspill i de aktuelle avdelingene. Kompetanse som livserfaring, utdanning, og praksis med pasientgruppen er viktig, men det har også kommet frem at erfaring fra samspillet i personalgruppen i seg selv er av høy verdi. Dersom inneforståthet med hva som forventes av sykepleierne ved arbeid i en regional sikkerhetsavdeling er så komplekse, da synes det naturlig også å belyse at innholdet i undervisningen og kontinuerlig fagutvikling, må prioriteres høyt nok. Spesielt for å innarbeide i personalgruppens beskrevne automatikk flere alternative handlingsmønstre.

#### 6.4.9 Om rammer og forutsetninger

Ressurser og økonomiske rammer er også viktig ved sikkerhetsavdelingene. Økonomisk press og reduksjon av utgifter preger også sikkerhetspsykiatri. Berrings studie vist eskalerte av frustrasjon og aggresjon, fordi man ikke hadde ressurser tilgjengelig der interaksjon burde ha foregått, og sykepleieintervensjonene ble fortløpende reaksjoner på grunnlag av aggressive hendelser, i stedet for planlagte tiltak (Berring, 2004). Et fenomen som blant annet beskrives av Lian med begrepet "new public management" (Lian, 2003 ). Bygninger og omgivelser må også ivaretas.

## 6.5 Sykepleiernes belysning av forskningsspørsmålene.

Forskingsspørsmål en: "Hva beskriver erfarne psykiatriske sykepleiere som viktige mestringsmetoder i møtet med psykiatriske pasienter med høy voldsrisko i en psykiatrisk sikkerhetsavdeling?"

Å vise respekt og likeverd gjennom holdninger og kommunikasjonsform fremkommer sentralt. For å kunne det må de også ha kunnskaper nok om hvorfor pasienten er i behov av hjelp. Kunnskap om psykoser, aggresjon og farlighet, psykisk lidelse generelt og på dette grunnlaget skapes en forståelse for pasientens situasjon, både før innleggelse og i avdelingen. Erfaring gir en indre trygghet, både faglig og fysisk, som behøves for egen del, men også for å signalisere trygghet i miljøet. Det gir trygghet til kolleger og pasienter også. Dersom tryggheten er godt nok ivaretatt vil det være større mulighet for tidlig intervensjon. Sykepleierne beskriver at det i de fleste hverdager er en slik trygghet i avdelingene, og hverdagene kan ansees som forebyggende i seg selv, om det er nok personell tilstede i miljøet. Behandlingen ved RSA'er foregår i omgivelser som trolig medfører et stort behov for erfaring, spesielt i forhold til å kunne forstå pasientenes situasjon, for så å kunne kompensere for den høye graden av kontroll i disse avdelingenes miljøterapi (Røssberg, 2005).

Forskingsspørsmål to: Hvilke forutsetninger erfarer sykepleierne at må være tilstede for arbeid under høy voldsrisko?

Tilrettelagt bygningsmasse, med statisk sikkerhet, der oversikt og varselsystemer må fungere. De vil også ha god nok plass, samt muligheter for pasientene til å kunne utføre meningsfylte nok aktiviteter. Sykepleierne beskriver det som svært viktig at miljøpersonalet samarbeider og slik ivaretar forutsigbarhet og støtte for hverandre.

Opplæring og trening på situasjoner som gir stor belastning synes viktig. Nok personale med relevant erfaring til enhver tid beskrives som en betingelse for trygghet, Tilgjengelighet på personale som kan kommunisere med pasientene

umiddelbart er i seg selv en del av sikkerhetsberedskapen.. Det beskrives av mange sykepleiere en ordning der skrevne og uskrevne regler utgjør rammene for hvordan dette samspillet skal foregå. Det påvirker også forventningene til samspillet mellom sykepleierne og deres pasienter, i en til en forholdene. Samtidig forventes det at alle må følge opp det som andre har satt i gang av prosesser. Det beskrives og at uenighet eller manglende støtte fra kolleger ikke er akseptert, dersom en aggresjons- eller voldssituasjon er under utvikling. Erfaring hos kolleger er en forutsetning for samspillet, det gir flere innfallsvinkler til de-eskalerende intervensjoner. Og behov hos pasientene som det må besluttes noe i forhold til, registreres tidlig. Det vil kunne oppstå situasjoner slik flere har beskrevet, der egenskaper ved personalet styrer beslutninger ved anspente situasjoner, utover de avtalte intervensjoner. Slik henger en rekke faktorer sammen og utgjør en viss kompleksitet slik flere studier beskriver (Berring, 2004; Johnsson, 2001; Lillevik, 2009). Denne kompleksiteten må kunne håndteres også når det er veldig anspent i enheten.

Hvordan ivaretar sykepleierne pasientens behov for anerkjennelse, til tross for aggresjon, fiendtlighet og avvisning?

Sykepleiernes primære fokus på holdninger, med respekt for pasienten og fokus på likeverd er gjennomgående. Kommunikasjonsformen er en konkretisering av dette. Men det blir også en del av kompleksiteten, der de beskrevne forutsetninger og erfaring er en nødvendig ingrediens. Studien viser behov for både erfaring og kunnskaper om man skal oppnå en god relasjon som kan virke de-eskalerende, særlig ved psykotiske tilstander. Der det er viktig å tåle aggresjonen uten å gjøre unødvendige tiltak. Som så oppleves krenkende for pasienten. Dette beskrives spesielt krevende. Sykepleierne ser ut til å kompensere for den høye graden av kontrolltiltak som forstyrrer et mer ideelt miljøterapeutisk tilbud.

