

Avdeling for folkehelsefag

Kristin Stuan

4RUFOR1

Fordypningsoppgave

**Abstinent, søvnløs og frustrert**

- *sammen er vi bak låste dører*

Veileder: Børge Baklien

Antall ord: 7118

Videreutdanning rus, avhengighet og psykiske lidelser

2017

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA  NEI

---

# Innhold

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>4</b>
1.1	<b>Valg av avgrensinger i oppgaven .....</b>	<b>6</b>
1.1.1	Avgrensning av benevnelser.....	6
1.1.2	Avgrensninger gjort i oppgaven.....	6
<b>2</b>	<b>Metode.....</b>	<b>8</b>
2.1	<b>Innhenting av litteratur.....</b>	<b>8</b>
2.1.1	Presentasjon av litteratur .....	9
2.1.2	Kildekritikk .....	10
<b>3</b>	<b>Bakgrunnsteori .....</b>	<b>12</b>
3.1	<b>Aggresjon.....</b>	<b>12</b>
3.1.1	Frustrasjon- aggresjonsteorien.....	13
3.1.2	Aggresjon som en meningsbærende uttrykksform .....	13
3.2	<b>Omsorg, og hvordan denne kan bli påvirket .....</b>	<b>14</b>
3.2.1	Omsorgen i relasjonen.....	14
3.2.2	Asymmetrien mellom helsepersonell og pasient .....	16
3.2.3	Om å sette en grense for andre.....	16
3.3	<b>Miljøterapi.....</b>	<b>17</b>
3.3.1	Essensen i miljøterapien .....	18
3.3.2	Bemyndigende og avmaktسدempende kultur.....	18
3.3.3	Anerkjennelse .....	18
<b>4</b>	<b>Drøfting .....</b>	<b>20</b>
4.1	<b>Bruk av medisiner som maktmiddel, men kunnskap til å la være? .....</b>	<b>21</b>
4.2	<b>”Du skjønner det, her er det ikke lov til å ligge i sofaen. Du må sette deg opp.” .....</b>	<b>23</b>
<b>5</b>	<b>Sammenfatning .....</b>	<b>26</b>
<b>6</b>	<b>Litteraturliste.....</b>	<b>28</b>

## 1 Innledning

I arbeidstilsynets veileder for vold og trusler i forbindelse med arbeidet (2017, s 8) viser de til en stadig økende trend av vold og trusler mot arbeidstakere. Fra 1989 til 2006 varierte prosentandelen av de som hadde opplevd vold og trusler i det norske arbeidslivet mellom fire og seks prosent, mens levekårsundersøkelsen i 2013 viste en økning til 7,5 prosent. Arbeidstilsynet har også registrert høyere andel rapporteringer av personskader i tidsrommet 2011 til 2014 som følge av vold på arbeidstedet, men at de har grunn til å anta at det er store mørketall. De mest utsatte er helserelaterte yrker som sykepleiere, vernepleiere, sosialarbeidere, og pleie- og omsorgsarbeidere (2017, s. 9). Sannsynligheten for å bli utsatt for vold og trusler øker når man jobber ansikt-til-ansikt med mennesker som befinner seg i en vanskelig livssituasjon, med eksempler som sykdom, rus, eller liknende. Alenearbeid, natt- og kveldsarbeid samt å jobbe med penger eller for eksempel attraktive medikamenter, øker risikoen ytterligere (2017, s. 15).

Som nattarbeider på en avrusningsavdeling innenfor Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) møter jeg pasienten i en sårbar situasjon. Mange pasienter har konkrete ønsker, indre motivasjon og håp om et rusfritt liv, men usikkerheten knyttet til å klare å få til dette nye, litt ukjente livet er også noe som preger innleggelsen (Johansen & Bramness, 2012, s. 124). Et avrusningsopphold vil for pasienten bety abstinenser i varierende grad, alt fra milde til sterke fysiske symptomer. Målet med innleggelsen i avrusningsavdelingen er at pasienten skal ha en periode uten tilførsel av rusmidler og samtidig slippe mye ubehag i form av abstinenser (Kronholm, 2015, s 177). Et avrusningsopphold kan også bringe med seg varierende grad av psykososiale utfordringer og søvnproblematikk for pasienten (Helsedirektoratet, 2016, s. 20 og 24). Ulike mestrings- og løsningsstrategier pasienten har tilegnet seg er således av interesse og hvordan helsepersonellet terapeutisk kan arbeide mot å belyse disse med mål om å bemyndige pasienten i dens sårbare situasjon.

For litt over ett år siden startet jeg som nattevakt på en avrusningsavdeling innenfor TSB. På slutten av introduksjonsuken min som nattevakt opplevde en kollega et fysisk angrep fra en pasient. Jeg begynte å spørre om foranledninger, siden jeg hadde en opplevelse av pasienten som ikke tilsa aggresjon. Forklaringen jeg fikk var at pasienten hadde hatt en gradvis

utvikling av urolighet, med videre tegn mot aggresjon som endte med en voldssituasjon mot personalet.

Etter å ha hatt forelesning på skolen om terapeutisk konflikthåndtering opplevde jeg temaet som veldig spennende; hvordan kan man unngå voldelige episoder ved å jobbe terapeutisk? Og kan dette unngås kun med terapeutiske og relasjonelle egenskaper hos personalet?

Nattens bemanning er på et minimumsnivå sammenliknet med de andre vaktskiftene som dag og kveld. Det er med andre ord lagt opp til at det skal være mindre aktivitet på avdelingen om natten. Tiden som er avsatt til å oppnå en god relasjon før leggetid er minimal, gjerne fordi sovetabletten skal inntas tidlig nok for å unngå bivirkninger som henger i kroppen dagen etter. Kvelden og fornattens arbeid bør sentreres rundt at pasientene hjelpes i retning av å lage seg gode rutiner for søvnhygiene (Helsedirektoratet, 2016, s. 23). Min erfaring fra nattarbeidet er at pasientene kan oppleve økende uro, angst, tankekjør og søvnproblemer inn mot nattens stillhet og mørke.

Bakgrunnen for at jeg ønsker spesielt å se på utfordringene tilknyttet temaet aggresjon på natt er flerdelt. At pasientene går gjennom et kroppslig ubehag kan være en medvirkende faktor til redusert toleranse for at frustrasjoner oppstår. Pasientene kan føle på russug i forbindelse med at de vanligvis ville ha ruset seg for å få sove eller det kan være fortvilelse knyttet opp mot å oppleve at de ikke blir trodd når de forteller om dårlig søvnkvalitet eller abstinensplager (Helsedirektoratet, 2016, s 24).

Hensikten med denne oppgaven er å reflektere over hvordan pasientene kan oppleve seg sett, møtt og forstått før de utøver ytterpunktet i aggresjonen: vold.

### **Problemstilling i oppgaven:**

Hvordan møte mennesker med abstinenser, søvnløshet og frustrasjon miljøterapeutisk på nattevakt for å forebygge aggresjon i en avrusningsavdeling?

