

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Campus Elverum

Monica Soleim

## MASTEROPPGAVE

Å møte voldelige mennesker i akutt psykose

En kvalitativ studie av helsepersonells erfaringer

Meeting violent people in acute psychosis

A qualitative study of healthcare professionals' experiences

4PM791 Masterstudie i Psykisk Helsearbeid

25449 ord

4. mai 2020

I psykiatri  
er kunsten å  
kjenne og fokusere på  
de tingene som  
skjer bakom ordene.

sitat fra informant

## Forord

Å forske på en tematikk som berører både sårbare pasienter og helsepersonell er ingen lett oppgave. I løpet av mine år som sykepleier har jeg fått mer respekt, nysgjerrighet, empati og omsorg for pasienter som sliter med psykoselidelser. Pasienter med psykoselidelser kommer ofte i kontakt med helsevesenet, både frivillig og ufrivillig. Dette betyr at den psykotiske fungering til pasienten varierer, og helsepersonell kan være redde og engstelig for sin sikkerhet i møte med dem.

Jeg må takke mine åtte helsefaglige informanter for at dere har delt deres viktige erfaringer med meg. Jeg har vært overveldet over engasjementet dere alle har hatt for å la meg få gjennomføre alle intervjuene.

Jeg vil takke min veileder, Helge Toft. Du har gjort min studenttilværelse til en positiv opplevelse, med dine gode innspill, tilstedeværelse, ærlighet og engasjement. Takk for at du har vært så tilgjengelig for meg gjennom hele skriveprosessen.

Jeg ønsker videre å takke venner og familie for at dere har stilt opp når jeg har trengt råd, innspill eller bare en pause fra hele oppgaven. Takk til mamma for alle gode samtaler og nyttige ord, til John for korrekturlesing og Linda for hjelp til innhenting av litteratur.

Tilslutt vil jeg takke min kjære samboer, Kenneth. Takk for at du har latt meg fokusere på oppgaven, hjulpet meg med gode innspill og dine gode datakunnskaper.

## Sammendrag

Bakgrunn: Ca. 170 000 personer blir rammet av vold og trusler i arbeidslivet i Norge årlig. Det siste tiåret har denne statistikken økt, og flere mener at helsesektoren er høyest rammet. Forskning viser videre at personer med psykoselidelser har en økt risiko for å utøve vold, og vi ser dessverre også en økning i statistikken av rapportert vold mot helsepersonell fra denne pasientgruppen. De fleste personer ønsker ikke å bevisst utøve vold mot andre, og i de situasjonene hvor det skjer er personene ofte i psykisk eller emosjonell ubalanse. Tidligere forskning fokuserer på forsiktighetsregler helsepersonell bør ta i møte denne pasientgruppen, men det er begrenset forskning på helsepersonells erfaring rundt denne tematikken.

Hensikt: Oppgavens hensikt er å belyse og skape økt innsikt om helsepersonells erfaringer og opplevelser i arbeid med voldelig atferd hos pasienter med psykoselidelser.

Metode: Oppgaven har et kvalitativt forskningsdesign, analysert gjennom Malterud sin systematiske tekstkondensering. Det er foretatt semi-strukturerte intervjuer fra åtte forskjellige helsepersonell.

Resultat: Informantenes omsorg og engasjement kommer tydelig frem i alle intervjuene. Pasientgruppen er en sårbar gruppe som trenger at alle i helsevesenet behandler de med respekt, imøtekommenhet og som et medmenneske. Følelsen av å bli mottatt og behandlet på en respektabel måte, vil danne en relasjon og et godt grunnlag for en samtale. Sannsynligheten for at kontakten ivaretas rolig og kontrollert blir dermed større, og sannsynligheten for at situasjonene eskalerer til aggresjon eller vold minimeres. Det er allikevel alltid essensielt at helsepersonell tenker på sin sikkerhet i samtalen, hvordan man plasserer seg, hva man har på seg og aktivt leser situasjonen. Alle informantene har hørt om eller vært tilskuere til alvorlig voldelig atferd rettet mot helsepersonell, men kun et fåtall av informantene har selv blitt utsatt. De sier alle at de har vært i situasjoner med pasienter hvor de har vært skremt, reddet og dermed forlatt situasjonen. Funnene viser at til tross for høyt engasjement og omsorg for pasientgruppen, er det flere ansatte som kjenner periodevis frykt og redsel.

Nøkkelord: helsepersonell, pasienter med psykoselidelser, voldelig atferd, redsel, akutt situasjon

## Abstract

Background: Approximately 170,000 people are affected by violence and threats in their workplace in Norway every year. Over the past decade, these statistics have increased, and more people believe that the health sector is the highest affected. Research show that people with psychotic disorders are at an increased risk of violence. Unfortunately, we also see an increase in the statistics of reported violence against health professionals from these patients. Most people do not want to deliberately harm others, and in those situations where it happens, the individuals are often in a state of mental or emotional imbalance. Previous research focuses on the precaution's healthcare professionals should take in meeting this patient group, but there is limited research on healthcare professionals' experience on this subject matter.

Purpose: The purpose is to illuminate and create increased awareness regarding healthcare professionals experience working with violent behavior in patients with psychotic disorders.

Method: The thesis has a qualitative research design, analyzed through Malterud's systematic text condensation. Semi-structured interviews have been conducted from eight different health professionals.

Results: The care and dedication of the informants is evident in all the interviews. The patient group is a vulnerable group that need people they meet in the health care system to treat them with respect, attentiveness and as a fellow human being. To be met and treated in a respectable way, will form a relationship and a good basis for a conversation. The likelihood for the situation to be maintained calmly and controlled becomes greater and reduces the likelihood of situations escalating into aggression or violence. However, it is always essential that healthcare professionals think about their safety in the conversation, how to place themselves, what one is wearing and actively read the situation. All informants have heard of or been bystanders to serious violent behaviour directed at health professionals, but only a few of the informants have themselves been exposed. They all say they have been in situations with patients where they have been frightened, scared and then left the situation. The findings show that despite high engagement and care for the patients, several staff members have been fearful and scared towards patients.

Keywords: healthcare worker, patients with a psychotic disorder, violence, fear, acute

# Innholdsfortegnelse

FORORD .....	3
SAMMENDRAG .....	4
ABSTRACT .....	5
<b>1. INNLEDNING .....</b>	<b>9</b>
1.1. BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....	9
1.2. HENSIKT OG PROBLEMSTILLING .....	10
1.3. AVGRENSNING .....	10
1.4. BEGREPSAVKLARINGER .....	11
1.5. OVERORDNET PERSPEKTIV .....	12
1.6. RELEVANS FOR PSYKISK HELSEARBEID .....	12
1.7. MIN FORFORSTÅELSE .....	13
1.8. FORSKNINGSARENAENE .....	14
1.9. OPPGAVENS OPPBYGGING .....	15
<b>2. TEORETISK RAMMEVERK OG TIDLIGERE EMPIRI .....</b>	<b>16</b>
2.1. HVA ER EN PSYKOSE? .....	16
2.2. SCHIZOFRENI OG BIPOLAR LIDELSE .....	16
2.3. SÅRBARHETSELEMENTER FOR PSYKOSE UTVIKLING .....	19
1.1.1. <i>Stress – sårbarhetsmodellen</i> .....	19
1.1.2. <i>Traume i barndommen</i> .....	19
2.4. FOREKOMST AV RUSBRUK VED PSYKOSELIDELSER .....	20
2.4.1. <i>Kan vi skille rusutløst symptomatologi fra primære psykoselidelser?</i> .....	20
2.5. FOREKOMST AV VOLD UNDER PSYKOSESYMPTOMER .....	21
2.6. FOREKOMST AV VOLD MOT ANSATTE UNDER PSYKOSESYMPTOMER .....	22
2.7. ÅRSAKER TIL VOLD OG TRUSLER MOT ANSATTE .....	23
2.8. I MØTE MED DEN «PSYKOTISKE PASIENTEN» .....	25
2.8.1. <i>Holdninger</i> .....	26
2.8.2. <i>Kommunikasjon</i> .....	27
2.8.3. <i>Sikkerhetsteknikker</i> .....	28
<b>3. METODE OG FORSKNINGSDESIGN .....</b>	<b>30</b>
3.1. VITENSKAPELIG UTGANGSPUNKT .....	30
3.2. KVALITATIV METODE .....	31
3.3. LITTERATURSØK .....	31
3.4. UTVALG OG BESKRIVELSE AV INFORMANTPERSONER .....	32
3.4.1. <i>Alder og kjønn</i> .....	32
3.4.2. <i>Utdanning og erfaring</i> .....	33
3.5. INKLUSJONSKRITERIER OG REKRUTTERING .....	33
3.6. DATAINNSAMLING .....	34
3.7. ANALYSE AV DATA .....	35
3.8. METODEKRITIKK .....	37
3.8.1. <i>Reliabilitet</i> .....	37
3.8.2. <i>Validitet</i> .....	38
3.8.3. <i>Generaliserbarhet</i> .....	39
3.8.4. <i>Refleksivitet</i> .....	40
3.9. FORSKNINGSETISKE REFLEKSJONER .....	40
3.9.1. <i>Informert samtykke</i> .....	41
3.9.2. <i>Konfidensialitet</i> .....	41
3.9.3. <i>Konsekvenser</i> .....	42
<b>4. PRESENTASJON AV FUNN .....</b>	<b>43</b>

4.1.	IMØTEKOMME OG OPPNÅ BEHANDLINGSALLIANSE .....	46
4.1.1.	<i>Trygghet og allianse</i> .....	46
	Vise omsorg og respekt .....	46
	Her og nå fokus.....	46
4.1.2.	<i>Kommunikasjon og ordlegging</i> .....	47
	Åpen kommunikasjon.....	47
	Regulerer tempo etter sinnsstemning.....	47
	Anerkjennelse av pasientens og egne opplevelser.....	48
4.2.	UTENFRA PERSPEKTIV .....	50
4.2.1.	<i>Hvordan forstå psykose?</i> .....	50
	Forskjeller mellom rusutløst og underliggende psykisk sykdom .....	50
	Utløses av følelsesmessig dilemma .....	51
	Tap av autonomi.....	52
4.2.2.	<i>Ansattes tanker og opplevelser</i> .....	53
	Rusmidler kan gjøre deg voldelig.....	53
	Voldelig og truende atferd.....	54
	Uprovosert vold.....	55
	Utløsende triggere.....	56
4.3.	SIKKERHETSFOKUS .....	57
4.3.1.	<i>Forebygge eskalering</i> .....	57
	Informasjon gir ansatte mulighet for valg ang sikkerhet .....	57
	Verbalt og non-verbalt kroppsspråk .....	58
	Gi pasienten handlingsrom.....	59
	Fokus på egen sikkerhet .....	60
4.4	HELSEPOLITISKE FØRINGER .....	61
4.4.1	<i>Eksterne faktorer til forhøyet voldstatistikk</i> .....	61
	Økonomisk perspektiv .....	61
	Høyere terskel for bruk av tvang .....	62
<b>5.</b>	<b>RESULTATDISKUSJON .....</b>	<b>64</b>
5.1.	DET MEDMENNESKELIGE MØTE .....	64
5.2.	HELSEPERSONELLETS ERFARINGER .....	69
5.3.	SIKKERHETSFOREBYGGENDE TILTAK .....	74
5.4.	STYRKER OG SVAKHETER MED STUDIEN .....	76
<b>6.</b>	<b>KONKLUSJON .....</b>	<b>78</b>
	<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>80</b>
	Vedlegg 1 : Informasjonsskriv.....	93
	Vedlegg 2 : Samtykkeerklæring .....	96
	Vedlegg 3 : Intervjuguide.....	97
	Vedlegg 4 : Godkjenning fra NSD.....	98
	Vedlegg 5: Eksempel på kondensat og gullsitat.....	100
	<b>TABELLER</b>	
	TABELL 1: SVALUNDS MODELL.....	24
	TABELL 2: VERBAL DE-ESKALERING .....	29
	TABELL 3: OVERSIKT OVER INFORMANTENE .....	33
	TABELL 4: ANALYSETRINN .....	36
	TABELL 5: ANALYSE PROSESS .....	45
	TABELL 6: INFORMANT OPPLEVELSER .....	54



# 1. INNLEDNING

## 1.1. Bakgrunn for valg av tema

Forekomsten av vold og trusler i arbeidslivet er økende, og ifølge Statens Arbeidsmiljøinstitutt (2018) har ca. 170 000 personer i Norge blitt utsatt for dette på sin arbeidsplass i løpet av det siste året. Yrkesgrupper som er høyest representert er sosialarbeidere, politi, sykepleiere og leger. Forskning viser at visse faktorer kan gi økt risiko for vold (Helsedirektoratet, 2013, s. 40). En studie utført av Fazel, Gulati, Linsell, Geddes og Grann (2009) viser at mennesker med en schizofrenidiagnose har en dobbelt så stor risiko for å utøve vold, sammenlignet med mennesker uten psykiske lidelser. De australske forskerne Large og Nielssen (2011) mener at voldsrisikoen er 15 ganger høyere for et menneske med en ubehandlet psykose, sammenlignet med en som er i behandling.

Mennesker i aktiv psykose er som regel i en ubehandlet psykose, enten fordi de ikke er kontakt med helsevesenet eller har bevisst avsluttet medisiner og behandling på egenhånd. De kan dermed anses som en fare for seg selv eller andre, og dermed bli plukket opp av ambulansepersonell eller politi ute i samfunnet. Disse menneskene blir bragt til legevakt for fremstilling av legevurdering (Ihler, 2012, s. 26).

Psykose er ofte betegnelsen som blir anvendt når det snakkes om en gruppe mennesker med psykiske lidelser, som alle har manglende eller nedsatt realitetstestende evne. Disse menneskene vil ha utfordringer med å skille mellom indre og ytre faktorer (Helsedirektoratet, 2013, s. 129). Noe enklere forklart er en psykose en forvirringstilstand eller en uvanlig atferd hos mennesker (Øxnevad, Grønnestad & Arntzen, 2000, s. 20). Alle mennesker kan bli så forvirret at de utøver en uvanlig atferd, men denne forvirringen vil da ofte være raskt forbigående. En alvorlig eller langvarig forvirringstilstand vil som oftest ramme mennesker med kjent psykisk lidelse eller ha sårbarhetsfaktorer for å kunne utvikle dette som eksempelvis arvet eller rusbruk (Øxnevad et al., 2000, s. 20).

Ihler (2012, s. 37) beskriver psykose slik:

*“Problemer med å forholde seg til andre mennesker på en naturlig måte og ha en tendens til å trekke seg tilbake fra vanlig sosial kontakt”.*

Psykotiske lidelser er ofte betegnelsen som blir anvendt når det snakkes om en bestemt gruppe sykdommer, hvor periodevis tap av realitetskontakt er hoved symptomet (Melle, 2015, s.16). Denne gruppen deles vanligvis i to sykdomsgrupper – schizofrenispektrum og bipolarspektrum (Melle, 2015, s.17). Dagens tall estimeres til at ca. 1 % av Norges befolkning har en schizofrenidiagnose og at antall nye tilfeller pr år er mellom 10-15 mennesker pr 100 000 innbyggere (Statens Helsetilsyn, 2000, s. 9). Det er ikke like god statistisk registrering på mennesker med bipolar lidelse i Norge, men det anslås også der å gjelde ca. 1 % av befolkningen (Melle, 2015, s.19).

I denne masteroppgaven har helsepersonell blitt spurt om deres meninger, kunnskap og erfaring med arbeid rettet mot denne pasientgruppen. Det er valgt å legge fokuset på instanser som jobber tett på denne målgruppen som legevakter og akutt psykiatriske avdelinger. Målet har vært å løfte frem deres opplevelser, i håp om å rette økt fokus på ansattes sikkerhet imøte med denne pasientgruppen. Økt fokus på sikkerhet, og forhåpentligvis finne faktorer som kan bidra med å forstå den økte voldstatistikken vi ser i dag.

## 1.2. Hensikt og problemstilling

Hensikten med studien er å belyse og skape økt innsikt om helsepersonells erfaringer og opplevelser i arbeid med voldelig atferd hos pasienter med psykoselidelser.

Følgende problemstilling:

*«Hvordan opplever helsepersonell å møte akutt psykotiske pasienter med voldelig atferd?»*

## 1.3. Avgrensning

Denne studien er avgrenset til å utforske sykepleiere og legers opplevelse og erfaring med vold blant pasienter med psykoselidelser. Det er videre gjort en avgrensning i at alle informanter skal ha minimum 5 år relevant yrkespraksis og jobbe eller ha jobbet akutt for å påse at alle vil kunne svare på spørsmålene i intervjuguiden. Det er flere psykiatriske diagnoser som kan utløse psykosesyntomer, jeg har valgt å avgrense til å fokusere på schizofreni og bipolar lidelse type I og II. I voldsforbyggende arbeid er det vanlig for mange psykiatriske døgnavdelinger og benytte voldskartleggingsskjemaer. Bruk av disse skjemaene vil ikke bli nevnt i denne oppgaven, da det ikke er aktuelt for legevaksarbeid eller de første timene for en akutt psykiatrisk avdeling. Denne oppgaven fokuserer på syn og erfaringer fra

helsepersonell, brukerperspektivet vil havne utenfor oppgavens fokus og blir derfor ikke nevnt i studien.