Hva oppfatter sykepleierne som sentrale årsaker når de ikke lykkes med alternativer til bruk av tvangsmidler der aggresjon har ført til behov for tiltak fra personalets side?

Sykepleierne beskriver spesielt stress, dårlig tid og autoritær kommunikasjon som uheldig. Mangel på erfaring er beskrevet som årsak til unødvendig autoritær kommunikasjon. Samt klimaet i avdelingen, der det har vært uro av betydning over litt tid. Spesielt om ingen har gjort de rette intervensjoner fordi situasjonen har vært så ubehagelig at den har fått utvikle over tid. Noe som kan skje ved mangel på erfarne personell, og/eller kjennskap til pasienten. Men det presiseres flere steder at man ikke må undervurdere behovet for fysisk sikkerhet og eventuell bruk av tvangsmidler. Noen ganger blir det eneste rimelige løsning.

#### 6.6 Sykepleiernes belysning av forskningsspørsmålene.

Forskningsspørsmål en: "Hva beskriver erfarne psykiatriske sykepleiere som viktige mestringsmetoder i møtet med psykiatriske pasienter med høy voldsrisiko i en psykiatrisk sikkerhetsavdeling?"

Å vise respekt og likeverd gjennom holdninger og kommunikasjonsform fremkommer sentralt. For å kunne det må de også ha kunnskaper nok om hvorfor pasienten er i behov av hjelp. Kunnskap om psykoser, aggresjon og farlighet, psykisk lidelse generelt og på dette grunnlaget skapes en forståelse for pasientens situasjon, både før innleggelse og i avdelingen. Erfaring gir en indre trygghet, både faglig og fysisk, som behøves for egen del, men også for å signalisere trygghet i miljøet. Det gir trygghet til kolleger og pasienter også. Dersom tryggheten er godt nok ivaretatt vil det være større mulighet for tidlig intervensjon. Sykepleierne beskriver at det i de fleste hverdager er en slik trygghet i avdelingene, og hverdagene kan ansees som forebyggende i seg selv, om det er nok personell tilstede i miljøet. Behandlingen ved RSA'er foregår i omgivelser som trolig medfører et stort behov for erfaring, spesielt i forhold til å kunne forstå pasientenes situasjon, for så å kunne kompensere for den høye graden av kontroll i disse avdelingenes miljøterapi (Røssberg, 2005).

Forskningsspørsmål to: Hvilke forutsetninger erfarer sykepleierne at må være tilstede for arbeid under høy voldsrisiko?



Tilrettelagt bygningsmasse, med statisk sikkerhet, der oversikt og varselsystemer må fungere. De vil også ha god nok plass, samt muligheter for pasientene til å kunne utføre meningsfulle aktiviteter. Sykepleierne beskriver det som svært viktig at miljøpersonalet samarbeider og slik ivaretar forutsigbarhet og støtte for hverandre.

Opplæring og trening på situasjoner som gir stor belastning synes viktig. Nok personale med relevant erfaring til enhver tid beskrives som en betingelse for trygghet, Tilgjengelighet på personale som kan kommunisere med pasientene umiddelbart er i seg selv en del av sikkerhetsberedskapen. Det beskrives av mange sykepleiere en ordning der skrevne og uskrevne regler utgjør rammene for hvordan dette samspillet skal foregå. Det påvirker også forventningene til samspillet mellom sykepleierne og deres pasienter, i en til en forholdene. Samtidig forventes det at alle må følge opp det som andre har satt i gang av prosesser. Det beskrives og at uenighet eller manglende støtte fra kolleger ikke er akseptert, dersom en aggresjons- eller voldssituasjon er under utvikling. Erfaring hos kolleger er en forutsetning for samspillet, det gir flere innfallsvinkler til de-eskalerende intervensjoner. Og behov hos pasientene som det må besluttes noe i forhold til, registreres tidlig. Det vil kunne oppstå situasjoner slik flere har beskrevet, der egenskaper ved personalet styrer beslutninger ved anspente situasjoner, utover de avtalte intervensjoner. Slik henger en rekke faktorer sammen og utgjør en viss kompleksitet slik flere studier beskriver (Berring, 2004; Johnsson, 2001; Lillevik, 2009). Denne kompleksiteten må kunne håndteres også når det er veldig anspent i enheten.

Hvordan ivaretar sykepleierne pasientens behov for anerkjennelse, til tross for aggresjon, fiendtlighet og avvisning?

Sykepleiernes primære fokus på holdninger, med respekt for pasienten og fokus på likeverd er gjennomgående. Kommunikasjonsformen er en konkretisering av dette. Men det blir også en del av kompleksiteten, der de beskrevne forutsetninger og erfaring er en nødvendig ingrediens. Studien viser behov for både erfaring og

kunnskaper om man skal oppnå en god relasjon som kan virke de-ekalerende, særlig ved psykotiske tilstander. Der det er viktig å tåle aggresjonen uten å gjøre unødvendige tiltak. Som så oppleves krenkende for pasienten. Dette beskrives spesielt krevende. Sykepleierne ser ut til å kompensere for den høye graden av kontrolltiltak som forstyrrer et mer ideelt miljøterapeutisk tilbud.

Hva oppfatter sykepleierne som sentrale årsaker når de ikke lykkes med alternativer til bruk av tvangsmidler der aggresjon har ført til behov for tiltak fra personalets side?