## **1.1 Valg av avgrensinger i oppgaven**

### **1.1.1 Avgrensning av benevnelser**

Jeg har i oppgaven min valgt å bruke ordene ”helsepersonell” og ”hjelper” som benevnelser på de som utfører arbeid mot hjelpemottakeren, herunder legger jeg også yrkestittelen sykepleier som er mitt utgangspunkt som yrkesutøvende helsepersonell. Som hjelpemottaker har jeg valgt ordet ”pasient” fordi dette har relevans inn mot situasjonene/stedet som jeg ønsker å undersøke.

### **1.1.2 Avgrensninger gjort i oppgaven**

For å avgrense oppgaven har jeg valgt å fokusere på pasienter som er frivillig innlagt (psykisk helsevernloven, 1999, § 2.1). Bruk av tvangsinnleggelse er noe som forekommer på avdelingen vår, men målet med denne oppgaven er ikke å ha fokus på tilbakehold i institusjon. Jeg kommer dog til å nevne tvangsinnleggelser i sammenheng med ekte paternalisme i omsorgsutøvelsen.

Å utføre en voldelig handling ved at man skader eller truer med å skade et annet menneske, er også en avgrensning jeg har tatt i min oppgave. Det er utarbeidet tydelige retningslinjer på arbeidsplassen min om hvordan helsepersonellet skal forholde seg om det oppstår voldelige situasjoner. På grunn av oppgavens størrelse er det ikke rom for at jeg kan fordype meg i denne tematikken, men jeg kommer til å nevne vold for å belyse aggresjonens ytterpunkt. Det er således viktig for meg å presisere at ansvaret for handlingen ligger hos den som utfører den, men metoden som brukes ved ansvarliggjøring er av interesse for denne oppgaven.

Jeg har begrenset oppgaven ved de ulike medikamentelle behandlingalternativene for abstinenser og søvnproblemer. Dette siden mitt fokus for oppgaven handler om hvordan psykososialt- eller miljøterapeutisk arbeid er vesentlig sammen med medikamentbehandlingen på en generell basis. Jeg har også valgt bort å skrive om ulike

abstinenssymptomer som kan forekomme på avdelingen siden oppgavens størrelse begrenser dette.

Jeg har også valgt å utelate det arbeidstilsynet definerer som organisatoriske-, fysiske- og ergonomiske arbeidsbetingelser. Bakgrunnen for denne avgrensningen er at jeg ønsker å se på hvordan man kan møte frustrasjoner som oppstår uforutsett på natt, med de midlene som er tilgjengelige, for å forebygge at disse utvikler seg fra aggresjon til voldsutøvelse. Oppgavens størrelse er også av betydning for denne avgrensningen.

## 2 Metode

Denne fordypningsoppgaven er en litteraturstudie som forenklet sagt handler om å finne relevant litteratur og sette den i sammenheng med valgte temaer.

Jeg har valgt en hermeneutisk tolkning av litteraturen som er innhentet. Å tolke litteratur hermeneutisk betyr å komme til en dypere forståelse, en meningsbærende helhet, ved å fortolke og forstå sammenhenger mellom de ulike delene (Olsson & Sørensen, 2009, s. 105). Bakgrunnen for mitt valg handler om at dette hjelper meg til å forstå at det finnes en mening bak atferden, og videre hvordan jeg kan bidra til forebygging av volden.

### 2.1 Innhenting av litteratur

Å finne eksakt relevant litteratur har vist seg å være krevende. Likevel er min erfaring fra natarbeidet at tematikken i oppgaven min er viktig å belyse og reflektere rundt, som et ledd i å se på hvordan møtet mellom helsepersonell og pasient kan forebygge eller dempe uønskede hendelser. Jeg har valgt å bruke trunkering for å kombinere flere synonymer av samme ord. Bruk av parentes ble i noen søk (Oria, Google Scholar og Cochrane Library) valgt for å kombinere flere søkeord i ett søk.

Søkeordene som er blitt brukt i Oria og Google Scholar er (miljøterapi\* OR psykososial\*) AND (aggress\* OR frustra\*). I Oria fant jeg boka til Lillevik & Øien (2014), som igjen ledet meg til artikkelen deres (2010). En bok av Bjørkly (1997) ble funnet, men jeg valgte en annen bok (2001) av samme forfatter. En artikkel ble funnet med søkeordene miljøterapi AND natt. Denne ble valgt ut på bakgrunn av fokuset på miljøterapi på kveld, helg og natt, som er i tråd med min problemstilling.

Engelske MeSh-termer som ble brukt i databasen PsycINFO er milieu therapy, psychosocial\*, aggression, frustration, substance withdrawal syndrome og drug withdrawal. I PsycINFO har jeg valgt å ikke bruke noen artikler som jeg har funnet siden disse ikke var relevante for min oppgave.



I databasen Cochrane falt valget på færre og mer generelle søkeord med tanke på å finne aktuelle oversiktsartikler/metaanalyser. Jeg valgte kun å bruke (milieu therapy OR substance withdrawal syndrome) eller (treatment AND substance abuse). Jeg har valgt å prioritere litteratur som er av nyere dato (mindre enn 10 år gammel). Jeg fant videre en oversiktsartikkel som også understøtter hva nasjonal faglig retningslinje for avrusning av rusmidler og vanedannende legemidler (2016) sier om bruk av miljøterapi i kombinasjon av medikamentbehandling (Amato, Minozzi, Davioli, Vecchi, 2011).

Øvrig bakgrunns litteratur er valgt ut basert på kjennskap til litteraturen fra tidligere arbeid eller etter henvisning fra annen relevant litteratur.

### **2.1.1 Presentasjon av litteratur**

Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler eller vanedannende legemidler (2016) danner en basis for hele oppgaven min ved at denne retningslinjen er grunnlaget for arbeidet som skal utføres på avrusningsavdelingen. Samtidig har arbeidstilsynets veileder om vold og trusler i forbindelse med arbeidet (2017) også en sentral rolle i oppgaven min fordi den tar utgangspunkt i arbeidsmiljøloven (2005) og dens formål om å verne arbeidstakere mot vold eller trusler i arbeidslivet.

Som bakgrunns litteratur i kapittel 3.1 har jeg valgt å legge vekt på Bjørklys (2001) inndelinger av aggresjonsteorier, og hvordan aggresjon kan oppstå i en miljøkontekst. Jeg har samtidig valgt å trekke inn Hummelvolls (2012) forklaring av personlige problemområder og -løsningsstrategier. I kapittel 3.2 har jeg valgt ut en bok av Henriksen & Vetlesen (2006), samt et kapittel i boka til Barbosa da Silva (Norheim, 2006) som skriver om holdninger og verdier mellom mennesker, med særlig vekt på omsorgen og makten i relasjonen mellom helsepersonell og pasient. Jeg har også valgt å ta med et underkapittel om å sette grenser for andre (Vatne, 2006). I kapittel 3.3 har jeg valgt å begrense litteraturen til kun å se på hva Hummelvoll (2012) og Lillevik & Øien (2014) sier om essensen i miljøterapi. På slutten av dette kapittelet vil jeg se på hva Vatne (2008) forklarer om anerkjennelse og dens verdi i en miljøterapeutisk kontekst.