#### 1.4. Begrepsavklaringer

Psykisk helse: et begrep som dekker alt fra god psykisk helse til psykiske vansker. For denne oppgaven dreier det seg om pasienter med psykoselidelser som kommer i kontakt med helsevesenet, der forståelse, utvikling og ivaretagelse av psykisk helse er i fokus.

Verdens helseorganisasjon mener at psykisk helse er:

*«en tilstand av velvære der individet realiserer sine muligheter, kan håndtere livets normale stress, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra for samfunnet»* (Folkehelseinstituttet, 2018, s. 10).

Psykisk helsearbeid: handler om å forstå hvert enkelt menneske i lys av deres problemer og historie, i lys av sin forståelse av virkeligheten og seg selv. Psykisk helsearbeid handler om å jobbe for en felles forståelse av situasjonen og sammen jobbe mot endring. Det er viktig å jobbe fra et sykdomsfokus mot et helsefokus (Haugland, Olsø, Ramsdal & Tjelta, 2008).

Helsepersonell: Et personell med autorisasjon eller lisens (Helsepersonelloven, 1999, §3).

Erfaring: Kunnskap som helsepersonell har opparbeidet seg etter flere år i arbeidslivet.

Redusere: ønske om å begrense og forminske

Voldelig atferd: En verbal eller fysisk handling som skader, krenker, smerter eller skremmer en annen person (Isdal, 2000).

Akutt/akutfase: Fasen hvor symptomene er fremtredende både for pasienten og personer rundt. Denne fasen anses som akutt, da personen er i akutt behov for behandling for å forhindre skade på seg selv eller andre. Ihler (2012, s. 26) skriver at pasienter i denne fasen ofte bringes til legevakt, ved hjelp av pårørende, ambulanse eller politi.

Psykose: En psykisk lidelse som gir periodevis tap av realitetskontakt, forstyrrelser i sanseropplevelser og tankemønster. Dette kalles for «positive symptomer» og inkluderer desorganisering, vrangforestillinger og hallusinasjoner (Melle, 2015, s. 17). En psykose kan også gi «negative symptomer» som isolasjon, nedstemthet og avflatede følelser, men dette er mindre vanlig (Cullberg, 2005, s.140). Psykose kan være enten rusutløst eller utløst av psykisk ubalanse (Helsedirektoratet, 2013).

## 1.5. Overordnet perspektiv

Denne oppgaven er en kvalitativ oppgave hvor resultatene er innhentet fra helsepersonell med egen erfaringsbasert kunnskap. Oppgavens tematikk er formet fra min egen erfaringsbaserte kunnskap om pasienter med psykoselidelser, den forforståelsen som jeg har opparbeidet meg og det ønske om å kunne danne meg økt kunnskap om denne pasientgruppen. Jeg ble introdusert til pasienter med psykoselidelser allerede det andre året i min sykepleiepraksis, og i de påfølgende årene som sykepleier har dette vært en pasientgruppe som jeg alltid har vekket min interesser og nysgjerrighet.

Erfarings basert kunnskap er kunnskap personer får gjennom hendelser eller opplevelser i sitt liv (Karlsson, 2014). Forskning er i dag opptatt av å være evidens basert, og Karlsson (2014) mener at vi da fort kan glemme viktigheten av våre egne subjektive opplevelser. Det er viktig å bruke oss selv og vår egen opplærte kunnskap i møte med pasienter. Denne oppgaven vil vise viktigheten av å få frem reell kunnskap og erfaringer som helsepersonell sitter på.

## 1.6. Relevans for psykisk helsearbeid

Pasienter med psykoselidelser er i behov og kontakt med helsevesenet for å fremme og ivareta god fysisk og psykisk helse, men behandlingen varierer med tanke på når i sykdomsfasen kontakten oppstår (Helsedirektoratet, 2013, s. 56). Uavhengig av når denne kontakten oppstår, er pasientene i en sårbar og utrygg fase. Psykisk helsearbeid er kontekstuellet arbeid, der helsepersonell må jobbe for å oppnå en forståelse av pasienten, pasientens historie og pasientens egne forståelse av virkeligheten (Haugland et al. 2008) Psykisk helsearbeid vil i møte med personer med psykiske lidelser, dreie seg om å forsøke å gå hver enkelt pasient i møte og i fellesskap utvikle en forståelse om veien videre (Haugland et al. 2008).

Det kan være utfordrende og vanskelig å oppnå allianse og god kommunikasjon med denne pasientgruppen, spesielt når de psykotiske symptomene er meget fremtredende (Ihler, 2002, s. 40). Kommunikasjon og relasjonsbygging for pasienter med psykoselidelser er derfor annerledes enn ved andre pasientgrupper, noe som er hovedårsaken til at det anbefales at erfarent personell jobber med denne gruppen (Ververda, Kornkåsa, Bjørntvedt & Egrem, 2019). Helsepersonell jobber tett mot pasientene, og er av den grunn utsatt for å oppleve truende eller voldelig atferd (Dolonen, 2020). Det rapporteres de siste årene om økte tilfeller av alvorlig trussel og voldelig atferd utøvd mot helsepersonell, og det er flere syn på hva som

er årsaken til dette (Statens Arbeidsinstitutt, 2018; Svalund, 2009). Helsepersonell med egne opplevelser og erfaringer anses å være en god kilde til å bidra til denne kunnskapen.

### 1.7. Min forforståelse

Selve forforståelsen er de forutsetninger som vi bringer med oss i konkrete situasjoner og møte med mennesker. Gadamer tolket dette begrepet slik at vi til enhver tid ville møte verden med ”briller” og for-dommer slik at det vi møter på skal gi en mening (Aadland 2011, s. 167). For å lettere kunne forstå begrepet forforståelse er den hermeneutiske sirkelen ofte brukt. Denne sirkelen analyserer hvordan en person går igjennom flere stadier mellom forståelse og for-forståelse, og mellom delforståelse og helhetsforståelse (Grønmo, 2017, s.394). Denne spiralen vil alltid være i utvikling i løpet av livet, det vil si at jo mer kunnskap om temaet vi får så vil alltid helhetsforståelsen forandre og utvikle seg (Thomassen, 2017, s.91).

Min forforståelse starter langt tilbake i tid. Mitt første ordentlige møte med psykiatrien var for 11 år siden, da jeg var andre års sykepleiestudent i Australia. Jeg var i praksis på et av de store sykehusene, og møtte min første psykotiske pasient på akuttmottaket. Han kom inn med flere politimenn, ble fulgt til et rom og umiddelbart lagt på en seng og beltelagt. Jeg fikk aldri vite om han hadde utført noe kriminelt i tillegg til å skulle ha en psykiatrisk vurdering. Jeg og min veileder var lengst inne i rommet, og da i nærheten av hodeenden til pasienten. Utrolig nok, klarte han å lirke ut en av sine armer, ta tak i armen min, og ser på meg med det skumleste og svarteste blikket jeg noen gang har sett. Han holdt armen min og sa «Hallo, my name is Satan!». Jeg ble sendt hjem av min veileder etter dette møtet.

Psykisk lidelse og psykoseproblematikk har i etterkant av dette fasinert meg, og gjort meg interessert i å lære, forstå og oppleve mer av. I mine første arbeidsår som sykepleier jobbet jeg på en rusbehandlingsinstitusjon for unge mennesker. Dette var i hovedsak primært en institusjon for rusavhengighet, men stort sett alle hadde psykiske lidelser av forskjellige alvorlighetsgrad. Jeg fikk i løpet av mine år på denne arbeidsplassen erfaring med amfetaminutløste psykoser, og min nysgjerrighet for psykose økte enda mer. I en rusinstitusjon bor og jobber ansatte og personal tett på hverandre, man oppnår en god relasjon og blir kjent med hverandre. En person som du da kjenner godt, vurderes som en rolig og høflig person, aldri kjent på redsel i møte med – hvordan kan en slik person blir en helt

annen, blir helt ugjenkjennelig i væremåte? Du blir redd eller i alle fall på vakt i møte med dem? Jeg ble ytterligere mer interessert i å forstå dette fenomenet i løpet av de årene.

I min nåværende arbeidsplass, ser jeg psykiatriske pasienter daglig og akutt psykotiske pasienter ukentlig. Pasienten kommer inn med rusutløste psykoser og/eller organiske psykoser av forskjellig alvorlighetsgrad. Noen kommer frivillig og andre blir bragt inn av andre instanser. Mange av disse pasienten som kommer inn er alvorlige syke, uforutsigbare og enkelte farlige. Vi har hatt flere hendelser med lugging, spyting, slag mot ansikt, trusler med våpen og stramming av nøkkelbånd rundt halsen, alle veldig ubehagelige situasjoner for de involverte ansatte. Det er lett å forstå at alle kan bli redd i etterkant av en slik hendelse, og jeg synes jeg opplever at enkelte er spesielt urolig i møte med denne pasientgruppen. Jeg kan merke det selv ettersom jeg har sett og hørt om så mange ubehagelig situasjoner, så har jeg nok blitt litt ekstra engstelig for egen sikkerhet. Jeg har i løpet av de siste årene fått en økt forståelse for at det er sterke emosjonelle følelser hos pasienter som kan resultere i utagering og voldelig atferd, men forståelse minimerer allikevel ikke frykten.

Min forforståelse kommer synlig til verks gjennom hele oppgaven, og er grunnlaget for valg av oppgave. Et sårt ønske om å hjelpe og å kunne forstå denne pasientgruppen bedre, er mitt ønske og mitt ønske for andre fagpersoner. Det er en naturlig grunn til at vi kan bli engstelige og uroe oss for ukjente og potensielt farlige pasienter, men er det da noe vi som helsepersonell kan forandre på/ eller forbedre slik at vår sikkerhet og pasientens behandling blir bedre? Veldig få personer har et bevisst ønske om å skade andre, derfor tror jeg at det kan være mulig å finne noen svar på.

## 1.8. Forskningsarenaene

Det fokuseres ikke i denne oppgaven på en spesifikk akuttinstans, men interessen for temaet har jeg fått fra hverdagen på min arbeidsplass ved en legevakt på Østlandet. Informantene jobber på denne legevakten eller ved to forskjellige akuttpsykiatriske avdelinger på Østlandet. Legevakten har mange pasienter daglig, og akutt psykotiske pasienter ukentlig. Det er pasienter som kommer frivillig og majoriteten av disse blir ikke innlagt i psykisk helsevern. Videre kommer det pasienter som fremstår psykotiske som blir bragt inn av pårørende, politi eller ambulanse, ofte pasienter som har blitt funnet vandrende i gaten eller som pårørende er bekymret for. Den siste gruppen er pasienten som det foreligger et vedtak om tvungen legeundersøkelse, hvor politiet kan dra ut for å finne de aktuelle personene.

Dette viser en stor variasjon av pasienter, og stor variasjon i hvor psykotiske pasientene er. Disse pasientene kan være uforutsigbare, sinte eller redde, og ofte velges det å enten ha vakhold via legevaktens vakter eller politi frem til legevurderingen er tatt.

De to psykiatriske avdelingene som informantene jobber på er døgnavdelinger som tilbyr tverrfaglig vurdering, behandling og utredning av pasienter. Begge avdelingene har lukkede mottaksenheter for pasienter på tvang og andre enheter for pasientene som blir innlagt frivillig. På disse døgnavdelingene jobbes det raskt for å få stabilisert pasientene ut av den akutte psykosen, i etterkant blir enkelte pasienter videreført til oppfølging på sykehus eller skrevet ut for oppfølging videre av kommunen og/eller poliklinikk.

### 1.9. Oppgavens oppbygging

I kapittel 1 blir oppgavens tema, problemstilling og hensikt presentert. Samtidig blir begrepsforklaringer og oppgavens avgrensinger redegjort for. Videre blir det presentert min forforståelse for å gi et tydelig innblikk over bakgrunnen for interessen bak temaet, og avslutningsvis belyses det kort om informantenes arbeidsplasser.

I kapittel 2 blir det teoretiske rammeverket for studien løftet frem, med fokus på psykoselidelser, innblikk i forskjellig trussel og voldsstatistikker ved psykose og rus og flere elementære faktorer for oppnåelse av god og trygg relasjon med Skjervheim som teoretisk bakteppe. Tidligere nasjonal og internasjonal empiri blir systematisk benyttet gjennom dette kapitlet. I kapittel 3 presenterer jeg valg av metode, valg av forskningsdesign og hvordan datamaterialet ble samlet inn. Oppgaven er gjennomført ved bruk av kvalitativ metode og Malterud sin systematiske tekstkondensering ble benyttet som analysemetode. Jeg har laget tabeller underveis i kapitlet for å synliggjøre hvordan jeg har brukt trinnene.

I kapittel 4 starter med en detaljert tabell som viser trinnene i analysedelen og oppgavens funn. Funnene blir deretter presentert med utsagn fra informantene

I kapittel 5 drøftes funnene opp mot teori og tidligere empiri om elementære faktorer for oppnåelse av god og trygg relasjon med Skjervheim som teoretisk rammeverk, psykosesyntomer og trussel- og voldsstatistikker ved psykose og rus. Kapitlet avsluttes med mine tanker om styrker og svakheter med studien. Til slutt, konkluderer jeg opp hovedfunnene fra studien sammen med mine avsluttende tanker.

## 2. TEORETISK RAMMEVERK OG TIDLIGERE EMPIRI

### 2.1. Hva er en psykose?

Psykoselidelser viser seg oftest i tidlig alder, og mange opplever følelsesmessige dilemmaer som kan være tidlig tegn på psykose. Oppdages disse tegnene tidlig, kan en ubehandlet psykose få kort varighet (Helsedirektoratet, 2013, s.13). Psykose er et fenomenologisk-psykologisk begrep, og et symptom som arter seg hos flere psykiske lidelser (Cullberg, 2005, s. 37). Psykose er en forvirringstilstand med realitetsbrist av fortolkning av omgivelser og vedkommendes egne tanker og opplevelser (Johannessen, Larsen & Jonassen, 2001, s 4). Det viser sammenhengen mellom en normal tankegang og en psykotisk virkelighetsforståelse, og siden mennesker og psykoselidelser er forskjellige vil dermed graden av psykose også variere (Løberg & Johnsen, 2016, s. 104). Johannesen et al., (2001, s. 4) sier at et hvert individ kan bryte sammen så sant stresset er høyt nok. Forskjellen er at stress for meg kan oppleves som annerledes for deg, ettersom at måten dette takles på handler om tidligere erfaring og personlighetstrekk. Forvirringstilstanden skjer ikke av seg selv, men er alltid utløst av enten korte eller lange perioder av uro, angst, isolasjon, tiltaksløshet, ensomhet eller tegn på andre psykiske lidelser (Johannesen et al., 2001, s 4).

Når omstendigheten legger til rette for det har vi muligheten til å overtolke hendelser, se og høre ting som ikke finnes, da dette er knyttet til hvordan hjernen tolker informasjonen. Hvis en gjeng drar en tur til et spøkelseshus, vil trolig flere mene at de har sett et spøkelse i etterkant av turen. Hvis disse alternative tankene og synsopplevelse skulle ha blitt værende og begynt å påvirke fungering og oppførsel i hverdagen, da mener Løberg og Johnsen (2016, s. 104) at tankene er så overbevisende at realitetsbrist er under utvikling.

Psykotiske lidelser blir ofte delt i to undergrupper, et schizofrenispektrum som inneholder schizofreni, vrangforestillingslidelser, schizofreniforme og schizoaffective psykoser og et bipolarspektrum som tar for seg bipolar lidelse type I og II (Melle, 2015, s. 16). Det velges å fokusere på schizofreni og bipolar lidelse videre i oppgaven, da disse trekkes frem som de mer alvorlige psykosevariantene (Løberg & Johnsen, 2016, s.104).

### 2.2. Schizofreni og bipolar lidelse

I følge Melle (2015, s. 16) er symptomene ved både schizofreni og bipolar lidelse til dels overlappende sett fra et klinisk bilde. Schizofreni blir sett på av fagpersoner som en alvorlig



psykosevariant med hensyn til varighet og symptombredde, og er i dag den psykoselidelsen vi har forsket mest på (Løberg & Johnsen, 2016, s. 104). Pasienter med schizofreni er ofte rammet av en realitetsbrist grunnet forstyrrelser i sanseopplevelser og tankegangen. Disse psykotiske symptomene blir ofte omtalt for «positive symptomer» som er et fellesbegrep som inkluderer vrangforestillinger, hallusinasjoner og desorganisering (Melle, 2015, s. 17).