Sykepleierne beskriver spesielt stress, dårlig tid og autoritær kommunikasjon som uheldig. Mangel på erfaring er beskrevet som årsak til nødvendig autoritær kommunikasjon. Samt klimaet i avdelingen, der det har vært uro av betydning over litt tid. Spesielt om ingen har gjort de rette intervensjoner fordi situasjonen har vært så ubehagelig at den har fått utvikle over tid. Noe som kan skje ved mangel på erfarne personell, og/eller kjennskap til pasienten. Men det presiseres flere steder at man ikke må undervurdere behovet for fysisk sikkerhet og eventuell bruk av tvangsmidler. Noen ganger blir det eneste rimelige løsning.

## 6.7 Hva belyser sykepleierne som kan være aktuelt å forske mer på?

### 6.7.1 Omgivelsenes betydning – bevissthet og lokaler

Statiske og organisatoriske sikkerhetstiltak beskrives som en forutsetning for at sykepleierne skal kunne skape trygghet og forutsigbarhet nok. De erfarne sykepleiernes bevissthet på å kompensere for omgivelsene pasientene utsettes for krever kanskje energi og tid som kunne kommet bedre til nytte ved ideelle inne og utearealer. Vil idet føre til mindre tvangsmiddelbruk når kontrollmekanismer gjøres mindre fremtredende? Meningsfulle opphold er trolig lettere å tilstrebe når pasienter har alternative steder å være, som samtalerom, estetiske og funksjonelle rom, aktivitetsrom og tilgjengelige utearealer som er gode. Kan dette oppnås uten å gjøre avdelingene mer utrygge? Kanskje vil det gå an å se på nyere psykiatriske

sikkerhetsavdelinger, der omgivelsene er optimalisert og forholdene for øvrig ligner sikkerhetsavdelingenes behov.

### 6.7.2 Sykepleiernes opplevelser – etablering av indre trygghet

Sikkerhet ivaretas ved statiske og organisatoriske tiltak i utgangspunktet. Det gir en forutsigbarhet og dermed trygghet for sykepleierne. Trygghet forutsetter imidlertid at det er et kompetent, stort nok lag av kolleger på jobb til enhver tid. Den enkelte må ha også en inneforståthet med hva som forventes av dem, som gir indre trygghet. De må kunne støtte hverandre lojalt, men har også et individuelt ansvar for pasientene. Studien konkluderer med at alle forventningene sammen med dobbeltrollene vokter og hjelper gir en kompleksitet der opplevelse av trygghet er sentralt for å kunne utøve psykiatrisk sykepleie i en miljøterapeutisk modell med minimalt av åpenbare kontrollerende mekanismer. Den indre tryggheten forklares som avhengig av erfaring. I likhet med Benners (1995) beskrivelser av ekspertens håndtering av kompleksitet, oppfattes indre trygghet å basere seg på lang erfaring, hvor kompleksitet er blitt mer håndterlig. Ivaretagende funksjoner i avdelingene kan sørge for personlig utvikling hos den enkelte, så de blir lenge nok til å oppnå denne indre trygghet. Forskning på mindre erfarne sykepleiere vil kanskje vise bedre hva som må til, dersom det er slik at få sykepleiere er lenge nok på RSA'er til å oppnå en ekspert status, med den trygghet sykepleierne i denne studien har beskrevet.

### 6.7.3 Samspillet i personalgruppen – fra novise til ekspert

Kompleksiteten i form av alle de forskjellige faktorene som skal mestres er en utfordring. Gjennomtenkt og rutinemessig opplæringen av personalet er viktig. Det trenes allerede på grunnleggende bruk av tvangsmidler som sikrer automatiske handlingsmønstre. Alternativer til bruk tvangsmidler underveis beskriver de også at det må være et fokus på. Forventningene til at kollegers inneforståthet med hvilke intervensjoner man kan bruke, og når man kan, hvordan man støtter kollegene, og hva som forventes ved forskjellige nivå av ekspertise, synes å være tydeligere i denne studien etter intervjuer og dataanalyse. Sykepleiefaglig veiledning og egnede

fora for samtaler kan være et viktig punkt også. Hvor individuelle og felles holdninger og forståelse av faktorer i denne kompleksiteten kanskje kan belyses bedre.

Hvordan kan man beholde sykepleiere lenge nok i regionale sikkerhetsavdelinger til at de oppnår den trygghet som gir de motivasjon til å fortsette ved avdelingen?

#### 6.7.4 Samspillet mellom sykepleier og pasient

Hvordan kan miljøterapi under RSA sine kontrollerte former videreutvikles til noe som ikke rammes av relasjonsødeleggende tiltak? Tvang og mye kontroll gir åpenbart sykepleierne mye vokterrolle, og i mange anledninger lite omsorgsrolle. Vatne (2006) beskriver grader både av rollene og hvor åpen eller skjult tvangen er av betydning. Sykepleierne forklarer at de ser noe annet enn farlighet når pasienten kommer. Ved kartlegging med fokus på relasjonelt perspektiv på farlighet forklarer flere sykepleiere at det er mulig å kompensere for både egen frykt og de kontrollerende omgivelsene.