Som innledning på kapittel 4.0 Drøfting har jeg valgt å bruke en oversiktsartikkel fra Woods & Ashley (2007), samt Isdals (2000) synspunkt på vold som motmakt. Som innhentet litteratur kommer jeg til å ta for meg Næss & Biongs (2014) artikkel om ansvarliggjøring og omsorg i lys av helsepersonellens miljøterapeutiske arbeid på kveld, helg og natt. Jeg har også valgt artikkelen til Lillevik & Øien (2010) der de belyser hvordan kvaliteter hos hjelperen kan forebygge vold og utagering. Jansson & Saxonberg (2013) har gjort en eksplorativ studie som ser på betydningen av skamfølelse i terapibehandlingen ved rehabiliteringen av voldelige menn. Jeg opplever at denne studien er relevant for min oppgave fordi det handler om den samme avmaktsfølelsen og skamfølelse pasientene kjenner på i etterkant av en utageringsepisode.

### **2.1.2 Kildekritikk**

Som nevnt tidligere har det vært problematisk å finne aktuell litteratur, særlig i kombinasjon med rus/avrusning, miljøterapi/psykososial terapi og vold/aggresjon. Søkene var likevel viktige for å danne seg et bilde over hvilken litteratur som finnes.

Litteraturen som brukes i denne oppgaven bygger på grunntanker om miljøterapi og psykososialt arbeid innenfor psykisk helsevern. Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler (2017, s. 20) forklarer at det kan være nyttig å basere seg på disse grunntankene for videre å arbeide mot å skape nye emosjonelle og relasjonelle erfaringer hos pasientene.

I likhet med andre typer studier som innebærer tolkning av tekster/materiale er det også i min oppgave mulighet for at jeg har tolket tekst annerledes ut ifra konteksten forfatterne har skrevet den i. Jeg har på grunn av dette prøvd å se på hva de ulike forfatteres litteratur sier om det samme temaet for å kvalitetssikre min egen tolkning.

I de strukturerte søkene har jeg valgt å bruke vide ord/begreper for senere å kunne avgrense ved å legge til aktuelle ord etter hvert som jeg så hvilke treff jeg fikk. Ved å bruke forskjellige synonymer av de ulike ordene fikk jeg flere treff i søkeprosessen.

Selv om jeg ikke har funnet noen forskning som akkurat ser på hvordan hjelperens egenskaper i en avrusningsavdeling enten kan dempe eller trigge vold og utagering opplever jeg likevel at spenningsforholdet er av betydning.

## 3 Bakgrunnsteori

### 3.1 Aggresjon

Alle mennesker har fire grunnfølelser. Disse er sinne, glede, tristhet og frykt. Følelsen sinne strekker seg fra lett ergrelse til raseri. Den vesentlige forskjellen mellom sinne og vold handler om at sinne er en følelse, mens vold er en handling. Følelser kan ikke skade andre mennesker, noe handlinger kan (Isdal, 2000, s. 39).

Arbeidstilsynet definerer vold som ”(...) enhver handling som har til hensikt å føre til fysisk eller psykisk skade på person. Det kan også defineres som vold når arbeidstakere opplever utagerende handlinger hvor det utøves stort skadeverk på inventar og utstyr (Arbeidstilsynet, 2017, s. 5). Stål Bjørkly definerer aggresjon som et ”(...) samlebegrep for atferd som et individ med hensikt utfører eller gir eksplisitt verbalt eller fysisk uttrykk for å ville utføre, for at et annet individ skal påføres fysisk skade, fysisk smerte eller kroppslig krenkelse (2001, s. 28). Han definerer videre at ”vold og voldsatferd er aggresjon kjennetegnet ved at atferden er innrettet på å påføre offeret alvorlig og/eller livstruende fysisk skade, fysisk smerte eller kroppslig krenkelse” (2001, s. 29).

Ut i fra disse definisjonene forstår jeg at aggresjon kan være et forvarsel om vold og voldsutøvelse. Bjørklys definisjoner er laget med hensikt å kun trekke inn den fysiske siden ved atferden, mens arbeidstilsynet trekker inn den psykiske opplevelsen som vold og trusler også kan romme for den som opplever å få det rettet mot seg.

Det finnes to hovedinndelinger når man skal se på motivene bak aggresjon. Inndelingene skiller på aggresjon som har til hensikt å oppnå et gode eller hindre noe uønsket i å skje (instrumentell aggresjon) eller om hensikten er å skade noe eller noen (emosjonell aggresjon) (Hummelvoll, 2012, s. 254 - 255). Disse inndelingene vil jeg belyse med eksempler i kapittel 4.0, der aggresjon kan være rettet mot å få mer medisiner (instrumentell aggresjon) eller aggresjon ved korrigerende fra helsepersonell (emosjonell aggresjon).

### **3.1.1 Frustrasjon-aggresjonsteorien**

Stål Bjørkly presenterer tre ulike teorier om hvordan aggresjon kan oppstå. Den ene teorien handler om hvordan noen kan ha en medfødt disponert energilagring der energien oppsamles for å få utløp i bestemte aktiviteter, som for eksempel mot å utføre en aggressiv handling (instinktteorien). Den andre teorien (driftsteorien) ser på aggresjon som et miljøutløst fenomen. Den tredje teorien (læringsteorien) handler om hvordan aggresjon er en sosial atferd, og således følger samme prinsipper som ved forklaring på andre lærte atferder (ved negativ og positiv forsterkning) (Bjørkly, 2001, s. 65-66). Jeg har valgt å ta for meg frustrasjon-aggresjonsteorien (driftsteori), siden min oppgave handler om hvordan frustrasjon potensielt kan bli aggresjon i en situasjonskontekst.

Frustrasjons-aggresjonsteorien handler om hvordan frustrasjoner skaper aggressiv energi som kan aktivisere aggressiv atferd. ”Jo større energimengde, desto større sannsynlighet for aggressiv atferd” (Bjørkly, 2001, s. 75). Bjørkly forklarer teorien med at når den aggressive energien og atferden blir straffet må individet finne andre måter å rette energien mot, som regel ved å forskyve atferden mot et annet uttrykk enn aggressiv atferd (2001, s. 76). I kontekst av en avrusningsavdeling, så kan dette sees på som en serie frustrasjoner som bygger seg opp, og at pasienten kanskje ”biter i seg” frustrasjonene. Å forskyve (eller bortvise) energi kan etterhvert skape en slags trykkokereffekt når begeret er fullt, med det resultat at helsepersonellet opplever at pasienten har en økende aggressiv atferd uten at disse to partene nødvendigvis hadde en spesifikk uoverensstemmelse. Frustrasjons-aggresjonsteorien peker på at den aggressive atferden har en selvforsterkende side ved at utladingen av energien reduserer eller fjerner det ubehaget som har oppstått i personen, og derfor øker sannsynligheten for at personen i fremtiden også velger aggressiv atferd som strategi når frustrasjonsenergien bygger seg opp (Bjørkly, 2001, s. 75).