Hallusinasjoner oppleves som virkelig for vedkommende, og er en opplevelse uten stimulering av sanseorganet. Det vanligste er hørselshallusinasjoner som er en opplevelse av å høre stemmer som andre ikke kan høre, enten at det er faktiske personer som snakker til dem eller at det oppleves som tanker inne i hodet (Melle, 2015, s.17). Flere opplever da at noen tenker tankene for dem, noe som oppleves som skremmende og ubehagelig. Vanligvis er stemmene av en kritisk eller krenkende karakter, og de kan få vedkommende til å gjøre spesielle ting (Johannessen et al., 2000, s. 17). Dette kan føre til potensielt skremmende situasjoner for vedkommende selv og personer rundt.

En vrangforestilling er feilaktige forestillinger om seg selv eller verden, eller en mer «vridd» måte å forstå ting eller hendelser på (Melle, 2015, s. 18). Mennesker er forskjellige og det må aksepteres at flere har ulike meninger, men når disse meningene fører til dårlig fungering i hverdagen og til relasjoner kan det omtales som vrangforestillinger (Johannessen et al., 2000, s.17). Dette kan være en oppfatning om at CIA overvåker deg, noen har kommet inn i løpet av natten og operert inn en mikrochip i hodet dit og lignende (Cullberg, 2015, s. 40). En vridt oppfatning som ikke ville ha virket logisk selv for en person med samme kulturell bakgrunn (Johannessen et al., 2000, s. 14). Tidligere har dette vært en sterk diagnosekriteriet for schizofreni, men forskere og klinikere har gått mer bort fra dette nå da det er uenighet om hva som er «underlig» eller «bisarr» oppfatning (Melle, 2015, s.18). Ifølge Johannessen et al., (2000, s. 14) kommer vrangforestillinger i flere former og de vanligste er paranoide vrangforestillinger, depressive vrangforestillinger og storhets idéer. De paranoide gir tanker om at en blir overvåket eller utvalgt til å gjøre skade, de depressive gir tanker om at en er ansvarlig for grusomme hendelser i verden og storhets idéer gir tanker om å være en person med spesielle evner som Gud, Jesus eller Satan. Desorganisering betyr at orienteringsevnen til vedkommende svikter. Hjernens funksjon er påvirket slik at orientering for tid, sted og personen fremstår mangelfullt i løpet av den psykotiske perioden.

De negative symptomene knyttet til schizofreni er språkforvirring, manglende motivasjon, apati og affektsavflating (Cullberg, 2005, s.140). Vansker med å formidle følelser til andre og en emosjonell ambivalens gjør det utfordrende å avgrense seg selv i møte med andre (Ihler,

2012, s. 40). En psykose er ofte preget av en stemningsforandring som enkelte ganger er oppstemthet, men oftest nedstemthet. Følelsene har ikke forsvunnet, men ved at pasienten isolerer seg fra omverdenens fungerer det som en beskyttelsesreaksjon mot de vanskelige og vonde følelsene (Johannessen et al., 2000, s. 18). De negative symptomene, sett bort ifra akutte forverring har derfor mer innflytelse på en pasientens funksjon (Melle, 2015, s. 18). Den engelske nevrologen J. Hughlings -Jackson (1958) mente at negative symptomene er uttrykk for sykdomsprosessen vevs tap og hvor de positive symptomene er hjernens reaksjon på skaden (Cullberg, 2005, s. 140). Psykiaterne E. Kraepelin (1910) og E. Bleuler (1911) mente at de negative symptomene av schizofreni var kjernesymptomene på lidelsen, og at de positive symptomene kun ble oppdaget som sekundære. Det har vært lite suksess ved å finne nevrobiologiske grunnlag for symptomene (Ihler, 2012, s. 40).

Bipolar lidelse derimot, er mer preget av stemningsforandringer som oppstemthet (mani) og nedstemthet (depresjon). Bipolar lidelse deles ofte inn i hovedgruppene bipolar lidelse type I og bipolar lidelse type II (Melle, 2015, 18). Det finnes flere typer, men de er mindre kjente og vil ikke fokuseres på i denne oppgaven. Bipolar type I er typiske maniske perioder som tydelig påvirker funksjonsnivået (Melle, 2015, s.18). Dette er typiske symptomer som taleflom, impulsivitet og prosjekter som ikke gjennomføres, tankekjør og høyt energinivå (Johannessen et al., 2000, s. 32). Vanligvis er det ekstrem svingning i følelsene, enten meget høyt opp eller veldig langt nede. Bipolar lidelse type II oppleves også som forandring i stemningen, men svingningene oppleves ikke som like brå. Denne lidelsen opplever lettere grader av oppstemthet, med flere alvorlige depressive perioder (Melle, 2015, s. 189.) Dette gir typiske symptomer som økt suicidfare grunnet tanker om verdiløshet, langsom tale og gange, beslutningsvansker og isolasjon (Johannessen et al., 2000, s. 33. Under alvorlige bipolare episoder kan psykotiske symptomer som vrangforestillinger og hallusinasjoner oppstå, og i disse fasene kan det være vanskelig å skille disse tilstandene fra hverandre (Melle, 2015, s. 18). Personer med enten schizofreni eller bipolar lidelse har økt risiko for utvikling av rusmisbruk, hjerte-karsykdom og selvmordsproblematikk. Den økte mortaliteten anslås å redusere livslengden med inntil 10-15 år (Melle, 2015, s 19).

## 2.3. Sårbarhetselementer for psykose utvikling

### 1.1.1. Stress – sårbarhetsmodellen

Stress – sårbarhetsmodellen eller hypotesen er en teori som går ut på at psykoselidelser oppstår i samspillet mellom sterke faktorer i miljøet og tidlig oppstått eller medfødt sårbarhet (Melle, 2015, s. 23). Det betyr at mennesker har forskjellig sårbarhet for å utvikle psykoselidelse og at sykdommen utløses av enorme påkjenninger (Cullberg, 2005, s. 68). Personer med lav grad av sårbarhet må utsettes for høyt stress eller belastningsnivå for å utvikle sykdom, mens en person med høy grad av sårbarhet vil kun tåle lite stress og belastninger for å bli psykisk syk (Cullberg, 2005, s. 68). Det er alltid viktig å se på hver enkeltes livshistorie for å kunne forstå hvordan veien til psykosen er (Løberg & Johnsen, 2016, s. 105). Dette kan forklares ved å se på utfordringer i oppveksten til personen, da det menes at miljøpåvirkningen som barnet får har påvirkning på graden av sårbarhet barnet danner seg. For eksempel, viser Trotta et al. (2013) til at mange mennesker med psykoselidelser har hatt en oppvekst preget av mye mobbing. Utfallet av psykoselidelsen er avhengig av graden av interaksjonen med omgivelser og sosiale forhold (Cullberg, 2005, 68).

### 1.1.2. Traume i barndommen

I psykoseforskning defineres et barndomstraume som både et fysisk og psykisk traume. Et fysisk traume består av fysiske og seksuelle overgrep og vold av relasjoner. Et psykisk traume består av emosjonell omsorgssvikt, tap av nære omsorgspersoner eller overdrevet utskjelling og kritikk (Aas, 2015, s. 44). Andelen personer med psykoselidelser som har opplevd traume i barndommen er høyere sammenliknet med den generelle befolkningen. NOVAs undersøkelse i Norge viser at 11% av norske ungdommer har blitt utsatt for seksuelle overgrep under oppveksten og 8% har vært utsatt for vold fra nære relasjoner (Aas, 2015, s. 44). En undersøkelse utført av newzealandske forskere viser at av kvinnelige personer med psykoselidelser har opp til 48% av disse opplevd seksuelt overgrep og 48% fysisk vold. Av mannlige personer med psykoselidelser har 28% opplevd seksuelt misbruk og 50% utsatt for vold (Read et al., 2005). Et annet studie på ca. 45.000 informanter viser at risikoen for å utvikle psykose for en person som er overgrepsutsatt i barndommen er nesten 3 ganger så høy (Varese et al., 2012). Det er mye som tyder på at opplevd traume i barndommen omprogrammerer det biologiske systemet, gir forandringer i emosjonsreguleringen og dermed øker risikoen for å utvikle alvorlig psykisk lidelse (Aas, 2015, s. 46).

## 2.4. Forekomst av rusbruk ved psykoselidelser

Vi vet at andelen som bruker eller utvikler et rusmisbruk er stor, men det er stor forskjell i hvor godt dette rapporteres i studier (Lagerberg, 2015, s. 91). Flere utenlandske studier viser til høy forekomst av ruslidelser blant pasienter med de alvorligste psykiske lidelsene (Helsedirektoratet, 2012, s. 27). I følge Westermeyer (2006) viser en oversiktsartikkel fra USA at opp til 50% av alle som mottar behandling for schizofreni også har en ruslidelse. En nyere amerikansk studie av Hartz et al. (2014) viste resultater på at personer med psykoselidelser hadde 3, 5 – 5 ganger høyere risiko for hyppigere alkoholkonsum den siste måneden, debut av illegale rusmidler i løpet av livet, og regelmessig røyking av marijuana sammenlignet med den generelle befolkning. En studie gjennomført i Norge viser at personer med psykoselidelser bruker 44% mer illegale rusmidler enn befolkningen uten disse lidelsene (Ringnes et al., 2008). Videre forteller denne studien at cannabis er det mest brukte rusmiddelet i landet blant hele befolkning, men at forbruket var høyere blant personer med psykoselidelser. Andelen av befolkningen som brukte sentralstimulerende midler som kokain og amfetamin viste seg å være 160% høyere for personer med psykoselidelser. En studie gjennomført i Oslo fra 2009 viser at 62,5 % av befolkningen med psykoselidelser fra et spesifikt Oslo område hadde hatt en ruslidelse tidligere i livet, og 50% hadde en aktiv ruslidelse under undersøkelsen (Helseth, Samet, Johnsen, Bramness & Waal, 2012). En annen studie gjennomført i Norge undersøkte bruk av rusmidler for personer med bipolar lidelse opp mot den generelle befolkningen. Denne studien viste at sannsynligheten for å ha forsøkt et illegalt stoff var 3 ganger høyere for denne gruppen (Lagerberg et al. 2010a).

### 2.4.1. Kan vi skille rusutløst symptomatologi fra primære psykoselidelser?

En utfordring i helsevesenet er å kunne se psykoselidelser blant pasienter med rusproblematikk, og å kunne skille mellom rusutløste psykosetilstander og primære psykoselidelser (Lagerberg, 2015, s. 93). En rusutløst psykose defineres som en tilstand som oppstår grunnet rusmiddelets toksiske effekt, men en primær psykoselidelse oppstår avhengig av rusmidler (Lagerberg, 2015, s. 93). Noen av grunnene til at det er vanskelig å skille er fordi LSD, cannabis og andre hallusinogene rusmidler gir hallusinatoriske opplevelser og enkelte ganger paranoide forestillinger. Dette er også symptomer som ofte sees ved psykoselidelser (Lagerberg, 2015, s.94). Videre gir rusmidlene kokain og amfetamin effekter

som oppstemthet, økt energi, pratsomhet og irritabilitet og dette er likt de psykotiske symptomene med mani.

Det er helt avgjørende for behandlingen at helsepersonell vet hvilken psykosetilstand det dreier seg om mener Lagerberg (2015, s.93). Rognli, Medhus og Bramness (2015) mener derimot at siden differensiering av disse psykosene er så vanskelige i en akutfase, bør behandling være lik. De mener at alle trenger skjerming, søvn, trygging og roende kommunikasjon. En studie utført på Lovisenberg Diakonale Sykehus i 2013 sammenliknet psykosesyntomene til pasienter med og uten nylig inntak av amfetamin. De fant ingen signifikante forskjeller i symptomene, og de fant heller ingen sammenheng mellom symptomenes alvorlighetsgrad og mengde amfetamin i blodet (Medhus, Mordal, Holm, Mørland & Bramness, 2013). En annen studie fant høyere nivåer av psykosesyntomer hos pasienten med rusutløste psykose sammenliknet med personer med primærpsykose (Weibell et al., 2013). Ifølge Lagerberg (2015, s. 94) er det de siste årene gjort funn på at rene rusutløste psykoser forekommer sjeldnere og sjeldnere.

## 2.5. Forekomst av vold under psykosesyntomer

Enkelte medieoppslag kan gi den generelle befolkning inntrykk av at personer med psykoselidelser er alle farlige, men kjensgjerningen er at de alle fleste er fredelige mennesker (Ihler, 2012, s. 166). NOU (2010: 3, s.43) viser likevel til at personer med psykiske lidelse, statistikksett har en forhøyet risiko for voldsutøvelse sammenlignet med den generelle befolkningen. Graden av risiko for voldsutøvelse er situasjonsbestemt, og det er ofte flere faktorer involvert (Ihler, 2012, s. 166). I følge Riba og Ravindranath (2010, s. 63) er sannsynligheten for at vold blir utøvd av en person med psykiske lidelser så lav som 3-5 %. Videre skriver de at rusbruk og personlighetsforstyrrelser kan gi økning i denne prosenten, men fokuserer vi på pasienter med schizofreni er disse i faresonen for å bli utøvd vold mot, og ikke være voldsutøveren selv. Forskningens resultater varierer i stor grad med tanke på risikoen for voldsutøvelse blant pasienter med psykoselidelser fordi det avhenger av hvilke andre faktorer forskeren har lagt vekt på (NOU 2010:3, s. 42). En studie basert på 20 internasjonale undersøkelser oppgir at risikoen for utøvd vold fra en person i psykose kan være forhøyet 5 ganger hvis det ikke fokuseres på andre eksterne faktorer (Fazel et.al. 2009). Videre viser de til at det ikke er noen vesentlig forskjell i risikoen for utøvelse av vold for personer under ruspåvirkning, uavhengig om de har en schizofrenidiagnose eller ikke. En stor

longitudinell studie fra Sverige viser til andre resultater, og oppgir at sannsynligheten for å begå en voldelig handling er 4 ganger høyere for en ruspåvirket person med schizofreni enn den generelle befolkningen (Elbogen & Johnson, 2009). Personer med schizofreni uten bruk av rusmidler hadde opp til 20% forhøyet risiko sammenliknet med personer uten denne diagnosen. Videre fant de at verken rusinntak eller psykisk sykdom befant seg på listen blant de 10 prekære faktorene for fremtidig voldsutøvelse (Elbogen & Johnson, 2009).

Ifølge Keers, Ullrich, DeStavola og Coid (2014) er dette i hovedsak de som har forfølgelsesvrangforestillinger som har økt risiko for å utøve vold. Forholdet mellom regulering av emosjoner og vold trekkes frem i flere undersøkelser (Bjørkly & Grøndahl, 2016). Når pasienten ikke klarer å dempe sine negative følelser, øker voldsrisikoen ettersom at flere da forsøker å fjerne ubehaget ved å utøve vold. Dette kalles for symptomutløst emosjonelt ubehag og viser en sterk assosiasjon mellom sinne og vold (Reagu, Jones, Kumari & Taylor, 2013). Sannsynligheten for voldsutøvelse ved forfølgelsesvrangforestillinger med symptomutløst emosjonelt ubehag viser seg å være 92% hvis personen føler seg kontrollert av andre, 70% hvis en føler seg utsatt for en sammensvergelse og 62% hvis en føler seg overvåket (Ullrich, Keers & Coid, 2013). Langevold et al. (2014) undersøkelse viser at den voldelige atferden daler drastisk etter oppstart av behandling. De viser til at behandlende pasienter med psykoselidelser ikke har mer kontakt med rettsvesenet etter 10 år, sammenliknet med den generelle befolkningen (2%).

## 2.6. Forekomst av vold mot ansatte under psykosesyntomer

Det har siden 2012 vært økende antall reporterte tilfeller av vold og trusler mot ansatte i Norges kommunale og statlige helseforetak (Helsedirektoratet, 2017). Dette økningen kan skyldes økt fokus på avviksmelding og bedre rapportering, økt antall av psykisk syke mennesker eller en reell økning i voldelig eller truende hendelser mot ansatte. Statens arbeidsmiljøinstitutt (2018) viser at 7,5 % av personer i arbeid er utsatt for vold på arbeidsplassen, noe som utgjør ca. 200.000 personer hvert eneste år. Dette utgjør at statistikken øker med et prosentpoeng fra år 2009- 2013. 2,6 % av alle disse voldshendelsene ga synlig merker på den ansatte, 4% ga ikke synlige merker og de siste 4,2 % ble usatt for direkte trusler om vold (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2018). Fra 2011 – 2014 ser også

arbeidstilsynet en markant økning av rapporterte voldshendelser (Arbeidstilsynet, u.å.)