Kommunikasjonsformen ved en slik avdeling skal innebære respekt og tilstrebe likeverd. Kommunikasjonsformer kan læres og forandres til mer terapeutiske former enn det sykepleierne forteller at har vært tilfelle under krevende omstendigheter, der de var mer uerfarne. For eksempel kan sykepleierne benytte sirkulære, refleksive spørsmål, og verbalisering, der man kan fokusere på å unngå lineære spørsmål, som ofte ligner på krav, og kanskje stenger en dialog i stedet for å løse den, slik Vatne (2006) beskriver. Kanskje kan det bli slik at miljøpersonalet er redde for å miste makt/kontroll eller "avsløre" seg som "usikre" i dialogen med pasientene, om de ikke er trygge nok på at det motsatte har funksjon? Dermed unngår de for eksempel åpne spørsmål bevisst, selv om det ved lineære spørsmål er stor fare for å stenge dialogen (Vatne, 2006). Det er allerede gjort mye forskning på kommunikasjon, men er det slik at kombinasjonene av erfaring med egen trygghet, andres farlighet og relasjonsbygging i rette omgivelser gir en trygghet som allikevel gjør at noen sykepleiere er så lenge i jobben som intervjupersonene i denne studien?

### 6.7.5 Pasientenes opplevelser – hvordan kan det forskes på dette?

Opplevelse av meningsbærende opphold for pasientene beskrives som et godt utgangspunkt for relasjonsbyggingen. Da vil korrigeringer lettere forstås, og det vil bli lettere å gi pasienten positiv oppmerksomhet, som anerkjennelse av likeverd og den situasjon pasienten er havnet i. Under krav om store økonomiske innsparelser kan det være av interesse å se nærmere på om miljøterapi i så kontrollerte former fungerer tilfredsstillende. Dersom det er slik at pasienter heller ville hatt et tilbud med mindre helsepersonell og høyere grad av fysiske sikkerhetstiltak, er dette noe som er mer vanlig i andre land.

Det fremkommer også som en utfordring å sikre pasientene stor nok grad av brukermedvirkning, der pasienten er innlagt til sykehus behandling mot sin vilje. Jeg finner at det ville være svært nyttig med mer forskning på pasienters opplevelser ved innleggelse på RSA'er.

## 6.8 Metodiske betraktninger

Intervjuguiden og forskningsspørsmålene skulle sikre faglig fokus, særlig ved å legge til rette for en uforstyrret fremstilling av en historie de selv presenterer i intervjuets innledning. Allikevel har spørreskjemaet kunnet påvirke studiens validitet ved å gi en mer deduktiv datasamling enn ønsket. På den annen side tror jeg dataanalysen kunne vært mer oversiktlig om spørreskjemaet var ennå mer strukturert. Men da ville jeg kanskje ikke fått erfaringene så personlig presentert, og kanskje mistet noen viktige nyanser. Beskrivelse av manifeste funn og å diskutere av latente funn har og vært en utfordring fordi så mange faktorer ser ut til å utgjøre nettopp en kompleksitet ved miljøterapi i så kontrollerte former (Kvale, 2006; Graneheim og Lundemann, 2003). Noe jeg ville hatt mer fokus på om jeg så dette tidligere.

Det kan også ha oppstått en skjevhet ved systematikk eller ved tilfeldigheter rundt enhetenes valg av sykepleiere, som kan ha vært utslagsgivende for hvem som deltok i studien. Kommunikasjon jeg hadde med enhetenes ledere for å sikre ekspertnivået,

førte til lederens valg av hvem som var mest egnet til å besvare forskningsspørsmålene, fordi det ikke er sikkert at man er på ekspertnivå, selv om man har jobbet lenge med et felt (Benner, 1995). Sykepleiernes kunnskap om psykiatrisk sykepleie kunne vært bedre strukturert ved direkte bruk av Gunn von Kroghs inndelinger. Men jeg valgte bevisst ikke å spørre informantene mer direkte om metoder, fordi jeg ønsket å fange opp deres egne opplevelser av de viktige kunnskaper om intervensjons valg under høy voldsrisiko. Dermed kan det ha gitt fokus på for eksempel opplevelse, mer enn konkrete metoder. Intervensjonene kan evt. sees i lys av metode-lignende beskrivelser i faglitteratur (Hummelvold, 1997; Cullberg, 2005; Bjørkly, 2001; von Krogh; Vatne, 2006).

Når jeg intervjuet var jeg kjent med kultur, begreper og forventede situasjons beskrivelser, noe som må ansees som en styrke for undersøkelsen, selv om dette punkt forøvrig også kan påvirke tolkninger i uønsket retning. Drevet av for eksempel min forforståelse, noe jeg har forsøkt å ha et bevisst forhold til (Kvale, 2006).

## 7.0 KONKLUSJON

De erfarne sykepleierne i denne studien har belyst en rekke utfordrende opplevelser, hvor erfaring og beslutninger med vurdering av farlighet har vært sentralt. Viktigste individuelle metoder for å kunne mestre møtet med høy voldsrisiko ved regionale sikkerhetsavdelinger synes å være arbeidet med å etablere en indre tryggheten. Denne baserer seg på kunnskap og erfaring om egen funksjon i forhold til vurdering av vold og beslutninger. Deretter på trygghet om at kolleger rundt også er erfarne og kan samspille umiddelbart ved behov. Sykepleierne baserer intervensjoner i avdelingen på et tett samarbeid med kolleger rundt seg. Det gir felles forutsigbarhet om hva som kan regnes med av både faglig og fysisk hjelp. Teamene på hver vakt bør kjenne hverandre godt, og kunne ivareta både den enkelte pasienten, medpasientene og hverandre. Fysisk trygghet vil da bli ivaretatt umiddelbart ved hjelp av automatiske intervensjoner fra tilstedeværende kolleger. Når dette fungerer frigjøres mye energi fra bl.a. frykt for å bli skadet, som så kan brukes på toleranse for pasientene i stedet. Respekt og forståelse av pasienten er et viktig utgangspunkt.