### **3.1.2 Aggresjon som en meningsbærende uttrykksform**

Hummelvoll (2012, s. 261) belyser flere grunnleggende behov, der hindringer eller problemer i disse behovene kan skape angst og stress hos pasienten. Disse behovene forklares som behov for personlig rom og privatliv, behov for å formidle seg til en annen person, behov for selvaktelse, behov for trygghet og sikkerhet, behov for å inneha autonomi,

behov for å utvikle seg i eget tempo, behov for å beholde personlig identitet og behov for å være fri for smerte, sult og tørst (velvære) (Hummelvoll, 2012, s 262). Hvordan pasienten løser disse hindringene eller problemene, avhenger av hvordan den har løst liknende situasjoner før. Dette kan relateres til mestringsstrategier pasienten har tilegnet seg gjennom livet så langt, herunder inkluderes også mestringsstrategier som vold og aggresjon (Hummelvoll, 2012, s. 261). Som et ledd i arbeidet med å forebygge utagerende aggresjonsatferd er det viktig at helsepersonellet lytter til pasientens subjektive erfaringer og syn på problemet. Ved å forstå at aggresjonen er uttrykk for noe vil atferden gi mening både ovenfor helsepersonellet og pasienten, og man kan komme i posisjon til å forebygge (Lillevik & Øien, 2010, s. 87).

### **3.2 Omsorg, og hvordan denne kan bli påvirket**

I de Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere beskrives ansvarsområder som å ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, retten til en helhetlig behandling, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket (Norsk Sykepleieforbund [NSF], 2011, s. 8). Samtidig forklarer helseminister Bent Høie at ”vi har et godt utgangspunkt for å tilby pasienter mer effektiv og tryggere behandling” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, avsnitt 22). Kravene til effektivitet kan over en lengre tid gjøre at pleiekulturen forandrer seg fra en helhetlig pleiekultur med pasienten i sentrum, til en pleiekultur styrt av rutiner og mest mulig effektivitet, altså at fokuset reduseres til å ivareta primærbehovene til pasienten (Nordheim, 2006, s. 233). Idealet om å utføre alle de faglige kravene til helhetlige pleie, oppnå den gode relasjonen samt å rekke over alle oppgavene, kan oppleves som umulig å forene når man stadig møter høyere krav til effektivisering (Nordheim, 2006, s 235).

#### **3.2.1 Omsorgen i relasjonen**

”En god omsorgshandling bør basere seg på holdningen eller verdisynet til både den som yter omsorg og den som tar imot” (Nordheim, 2006, s 237). I et helhetlig humanistisk menneskesyn betraktes alle mennesker som fornuftige, at de innehar egen fri vilje og har et potensiale til å gjøre godt. I møtet mellom helsepersonellet og pasienten betraktes begge

---

parter som likeverdige med hensyn til menneskeverd, verdighet, integritet og grunnleggende rettigheter, og begge møtes med gjensidig respekt for hverandre (Nordheim, 2006, s. 237 - 238). I tillegg legger nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler til egenskaper som at helsepersonellet bør ha tillit til at pasientene kjenner sine egne problemer, at helsepersonellet er lojal mot avgjørelser som er tatt og har tro på at endring er mulig (Helsedirektoratet, 2016, s. 22). Hvilke verdier som er viktige for oss vil ha innvirkning på hvordan man handler og kommuniserer med mennesker (Henriksen & Vetlesen, 2006, s. 72).

Stadig økende krav til standardisering og effektivisering med tanke på innstramminger kan forandre pleiekulturen ved å gå fra et helhetlig menneskesyn til å ha et økende fokus på sykdom og hvordan man raskest ønsker å reparere "skaden" [eget anførselstegn]. Ved å forandre fokuset til å "raskest reparere skaden" [eget anførselstegn] kan helsepersonellet gjøre krav på å vite hva som er best for pasienten, fordi de opplever å inneha den riktige kunnskapen om hvordan man effektivt skal "løse problemet/symptomene/sykdommen" [eget anførselstegn] (Nordheim, 2006, s. 233). Resultatet i denne typen relasjon kan oppleves som at helsepersonellet tar på seg en rolle som "gjennomfører" [eget anførselstegn], og pasienten blir i dette møtet objektivisert eller passivisert ved at helsepersonellet uberettiget tar over pasientens mulighet til å bestemme over seg selv. En uekte paternalistisk holdning (lik foreldre-barn-holdning) vil være dominerende når pasientens autonomi, integritet eller verdighet ikke blir respektert fordi helsepersonellet opplever at de har riktigst svar eller kjenner den mest effektive måten å løse problemet/sykdommen (Nordheim, 2006, s. 239). Innunder begrepet uekte paternalisme ligger også omsorg i "all velmenighet" fra helsepersonellet. Pasienten opplever seg invadert, krenket og "kvalt" av all omsorgen som blir gitt der helsepersonellet overtar deler av pasientens autonomi (Nordheim, 2006, s. 239). Det å bli krenket av et annet menneske innebærer en opplevelse av smerte og skam. Disse opplevelsene kan medføre motreaksjoner som sinne og utagering (Vatne, 2006, s. 67).

Barbosa da Silva (2006, s. 103) forklarer at det finnes ekte paternalisme, der overtagelse av pasientens autonomi er berettiget om pasienten selv ikke er i stand til å ivareta sin autonomi. Barbosa da Silva skriver: "I sosialarbeidet kan ekte paternalisme brukes for å hjelpe for eksempel rusmisbrukeren og narkomanen som ikke er i stand til å anvende sin autonomi" (2006, s. 103). I kontekst av min oppgave som omhandler en avrusningsavdeling, tolker jeg

bruk av ekte paternalisme som bruk av tvangsparagrafer, altså det Helse- og omsorgstjenesteloven definerer som bruk av tilbakehold i institusjon (1982, §§ 10-2 og 10-3).

### **3.2.2 Asymmetrien mellom helsepersonell og pasient**

Henriksen & Vetlesen beskriver en asymmetri i relasjonen mellom helsepersonell og pasient, og videre at denne asymmetrien kan oppleves som uverdigg for pasienten. Pasientens opplevelse av å bli satt i en posisjon der den skal passe inn i en rolle og motta hjelp til noe den selv ikke får til, kan oppfattes som uverdigg og potensielt invaderende. Dette beskrives videre som at noen andre, typisk ukjente mennesker, delvis skal overta makt og innflytelse over en selv. Graden av avmakt forstås i denne sammenhengen som en avhengighet til disse ukjente menneskene (helsepersonellet), og at alvorlighetsgraden av sykdommen vil tilsi en større avhengighet til helsepersonellet (Henriksen & Vetlesen, 2006, s. 78).

Opplevd avmakt kan forklares med flere ord som mangel på forutsigbarhet, oversikt, kontroll, innflytelse og påvirkningsmuligheter, utveier og løsningsmuligheter, beskyttelse og trygghet og kontakt (å bli sett, hørt, forstått og anerkjent) (Isdal, 2000, side 114). Volden kan derfor sees på som en motvekt til avmakt som oppleves. Ved å utøve vold vil personen oppleve en umiddelbar fysiologisk og psykologisk tilfredsstillelse ved at makten er tatt tilbake (Lillevik & Øien, 2014, s. 35). Jeg ser for meg at hvis man forestiller seg en vektskål, så ønsker personen å gjenopprette balanse på vektskålen ved å utøve motmakt til den opplevde avmakten.