Ansatte som jobber i helsesektoren er spesielt utsatt for å oppleve trusler og vold (Dolonen, 2020). Hun sier videre etter et intervju med Arbeidstilsynets tilsynsarbeid at vold og trusler rammer hver fjerde sykepleier, og er dermed høyere enn blant andre yrkesgrupper. Ca. 20% av andre yrkesgrupper i helsesektoren har opplevd vold eller trusler, og ca. 27% av sykepleiere har opplevd det samme (Dolonen, 2020). Dette er voldsstatistikk som omhandler alle pasientgrupper og ikke i hovedsak psykosepasienter. Dahl, Davik og Løvhaug (2019) viser i sin rapport til en økning på 250% av vold og trusler mot ansatte ved psykiatriske avdelinger ved Oslo Universitetssykehus fra 2015 – 2019, Bergsagel (2020) viser til en prosentøkning på 47% av voldshendelser på sikkerhetsavdelinger i Trondheim, Ihler (2011) og Hartvig (2012) snakker om den økte risikoen for vold og psykoselidelse. Flere mener at ansatte som jobber på legevakt og i psykiatrifeltet er mest utsatt, men her i Norge foreligger det lite forskning på dette (Åmotsbakken, 2018). En norsk undersøkelse fra 2017, viser at også legene er en utsatt yrkesgruppe for vold og trusler. Studien viser at halvparten av leger på disse arbeidsplassene har blitt utsatt for trusler om vold, og 1 av 4 har vært utsatt for fysisk vold. Videre viser Johansen, Baste, Rosta, Aasland og Morken (2017) at legene ikke utsettes for økt voldsutøvelse fra pasienter i 2014 hvis det sammenlignet med 1993.

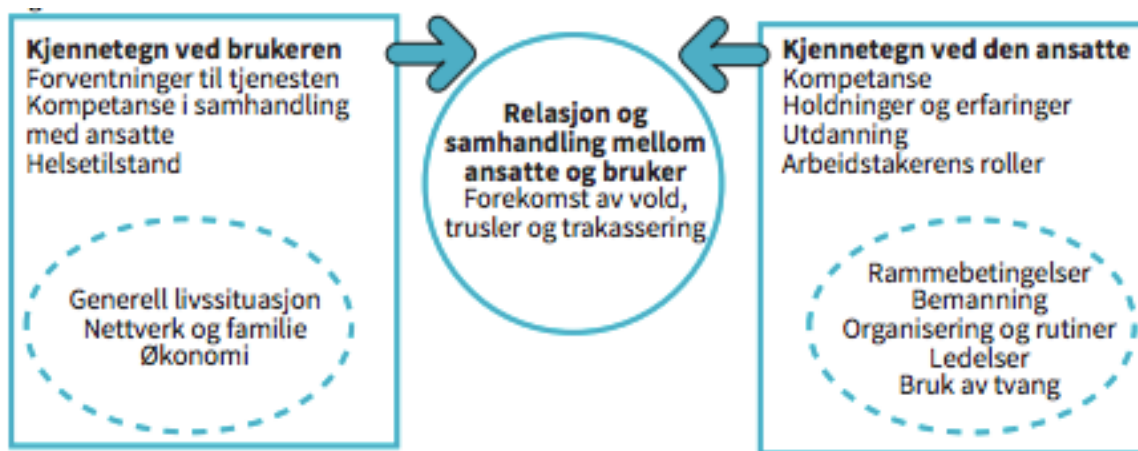
Internasjonale studier viser en tydelig sammenheng mellom utøvd vold fra pasienter med psykoselideler mot ansatte. En engelsk studie fra 2014 undersøkte voldsutøvelse mot ansatte og familiemedlemmer og viste at 52.9 % av de 73 intervjuende hadde opplevd fysisk vold (Onwumere et al. 2014). En amerikansk studie fra 2011 støtter seg til disse høye tallet for vold mot ansatte. Deres resultater viser at leger og sykepleiere som jobber utenfor psykiatrien hadde en opplevd voldsstatistikk på henholdsvis 16, 2 av 1000 personer og 21,9 av 1000. De forsket videre på voldsstatistikken i psykiatrien om med alvorlige psykisk sykdom som schizofreni og bipolar lidelse og fant helt andre tall. Da var statistikken for legene 68, 2 av 1000 personer og sykepleiere 69 av 1000 personer (Anderson & West, 2011).

## 2.7. Årsaker til vold og trusler mot ansatte

Det kan være flere grunner til en pasient utagerer mot en ansatt, men Aarnes og Johansen (2020) mener at det oftest er styrt av følelsesmessige faktorer. De nevner desperasjon, frustrasjon, frykt eller avmakt som fire elementære følelser som kan utløse voldelig atferd mot helsepersonell. Videre oppgir de grensesettende situasjoner og behovsutsettelse som

faktorer som igangsetter de overnevnte følelsene, og dermed utgjør en stor faktor for voldsutøvelse. Svalund (2009) har foretatt en undersøkelse blant 6755 yrkesaktive personer med arbeidsplass innenfor rus og psykisk helse i Norge. Den undersøkelsen viser til at 76 % av alle ansatte mener at pasienters utagerende atferd er det største årsaken til voldelig atferd og 65% oppgir at pasientens sykdom er den andre utløsende faktoren. Den tredje faktoren oppgir de ansatte at er grensesettende utsagn fra ansatte. I undersøkelsen er det fokusert på pasienten, den ansatte og egenskapene ved arbeidsplassen, men det er stor enighet om at pasienten er den utløsende faktoren til vold. Langt ned på listen finner vi enn oppslutning på at kompetanse og erfaring til den ansatte kan ha relevans, og de ansatte oppgir en relevans på 28%. På 32% finner vi resultater som lav bemanning og 22% en arbeidshverdag med høyt arbeidspress.

**Tabell 1 Svalund's modell for de forskjellige årsakene som er undersøkt (2009). Den viser til aktuelle egenskapene til pasienten, den ansatte og egenskapene på arbeidsplassen.**



Kilde: Svalund 2009.

Tabell 1: Svalunds modell

Brunt og Rask (2007) legger mer vekt på de ansattes kompetanse og erfaringer, og oppgir at det har stor innflytelse på andres kollegaer følelse av trygghet og sikkerhet. De mener at uerfarenhet kan virke negativt og at ansatte blir for lite profesjonell i sin tilnærming av denne pasientgruppen. En erfaren ansatt fremstår trygg i møte med pasienter, noe som skaper trygghet for pasienten. Når helsepersonell er usikre på seg selv kan det by på utfordringer i



møte med den andre (Ververda et al. 2019). Steinert (2010) mener at uerfarenhet hos helsepersonell skaper utrygghet og usikkerhet hos pasientene og dermed assosierer til høyere forekomst av voldelig atferd.

En helt fersk studie fra 2020, har undersøkt voldelig atferd på 11 legevakter i Norge. «Ufrivillig vurdering må anerkjennes som en risikosituasjon der sannsynligheten for fysisk aggresjon er høy» (Johnsen et al. 2020). Denne studien viser også til at ventetider og venting på helsepersonell er årsaken til 79% av verbal aggresjon som i enkelte tilfeller førte til fysisk aggresjon (Johnsen et al.2020)

### 2.8.1 møte med den «psykotiske pasienten»

Den siste delen av det teoretiske rammeverket i oppgaven, innledes med filosofen Skjervheim's essay «Deltakar og tilskodar» fra 1996.

Denne analysen tar for seg to fundamentalt ulike måter å møte et menneske på: 1) en toleddet-relasjon hvor det er meg og den andre, men det foreligger ingen interesse eller nysgjerrighet for å utforske et felles tema eller ytring. Den andre blir sett på som et objekt eller kasus, og det er foretatt en objektivisering av den andre eller en tilskuerholdning til personen. 2) en treleddet – relasjon er en samhandling mellom meg, den andre og utforskningen av et tema. En dialog hvor begge er delaktig i samtalen og undersøkelsen av temaet og det dannes en subjekt-subjekt-relasjon (Skjervheim, 1996).

Skjervheim (1974, s. 2) mener at mennesker er spesielt i faresonen for å objektivere andre hvis de fremstår underlige eller urimelige. Han skriver at hvis en pasient begynner å fortelle om at hans handlinger er styrt utenifra ved hjelp av mystiske stråler, så er det vanskelig for den ansatte å ta dette alvorlig. Det er dermed lett å kun fokusere på det pasienten konkret sier, og dermed plassere pasienten som et «kasus i psykiatrisk forstand» (Skjervheim, 1974, s. 3).

Arnild Lauveng er i dag psykologspesialist, men har tidligere hatt en schizofrenidiagnose og har flere opplevelser med psykotiske symptomer. I sin egen bok forteller hun om viktigheten av at helsepersonell er i dialog med pasientene og at de føler seg sett i psykotiske perioder.

«Og han så meg, og tok meg på alvor. Han prøvde å lære meg ting, og å diskutere med meg». Hun forteller at hun følte seg som menneske, og ikke bare pasient ettersom at samtalen eller konsultasjonen dreide seg om andre ting enn bare hennes sykdom. Hun forklarer en subjekt-subjekt-relasjon og positive og viktige aspekter med det (Lauveng, 2008, s. 100).

### 2.8.1. Holdninger

En generell holdning blant sykepleiere er i følge Zolnierek (2009) at psykisk syke pasienter ofte er krevende og problematiske. De alvorligste pasientene med psykoselidelser er gjerne farlige og uforutsigbare mennesker, spesielt for helsepersonell som ikke jobber tettest på denne pasientgruppen. Forskning viser at psykisk syke pasienter fremdeles er en stigmatisert pasientgruppe i samfunnet og enkelte steder i helsevesenet (Lien, Lin, Tsai, Lien & Wu, 2019). Det vises til at det fremkommer stigmatiserende holdninger i somatikken (Ververda et al. 2019) men at nyere forskning viser at holdningene også i dette feltet ser ut til å forandre seg. To undersøkelser foretatt i Italia og Taiwan viser at det det er positive holdninger fra hele helsevesenet i ønske om å hjelpe denne pasientgruppen (Lien et al., 2019; Cremonini, Pagnucci, Giacometti & Rubbi, 2018).

Steinert (2010) mener at allmenn kunnskap i arbeid med psykiatripasienter er å ha en positiv holdning, oppførsel og personlige egenskaper og sier at dette er vesentlig for om vold og trusler oppstår eller avverges. Hvis helsepersonell viser en dårlig holdning ovenfor pasienten og bruker lite gjennomtenkte utsagn, vil dette skape forverring i situasjonen (Ververda et al, 2019). Videre mener Berring (2016) at ikke medmenneskelig holdning og en autoritær fremtoning kan øke faren for vold. Richter (2010) støtter seg til dette og sier at helsepersonells holdning ovenfor pasienter med voldsatferd skal være respektfull, preget av omtanke, omsorg, rettferdighet og empati. En studie viser at sykepleiere har to forskjellige mellommenneskelige holdninger når pasienter blir aggressive. De inntar enten en rolle som en rolig omsorgsfull ballerina som forsøker å sette seg selv i den andres posisjon, og den andre som en bulldoser som ser pasienten som et kontrollerbart objekt (Bjørkedahl, Palmestierna & Hansebo, 2010). Dette kan sammenlignes med Skjevheims syn på en to-leddet og tre-leddet relasjon (Skjervheim, 1974).

Helsepersonells holdninger er synlig i arbeidslivet, men disse holdningene kan også påvirkes av hvordan helsepersonell opplever å jobbe med pasienter som kan bli voldelig eller truende. En undersøkelse utført blant fastleger viser at de har stor glede og tilfredshet når de har pasienter med psykoselidelser, men at legene ofte er angstpreget og på-vakt for at pasientene ikke skal bli voldelig eller agitert. De er redde for egen sikkerhet og for sikkerhet for andre pasienter (Oud, Schuling, Slooff & Meybook-de Jong, 2007). En annen undersøkelse fra Sør-Afrika viser at sykepleiere på en psykiatrisk avdeling som opplevde vold fra pasienter fikk

negative følelser som angst, frykt og redsel, håpløshetsfølelse og følelse av hjelpeløshet. I møte med pasientenes aggresjon og voldelig atferd genererte dette i en apatisk likegyldighetsholdning fra helsepersonell eller en «I don't care attitude» (Bimenyimana, Poggenpoel, Myburgh & Van Niekerk (2009). Pasienter sender fort om helsepersonell har et genuint ønske om å hjelpe, og en slik holdning vil kunne skape usikkerhet, redsel og frykt hos pasientene som videre kan fremprovosere aggresjon eller voldelig atferd (Berring, 2016; Lillevik & Øien, 2014, s. 82).

### 2.8.2. Kommunikasjon

Helsepersonell er forventet å legge til rette for god kommunikasjon, være lyttende og å være åpen og tydelig i informasjonen som gis til pasienten (Ververda et al. 2019). Brunt og Rask (2006) mener at helsepersonells viktigste egenskap er å kommunisere effektivt for å fremme og opprettholde sikkerhet. Erfarne og mindre erfarent helsepersonell må huske at kommunikasjon blant pasienter i psykose, er annerledes enn kommunikasjon med andre pasientgrupper. Tankeforstyrrelser er en faktor som gjør at pasienten kan misforstå informasjon som blir gitt av helsepersonell (Docherty, 2005) og personer med schizofrenilidelser kan gi begrenset med blikkontakt siden de lett lar seg distrahere (Ververda et al. 2019). En uerfaren eller usikkert helsepersonell kan oppleve dette som mangel på interesse eller oppmerksomhet. En person med psykoselidelse vil også bruke lenger tid på å prosessere informasjonen som blir gitt, og denne kognitive forsinkelsen vil kunne resultere i at nonverbale tegn forsvinner eller at de ikke lenger passer inn med konteksten (Ververda et al. 2019). Ververda et al. (2019) mener at helsepersonell bør minske bruk av non verbalt kroppsspråk i møte med denne pasientgruppen, da det kan føre til unødvendig forvirring. Dette viser viktigheten av å være trygg og erfaren i møte med denne pasientgruppen og at det vil kunne avverge voldelige situasjoner. Bowers (2010) oppgir at pasienter med psykoselidelser er en sårbar og lett krenkbar pasientgruppe og misforståelse kan fort oppstå. Han oppgir også viktigheten for helsepersonell å begrense kroppsspråk og følelser og oppgir at redsel skaper redsel og frykt skaper frykt. En pasient som opplever at et helsepersonell fremstår engstelig eller redd for pasienten kan utløse stor usikkerhet hos pasienten slik at situasjonen blir farlig og preget av aggresjon (Bowers, 2010). Ihler (2012, s. 168) oppgir at helsepersonell bør innta en skuespiller rolle for å skjule synlig redsel.

Bowers (2010) oppgir at god kommunikasjon og de-eskaleringsverktøy er godt egnet for å roe en allerede agitert pasient eller å sørge for at slike situasjoner ikke oppstår.

En studie av Johnsen et al. (2020) viser til at verbal aggresjon oppstår i 79% av de innmeldte volds og trussel situasjonene. Pasientens aggresjonsmønster går ifølge Aarnes og Johansen (2020) over fire faser. Den første fasen omtales om frustrasjonsfasen hvor pasienten opplever indre uro og ubehag, og vil fremstå som lett rastløs. I fase to vil pasienten forsvare seg selv grunnet avmaktfølelse som ofte utspiller seg i tilbaketrekking, truing eller kasting av gjenstand. Deretter går pasienten over til aggresjonsfasen hvor sinne og dårlig impuls kontroll blir synlig, og helsepersonell kan bli utsatt for fysisk eller verbal utagering. Den siste fasen er gjenopprettelse av selvkontroll og pasienten roer seg (Aarnes & Johansen, 2020). Denne synliggjøringen av fasene gjør det tydelig for helsepersonell hvor kommunikasjonsferdighetene og de gode holdninger trenger å brukes for å fremme og opprettholde en trygg situasjon (NOU 2019:14, s. 270.). Richter (2010) legger stort fokus på de-eskalerende teknikker i kommunikasjon med pasienter og oppgir at dette hindrer at eskalerende situasjoner oppstår. Hans hovedpunkter er å ha realistiske forventninger, og at det er situasjonen som skal kontrolleres, ikke pasienten. Videre legger han fokus på at konflikthåndtering ivaretas best så lenge avgjørelser tas sammen med flere kollegaer, at kommunikasjonen mellom pasient og helsepersonell foregår både med verbal og nonverbal kommunikasjon (Richter, 2010).

Godfey, McGill, Jones, Oxley og Carr (2014) har gjort en studie som støtter seg til dette. Denne studien viser at de-eskalerende kommunikasjon reduserer antallet aggresjonshendelser, da det sørger for at situasjonen ikke eskalerer eller at en litt agitert samtale heller roes ned. Videre viser denne studien til at denne kommunikasjonsformen er så vellykket at den har reduserte bruk av mekaniske tvangsmidler med 98% (Godfey et al. 2014).