Gjennom kommunikasjon, tilstedeværelse og tidlig oppdagelse av utløsende årsaker til frustrasjon og aggresjon, vil psykiatrisk sykepleie (von Krogh, 2002) kunne utføres til tross for evt. høy voldsrisiko. Tryggheten hos personalet sprer trygghet også til pasientene. Trygghet forutsetter flere punkter. Bygningsmasse, alarmsystemer og organisering av sikkerhetstiltak må fungere, så man kan stole på dette. Både de statiske og de organisatoriske sikkerhetstiltakene beskrives som en forutsetning for at sykepleierne skal kunne skape trygghet og forutsigbarhet nok.

Miljøterapi i så kontrollerte former kan miste noe av sin funksjon, men de erfarne sykepleierne er bevisste på å kompensere for kontrollen i omgivelsene som pasientene utsettes for. Samspillet er også en av de store utfordringene, fordi det baserer seg på at de fleste handler likt og at disse igjen må signalisere enn inneforståthet, som viser at de er til å regne med. Teamet må følge de tiltak som lederen i spente situasjoner velger, ofte brått og uten mulighet til å diskutere seg frem til rette tiltaket. Personalgruppen forventes å kunne handle nærmest på en innlært automatikk om det blir trusler om vold i miljøet. Denne automatikken krever opplæring, lojalitet, bevissthet og utvikling av erfaringen de forskjellige miljøpersonell har. Både individuelt og i fellesskap.

Mestring av kompleksiteten alle disse forutsetninger utgjør ser ut til å være svært avhengig av en stor nok andel erfarne og kunnskapsrik personalgruppe. Svake punkt i denne kompleksiteten kan være når det er uerfarne sykepleiere som har et ledelsesansvar, eller for mange uerfarne personell på en krevende vakt.

Sykepleiernes beskrivelse av beslutninger viste at de ser en rekke feil beslutninger som trolig kunne vært løst uten bruk av tvangsmidler. Å stå i situasjonene slik at pasientene sikres en optimal sykepleie til tross for sine adferdsproblemer og aggresjon, krever erfaring og samspill nok til å ikke ta feil beslutninger, samtidig som det forventes at de ledende deltageres beslutninger følges. Sykepleierne beskriver spesielt det å kunne tørre å intervensere når det behøves, og deretter klare å stå i situasjonene selv om de er redde. Erfaring gir større innsikt i grad av reell trussel og bruk av tid er ofte en viktig del av de-eskalerende metoder. I noen tilfeller vil det være umulig å unngå bruk av tvangsmidler. Da er det viktig å gjøre dette på riktig måte, så

pasienten ikke skades. Og så relasjoner ikke ødelegges. Noen opplever seg trolig mer utsatt for fare enn andre. Kanskje vil de skjule dette, kanskje vil de overbevise kolleger om denne faren, og kanskje tar de feil allikevel. Den høye graden av kontroll i miljøet inneholder en åpenbar funksjon sikkerhetsmessig, men den er også en trussel mot pasientenes opplevelse av normalitet i en miljøterapeutisk sammenheng (Røssberg, 2006), og av meningsfullhet i sykehusoppholdet (Kumar, 2001). Studien viser at erfaring hos sykepleierne er av stor verdi ved regionale sikkerhetsavdelinger med miljøterapeutisk struktur. Fremtidige utfordringer synes å være ivaretagelse av kompetente personalgrupper. Egnede opplæringsprogrammer kan sikre alternativer til tvangsmiddelbruk innbygget i personalets automatikk ved spente situasjoner.



## 8.0 REFERANSELISTE

Alminnelig borgerlig Straffelov, (2011). § 39 særreaksjon for personer som var psykotiske på handlingstiden, [www.lovdatabank.no](http://www.lovdatabank.no), 07.11.11.

Almvik, R., & Woods P. (1999). Predicting inpatient violence using the Brøset Violence Checklist. *International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 4(3), 489-497.

Benner, P. (1995). *Fra novice til ekspert: Mesterlighet og styrke i klinisk sygeplejepraksis*. København: Munksgaard Danmark.

Berring, L. (2004) *Tvangsindlæggelse, Et kvalitativt Studie af Sygepleierskens Interaktion med den Truende og Voldelige Patient*. Aarhus: Kandidatuddannelse i Sygepleje, Institutt for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet, Danmark.

Berring, L.(2009) *Når tvang er nødvendig*, Psykiatrickonference 09, <http://www.psykiatri-regionh.dk/menu/Forskning/Psykiatrickonference+09/Artikler/Berring>.

Bremnes R., Hatling T., Bjørngaard J.H., 2008. *Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern 2001, 2003, 2005 og 2007*. Oslo og Trondheim: SINTEF helse. **s**

Bjørkly, S. (2001). *Aggresjonens Psykologi: Psykologiske perspektiver på aggresjon*. Oslo: Universitetsforlaget.

Cullberg, J. (2005). *Psykosier - et integrert perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Delaney, K., Johnson, M.E. (2006) Keeping the unit safe: Mapping Psychiatric Nursing Skills., *Journal of American Psychiatric Nurses Assosiation*, 2006; 12(4), s.198-207.

Duxbury J. (2002) An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: A pluralistic design. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, volume 9, issue 3, 325-337. Juni 2002.

Duxbury, J. & Whittington, R.( 2005). Causes and management of patient aggression and violence: Staff and patient perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 50 (5), 469-478.

Eide, T. & Eide, H. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner*. (2.utg). Oslo.: Gyldendal Norske Forlag AS

Giorgi, A.(1985) *Phenomenology and Psychological Research*. ittsburgh,USA: Duquesne University Press.