### **3.2.3 Om å sette en grense for andre**

Å grensesette et annet menneske betyr at man avgrenser og begrenser det andre mennesket ved restriksjoner og innskrenkning av atferd (Vatne, 2006, s. 45). ”Grensesetting må betraktes som et gode, da ytre påførte grenser på sikt kan medføre utvikling av indre grenser” (Vatne, 2006, s. 45). Vatne forklarer tre ulike roller hjelperen kan ta på seg i situasjonen der de grensetter en pasient: omsorgsrollen, oppdragerrollen og vokterrollen (2006, s. 46). Omsorgsrollen er preget av ubetinget omsorg ved at hjelperen tilbyr tjenester,



---

gir råd og anbefalinger som pasientene kan velge å ta imot. Denne rollen innebærer i liten grad anvendelse av makt i relasjonen med pasienten (Vatne, 2006, s. 50). Oppdragerrollen forklares ved at hjelperen appellerer til pasientens fornuft, der hjelperen forsøker å overbevise eller overtale pasienten til at den selv korrigerer egen atferd. Denne rollen er preget av skjult makt/tvang ved at hjelperen antyder hva som er korrekt og akseptabel atferd i situasjonen (Vatne, 2006, s. 51). Vokterrollen beskrives som bruk av åpen tvang ovenfor pasientene fordi hjelperne oppfatter pasientene som farlige (Vatne, 2006, s. 58). Jo mer makt som blir brukt av hjelperen i relasjonen, jo større er potensielt motmakten fra pasienten (Vatne, 2006, s. 59).

### **3.3 Miljøterapi**

Amato et al. (2011) forklarer i sin oversiktsartikkel hvordan psykososial terapi bør sidestilles med medikamentell behandling for å hindre behandlingsavbrudd, lette avrusningen fra opioider og unngå illegalt bruk av opioider etter innleggelse. Begrunnelsen for at helsepersonellet også må arbeide med pasientens fysiologiske, atferdsmessige og sosiale områder handler om at avrusningsoppholdet også skal innebære arbeid med bakgrunnen til at pasienten ble avhengig av rusmiddelet (2011, s. 2). I Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler forklares det at ”miljøterapiens hovedoppgave er å skape muligheter for at pasienten, i sin situasjon, kan arbeide med sin forandring og utvikling” (Helsedirektoratet, 2016, s. 21).

Forfatterne Lillevik & Øien (2014, s. 77) trekker frem to variasjoner ved miljøterapien, der den ene går på atferdsanalytisk tilnærming der man søker å endre uønsket atferd og den andre på en humanistisk tilnærming med fokus på pasientens autonomi. Slik jeg forstår forfatterne handler miljøterapi om en måte helsepersonellet tenker på og resonnerer seg frem i den aktuelle problemstillingen de blir stilt i. Hvordan helsepersonellet kommer frem til målet i miljøterapien er av interesse for min oppgave. Med dette tenker jeg hvordan hjelperen forsøker å endre den uønskede atferden uten å krenke eller invadere pasienten og dens autonomi.

### **3.3.1 Essensen i miljøterapien**

Det essensielle i miljøterapien handler om samhandling og samvær. Gjennom sosiale relasjoner dannes et felles erfaringsgrunnlag som er grunnlaget for pasientens vekst og terapeutens forståelse av pasientens situasjon. God kvalitet i relasjonen danner en arbeidsallianse der partene kan samarbeide mot et felles mål (Lillevik & Øien, 2014, s. 80). Både pasienter og helsepersonellet påvirker miljøet som igjen betinger en avhengighet av hverandre for at miljøterapien skal fungere optimalt. Miljøterapien skal kunne planlegges allerede før den iverksettes, noe som understreker at miljøterapi ikke skapes på bakgrunn av en tilfeldighet eller er direkte personavhengig. Det må imidlertid også være rom for å utnytte uforutsette muligheter, og derfor gjøre rom for spontanitet i arbeidet (Lillevik & Øien, 2014, s. 78 - 79).

### **3.3.2 Bemyndigende og avmaktsdempende kultur**

Målet med det terapeutiske miljøarbeidet er at pasientene skal lære noe mer om seg selv og andre, få en større selvinnikt og utvide sine mestring- og problemløsningsmetoder. For at dette skal være mulig må helsepersonellet tilrettelegge etter pasientens behov og situasjon (Hummelvoll, 2012, s. 471). For å skape en bemyndigende og avmaktsdempende kultur i avdelingen, er det sentralt at det terapeutiske miljøet er preget av anerkjennelse og respekt for pasientens egenverd og integritet. I relasjonen og samhandlingen betyr dette at helsepersonellet og pasienten går i samme retning, mot et felles mål. Pasienten skal betraktes som et likeverdig og selvstendig menneske, og dens oppfattelse av problemer, årsaker og løsninger har en avgjørende rolle mot målet som er makt og myndighet i eget liv (Lillevik & Øien, 2014, s. 82 - 83).

### **3.3.3 Anerkjennelse**

Som grunnleggende i det å være et menneske ligger behovet for å bli anerkjent. I begrepet anerkjennelse beskrives behovet for å bli sett, forstått og akseptert/respektet for den man er som person mot målet om å føle seg verdifull (Vatne, 2008, s. 41). I et anerkjennende arbeid forklares samarbeidet som to subjekter som møtes, hvor helsepersonellet undrer seg åpent over hva som er pasientens opplevelse og følelse og samtidig reflekterer over egne følelser i situasjonen (Vatne, 2008, s. 43). Ved at pasienten opplever at dens følelser og opplevelser

innehar gyldighet og er viktige, starter prosessen mot å oppfatte seg selv som en person med egne mål og handlende ut ifra egne oppfatninger, altså starter prosessen mot økt selvaktelse og opplevelse av egenverd (Vatne, 2008, s 44). Det presiseres videre at helsepersonellets undring ikke skal være målrettet, forklarende eller konkluderende, men at man skal befinne seg i opplevelsen sammen med pasienten (Vatne, 2008, s. 45).

## 4 Drøfting

Woods & Ashley (2007, s. 658) forklarer i sin oversiktsartikkel over litteratur om vold og aggresjon at det ikke finnes noen bestemte variabler hos pasienten som kan forklare i hvilke situasjoner voldsutøvelsen vil oppstå. Noen studier peker på at visse variabler kan gjøre at volden og aggresjonen kan oppstå, mens andre studier peker på andre variabler. Som et eksempel på verbal aggresjon hevder de at pasienter med kun rusmiddelmisbruk gjør en gruppe som er mer verbalt aggressive enn grupper med flere diagnoser i kombinasjon med rusmiddelmisbruk (komorbid rusmiddelmisbruk / dobbeltdiagnose) (2007, s. 657). De hevder at jo mer alvorlig psykopatologien er hos pasienten, jo større er risikoen for aggresjon (2007, s. 656). I sin konklusjon hevder de at man fremtidig må rette fokus på hvordan faktorer mellom pasient, helsepersonell og miljø kan utløse aggresjon og potensielt en situasjon hvor det utøves vold. Det vil si hvordan forskningen videre må fokusere på hvilke situasjoner volden oppstår i og hvilke intervensjoner som kan bidra til forebygging av voldssituasjoner (2007, s. 658).