### 2.8.3. Sikkerhetsteknikker

Helsepersonell som jobber på legevakt eller akuttpsykiatriske avdelinger er i høy risiko for å oppleve uheldige situasjoner. Jensen og Clough (2016) oppgir at et minimumskrav til helsepersonell som jobber med denne pasientgruppen bør være at alle tenker sikkerhet hele tiden og har trening i kommunikasjon. De opplever også bruk av de-eskalerende teknikker som godt egnet i situasjoner for konflikthåndtering. For å opprettholde sikkerhet for

helsepersonell og tydelig vise frem de- eskaleringsteknikker viser Jensen og Clough (2016) til denne manualen utarbeidet av Antai-Otong (1998).

**Tabell 2 viser en oversikt over de-eskaleringsteknikkene:**

SØRGE FOR HELSEPERSONELL SIN SIKKERHET: VERBAL DE-ESKALERING	
<p><b>Sørge for helsepersonell sin sikkerhet</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Opprettholde trygg avstand</li> <li>◆ Stå på den ikke dominerende siden</li> <li>◆ Unngå truende kroppsspråk</li> <li>◆ Unngå stirrende blikkontakt, peking og berøring</li> <li>◆ Gi informasjonen som forslag, og ikke som instruksjoner</li> <li>◆ Fjern alt fra pasient og rom som kan brukes som våpen</li> <li>◆ Bruk og følg magefølelsen</li> </ul>	<p><b>Grensesetting</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Brukes kun når <i>mer kontroll</i> er nødvendig</li> <li>◆ Skal <i>være passende</i> til omstendighetene</li> <li>◆ Skal være tydelig, <i>direkte</i> og støttende</li> <li>◆ Vis <i>respekt</i> for andre</li> <li>◆ Gi <i>alternativer</i> om mulig</li> <li>◆ Oppgi <i>konsekvenser</i> hvis nødvendig</li> <li>◆ Fokus på å opprettholde <i>personlig verdighet</i></li> </ul>

Tabell 2: Verbal De-eskalering

Forskning viser til stor enighet når det kommer til fysiske sikkerhetsteknikker for personell. Kommunikasjon og medmenneskelig væremåte er viktigst for å opprettholde en trygg situasjon, men helsepersonell bør kjenne til teknikkene hvis situasjoner allikevel oppstår. Ihler (2012, s. 169) støtter seg til tabellen ovenfor, men tilføyer punkter som at helsepersonell må aktivt lese pasientens kroppsspråk og legge merke til stemningen hos pasienten, eventuelle knyttede never, rask pust eller andre tegn til vold. Videre er han opptatt av at ved tegn til eskalering er det riktig å avbryte samtalen før det skulle skje forverring av eskaleringen. Penzo, Skaare og Instefjord (2020) oppgir også stor enighet i tabellens punkter, men oppgir at i samtaler med denne pasientgruppen må helsepersonell alltid benytte seg av alarm, og nøye vurdere om det er behov for flere ansatte med i samtalen. Videre viser de til uenigheter i forhold til punktene om å plassere seg riktig i rommet. Penzo et al. (2020) mener at det viktige er å holde seg en meter unna og ikke ovenfor pasienten, og nevner ikke direkte plassering i rommet som det essensielle, mens Antai – Otong (1998) og Ihler (2012, s. 169) mener at personell skal stå på den ikke dominerende side, altså slik at pasienten vil ha fri utgang til døren om nødvendig.

### 3. METODE OG FORSKNINGSDSIGN

Malterud (2018, s.17) beskriver vitenskapelig kunnskap som en systematisk og refleksiv prosess som kan deles og etterprøves av andre. Hun påpeker videre at forskeren alltid skal anvende kritisk refleksjon, der intersubjektivitet er virkemiddelet for å gi andre innsyn i prosess og premisser (Malterud, 2018, s. 18). Dette kapitlet vil presentere metoden jeg har valgt. Innledningsvis presenteres mitt vitenskapsfilosofiske utgangspunkt, valg av metode og informanter, samt gjennomføring av datainnsamling og analyse. Avslutningsvis blir metodekritikk og mine forskningsetiske refleksjoner presentert.

#### 3.1. Vitenskapelig utgangspunkt

Aadland (2011, s. 20) mener at vitenskapssyn er en helhetsoppfatning av mennesket, kunnskapen og virkeligheten. Forskerens egne vitenskapelige utgangspunkt vil derfor påvirke grunnlaget for hva som oppleves interessant og for forståelsen som utvikles (Thagaard, 2013, s. 53). Hensikten med denne oppgaven er å belyse og undersøke informantenes opplevelser og erfaringer om teamet. Jeg har derfor landet på et hermeneutisk fenomenologisk vitenskapelig utgangspunkt.

Hermeneutikk er det forstående kunnskapssynet innen vitenskapen (Aadland 2011, s 159). Det betyr fortolkningslære og” handler om å fortolke meningsfulle fenomener og å beskrive vilkårene for at forståelse av mening skal være mulig” (Dalland 2007, s. 56). Dette vitenskapssynet åpner for muligheten til å finne og lete etter de skjulte meninger ved et fenomen og tolke disse (Grønmo, 2017, s.393). I arbeid med mennesker er det viktig å møte andre med et åpent sinn for å kunne se den andre parten som en helhet. Dalland (2007, s.57) presiserer at dette kun lar seg gjøre ved en bevisst bruk av alle kunnskaper.

Videre beskriver Kvale og Brinkmann (2015, s.33; Malterud, 2018, s. 28) fenomenologi som forståelse på hvordan individer erfarer og opplever fenomener i sitt eget liv. Mennesker har en evne til å forveksle ting med vår egen oppfatning av gjenstanden (Aadland 2011, s.162). I denne kvalitative undersøkelsen vil derfor informantenes opplevelser, sett fra en fenomenologisk oppfatning, danne grunnlaget for abstrakte vitenskapelige teorier om den sosiale verden (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 47).

I mitt valg om å benytte et hermeneutisk fenomenologisk vitenskapelig utgangspunkt har jeg vært klar over at mine personlige interesser og opplevde erfaring, er med på å påvirke min

oppgave. Jeg er også bevisst på at mitt faglige ståsted også kan gjenspeile seg i løpet av oppgaven, og at jeg som forsker ikke har en nøytral rolle (Malterud, 2018, s. 40). I hermeneutisk tenkning legges det vekt på at vi ikke bare fortolker eller forstår en hendelse uti fra akkurat det vi ser. Som mennesker, har vi i løpet av vår ungdoms- og voksentid fått anledning til å se og oppleve flere ting. Dette er hendelser, læresetter og opplevelser som vi alle har med oss. Det er noe vi har blitt lært til, eller har lært oss selv. Dette kalles din forforståelse (Kvale og Brinkmann 2015, s.236). Grønmo (2017, s.393) viser til når vi skal tolke eller forstå en kontekst, så bruker vi vel så mye vår tidligere forståelse som den opplevelsen/forståelsen som nylig ble etablert. Begrepet for-forståelse utdypes mer i eget avsnitt.

### 3.2. Kvalitativ metode

Kvalitativ metode er en subjektiv tilnærming og noe som tilsier at kvalitetene bare vil bli tolket av ord, og ikke innebære tall og konkrete fakta (Aadland 2011, s. 244). En metode som fra deltakerens perspektiv, er egnet for å studere menneskers erfaringer (Grimen, 2004). Intervjuer anses som et godt utgangspunkt for å tilegne seg lært kunnskap fra enkeltpersoner. De som intervjues har da en mulighet til å fortelle relativt fritt om hvordan de opplever en bestemt situasjon, hvorfor de løste en hendelse på en bestemt måte og lignende (Thagaard, 2013, s.54). Ved denne datainnsamlingsmetoden bruker forskeren seg selv som middel for å få informasjon, og forskerens sensitivitet og nærhet ovenfor informanten er essensielt for dataene som forskeren får (Thagaard, 2013, 54).

Jeg ønsket å undersøke ansattes opplevelser, tanker og holdninger i møte med en bestemt pasientgruppe. Kvale og Brinkmann (2015, s. 289) skriver at kvalitativ forskning ikke kan generaliseres fordi det er for få intervjuobjekter til at resultatene vil være genererbare. Mine funn i denne oppgaven kan derfor ikke generaliseres, men kan bidra til å belyse utfordringer, holdninger og problemstillinger.

### 3.3. Litteratursøk

For å finne relevant litteratur til oppgaven, har jeg benyttet meg av Høgskolen i Innlandet sin bibliotekjeneste Oria, referanselister fra relevante studier, og forskningsartikler. Mine søkeord var psykose, rusutløst, vold, trusler, utagering, forebygge, ansatte i forskjellige

sammensetninger. Disse søkene resulterte i 398 treff i norske artikler. Søket ble også gjennomført i engelske databaser med søkeordene psychosis og prevalence of violence. Dette søket ga 1.300.969 treff og jeg var derfor nødt til å avgrense søket betraktelig. Jeg la på ordet healthcare workers og endte rett opp på et søk på 3. 177.900 artikler. Deretter la jeg på søkeordene drugs og prevent violence, og søket minimerte seg til 399.000. Ved nærmere gjennomgang av flere av disse artiklene var det flere som ikke dreide seg om akutt psykose, og var derfor ikke relevant for oppgaven.

### 3.4. Utvalg og beskrivelse av informantpersoner

I følge Malterud (2002) bør utvalget settes sammen slik at problemstillingen blir belyst tilstrekkelig fra ulike sider. Videre belyser hun at et strategisk utvalg er når forskeren må finne ut av hvilken retning som er best å fokusere på, slik at informantene kan svare best mulig (Malterud, 2011, s.58). Jeg har nøye godt igjennom hvilke kriterier jeg skulle sette og hvordan jeg skulle oppnå best mulig informanter. Det var ønskelig å intervjuer åtte fagpersoner, og åtte personer var positive til deltagelse. Jeg kunne trolig ha fått intervjuet flere om ønskelig, ettersom at interessen for å delta var overveldende. De fleste av intervjuene foregikk på mitt kontor, enkelte foregikk på kontor i nærheten av den enkeltes avdeling. Ettersom at intervjuene foregikk i arbeidstid, var det nødvendig at enkelte informanter var tilgjengelig for arbeidsstedet. Alle fikk informasjon om oppgaven både skriftlig og muntlig i forkant av intervjuet. Ingen av de åtte informantene har trukket seg i etterkant av intervjuet.

#### 3.4.1. Alder og kjønn

Halvparten av informantene var menn og kvinner. Dette var helt tilfeldig ut ifra hvem som var på jobb den aktuelle dagen, men det var ønskelig fra min side og få representanter fra begge kjønn. Begge kjønn var representert i begge yrkesgruppene. Det var i hovedsak ikke noe fokus i oppgaven, men hadde det vært vesentlige forskjeller så ville jeg vurdert om det var av relevans. Alderen var mellom 33 og 70 år.



### 3.4.2. Utdanning og erfaring

3 av 4 sykepleiere hadde spesialisering i enten rus eller psykisk helsearbeid. Alle jobber med disse pasientgruppen i dag, og hadde fra 5 år - 20 års relevant arbeidstid. 4 av 4 var psykiatere og hadde erfaring som overlege. Alle hadde jobbet med pasientgruppen mellom 5 – 25 år.

**Tabell 3 viser en detaljert oversikt over informantene.**

<b>KJØNN</b>	<b>ALDER</b>	<b>ARBEIDSSTED</b>	<b>YRKE</b>
Kvinne	30-35 år	Legevakt	Psykiatrisk sykepleier
Mann	40-45 år	Akuttpsykiatrisk avd	Psykiatrisk sykepleier
Kvinne	35-40 år	Legevakt	Sykepleier
Mann	45-50 år	Legevakt	Overlege
Kvinne	45-50 år	Legevakt	Spesialsykepleier
Mann	60-70 år	Akuttpsykiatrisk avd+legevakt	Overlege
Kvinne	40-50 år	Akuttpsykiatrisk avd+legevakt	Overlege
Mann	40-50 år	Akuttpsykiatrisk avd+legevakt	Overlege

*Tabell 3: Oversikt over informantene*

### 3.5. Inklusjonskriterier og rekruttering

Jeg ønsket i utgangspunktet å intervju pasienter med tidligere selverfart opplevelse med psykose. Jeg fant derimot tidlig ut at det fort kunne by på en del etiske og andre utfordringer, og gikk dermed over til å intervju fagpersoner. Etersom jeg ønsker å forske på voldelig atferd i psykose, bestemte jeg meg raskt for å fokusere på de yrkesgruppene som oftest står i disse akutte møtene. Jeg avgrenset mine informanter til å gjelde sykepleiere med og uten videreutdanning og lege med og uten spesialisering. Jeg valgte tidlig og ikke avgrense i form av kjønn eller alder, da jeg tenkte at dette kunne gi responsen fra informantene et bredere omfang. Det var derimot viktig for meg å påse at mine informanter satt på mye kunnskap og selverfart erfaring, og jeg valgte derfor at de alle skulle ha minimum 5 års relevant arbeidserfaring. Jeg valgte videre mine informanter fra legevaktsarbeid og sikkerhetsposter i psykiatriske avdelinger ettersom jeg vurderte at de angivelig jobbet tettest inn på akutt psykotiske pasienter. Dermed ble ikke informanter fra behandlingsposter inkludert, da jeg anså at pasienter ved disse avdelingene trolig ville vært medisinert og ikke lenger akutt psykotiske.

Jeg ønsket å intervju åtte fagpersoner med forskjellig yrkesbakgrunn. I utgangspunktet ønsket jeg å gjennomføre to fokusgruppeintervjuer, men så tidlig utfordringer ved rekruttering, tidspunkt for intervjuene og lokasjon for intervjuene. Jeg gikk raskt i prosessen over til å gå bort fra fokusgruppe intervjuer og over til individuelle intervjuer.

Jeg kontaktet sykepleiere via mail, og fikk positiv tilbakemelding fra samtlige. Det var viktig for meg at mine informanter satt på litt ulik erfaring, så sykepleierne jobber på tre forskjellige steder på Østlandet. Tre av disse informantene hadde også videreutdanning i rus og psykisk helsearbeid, og dermed inneholder mye kunnskap. For å komme i kontakt med leger, kontaktet jeg ledere for forskjellige avdelinger via mail. Jeg fikk også her meget positiv tilbakemeldinger og hjelp og endte opp med fire overleger fra forskjellige arbeidsplasser. På den ene avdelingen hvor jeg intervjuet psykiatere ble informantene helt tilfeldig utvalgt, ettersom jeg møtte opp på arbeidsplassen de aktuelle dagene det passet for meg og spurte om de hadde tid, kapasitet og lyst til å delta. Det var helt tilfeldig at alle informantene jeg fikk var psykiatere og ikke leger i spesialisering. Sykepleierne, derimot ble selektivt utvalgt ettersom at jeg selv hadde kjennskap til deres erfaring og bakgrunn.

### 3.6. Datainnsamling

I starten ved arbeidet med intervjuguiden undersøkte jeg hvorvidt det fantes noen nasjonale undersøkelser på dette, men fant da ingen som var helt relevant for min oppgave. Jeg kom over en god del forskjellige masteroppgaver som tok for seg noen lignende problemstillinger, men hadde ingen intervju spørsmål som var transparente til min oppgave. Problemstillingen min sin ordlyd forandret seg et par ganger underveis i prosessen, men temaet ble ikke forandret på. Jeg valgte å bruke semistrukturerte livverdensintervjuer som intervjuform for gjennomføring av datainnsamlingen (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 22). Begrepet *livsverden* omhandler hvordan informantene opplever og møter hverdagslivet (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 46). Livverdensintervjuer og kvalitativ forskning knyttes til fenomenologisk filosofi hvor interessen er å forstå sosiale fenomener ut fra informantenes beskrivelse av hvordan de opplever verden og deres perspektiver (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 45). Kvale og Brinkmann (2015, s.156) beskriver videre at i et semistrukturert intervju brukes det flere overordnede temaer og forslag til spørsmål, men intervjuformen er preget av åpenhet slik at spørsmålene og rekkefølgen på spørsmålene kan endres underveis.