Giorgi, A., (2003) *The descriptive Phenomenological I*: P. M. Camic. (red.)Psychological Method. (s.243-274.) Washington DC: American Psychological assosiation.

Graneheim, U.H., Lundeman, B.(2003) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve thrustworthiness. *Nurse Education Today*, 2004, 24, 105-112.

Hatling, T. (2010) *Hvorfor studiet av tvang er viktig I sikkerhetspsykiatrien?* Sikkerhetsseminaret Trondheim, 13.oktober 2010. Overheadfremlegg.

Hartvig, P., Alfarnes, S.A., & Østberg, B.(2001) Risikovurdering for voldelig adferd - bruk av sjekklister. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 29(121), 3431-3434.

Helsetilsynet, (2006). *Bruk av tvang i psykisk helsevern*. Rapport fra helsetilsynet 4/2006. Oslo: Lobo Media AS.

Holtskog, T.E. (2009) *Fokusgruppens erfaringer*. Oslo: Regional Sikkerhetsavdeling. Ullevål Universitetssykehus. Upublisert materiale.

Hummelvold, J.K.(1997) *Helt, ikke stykkevis og delt*, psykiatrisk sykepleie, Oslo: Ad Notam Gyldendal AS

ICD-10, (2011): *Den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer*, Oslo: Helsedirektoratet

Johansen J., (2009), *Absenteringer fra retspsykiatrisk afdeling, 2006-2007*. Spesiale utført som en del af Den Sundhedsfaglige Kandidatuddannelse ved det Sundhedsvidenskabelige fakultet, Københavns Universitet.

Johnson, M.E.; Hauser P.M:(2001) The practices of expert psychiatric nurses: accompanying the patient to a calmer space., *Issues in Mental Health Nursing*, 22:7, s. 651-668.

Kim, S. H., (2000) *The nature of theoretical thinking in nursing*. New York, USA: Springer Publishing Company.

Kjelsberg E., Hartvig P. (2005). *Norske sikkerhetspsykiatriske avdelinger 2005 En statusrapport*. Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Øst og Helseregion Sør.

Knizek, B.L. (2006). *Interview- design og perspektiv*. I: M. Lorensen (red.) Spørsmålet bestemmer metoden – forskningsmetode i sykepleie og andre helsefag. (s.33-65) Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.

Kringlen, E. & Finset, A. (2006). *Den kliniske samtalen*. (2. utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kruger, M. (2002). Vill og gal – mytene vi helst fortrenger. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 2002; 23, s.122.

Kumar, S. (2001). Crowding and Violence on Psychiatric Wards: Explanatory Models. *Canadian Journal of Psychiatry*, 2001;46:433-437.

Kvale, S. (2006). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Lian, O.S. (2003). *Når helse blir en vare*, Kristiansand S: Høyskoleforlaget AS

Lillevik, O.G. (2009) *Tiltak mot trusler og vold*, Oslo: Tidsskriftet Sykepleien 9/09, s. 62-64

Lillevik, O.G. og Øien L. (2010) Kvaliteter som bidrar til å forebygge trusler og vold fra klienter, Tromsø: *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 2010, vol.6, 2.

Lov om pasientrettigheter (1999). [www-lovdata.no](http://www-lovdata.no)

Lowe T, Wellman N, Taylor R. (2003) ” *Limit-setting and decision – making in the making of aggression*”. Isis Education Centre, Oxford Brookes Univ. And Oxfordshire Mental Healthcare NHS Trust, UK

Martinsen E.W. , Moe T., (2011) *Fysisk aktivitet i behandling av psykiske lidelser: nyere forskning, muligheter og utfordringer*. Forelesning 06.04. 2011 ved Oslo universitetssykehus, Erfaringsseminaret.

Morrisson, E.; Morman G.; Bonner G.; Taylor C.; Abraham I.; Lathan L., (2002), Reducing staff injuries and violence in a forensic psychiatric setting, *Archives of psychiatric nursing*, volume 16, issue 3, june 2002, s. 108-117.

Muralidharan S.; Fenton M. (2006) *Containment strategies for people with serious mental illness*. Cochrane Database Syst Rev 2006; (3) CD002084

Nesset, M.B.(2008) *The way out*, Masteroppgave I helsevitenskap, Trondheim: NTNU.

Nordvoll, R. (2008) *Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus - en presentasjon av internasjonal og nasjonal litteratur*. Oslo: Sintef Helse

Norges Lover, Strafferettsloven. [www.lovdatab.no](http://www.lovdatab.no). 14.11.2011.

Palmstierna, T., Nijman, H., Oud N.(2005) *Violence in clinical psychiatry*. Amsterdam: Oud Conculancy & Conference Magement.

Peplau, H. (1952) *Interpersonal Theory in nursing Practice*. New York: Putnam's Sons.

Psykisk helsevernloven(1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern av 2. juli 1999*, sist endret 1. september 2009.

Polit, D.F., og Beck, C.T. (2008) *Nursing research*. Generating and assessing evidence for Nursing practice, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Regionalt kompetansesenter for sikkerhet, fengsels- og rettspsykiatri, Helse Sør-Øst. [www.kompetanse-senteret.no](http://www.kompetanse-senteret.no), (2011). 14.11.2011.

Regional Sikkerhetsavdeling Helse Sør-Øst. (2011) Årlig melding 2010-2011. Oslo [www.oslo-universitetssykehus.no/rsa](http://www.oslo-universitetssykehus.no/rsa). 14.11.2011.