Med dette som utgangspunkt ønsker jeg å se på hvordan jeg som nattevakt kan bidra til å redusere frustrasjon og avmaktsfølelse hos pasientene som er innlagt. Det er spesielt to temaer jeg opplever går igjen som potensielle konfliktområder mellom helsepersonellet og pasient; medikamenter og grensesettingssituasjoner. Dette er ikke nødvendigvis konfliktområder som er unike for nattevaksarbeidet, men denne tiden på døgnet kan være spesielt vanskelig for pasientene. Det blir stillere i avdelingen, de som tar beslutninger er ikke tilgjengelige, det kroppslige ubehaget/abstinensene øker på grunn av at rusmidler på vei ut av kroppen eller at ”tankerekka” om alt som har skjedd i livet kommer tilbake når pasienten blir alene med seg selv. Dette er bare noen av faktorene som kan være med på å skape frustrasjon i nattens ”mulm og mørke”, som jeg opplever at kan bidra til en økt avmaktsfølelse i eget liv. Som Per Isdal (2000, s. 110) sier: ”vold blir makt som botemiddel for avmakt”. Dette kan forstås som et forsøk på å gjenopprette kontroll og makt i egen situasjon.

---

#### **4.1 Bruk av medisiner som maktmiddel, men kunnskap til å la være?**

Under innleggelsessamtalen mellom avdelingslege og pasient bestemmes hvilke medikamenter som skal benyttes for at avrusningen skal være så mild som mulig, altså med henblikk på utviklingen av abstinensplager og søvnproblemer. De første dagene av innleggelsen er pasientene vanligvis slitne etter en lengre periode med rusmiddelmissbruk og behovet for søvn er stort. Etter å ha sovet godt i flere dager, endrer behovet seg og sovetablettene fungerer tilsynelatende ikke like godt som de gjorde i starten av oppholdet. Dette kan forklares ut fra en medisinsk sykdomsmodell som toleranseutvikling i forhold til medikamentet, men det kan også relateres til at noen opplever en økning av abstinenser utover i oppholdet. I sammenheng med økning av abstinensplager og russug, samt mindre effekt av sovemedikamenter, er min erfaring at toleransenivået for frustrasjoner minskes og mulighetene for utøvelse av aggresjon eller vold økes.

Fra tid til annen kan jeg møte pasienter som på natten etterspør ”alt de kan få” av medikamenter, slik at de kan få sove. Pasientens mestringsstrategi kan bli plassert i medikamentenes virkning, fordi de ikke har troen på å mestre å sovne på egenhånd. Om pasienten sovner, så fungerte mestringsstrategien og medikamentene representerer i så måte søvn. Herunder opplever jeg at pasientene ikke alltid klarer å skille på hva som egentlig fikk de til å sovne. Var det medikamentene som virket, eller klarte de egentlig å sovne på egenhånd? Om medikamentene ikke virker, kan jeg oppleve at jeg blir holdt ansvarlig av pasienten fordi den fremdeles ikke får sove. Det skjer altså en forskyvning av ansvar for søvnen fra pasienten over til meg. Måten jeg velger å møte denne frustrasjonen over ikke å få sove, kan være avgjørende på utviklingen av pasientens mestrings- og løsningsstrategier, herunder også muligheten for aggresjons- og voldsutøvelse i situasjonen med bakgrunn i om pasienten opplever en økt avmaktsfølelse.

Om jeg velger å gi ”det som er igjen” på medikamentlisten, kan jeg bidra til å opprettholde mestringsstrategien til pasienten om at ”pillene ordner alt”. Sett i lys av det allerede skjeve maktforholdet mellom pasienten og meg, så opprettholdes den ved at ”jeg løser dens problem med mine medikamenter”. Jeg blir, i dette tilfelle, grunnen til at pasienten mestrer sine symptomer; herunder legger jeg at jeg ikke gir pasienten min mulighet til å mestre egen

situasjon. Opprettholdelsen av maktbalansen ser ikke pasienten før den igjen står i samme situasjon, gjerne neste natt. Om jeg avslår pasientens etterspørsel, fordi jeg ikke tror at medikamentene vil hjelpe til at den får sove, så kan dette bidra til å øke den allerede eksisterende avmaktsfølelsen pasienten har ved at den i tillegg opplever seg krenket ved ikke å bli hørt, trodd eller forstått. I artikkelen til Lillevik & Øien (2010, s. 93) forklarer de at om man bestemmer over et annet menneske kan dette true dens integritet ved at man gjør krav på deres virkelighetsoppfattelse. Krenkelsen skjer ved at pasienten blir fratatt sin opplevelse, og dermed står i fare for å miste sin egen selvforståelse, som igjen kan gi pasienten en opplevelse av avmakt. Motmakt i form av aggresjon og vold kan i dette tilfelle være pasientens svar på det den opplever som en maktdemonstrasjon fra meg ved å ikke gi ut medikamenter den har krav på.

Det skrives i nasjonal faglig retningslinje for avrusning av rusmidler og vanedannende legemidler (2016, s. 20) at miljøterapi og psykososialt arbeid skal være sidestilt med medikamentbehandlingen. Det forklares videre ved at behandlingen kan brukes til å skape nye relasjonelle og emosjonelle erfaringer, som igjen søker å videreutvikle pasientens mestrings- og problemløsningsteknikker (Helsedirektoratet, 2016, s. 20). I artikkelen til Næss & Biong (2014, s. 30) forklarer de at sykepleiepersonellens beskrivelse av miljøterapi handler om at relasjonen kan brukes som verktøy i arbeidet mot ansvarliggjøring av pasienten og dens prosjekt. Ansvarliggjøringen av pasienten kan bidra til bevisstgjøring i form av å fremme pasientens innsikt og dermed virke som en døråpner til å se flere muligheter. Jeg forstår det forfatterne beskriver slik at helsepersonellet og pasienten inngår i en felles relasjon, der relasjonens styrke er at to subjekter reflekterer sammen over hvilken strategi som er mest effektiv mot å nå pasientens mål, og hvordan pasienten skal klare å nå målet ved å utvikle nye mestrings- og løsningsteknikker. Ved å sammen reflektere over hvilke mestrings- og løsningsteknikker pasienten velger i ulike situasjoner, kan man sammen kanskje avdekke at etterspørselen av medikamenter for å få sove erstatter rusmiddelet man ønsket å avvenne seg fra. I denne situasjonen kan refleksjonen hjelpes over i om dette er en løsning pasienten opplever som forenelig på veien mot sitt mål om å oppnå rusfrihet, eller om pasienten ser for seg noen annen løsning som ikke innebærer bruk av rusmidler.