Fokuset under enkelt intervjuene har vært å forsøke å få frem hvilke opplevelser og tanker de ansatte gjør seg i møte med psykotiske pasienter, hovedsakelig rundt deres egen sikkerhet. Det var mange spørsmål jeg ønsket å stille de ansatte, og ved oppstarten av arbeidet med intervjuguiden lagde jeg derfor flere detaljerte tankekart. På den måten ble det oversiktlig for meg hvilke temaer og spørsmål jeg ville forfølge, og hvilke som ikke var i tråd med problemstillingen. I forkant av intervjuene valgte jeg å fortelle litt om min bakgrunn slik at de informantene som jeg ikke hadde kjennskap til kunne forstå min interesse for temaet. Alle informantene har blitt stilt samtlige spørsmål fra intervjuguiden, og enkelte har fått noen tilleggsspørsmål der det ble vurdert som relevant. Ingen av informantene ytret ønske i forkant av intervjuene eller under skriveprosessen og lese igjennom utsagnene før ferdigstilling. Datainnsamlingen foregikk i perioden fra august – november 2019. Intervjuene varighet var fra 25 – 55 minutter, alle ble tatt opp på lydbånd og deretter transskribert.

### 3.7. Analyse av data

Analysemetoden som ble valgt til denne oppgaven er Kirsti Malterud sin systematiske tekstkondensering (STC). Metoden er i hovedsak inspirert av Giorgis psykologiske fenomenologiske analyse, og er i følge Malterud godt egnet for nybegynnere da den trinnvis viser hvordan analysen kan gjennomføres på en systematisk og overkommelig måte (Malterud, 2018, s. 97). Det er fire trinn i prosessen, der fokuset rettes direkte mot innholdet i datasamlingen (Malterud, 2018, s. 96).

**Tabell 4 illustrerer hvordan jeg brukte de fire trinnene:**



*Tabell 4: Analysetrinn*

I det første trinnet i analyseprosessen leste jeg grundig igjennom råmaterialet flere ganger for å danne meg et inntrykk og overblikk over innholdet. Jeg skrev ned flere foreløpige temaer som jeg syns utmerket seg i teksten, og forsøkte samtidig å sette min forforståelse til side (Malterud, 2018, s. 99). I løpet av det andre trinnet, jobbet jeg systematisk gjennom hver enkelt linje i materialet for å lete etter meningsbærende enheter. Meningsbærende enheter er setninger eller ord som gir kunnskap om de overordnede temaene (Malterud, 2018, s. 101). Det var mye som utmerket seg som relevant informasjon, og dermed ble det 27 sider med fullskrevet tekst. Jeg organiserte de meningsbærende enhetene i fargekoder og enkelte post-it lapper, og systematiserte disse videre under forskjellige temaer/koder. Det utpekte seg først 14 forskjellige koder, som jeg allerede da tenkte ville være for mange. Disse ble deretter forsøkt slått sammen til færre koder, og ved slutten av andre trinn stod jeg igjen med 9 temaer/koder.

Videre i tredje trinn skal koder abstraheres til meningsinnhold (Malterud, 2018, s. 105). I dette trinnet skal man hente ut meningen i de meningsbærende enhetene å kondensere innholdet (Malterud, 2018, s.105). Malterud (2018, s. 105) skriver videre at det anbefales å ha mellom 3 – 5 kodegrupper for å kunne klare å holde oversikten over materialet og jeg startet derfor med å jobbe med ned fra 9 til 6 kodegrupper. Jeg forsøkte å kutte det ned ytterligere, men fant dette meget vanskelig i frykt for å miste viktige poeng. Deretter tok jeg for meg de meningsbærende enhetene som omhandlet det samme og plasserte dem i forskjellige subgrupper. Videre i denne kondenseringsprosessen leste jeg igjennom teksten igjen, og dannet kondensater. Kondensater er i følge Malterud (2018, s 106) et kunstig sitat som oversetter de meningsbærende enhetene til en mer generell form. Disse sitatene ble alle skrevet i jeg-form for å huske på at setningene representerer mine informanter. Som siste del av dette trinnet, valgte jeg meg ut gull-sitater fra hver enhet. Disse sitatene var direkte oversatte sitater, altså ekte sitater fra mine informanter som best mulig illustrerte det abstraherte innholdet. Kondensatene blir ikke presentert i selve oppgaven, men er lagt ved som vedlegg 5.

I det siste trinnet, skriver Malterud (2018, s. 108) at bitene skal settes sammen igjen ved å rekontekstualiseres. Jeg leste igjen om råmaterialet for å påse at jeg var enig i resultatene, og deretter utformet fire hovedkategorier som dannet hoved overskriftene i neste kapittel.

### 3.8. Metodekritikk

#### 3.8.1. Reliabilitet

Reliabilitet handler om hvorvidt resultatene er troverdige, gyldige og har pålitelighet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Forskeren bør kunne vise til at studien er gjort på en tillitsvekkende måte, og dermed skrive sine analysesteg trinn for trinn (se. 3.7). Resultatene fra det transkriberte materialet vil bli presentert i eget kapittel og diskusjon og fortolkning i et kapittel for seg selv. Dette for å gjøre det synlig hva som er informantenes direkte utsagn og dermed ikke gi rom for misforståelse om hva som er deres utsagn og mine fortolkninger. Mine fortolkninger vil kun finne sted i eget diskusjonskapittel. Jeg har nøye godt igjennom det transkriberte materiale flere ganger for å forhindre mulighet for misforståelse og min veileder har også lest igjennom alle intervjuene og vært en aktiv del av analyseprosessen som en dobbelsikring for å unngå misforståelser.

Spørsmålet om reliabilitet sammenlignes ofte med spørsmålet om funnene vil kunne reproduseres senere av andre forskere og om informantene ville gi andre svar til en annen forsker (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Denne studien er i utgangspunktet en liten studie, kun bestående av åtte informanter. Dog viser de endelige funnene en slående likhet med hverandre, og relevant faglitteratur støtter oppunder disse funnene. Det antas derfor med høy sannsynlighet at senere forskning ville hatt enkelte forskjeller, men at hovedfunnene ville vært transparente med denne oppgavens funn.

Reliabilitet handler videre om å synliggjøre relasjonene til informantene og konteksten for innsamling av data (Thagaard, 2013, s. 67) Av de åtte informantene i studiet hadde jeg kjennskap til fire av personene, ettersom at de jobber på samme arbeidsplass. Jeg kjenner ingen av de privat, men det kan tenkes at enkelte av de følte at de måtte stille opp som informanter ettersom at vi hadde delvis kjennskap til hverandre. Jeg har vært bevisst på dette, men alle var veldig opptatt av at de brenner for fagfeltet og dermed ønsket å delta. Jeg har også vært bevisst på at disse informantene kunne ha følt på en forventning fra meg om å svare godt og langt på spørsmålene og viktigheten av å respektere eventuelt behov for skjerming av privatliv. I etterkant av transkribering av alle intervjuene ser jeg ingen forskjell fra om jeg hadde kjennskap til informantene eller ikke. Flere av de ukjente informantene snakket lenger enn de kjente, innholdet har vært nokså likt og alle har vært åpne og informative om egne tanker og opplevelser. Alle intervjuene ble gjennomført på min arbeidsplass.

### 3.8.2. Validitet

Validitet forteller oss om våre observasjoner reflekterer de fenomenene som vi har undersøkt, og dermed kan gi oss gyldig vitenskapelig kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2015, s 276). Gjennom hele oppgaven har jeg jobbet meg systematisk frem og tilbake med materialet, slik at jeg har fått kontrollert analysen oppimot de enkelte funnene gjentatte ganger. Underveis i intervjuene hadde jeg og informantene en åpen og ledig tone, og jeg stilte flere ganger oppsummerende spørsmål for å bekrefte at jeg hadde forstått innholdet korrekt. Malterud (2018, s. 193) skriver at dette er en form for validering av materialet, og kaller det for *dialogisk validering*. I etterkant av analyseprosessen valgte jeg å ta med meg materialet til en kollega og en informant (se tabell 5). Denne tabellen viser enkelte utsagn fra informantene og presenterer mine funn og er derfor helt fri for private kjennetegn. Malterud (2018, s.193)

skriver at dette er en annen form for validering av materialet, en form hun beskriver som *deltakersjekk*. Det ble gjennomført en samtale med begge personer hver for seg. Informanten kjente seg igjen i det som ble beskrevet og følte at funnene representerte deler av vedkommendes opplevelser. Kollegaen kjente seg også igjen i informantenes utsagn og følte en overføringsverdi til seg selv.

I intervjuguiden og som da gjenspeiler seg i funnkapittelet er informantenes tanker, følelser og opplevelser i møte med denne pasientgruppen. Det gjenspeiler seg en del negative følelser hos de ansatte, som ikke knytter seg direkte til pasienter men som kan tyde på en generell tanke eller frykt på hva som kan skje hvis en situasjon virkelig eskalerer. I ettertid har jeg tenkt at jeg burde ha spurt hver enkelt om «hvordan de opplever det er å jobbe med denne pasientgruppen» for å se om jeg hadde fått enda mer oversikt over hvilke tanker og følelser denne gruppen faktisk setter i gang hos fagpersoner.

### 3.8.3. Generaliserbarhet

Her stilles spørsmålet hvorvidt resultatene er overførbare eller relevante i andre sammenhenger (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 289). Hensikten med denne oppgaven var ikke i utgangspunktet å produsere generaliserbar kunnskap, men å forstå ansattes tanker og opplevelser i møte med pasienter med psykoselidelser og videre forsøke å se sammenhengen om hvordan vi kan forutsi voldelig atferd fra våre pasienter. Det har vært ønskelig å se om funnene kunne brukes i en arbeidssammenheng, men ikke hovedfokuset bak oppgaven. Kvale og Brinkmann (2015, s.289) skriver at det er en kjent innvending mot kvalitativ forskning at resultatene ikke er generaliserbare grunnet få intervjupersoner.

Denne oppgaven fokuserer på fagpersoner som informasjonskilder, og alle fagpersoner samt pasienter er forskjellige. Vi kan alle oppleve ting forskjellig og selv om funnene viser til stor grad av enighet, kan man ikke si at disse funnene er generaliserbare til å gjelde alle fagpersoner. Flere av fagpersonene sier gjentatte ganger i løpet av intervjuene at alle psykoser er forskjellige. Det er derfor heller ikke mulig å generaliserbare alle psykoseforløp, noe som derfor ikke helt eksplisitt kan gi oss fasit svar på hvordan vi kan forutsi voldelig atferd hos pasientgruppen.

#### 3.8.4. Refleksivitet

Refleksivitet sier Malterud (2018, s. 19) er når forskeren har en aktiv og oppsøkende holdning. I forkant av en studie vil forskeren ofte ha en antagelse eller forventning til hva konklusjonen vil være, men det er derfor essensielt å være åpen til ettertanker og uventede konklusjoner. Hvis forskeren skulle vært sikker på resultatet av undersøkelsen, er det ingen vits til å bruke tid på det. Forskerens integritet og vedkommendes erfaring, ærlighet, kunnskap og rettferdighet er i kvalitativ forskning den helt avgjørende faktoren til oppnåelsen av et godt vitenskapelig resultat. Forskeren er hovedredskapet til innhenting av kunnskap og dermed øker også betydning av forskerens integritet. I min rolle som forsker har jeg vært opptatt av å utøve en ansvarlig forskningsetikk mot de som åpner seg opp med sin kunnskap og hverdag. Helsinkideklarasjon beskytter pasienter som intervjues, men det finnes ikke tilsvarende ved intervjuing av fagpersoner (Malterud, 2018, s. 216). Å dele sine erfaringer om vanskelige faglige dilemmaer er ikke lett, og det kreves en betydelig tillit mellom personer for å åpne sin arbeidshverdag til andre (Davidsen, 2011, s. 115; Coar & Sim, 2006, s. 255). Det var derfor viktig for meg at jeg fikk fortalt mine informanter om meg selv, mine synspunkter og om mitt engasjement rundt dette emnet i forkant av intervjuene. Dette for å kunne skape en relasjon og trygghet på at deres informasjon ikke ville misbrukes. Det stilles strenge etiske krav til informasjonen som legges frem ved at det skal være representativt, nøyaktig, gjennomsiktig og funnene bør derfor kontrolleres og valideres best mulig (Kvale & Brinkmann 2015, s. 107). I flere av intervjuene valgte jeg å summere opp mine hovedsynspunkter for å validere funnene og dermed unngå eventuelle misforståelse. Funnene ble gjennomgått av en arbeidskollega for tilbakemelding, og min veileder har vært veldig aktiv med fokus på nøyaktighet i transkribering, viktigheten av at data besvarer problemstillingen, og arbeidet fra rådata til selve analysen.

#### 3.9. Forskningsetiske refleksjoner

” I forskning vedrørende mennesker må man alltid ta hensyn til personvern, taushetsplikt og anonymisering” (Aadland 2011, s. 254). Ved startprosessen for min oppgave, vurderte jeg sterkt å intervju tidligere psykosepasienter direkte i håp om at jeg på den måte kunne få førstehåndsinformasjon om deres opplever og tanker under en slik hendelse. Pasienter i utgangspunktet er en sårbar gruppe, og jeg vil påstå at psykisk syke pasienter trolig kan være desto mer sårbare. På grunnlag av potensielle rekrutteringsvansker og siden Høgskolen i



Innlandet frarådet meg det valgte jeg å intervju ansatte. Kvale og Brinkmann (2015, s. 96) skriver at et vanlig etisk dilemma under en intervjuprosess er at forskeren ønsker at intervjuet skal være inntrengende og dypt for å få mest mulig informasjon, noe som da kan virke krenkende for informanten. Forskeren vil videre forsøke å håndtere intervjuet så respektfull som mulig, noe som kan resultere i at intervjumaterialet kun skraper overflaten.

Jeg sendte inn søknad til Norsk senter for forskningsdata (NSD) og etter en justering av søknaden ble prosjektet godkjent. Det ble beskrevet i søknaden at det ville gjennomføres individuelle intervjuer, hvis fokusgruppeintervjuer ble utfordrende å gjennomføre (se vedlegg).

### 3.9.1. Informert samtykke

Ved rekruttering av informanter ble alle informert både muntlig og skriftlig om hensikten med oppgaven. De informantene som ble rekruttert via e-mail i forkant av intervjuet, fikk både en muntlig og skriftlig informasjon i forkant av intervjuet. Informantene fikk informasjon om at deltagelsen er frivillig, og at vedkommende kan trekke seg når som helst under prosessen uten at det skal resultere i noen negative konsekvenser (Dalland 2012, s. 245). Informantene ble i forkant av intervjuet oppfordret til å lese igjennom informasjonsskrivet og alle benyttet seg av dette i forskjellig grad. Deretter fikk de samtykkeskjemaet hvor det tydelig ble informert om at data vil lagres til 2021 i tilfelle det blir aktuelt med publisering av materialet. Alle var positive til dette. Ingen av informantene har trukket samtykke i etterkant av oppgaven. Det ble lagt opp til at informantene kunne stille spørsmål underveis i intervjuprosessen.

### 3.9.2. Konfidensialitet

Konfidensialitet i forskning innebærer at alle data skal anonymiseres og at deltakerne på den måten ikke skal avsløres (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 106). Alle informantenes kjennetegn blir derfor skjult gjennom oppgaven, i form av konkret alder, navn og jeg har valgt å bruke norsk bokmål i alle mine sitater til tross for at flere av informanter har dialekter (Malterud, 2018, s. 217). Kvale og Brinkmann (2015, s. 106) skriver videre at bruk av anonymitet skal beskytte informanten, men kan også fungere som et alibi for forskeren ved at forskeren da kan tolke deltakernes utsagn fritt uten å bli motsagt. Jeg har forsøkt å være bevisst på dette i

intervjufasen, og var derfor opptatt av å spørre informantene underveis i intervjuene hvis det var noe som var uklart for meg. Dette for å forsøke og forhindre fortolking fra min side. Alle intervjuene ble tatt opp på digital diktafon og transkribert. De transkriberte intervjuene ble alle anonymisert, så verken kjønn, navn eller alder ville vært synlig for andre. Intervjuene ble slettet fra diktafonen, og de transkriberte intervjuene ble lagret på et passordsikret område ved Høgskolen i Innlandet. Disse intervjuene vil forbli lagret der til etter oppgaven er innlevert, hvor jeg vil bestemme meg for om jeg vil publisere en artikkel eller ikke. De transkriberte intervjuene vil slettes i løpet av 2021 slik alle informantene har samtykket til. Det har også blitt gitt et tilbud til informantene om å få et eksemplar av den ferdigstilte oppgaven som takk for hjelpen og for å gi en forsikring om at de har blitt gjengitt korrekt.

### 3.9.3. Konsekvenser

Kvale og Brinkmann (2015, s.107) mener at kvalitativ forskning kan være forførende og gjøre at informanter kan utlevere informasjon og opplysninger de senere kan angre på. Som forsker er det viktig å ha med seg dette etiske prinsippet inn i intervjuet, og huske på at risikoen for å påføre en informant skade bør være lavest mulig (Kvale & Brinkmann 2015, s. 107). I en intervjusituasjon vil forskeren stort sett ikke ha personlig kjennskap til informanten, og det vil dermed kunne være spørsmål eller hendelser som kommer opp som kan påvirke eller vekke opplevelser i informanten som ikke er kjent for forskeren. Det oppnås en nærhet i en slik situasjon, og jeg var derfor veldig opptatt av å spørre tydelig informantene om de var komfortabel med å svare på enkelte spørsmål, og at det var helt greit hvis vi unnlot enkelte spørsmål om behov. Jeg var veldig opptatt av å ha med meg dette inn i hvert møte, være observant på informantenes kroppsspråk og avslutte intervjuene hvis jeg opplevde at det utgjorde et ubehag hos informanten.