Regional sikkerhetsavdeling, Helse Vest, (2011)  
[www.haukeland.no/omoss/avdelinger/sikkerhetspsykiatri/Sider/regional-sikkerheitsseksjon](http://www.haukeland.no/omoss/avdelinger/sikkerhetspsykiatri/Sider/regional-sikkerheitsseksjon). 14.11.2011.

Repstad, P. (1998) *Mellom nærhet og distanse*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 30

Robak, O.H. (1983). Forpleining av svært urolige og aggressive psykotiske pasienter. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*, s. 311-314.

Rosenquist, R.(2010) *Myter og fakta om tvangsbehandling I Norge*. Foredrag ved faglederkonferansen Rosendal, Helse Vest, april 2010.

Røssberg, J.I. (2005) *Evaluations of inpatient Units with Emphasis on the ward Atmosphere Scale*. Oslo: Unipub AS

Rådet for psykisk helse. (2011) Psykosebegrepet,  
[www. Psykiskhelse.no/index.asp?id=29964](http://www.Psykiskhelse.no/index.asp?id=29964)

Sailas, E.; Fenton, M. (2001) *Seclusion and Restraint for people with serious mental illnesses* (Cochrane review) in: The Cochrane Library, issue 2, 2001, Oxford: Update Software.

Sailas, E. ; Wahlbeck K.B., (2002) *Restraint and seclusion in psychiatric inpatient wards*, Current Opinion in Psychiatry: September 2005 - Volume 18 - Issue 5 – s. 555-559

Sigurdjonsdottir M. (2009). Sikkerhetspsykiatrien trenger flere sengeplasser.  
*Tidsskrift for Den norske legeforening*, 8, 767-768.

Sosial- og helsedirektoratet, (2006). *Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern*. Oslo: Rundskriv.

Sosial- og helsedirektoratet, (2007). *Vurdering av risiko for voldelig adferd – bruk av Strukturerde kliniske verktøy*.

*Stortingsmelding 25 (1996-1997). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.*, Sosial- og helsedepartementet. s. 98-107.

Straffelovens §39 nr 1 og nr 2; "særreaksjon for personer som var psykotiske på handlingstiden". [www.lovdatab.no](http://www.lovdatab.no). 14.11.2011.

Travelbee, J. (1971) *Interpersonal Aspects of Nursing*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Tveiten, S. (2007), *Den som vet hvor skoen trykker*. Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Vatne, S. (2006) *Korrigere og Anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

von Krogh, G. (2002) *Begreper i psykiatrisk sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS



Vedlegg 1 - Informasjonsskriv

Informasjonsskriv:

Asker, 30.11.2009.

Forespørsel om deltakelse i en vitenskapelig intervjuundersøkelse.

"Når erfarne psykiatriske sykepleiere håndterer voldsrisiko".

Jeg er psykiatrisk sykepleier med 19 års erfaring fra en regional sikkerhetsavdeling på et psykiatrisk sykehus. Og jeg arbeider nå med en mastergradsstudie ved Universitet i Oslo.

Studiens formål

Belyse og videreutvikle kunnskap om viktige faktorer for å unngå vold og tvang i samspillet mellom erfarne psykiatriske sykepleiere og opplevde aggressive/voldstruende pasienter ved norske sikkerhetspsykiatriske avdelinger. I Norge er denne pasientgruppen helsevesenets ansvar, dermed miljøpersonellet ved RSA'er, mens sikkerhet ofte ivaretas av egne sikkerhetsvakter uten terapeutisk ansvar i sammenlignbare land.

Siden du har lang erfaring som psykiatrisk sykepleier, er jeg spesielt interessert i å få dine synspunkter og erfaringer fra din utøvelse av sykepleie til pasienter der aggresjon og potensiell vold truer interaksjonen din.

Frivillighet.

Deltakelse er frivillig og du kan trekke deg uansett tidspunkt, uten å måtte oppgi noen begrunnelse. Dersom du trekker deg vil alle data om deg bli slettet. Det vil bli sikret full konfidensialitet og anonymitet for de som deltar i studien. Det vil ikke bli referert navn eller data som kan bli gjenkjent av andre. Ta gjerne kontakt på om det er noe du ønsker å diskutere, eller lurer på ang. undersøkelsen og din deltakelse.

Intervjuet vil vare ca. 1 time. Sted og tidspunkt avtales nærmere, men fortrinnsvis på uforstyrret rom ved din arbeidsplass, eller der det passer deg best. Intervjuet taes opp på digital diktafon.

#### Databehandling

Du er ikke fritatt fra taushetsplikt under intervjuet, så det er viktig at data som kan identifisere pasienter ikke kommer frem. Alle de opplysninger du gir vil være underlagt taushetsplikt.

Opptakene vil bli lagret på en passordbeskyttet pc som kun jeg har adgang til. Opptakene vil bli slettet innen utgangen av 2010. Data blir oppbevart isolert fra nettverk og innelåst i arkivskap. Samtykkeerklæring underskrives før evt. intervju start, altså når vi møtes.

Ved spørsmål kan du kontakte meg på telefon nr. 92245923 eller *thlt@ullevål.no*

Min veileder er Ragnhild Hellesø ved Institutt for Sykepleievitenskap og helsefag, Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo. Mailadresse er *ragnhild.helleso@medisin.uio.no*

Studien er meldt og godkjent ved Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S. Studien er også meldt og vil være godkjent personvernombudet ved Oslo universitetssykehus, Ullevål ved intervjustart.