Å respektere pasientens avgjørelse, slik jeg tolker det, er i tråd med den nasjonal faglige retningslinjen for avrusning av rusmidler og vanedannende legemidler der det står at et

---

helhetlig og humanistisk menneskesyn fordrer verdier og holdninger om at alle kjenner sine egne problemer, lojalitet til at beslutninger som tas og troen på at endring er mulig (2016, s. 22). Ved å gi ansvaret tilbake til pasienten må jeg respektere pasientens beslutning, selv om denne i første omgang ikke er slik jeg ville anbefalt. Håpet er at dette skal gi en refleksjon hos pasienten som i neste omgang selv velger å prøve å sove uten medisiner og dermed føle å ha kontroll og makt over egen situasjon. På den andre siden kan det være at pasienten opplever å ikke mestre det å sove uten medikamenter, og en avmaktsfølelse kan oppstå fordi pasienten ikke opplever å mestre situasjonen. Forskjellen på disse to, tilsynelatende like situasjonene, er at pasienten selv er klar over hvilket valg den har tatt, og er således kanskje mer interessert i å prøve ut andre mestrings- og løsningsstrategier for å nå sitt mål om å oppnå søvn og rusfrihet, noe som er i tråd med hva Næss & Biong forteller i sin artikkel (2014, s. 32).

#### **4.2 ”Du skjønner det, her er det ikke lov til å ligge i sofaen. Du må sette deg opp.”**

Et samfunn er bygd opp av normer og regler for hva som er akseptabelt og ikke, og å forholde seg til disse er en del av livet ved å befinne seg i samfunnet. Miljøet i avdelingen kan sees på som et lite samfunn, siden dette også bygd opp av sine normer og regler. De ansatte kan sees på som den grensesettende ved å ha rett til å utføre korrigerende når regler og normer ikke blir overholdt. Å utføre grensesetting for et annet menneske i en relasjon forklarer Vatne som bruk av tvang ved å bruke makt for å påvirke en person i en bestemt retning, lik makten en forelder har ovenfor sitt barn i en oppdragelsessammenheng (2006, s. 45). På den andre siden så er reglene og normene satt for å opprettholde en form for struktur blant de deltagende i dette lille samfunnet, på lik linje som i samfunnet ellers.

I avrusningsavdelingen der jeg jobber forekommer korrigerende og grensesetting med jevne mellomrom, og slik jeg oppfatter det, med variabelt hell. Med dette mener jeg at pasientene ganske ofte sammenlikner grensesettingen/korrigeringen med å sitte i fengsel, altså at det blir utøvd makt for å påvirke pasienten til å gjøre det som helsepersonellet ønsker at de skal

gjøre. Det er to ulike situasjoner jeg ønsker å ta opp. Bakgrunnen er at den ene korrigeringssituasjonen blir mer akseptert av pasientene enn den andre. Det første eksempelet dreier seg om snakk om rusmidler i avdelingsmiljøet og det andre er om å ha lov til å slappe av liggende i sofaen i avdelingsmiljøet. Begge regler er nedskrevet og gitt til pasientene ved innkomst og utgjør således ingen forskjell i forhold til å kjenne til dem. Likevel er det spesielt sofaregelen som gir kraftigst reaksjon hos pasienten når den blir håndhevet av personalet.

Forskjellen mellom de to reglene kan være at den ene kan oppleves av pasientene som mer rimelig enn den andre. Forbudet mot rusnakk i avdelingsmiljøet handler om at personalet ønsker å verne om medpasientene, siden pasientene har kort avstand til rusmidlene og kan bli trigget av rusmiddelomtalen. Med dette mener jeg at ved å bli påminnet rusmidlene og dens fordeler, kan tanken om å gå tilbake til de bli sterkere om det er aktiv snakk om dem. Når det kommer til sofareglene, så handler dette også om å verne om medpasienter. Om det er flere som gjerne vil se på fjernsynet så vil det ikke være plass til alle om noen ligger. Spørsmålet om hvorfor korrigeringsregler av rusnakk skaper mindre frustrasjon enn håndheving av sofaregelen, kan handle om at pasientene kan relatere seg til og å respektere reglen om rusnakk mer enn sofaregelen. Sofaregelen kan oppleves som en selvfølgelighet når det kommer til generell folkeskikk og kan derfor gi større avmaktfølelse når pasienten blir korrigert på dette fordi de opplever å bli korrigert i forkant av at situasjonen oppstår (at noen ville sette seg ned).

Jeg tror at forholdet mellom makt og avmakt mellom pasient og helsepersonellet ikke er uvesentlig i en korrigeringssituasjon. Hvordan man håndhever ulike regler er altså av betydning, herunder legger jeg hvilken grad av makt helsepersonellet bruker i samhandlingen. Lillevik & Øien forklarer at helsepersonellets bruk av makt og tvang kan forstås som en form for vold ved at pasientens integritet og autonomi blir invadert og det oppstår et behov hos pasienten for å gjenvinne kontrollen over situasjonen (2010, s. 92). Vatne forklarer at om korrigeringen i seg selv ikke fører til vekst og utvikling, men til lydighet, har ikke korrigeringen noen terapeutisk hensikt (2006, s. 69). Med dette forstår jeg at bruk av (skjult) makt i en grensesettingssituasjon kun vil fungere dersom hensikten er at



---

pasienten skal opptre lydige ovenfor personalet. Pasientens avmaktsfølelse vil i denne situasjonen øke og motmakten kan i ytterste konsekvens være bruk av vold.

Lillevik & Øien (2010, s 93) forklarer at å virkelig ta inn over seg den andres opplevelse vil gjøre at man sikrer den andre mot å bli krenket. Pasienten opplever seg trygg og ivaretatt ved at den blir sett, hørt og forstått. Med dette forklarer de at en anerkjennende bekreftelse av den andre, vil i seg selv forebygge vold. Jansson & Saxonberg (2013, s. 752) setter følelser som skam og stolthet hos pasienten i sammenheng med hvordan maktforhold i terapien påvirker rehabiliteringen hos menn som har utøvd vold. De forklarer at skammen oppleves av pasientene når det blir poengtert hvordan deres aggressive eller voldelige atferd påvirker deres nære relasjoner. Ved å få deltakerne til å føle skam, kan dette gjøre at de opplever en avmaktsfølelse i relasjonen med terapeuten og deltakerne kan derfor søke å oppveie denne avmaktsfølelsen ved å opprettholde atferden som gir makt. De forklarer at følelsen av stolthet til gode personlige kvaliteter kan erstatte følelsen av skam, som igjen kan bidra til at de klarer å ta avstand fra de negative handlingene de har utført.

I mitt tilfelle med håndheving av regler som er satt i avdelingen, så vil en anerkjennende bekreftelse skje ved at man setter seg ned og undrer seg sammen med pasienten, som to likeverdige subjekter. Målet er ikke nødvendigvis å komme til en løsning, men at man sammen reflekterer over hvordan atferden kan oppleves av menneskene man omgir seg med. Her fordrer det at begge parter i relasjonen er subjekter for hverandre, at de er lydhøre og respekterer den andres oppfattelse og følelse. Gjennom refleksjonen kan helsepersonellet og pasienten sammen belyse begges oppfatninger av situasjonen, og videre hvordan man ønsker å ha det sammen. På denne måten gis alle følelser og opplevelser gyldighet, samtidig som at ingen opplever å måtte utøve makt/motmakt i relasjonen eller situasjonen.