#### 4. PRESENTASJON AV FUNN

Malterud (2018, s. 17) mener at kvalitative studier ofte kan konsentrere seg om fellestrekk eller tydelig mangfold. Gjennom dette analysearbeidet ble det tydelig at det er flere fellestrekk i funnene, og at informantene i stor grad deler tanker og opplevelser. Det utmerket seg fire hovedgrupper og seks subgrupper som vil være beskrivende for å belyse problemstillingen.

**Tabell 5 presenterer analysens funn og hovedfunn:**

TEMA	MENINGSBÆRENDE ENHETER	SUB GRUPPE	KODE GRUPPER	RESULTAT KATEGORI
Perspektiver på anerkjennelse i møte med pasienter med psykoselidelser	«Jeg stiller meg inn på at pasienten kan være oppløst i krise og kanskje ikke vil hilse på meg» «Behandle alle med respekt – også de som er kav-gærne, du skal ha like mye respekt for dem	Vise omsorg og respekt	Trygghet og allianse	Imøtekomme og oppnå behandlingsallianse
	«Det er viktig for meg å ikke være forutinntatt» «I utgangspunktet tenker jeg at jeg har helt blanke ark»	Her og nå fokus		
Perspektiver på bruk av kommunikasjon i møte med pasienter med psykoselidelser	«Jeg er opptatt av at pasienten skal få den informasjonen som pasienter trenger» «Tillitt skaper tillitt.	Åpen kommunikasjon	Kommunikasjon og ordlegging	
	«Jeg er alltid litt var på hvordan jeg ordlegger meg, og jeg legger ofte tempoet i samtalen opp til situasjonen» «Jeg prater alltid rolig»	Regulerer tempo etter sinnsstemning		
	«Jeg tror du opplever det du sier at du gjør...» «Det er viktig for meg at du sier ifra at du har kontroll, og ikke vil slå...» «Din atferd virker litt skremmende på meg, jeg velger å holde avstand».	Anerkjennelse av pasientens og egne opplevelser		
Perspektiver ved psykose og deres forskjeller	«Det er vanskelig å skille, hvilken type psykose det handler om» «Bipolare og rus blir hektiske, schizofreni blir redde...» «Det er en kompleks tilstand».	Forskjeller mellom rusutløst og underliggende psykisk sykdom	Hvordan forstå psykose?	Utenfra perspektiv
	«De kan være uforutsigbare fordi de opplever virkeligheten på en annen måte». «Det mystiske er det følelsesmessige som ligger bak».	Utløses av følelsesmessige dilemma		
	«Når du er psykotisk, blir du bedt om å vente- du blir grensesatt». «Du får beskjed om hvordan du skal oppføre deg, du føler deg sikkert veldig liten».	Tap av autonomi		
Perspektiver på rusmidler og påvirkning av psykosesyntomer	«Rus vil påvirke møtet». «Rus er en faktor som er med på å gjøre personen mindre kritisk og farlig». «Sentral del av voldsutøvelse». «Hver gang du ruser deg, så gjør det noe med hjernen». «Rus i kombinasjon eller som utløsende faktor, kan være skummelt.	Rusmidler kan gjøre deg voldelig	Ansattes tanker og opplevelser	
Perspektiver på årsaker til høy voldsbruk i psykisk helsearbeid	«Han tok løpefart alt han kunne og sparket mot døren». «Han gikk mot meg med knyttet neve». «Jeg har blitt truet». «Jeg har blitt skremt og redd flere ganger».	Voldelig og truende atferd		

	«Klinka til meg rett på nesa». «Jeg har ikke blitt fysisk skadet selv, men jeg vet om mange stygge tilfeller»	Uprovosert vold		
	«Grensesettinger typiske kritiske situasjoner». «Behovsutsettelse og grensesetting er typiske triggere	Utløsende triggere		
Perspektiver på ansattes forhåndsrutiner i forkant av et møte	«Jeg tenker at det er lurt å lese seg opp på den bakgrunnsinformasjonen vi har, og gjøre seg valg ut ifra den» «Hvis en pasient har hatt voldelig atferd så ligger det langt fremme i tankene i møte med pasienten»	Informasjon gir ansatte mulighet for valg ang sikkerhet	Forebygge eskalering	Sikkerhetsfokus
	«Jeg legger merke til kroppsspråk, ansiktsuttrykk». «Leser situasjonen, kjenner på sinnsstemningen».	Verbalt og non verbalt kroppsspråk		
	«Tilrettelegge situasjonen slik at pasienten blir trygg». «Faglig uenighet i om pasienten skal sitte nærmest utgangen, for å ikke føle seg presset». «En som pleide å tegne sine psykoser». «I psykose er man ofte det motsatte av trygg». «Utagering er ofte forårsaket av redsel eller sinne».	Gi pasienten handlingsrom		
Perspektiver på ansattes fokus rundt egen sikkerhet	«Jeg går stort sett med alarm, jeg har aldri snoren rundt halsen». «Aldri mist blikkontakten med pasienten». «Alltid ha en fluktmulighet». «Holder god avstand». «Jeg bruker aldri alarm» «Tar gjerne med andre kollegaer inn i samtalen». «Annen kultur for å si ifra om vold» «Definisjonen på vold er forandret» «Økt fokus på å melde avvik».	Fokus på egen sikkerhet		
Samfunns - relaterte perspektiver	«Mangel på ressurser» «Ikke god nok bemanning» «Kutter sengeplasser, går lenger uten medisiner»	Økonomisk perspektiv	Eksterne faktorer til forhøyet voldsstatistikk	Helsepolitiske føringer
	«Loven bestemmer når man får lov til å gripe inn, høy terskel for bruk av tvang».	Høyere terskel for bruk av tvang		

Tabell 5: Analyse prosess

## 4.1. IMØTEKOMME OG OPPNÅ BEHANDLINGSALLIANSE

### 4.1.1. Trygghet og allianse

#### *Vise omsorg og respekt*

Informantene i oppgaven har lang arbeidserfaring innenfor psykisk helsevern, og er derfor godt kjent med hvordan imøtekomme pasienter. En tendens i materiale viser at helsepersonell skal behandle og tilnærme seg psykotiske pasienter på en helt lik måte med andre pasientgrupper. De sier at pasienter ofte er sårbare uansett hva som gjør dem til pasienter, og slike settinger vil kunne gjøre enhver person redd og utrygg. En informant sier:

*«Jeg prøver å stille mindsettet mitt til at pasienten kan være oppløst eller i krise og kanskje ikke vil hilse på meg, snakke med meg ...»*

Utsagnet til denne informant viser til at denne pasientgruppen ikke alltid er eller oppleves så imøtekommende tilbake. Videre mener informanten at de fleste pasienter i hovedsak oppsøker hjelpeapparatet fordi de selv ønsker det, mens akutt psykotiske pasienter ofte kan komme i kontakt med helsevesenet fordi noen har bragt de inn dit. Dette kan forårsake mye følelser hos den enkelte og de kan være utrygge på situasjonen, personene rundt og enkelte ganger også seg selv. Alle informantene har bred enighet om «vi må skape trygghet», «vi må tilrettelegge situasjonen for å få til en best mulig allianse», «vi har lyst til å få til en dialog». Informantene viste enorm varme og omsorg når de ble intervjuet om dette og mente at det kan være utfordrende å forsøke å hjelpe en person som selv kanskje ikke forstår at vedkommende er i en hjelpetrengende situasjon. Det fokuset disse informantene la på det første møte med pasientene, altså hva de gjorde for å komme i en god behandlingsallianse med en utfordrende pasientgruppe var beundringsverdig. En informant beskriver det slik: «... du er nøye med å behandle pasienten med respekt! Også for de som er kavgærne, du må ha like mye respekt for dem også. Den grunnleggende mellommenneskelige respekten skal være der, uansett.»

#### *Her og nå fokus*

Flere informanter nevner at enkelte av pasientene har en historikk med hjelpeapparatet og innehar derfor ofte en omfattende journal. Enkelte informanter nevner at de har vært i samtaler med flere pasienter som beklager seg for tidligere henvendelser, at de er flau, og at de nå er redde for å bli behandlet annerledes eller mistrodd grunnet tidligere henvendelser.

En informant forklarer:

*«Så forsøker jeg å ikke være forutinntatt og ikke gjøre meg opp noen mening utover det da. Forsøker at det skal bli en nøytral vurdering, selv om pasienten flere ganger har vært hos oss for det samme, eller lignende».*

En annen informant støtter seg til dette og sier:

*«I utgangspunktet tenker jeg at jeg har helt blanke ark».*

Flere informanter sier at denne pasientgruppen er trolig mer sårbar enn enkelte andre pasientgrupper, og møte med helsevesenet er så viktig for å forstå sin egen sykdom og tørre å oppsøke hjelpeapparatet ved en senere anledning. Alle informantene enes om at vi kan hjelpe mange med medmenneskelighet og at *«hvordan vi som helsepersonell fremstår er ganske så sentralt»*.

#### 4.1.2. Kommunikasjon og ordlegging

##### *Åpen kommunikasjon*

Informantene trekker alle frem viktigheten av kommunikasjon og viktigheten av å gi riktig informasjon. Pasienter i akuttpsykose har ofte en realitetsbrist og er derfor i behov av helsepersonell som da kan realitetsorientere dem, sier flere av informantene. En informant sier:

*«Jeg tenker vel at jeg må tilrettelegge situasjonen sånn at vi får til en best mulig allianse. At jeg kan få den informasjonen som jeg er ute etter. At pasienten kan få den informasjonen som pasienten trenger».*

Informantene mener at pasienter profiterer på åpen kommunikasjon. De mener at utydelighet og usikkerhet for en person som befinner seg i en utrygg situasjon vil kunne gjøre situasjonen mer utfordrende. Flere informanter beskriver viktigheten av å fortelle om rettighetene alle pasienter har. I enkelte tilfeller, hvis man blir vurdert som samtykkekompetent og ikke til fare for seg selv eller andre sier et par av informantene at det er viktig å informere om at pasienten selv kan velge om han ønsker å snakke med helsepersonell. Sier vedkommende da nei, så er det greit at vedkommende kan få forlate helseforetaket.

##### *Regulerer tempo etter sinnsstemning*

Akutt psykotiske pasienter kommer ofte i kontakt med helsevesenet uten fri vilje noe som kan sørge for at sinnsstemningen hos pasienten allerede er preget av dette, nevner spesielt to av

informantene. Syv av åtte informanter trekker frem pasientens sinnsstemning som det første de legger merke til når de går i møte med en ny pasient. På spørsmål om hva informantene først legger merke til i møte med pasienter, beskriver en det slik:

*«Det er nok sinnsstemningen til den andre. Om den andre er innstilt på å møte meg. Kjenner seg nogenlunde komfortabel i situasjonen og er åpen og imøtekommende».*

De mener at det første møte er avgjørende for den kontakten man får videre under konsultasjonen, dialogen man oppnår og hvilken opplevelse pasienten og helsepersonellet sitter igjen med i etterkant av konsultasjonen. Sinnsstemningen gir også helsepersonell en opplevelse av om det kan oppstå en ubehagelig situasjon og flere informanter oppgir at de tar bevisste valg for å trygge situasjonen ved bruk av tydelig kommunikasjon. En av informantene sier:

*«Jeg er alltid litt var på hvordan jeg ordlegger meg, og jeg legger ofte tempoet i samtalen opp til situasjonen».*

To andre informanter beskriver det slik:

*«Jeg legger alltid tempoet opp til det jeg ser og prater rolig» og en annen sier at «en rolig fremferd kan virke tryggende gjennom kommunikasjon».*

Informantene mener at kommunikasjon i en trygg, rolig og respektabel måte er viktig i møte med pasienter og andre mennesker. Respekt blir igjen dratt opp av informantene som en elementær faktor, og med en slik fremtoning i møte med pasienten er sannsynligheten for at dette gjengjeldes stor. Tillit skape tillit er det flere informanter som sier, samt at trygghet skaper trygghet. En av informantene havnet i en ubehagelig situasjon grunnet mangel på riktig kommunikasjon og forteller dette slik:

*«... da tenkte jeg først og fremst at jeg hadde brutt de helt elementære reglene, som jeg egentlig visste, om hvordan man skal snakke til en person eller pasient».*

#### *Anerkjennelse av pasientens og egne opplevelser*

Flere informanter benevner at det er stor variasjon i hvordan pasienter opplever møte med helsevesenet og flere kan være engstelig om å ikke bli trodd på. Videre mener flere av dem at helsepersonell må vise tydelig interesse til å lytte til sine pasienter og være anerkjennende. Dette vil igjen sørge for en god behandlingsallianse og dermed virker tryggende for både pasient og helsepersonell.



En informant sier:

*«... viktig og heller formidle til pasienten at jeg tror at du opplever det du sier at du gjør ... det høres skremmende ut. Jeg har opplevd at en sånn tilnærming kan gjøre det lettere å få en form for kontakt da. Og at pasienten har en opplevelse av at vi vil han eller hun vel, og at man prøver å strekke ut en hånd».*

En annen informant sier:

*«At vi alltid anerkjenner de følelsene som de har, det tenker jeg er veldig viktig. Det sinne kommer fra et sted så det handler om å prøve å forstå det. Da kan man for eksempel si, jeg skjønner veldig godt at du er sint, vi skal hjelpe deg».*

Videre forteller flere informanter om en kommunikasjonsform og tillitsbygging hvor de åpner seg til pasienten og anerkjenner sine tanker og opplevelser. Flere informanter oppgir at dette kan gi en styrket relasjon. En informant beskriver en opplevelse slik:

*«Blir jeg utrygg i en situasjon, så pleier jeg ofte å si til pasienten selv at 'din atferd virker skremmende på meg, så jeg holder litt avstand, når du er så sint som du er nå så lurer jeg på om du har kontroll. Har du tanker om å slå meg? Når du fremstår slik som du gjør nå, så sint og aggressiv i fremtoningen din, så blir jeg bekymret for om du har kontroll. Jeg har opplevd at mange svarer ganske ærlig på det. 'Jeg er fly forbanna, men jeg kommer ikke til å slå deg. Jeg har ikke tenkt til å slå noen».*

En annen informant beskriver en lignende opplevelse:

*«Jeg ville kanskje ha sagt, du nå ble jeg litt redd eller jeg følte meg litt truet. Jeg har sagt det, men det er veldig veldig sjeldent ... Jeg kunne tenkte meg å gjøre mer av det, men det er mest for å markere at jeg ikke er sint, jeg er redd – jeg er ikke sint. Det du gjør da, er at du markere at du er i en underlegen posisjon og har ikke tenkt til å være pågående, du har tenkt til å trekke deg tilbake fordi er redd».*

En annen informant snakker om sin erfaring og mener:

*«For hvis du skjuler noe, da er de ekstreme eksperter på å finne ut av at du skjuler noe. Du skal heller bare bekrefte, hvis de spør deg. Er du redd og sier nei. De leser deg som en åpen bok, vær ærlig og si jeg er redd».*

Tolkning av en situasjon kan ofte vise seg å være noe annet enn virkeligheten sier en informant, og når en psykotisk pasient har en forvridd virkelighetsoppfatning i utgangspunktet er sannsynlighet for misforståelse enda større. Informantene mener at denne ærligheten i kommunikasjonen kan ta brodden av en potensiell farlig situasjon ettersom at

man er åpen, og adresserer sine egne tanker. De opplever flere eksempler på at dette virker positivt for relasjonen og tryggheten.