Med vennlig hilsen

Thor Egil Holtskog

Mosebergveien 3, 3440 Røyken, 92245923 / 66908752

Masterstudent Institutt for Sykepleievitenskap og helsefag,

Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo.

## Vedlegg 2 – erklæring om frivillighet

Erklæring om frivillig deltagelse som respondent til intervju i undersøkelsen:

”Når erfarne psykiatriske sykepleiere håndterer voldsrisiko”.

Deltakelse er frivillig og du kan trekke deg uansett tidspunkt, uten å måtte oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg vil alle data om deg bli slettet. Det vil bli sikret full konfidensialitet og anonymitet for de som deltar i studien. Det vil ikke bli referert navn eller andre data som kan bli gjenkjent av andre.

Du er ikke fritatt for taushetsplikt under intervjuet, så det er viktig at data som kan identifisere pasienter ikke kommer frem.

Respondent til intervju nr.

Sted:

Dato:

Navn:

## Vedlegg 3 - Søknad om tilgang til forskningsfeltet

Carl Fredrik Haaland  
2009.

30. November

Avdelingssjef  
Regional sikkerhetsavdeling  
Oslo universitetssykehus, Ullevål

Søknad om tilgang til forskningsfelt.

Jeg søker om tillatelse til å bruke Regional sikkerhetsavdeling, Oslo universitetssykehus, Ullevål, som forskningsfelt i forbindelse med min masteroppgave i sykepleievitenskap ved universitetet i Oslo. Studiens formål er å belyse og videreutvikle kunnskap om viktige faktorer for å unngå vold og tvang i samspillet mellom erfarne psykiatriske sykepleiere og opplevde aggressive/voldstruende pasienter ved norske sikkerhetspsykiatriske avdelinger.

I denne forbindelse ber jeg om å få intervju 3 sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid, samt med min. 5 års erfaring.

Deltakelse er frivillig og deltakerne kan trekke seg uansett tidspunkt, uten å måtte oppgi noen begrunnelse. Dersom noen trekker seg vil alle data om vedkommende bli slettet. Det vil bli sikret full konfidensialitet og anonymitet for de som deltar i studien ved å utelate navn eller data som kan bli gjenkjent av andre. Studien er meldt og godkjent ved Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S. Studien er også meldt og vil være godkjent personvernombudet ved Oslo universitetssykehus, Ullevål, ved intervjustart.

Intervjuene forventes å ta ca. en time pr. intervju.

Undersøkelsen er beregnet å skulle avsluttes juni 2010. Resultatet fra studien vil ferdigstilles i en artikkel. I tillegg skrives et essay. Kunnskaper fra undersøkelsen kan tilbakeformidles ved fremlegg på deres avdeling når masteroppgaven er ferdig og godkjent av universitetet.

Intervjuene ønskes gjennomført så snart som mulig i perioden desember 09/januar 10.

Jeg ber om tilbakemelding på hvem som har sagt ja til å delta i studien. Beskjed kan gis meg på e-post eller på telefon nr. 92245923, eller *thlt@ullevål.no*

Min veileder er Ragnhild Hellesø ved Institutt for Sykepleievitenskap og helsefag, Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo. Mailadressen er *ragnhild.helleso@medisin.uio.no*. Ved spørsmål kan en av oss kontaktes. Jeg bidrar gjerne med mer informasjon om studien dersom dere ønsker det.

Se også vedlagt informasjonsskriv til informantene.

Vennlig hilsen

Thor Egil Holtskog

Psykiatrisk sykepleier/mastergradsstudent

Oslo universitetssykehus, Ullevål/UiO

Regional sikkerhetsavdeling, Helse sør-øst.

Tlf. 92245923 / 66908752

*thlt@ullevål.no* eller *thoregil.holtskog@bof-nett.no*

## Vedlegg 4 – tillatelser til forskning

Bekreftelser fra leder ved de tre regionale enhetene kom etter flere etterlysninger av respons. Lederne sendte/delegerte så søknader . Skriftlige svar forekom derfor i e-post form. Kopier blir vedlagt her.

## Forskningsfelt 1

Hei! Vi er stort sett tilgjengelig når tid som helst (innenfor rimelighetens grenser), ihvertfall gjelder det Xx og X1 (begge to i delvise adm.stillinger) – X2 jobber turnus, men sier han kan være fleksibel. Passer stort sett i både uke 3, 4, 5, 6 ... Gir du meg noen datoer som passer for deg, så skal jeg gi deg rask tilbakemelding.

Ha en god helg; Alf G. Sørensen

-----Opprinnelig melding-----

Fra: Holtskog Thor Egil [mailto:ThorEgil.Holtskog@ulleva.no]

Sendt: 13. januar 2010 10:23

Til: Sørensen, Alf Georg Opheim

Emne: Når sykepleiere håndterer voldsrisiko

## Forskningsfelt 2

Vi stiller oss positiv til at du får intervju ansatte på Brøset. Tror ikke det skal by på problemer med å finne psylspl med 5 års erfaring.

-----Opprinnelig melding-----

Fra: Holtskog Thor Egil [mailto:ThorEgil.Holtskog@ulleva.no]

Sendt: 13. januar 2010 10:19

Til: Kroppan, Erik

Emne: Når sykepleiere håndterer voldsrisiko

Erik Kroppan, Brøset, St. Olavs hospital

Vedlegg 5 – tillatelse fra forskningsfelt 3

Forskningsfelt 3

Svar kom muntlig og i form av skriftlig bekreftelse ved penneskrevet kommentar på standardsøknaden. (eget arbeidssted) Legges ikke ved, men oppbevares.