## 5 Sammenfatning

I denne oppgaven har jeg sett på hvordan pasientens frustrasjoner kan forebygges i samhandling med helsepersonellet. Natten er en tid på døgnet hvor personalressursene er nedprioritert, og pasientene kan oppleve at de står alene med mange av sine problemer. Det er ulike faktorer som spiller inn på hvordan maktbalansen mellom helsepersonell og pasient påvirkes. Jeg har kun valgt å ta for meg samhandlingen, og hvordan denne kan påvirkes til en bemyndigelse av pasienten med de få midlene som er tilgjengelige på nattevakt.

Det har vært vesentlig for meg å belyse områder som helsepersonell opplever som grunnleggende og som derfor kanskje har blitt borte i refleksjonen når det kommer til temaet aggresjon- og voldsutøvelse, fordi helsepersonellet opplever at det er pasienten som ”eier problemet/atferden”. Ved at helsepersonellet ikke reflekterer over eget bidrag i relasjonen, er fallgruven større ved at helsepersonellet lettere kan utøve skjult makt i relasjonen.

Å øke pasientens frustrasjoner er kanskje noe av det enkleste helsepersonellet gjør. Om helsepersonellet frykter at situasjonen skal utvikle seg til en aggresjons- og voldsutøvelse kan helsepersonellet velge å utøve motmakt/sanksjoner for å få kontroll på situasjonen. Pasienten opplever dermed større avmakt i situasjonen, og en aggresjons- eller voldsepisode kan oppstå fordi pasienten ønsker å utjevne den allerede skjeve maktbalansen i samhandlingen/relasjonen. Å dempe frustrasjonen krever derimot at helsepersonellet evner å reflektere over eget bidrag i samhandlingen med pasienten, samtidig som helsepersonellet skal anerkjenne pasientens opplevelse av situasjonen. Å se, høre og forstå pasientens følelse og opplevelse handler om at helsepersonellet må stille undrende spørsmål i en samhandling, og på den måten kan man sammen starte en refleksjon om hvordan atferd påvirker avdelingsmiljøet, og videre undre seg over om det er dette som var hensikten med aggresjonen/volden.

En endelig konklusjon er vanskelig å ta kun med bakgrunn i det jeg har presentert i min drøftingsdel, men jeg opplever at mange faktorer kan peke i retning av at det er mulig å forebygge aggresjon og dernest vold i en avrusningsavdeling på natt, særlig med henblikk på

---

å skape en bemyndigende og avmaktسدempende pleiekultur der pasientene innehar makt i eget liv.

## 6 Litteraturliste

Amato, L., Minozzi, S., Davioli, M., Vecchi, S. (2011). Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD005031.pub4>

Arbeidstilsynet (2017). *Vold og trusler i forbindelse med arbeidet: Forebygging, håndtering og oppfølging* (best. nr. 597). Hentet fra <http://www.arbeidstilsynet.no/binfil/download2.php?tid=103760>

Barbosa da Silva, A. (2006). *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bjørkly, S. (2001). *Aggresjonens psykologi: en analyse av psykologiske aggresjonsteorier*. Oslo: Universitetsforlaget.

Helsedirektoratet (2016). *Nasjonale faglige retningslinjer for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler* (Nasjonale faglige retningslinjer IS-2211). Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Avrusning%20fra%20rusmidler%20og%20vanedannende%20legemidler.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet (2017). *Sykehustalen 2017*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen-2017/id2526538/>

Helse- og omsorgstjenesteloven, LOV-2011-06-24-30. (2017). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

---

Henriksen, J.-O. & Vetlesen, A. J. (2006). *Nærhet og distanse: Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

Isdal, P. (2000). *Meningen med volden*. Oslo: Kommuneforlaget.

Jansson, P. M. & Saxonberg, S. (2013). Are asymmetrical power relations a hidden obstacle to successful rehabilitation of violent men? An explorative study on the methodology to investigate shame. *Aggression and Violent Behavior* 18 (2013) 745 – 752. Hentet fra: [https://www.researchgate.net/profile/Peter\\_Jansson3/publication/259158363\\_Are\\_asymmetrical\\_power\\_relations\\_a\\_hidden\\_obstacle\\_to\\_successful\\_rehabilitation\\_of\\_violent\\_men\\_An\\_explorative\\_study\\_on\\_the\\_methodology\\_to\\_investigate\\_shame/links/54bf85610cf2f6bf4e04f6bf.pdf?origin=publication\\_list](https://www.researchgate.net/profile/Peter_Jansson3/publication/259158363_Are_asymmetrical_power_relations_a_hidden_obstacle_to_successful_rehabilitation_of_violent_men_An_explorative_study_on_the_methodology_to_investigate_shame/links/54bf85610cf2f6bf4e04f6bf.pdf?origin=publication_list)

Johansen, A. B., Bramness, J. G. (2012). Psykososial og medikamentell behandling ved rusavhengighet. I Biong & Ytrehus (red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (1. Utg. 2012, s. 121 - 142). Oslo: Akribe.

Kronholm, K. (2012). Avrusning. I Lossius, K. (red.), *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (2. Utg., s. 139 – 163). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lillevik, O. G. & Øien, L. (2010). Kvaliteter hos hjelperen som bidrar til å forebygge trusler og vold fra klienter. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* (6. Årgang, nr 2, s. 84 – 96). Hentet fra: <http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/viewFile/1191/1131>

Lillevik, O. G. & Øien, L. (2014). *Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Nordheim, A. (2006). Pleiekulturens betydning for en god profesjonell omsorg – et etisk perspektiv. I Barbosa da Silva, A. (red.), *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid* (1. Utg., s. 228 – 256). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Norsk Sykepleieforbund [NSF] (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra: [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

Næss, H. & Biong, S. (2014). Sykepleiepersonells beskrivelser av helsefremmende miljøterapi kveld, natt og helg i psykisk helsevern. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* (vol. 11, nr. 1, s. 24 – 33). Hentet fra: [https://www.idunn.no/tph/2014/01/sykepleiepersonells\\_beskrivelser\\_av\\_helsefremmende\\_miljoete](https://www.idunn.no/tph/2014/01/sykepleiepersonells_beskrivelser_av_helsefremmende_miljoete)

Olsson, H. & Sörensen, S. (2009). *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Psykisk helsevernloven, LOV-1999-07-02-62. (2016). Hentet fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62#KAPITTEL_2)

Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne: Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vatne, S. (2008). Anerkjennende tilnærming: Et grunnleggende terapeutisk prinsipp i psykiatrisk sykepleie. I Karlsson, B. (red.), *Se mennesket: om forskning og klinisk arbeid i psykiatrisk sykepleie* (1. Utg., s. 40 – 61). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Woods, P. & Ashley, C. (2007). Violence and aggression: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14, 652 – 660. Hentet fra:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2850.2007.01149.x/full>