Kommunikasjonsform med psykiatrispasienter er interessant og kan vise til forskjellige tankemønstre og oppfatninger sier enkelte informanter. Informantene ovenfor viser tydelig til egne positive erfaringer om åpenhet blant denne pasientgruppen og føler seg trygg ved bruk av denne typen kommunikasjon. Enkelte andre informanter deler ikke denne oppfatningen og mener at å vise eller anerkjenne redsel til en allerede redd person, vil kunne skape en utrygg situasjon. En informant beskriver det slik:

*«... det er også viktig med kommunikasjon og at vi må være veldig bevisst på egen oppførsel, kroppsspråk – altså er man redd og viser at man er redd, så kan det trigge».*

En annen beskriver det slik:

*«Selvfølgelig så merker jo de det hvis vi er redde og det blir jo igjen utrygt ... i de situasjonene som jeg har vært redd så har jeg gjort alt jeg kan for ikke å vise det med kroppsspråket, og det er ikke alltid man klarer det».*

Nok en informant støtter seg til dette og sier:

*«Tillit skaper tillit. Hvis man har lite tillit til pasienter og er redde så senser pasientene det ... det skaper mer utrygghet hos pasientene igjen».*

## 4.2. UTENFRA PERSPEKTIV

### 4.2.1. Hvordan forstå psykose?

#### *Forskjeller mellom rusutløst og underliggende psykisk sykdom*

For å kunne lettere forsøke å forstå hvordan psykotiske pasienter tenker, agerer eller oppfører seg under en psykose, ble det stilt spørsmål fra fagpersonene om hvordan man kunne skille mellom de forskjellige psykosene. Alle informantene var her samstemte, og mente at det ikke var noen tydelig fasit på dette, alle psykoser er ulike ettersom at alle pasienter er ulike. Til tross for at det ikke fantes noen helt klare forskjeller, var det flere som kunne trekke frem forskjellige faktorer som de mente kunne signalisere om de forskjellige psykosene. En informant forteller dette om sin erfaring:

*«De fleste schizofrene som har en paranoid psykose, de er ikke så agiterte som de som tar amfetamin altså».*

En annen informant deler den samme opplevelsen og sier:

*«Jeg synes ofte at de rusutløste psykosene er mer utfordrende og utagerende. Hvis det er schizofreni eller annen underliggende ting så er det mer at de er plaget av stemmer og ser ting, men jeg opplever ofte at de ikke er like sinte og utagerende. De er mer rolige, selv om de er psykotiske og har en annen virkelighetsoppfatning så synes jeg de rusutløste er ... gjør dem urolige, har mer energi, så de er mer påtente fysisk ...»*

Nok en informant sier:

*«Det er veldig vanskelig å skille, hvilken psykose det handler om der og da. Det er klart at de som er bipolare og ruspreget vil kanskje være mer hektisk og drevet, men det vil vel også disse schizofrene være hvis de er veldig redde eller helt inne i en annen verden. Så det tror jeg ligner for en stor del altså».*

Informantene sier at pasienter med en underliggende schizofrenidiagnose ofte er mer vant til forandringer i stemningsleie og blir dermed mer engstelig og redde enn sinte og utagerende. Hørsel- eller synshallusinasjoner som ofte kan møtes med å snakke realitetsorienterende kan da i flere situasjoner virke tryggende på disse pasientene sier informantene. Et par av informantene legger fokus på at det er flere stadier av psykotiskfungering, og at man kan være psykotisk til tross for at vedkommende virker «på-plass» og gir god kontakt. En informant påpeker at det er viktig å være litt var på også denne typen pasienten, ettersom at angstnivået kan være så høy og pasienten kan være i stand til å agere på dette.

#### *Utløses av følelsesmessig dilemma*

Informantene er alle tydelig på at psykose er utløst og preget av et enormt trykk av følelser. Videre sier de at psykose ikke er en sykdom, men et symptom på noe som ikke er riktig. De mener det er negativt ladede følelser som tristhet, sinne, redsel, ensomhet etc. som driver vedkommende til en annen virkelighetsoppfatning. En informant sier:

*«... så er jo psykose utløst av ekstreme følelsesmessige belastninger på en eller annen måte, som ikke behøver å være akutt følelsesmessig belastning, men heller kanskje å leve med en sterk følelsesmessig belastning av noe slag. De kan være ting som ensomhet, rus, medfødt mistenksomhet som tar av ...».*

En informant forteller at mange av oss kan være psykotiske i flere perioder av vårt liv, litt psykotiske. Videre sier vedkommende at symptomet psykose betyr at du feiltolker virkeligheten og at du ikke forstår hvordan virkeligheten er og at vi lett kan komme i en slik

ubalanse i korte perioder av livet. Forskjellen er at personer uten kjent psykisk sykdom vil veldig fort havne tilbake i riktig balanse, hvor en person med psykisk lidelse vil kunne være der i flere dager og være i behov av hjelp, oppgir denne informanten. Vedkommende sier:

*«Uansett hva som gjør at du er psykotisk, så er det hvis man virkelig søker en løsning på å gjøre det bedre. Gjøre det lettere å forstå virkeligheten på en mer realistisk måte så handler jo det om å finne ut om det følelsesmessige dilemmaet som vedkommende er i. Er det rus eller ikke rus, kontakt med andre eller ikke, det offentlige eller ikke, far eller mor etc. som er plagsomme på en måte. Det er forhold til virkeligheten, forhold til folk rundt deg som er de viktige tingene».*

Flere av informantene mener at en gjenganger for pasienter som er i en psykose er at de er fulle av redsel. En informant nevner at når det er så mye følelser i spill kan det være vanskelig å skille om det dreier seg om en psykose eller mer aggresjon og sinne. Det kan være vanskelig å vite om det er den ene eller det andre som spiller inn. En informant sier at det er mye som kan påvirke og spille inn, men «det mystiske er det følelsesmessige som ligger bak».

#### *Tap av autonomi*

Flere informanter oppgir at de har snakket med pasienter i etterkant av psykoser, og at deres opplevelse er at de fleste husker sine psykoser meget godt. Allikevel, når du opplever en realitetsbrist så er det få pasienter som er klar over at de er i behov av hjelp i det aktuelle psykotiske øyeblikket, sier informantene. Dette gjør ofte at de blir fratatt sin rett til å bestemme over seg selv og blir derfor vurdert som ikke samtykkekompetente, legger spesielt en informant fokus på. En informant sier:

*«Hvis du blir innlagt på sykehus og blir fratatt autonomien og egentlig være helt prisgitt en annen person, og har fått beskjed av andre om hvordan du skal oppføre deg, du føler deg sikkert ganske liten»*

En annen informant sier:

*«Når du er psykotisk så hører du ofte, nei du må vente, ikke nå, så er det menneskelig å stritte imot når du får mange nok nei og mange nok krenkelser, så får du en frustrasjon inni deg om at nei, nå orker jeg ikke mer».*

Å miste bestemmelsesrett over egen kropp og eget liv ville trolig vært meget utfordrende for alle mennesker mener de. Informantene som nevner dette i sine intervjuer er alle opptatte av

at det helt klart er det eneste riktige å gjøre i en slik situasjon, men det handler om å kunne gjøre det så humant som mulig. Det skal ikke være en maktposisjon, pasientene trenger denne typen hjelp fra oss og for en kort periode er viktig at nettopp dette gjøres.

En informant forteller om en pasientsamtale om dette:

*«Jeg skjønnte at dere måtte bruke tvang, jeg skjønner det fordi jeg var så dårlig som jeg var».*

Dette eksempelet gjengitt fra en informant belyser viktigheten av åpenhet og kommunikasjon.

#### 4.2.2. Ansattes tanker og opplevelser

##### *Rusmidler kan gjøre deg voldelig*

Alle informantene oppgir at de har god kjennskap til pasienter i rusutløste psykoser, og enkelte oppgir at de føler en økning i denne gruppen pasienter. Fellesnevneren er at pasientene har tatt amfetamin eller annen type sentralstimulerende midler ofte i kombinasjon med lite mat og søvn. En informant oppgir følgende:

*«Pågående rus er ikke noe sykdom, en rusutløst psykose er jo en psykose som vedvarer etter at rusen har gått ut av kroppen, etter 48 timer».*

Denne pasientgruppen som da har blitt psykotisk i kombinasjon med rus eller som har rusmidler som utløsende faktor for psykosen, mener gjentatte informanter at er skummelt og en sentral del av voldsutøvelse og eskalering av situasjoner. Selvfølgelig kan ubehagelig atferd også oppstå ved økt symptomtrykk og triggersituasjoner, men informantene mener at det er heller sjeldent. En informant sier det slik:

*«Rus er en faktor som er med på å gjøre personen mindre kritisk og farligere rett og slett».*

En annen informant sier:

*«Jeg synes ofte de gærneste pasientene vi har, er ofte her på grunn av rusutløst psykose».*

Rusmidlene gjør pasientene så uforutsigbare, så påtente og det er så mye energi i en slik psykose, mener flere av informantene. Det er rett og slett mer trøkk og det gjør det skumlere. Et par informanter mener at årsaken til dette er at rusen forsterker symptomene eller de undertrykkede følelsene til hver enkelt pasient.

En av informantene beskriver det slik:

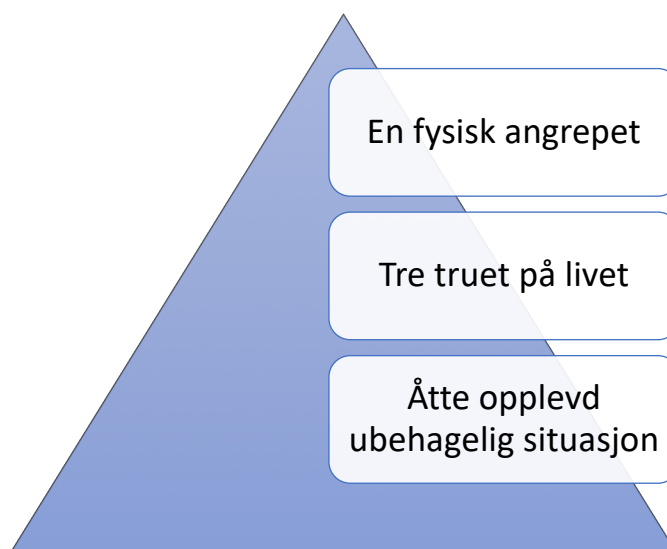
*«For hver gang du ruser deg så gjør det jo noe med hjernen, som igjen utsetter deg for angst, depresjon, etc. også baller det vel ofte bare på seg».*

Funnene i oppgaven viser at alle informantene opplever de rusutløste psykosene som mer truende og skumlere enn annen psykose.

#### *Voldelig og truende atferd*

En tydelig fellesnevner i oppgaven er at alle har blitt utsatt for forskjellig type ubehagelig situasjoner i løpet av sitt arbeidsliv. Det er situasjoner av forskjellig karakter som oppleves ubehagelig, truende eller voldelig og er både verbale eller fysiske. Det er eksempler på å bli kastet ting på, bli kalt stygge ting, bli spyttet på og funnet våpen på pasienter. Tre informanter oppgir å ha blitt truet på livet, og en oppgir å ha blitt fysisk angrepet.

**Tabell 6 viser oversikt over hvor mange av informantene som har opplevd ubehagelig situasjoner, og hvor mange som har opplevd alvorlig vold eller trusler:**



*Tabell 6: Informant opplevelser*

Det har ikke blitt kartlagt i intervjuene hvor mange som har blitt kastet ting på, blitt spyttet på, blitt kalt stygge ting eller funnet våpen på, men alt er utsagn fra enkelt informanter.

Eksempel på en veldig ubehagelig situasjon:

En informant forteller om av sine siste opplevelser hvor en pasient krevde å bli skrevet ut fra avdelingen, og hvor han dagen i forveien hadde ødelagt en dør. Informanten var den som skulle gi beskjeden om at dette ikke var forsvarlig mulig. Han forklarer det slik:

*«Da tok han løpefart alt han kunne mot meg og sparket mot døren, også kom det 20 personer til tilstede og han var rasende. Det ble oppfattet som ... Han var farlig, han var virkelig farlig».*

Eksempel på en truende situasjon:

En informant forteller om en opplevelse som skjedde tidlig i vedkommendes arbeidskarriere. Det fant sted på en avdeling, og det var ikke mer spesialmat igjen når pasienten kom for å spise. Pasienten hadde tatt tak i flere bøker fra en bokhylle og kastet de på informanten.

Informanten forteller:

*«Det var vold og fysisk utagering som kom litt som lyn fra klar himmel for min del. Men vi fikk jo kontroll over han, og da husker jeg at han sa til meg at – På et eller annet tidspunkt så kommer jeg til å møte på deg der ute, jeg går alltid med kniv på meg, og da tar jeg deg».*

Eksemplene som informantene presenterer i intervjuene gir innblikk i hvordan en situasjon kan forandres meget raskt. Eksemplene fra de andre informantene er av samme alvorlighetsgrad, men det velges å ikke presentere dem alle i oppgaven.

### *Uprovosert vold*

Funnene i oppgaven viser at en av åtte informanter har blitt fysisk angrepet av en pasient.

Informanten forteller:

*«Jeg var nede på posten, også var det en pasient der som var litt bøllete også gikk jeg veldig fort bort til han og sa 'sånn går det ikke an å være' og var veldig irettesettende og da klinka han til meg rett og slett, midt på nesa!»*

Hendelsen er et eksempel på uprovosert vold, en pasient som går fysisk til angrep på en ansatt. Informanten forteller at han hadde vært borte fra psykiatrifeltet en periode før denne hendelsen inntraff, og er tydelig på at han virket nok litt brå og direkte i sin holdning og kommunikasjon. Han forteller videre at *«det var nok for lite fysisk avstand, det å komme tett inn på folk gir jo fort en alarm reaksjon»*. Informanten oppgir videre at han ikke følte seg veldig redd eller skremt i hendelsen, og at den voldelige atferden ikke hadde funnet sted hvis han ikke hadde brutt de elementære reglene om hvordan imøtekomme andre. Det er flere årsaker og faktorer til at pasienter kan velge å ty til vold, men samtlige informanter oppgir at følelser som utrygghet og redsel kan resultere i vold. En informant beskriver det slik:

*«Ofte fordi det kan være mye sinne, at de er redde og selv om man vet at det ikke er noe personlig så kan trykket været ganske kraftig».*

## Åtte av åtte informanter har vært redd

Alle av de åtte informantene oppgir å ha blitt skremte, redde og trukket seg ut av gjentatte situasjoner i sin arbeidsdag. Informantene oppgir at de er glad for at de ikke har blitt utsatt for grov og alvorlig vold, og gjentatte informanter forteller om alvorlige voldshandlinger mot ansatte som de selv har observert eller hørt om i ettertid. En informant beskriver en bevitnet hendelse slik:

*«Vi opplevde i en periode da jeg jobbet på sengepost at vi plutselig var i den situasjonen at vi fikk veldig mange dårlige akutt psykotiske pasienter. Der det skjedde mye utagering og mye stygg vold mot mine kollegaer. Jeg har ikke blitt utsatt for det selv, men jeg har vært på jobb der jeg og kollega har hatt ansvar for den lille delen av avdelingen der de sykeste også er.. Også var jeg inne på vaktrommet, der vi har et vindu imellom oss også ser jeg plutselig at pasienten bokser kollegaen min i ansiktet ... Det kom ut av det blå ... det var uprovosert».*

Eksemplene fra andre informanter er også av samme karakter, og flere oppgir også å ha bevitnet flere forskjellige episoder.

Mine informanter har alle vært tilskuere eller hørt om alvorlige hendelser, men kun et fåtall har selv opplevd fysisk vold. En informant beskriver dette rundt sine tanker om vold:

*«Det er veldig sjeldent at mennesker angriper andre mennesker målrettet». Altså sann umotivert utagering og redsel og kaos, det er nå så. Men det å gå til angrep på andre og ønske å skade andre, det er spesielt altså».*

### *Utløsende triggere*

Emosjonelle følelser kan som beskrevet fremprovosere voldelig atferd oppgir en informant, en annen faktor som kan gjøre det samme er triggere eller triggersituasjoner. En informant sier:

*«At det har vært en eller annen forhistorie som har utløst dette her»*

Flere informanter nevner grensesetting som ofte kan resultere i truende eller voldelig atferd og opplever at årsaken til dette er krenkelse og begrensinger for egne valg. Flere beskriver at det kan være utfordrende som voksten og få rammer og restriksjoner for hva du kan gjøre, og når dette virker urettferdig kan frustrasjon gjøre en pasient voldelig. En informant sier:



*«Jeg tenker behovsutsettelse, en eller annen grensesetting som gjerne har noe krenkende over seg – er typiske triggere for vold».*

En annen informant sier:

*«Som lege er du litt beskyttet fordi du er ikke med pasienten hele tiden, mens personalet står i det med grensesetting blant annet, det jo typisk kritiske situasjoner».*

Flere informanter har beskrevet at det er mye følelsesmessig trøkk i denne pasientgruppen, og ved følelse av krenkelse eller urettferdighet er det lett for at en potensielt utrygg situasjon for pasient og ansatt oppstår. Det er ikke lett å vite hva den andre personen tenker til enhver tid, det er mulig å vite hvilken triggerpunkter hver enkelt pasient sitter på sier de. Informantene oppgir igjen viktigheten av tydelighet og medmenneskelighet i sin kommunikasjon rundt grensesetting.

### 4.3. SIKKERHETSFOKUS

#### 4.3.1. Forebygge eskalering

*Informasjon gir ansatte mulighet for valg ang sikkerhet*

Informantene belyser at alle helsepersonell har lest seg opp på bakgrunn eller oppdatert seg på historien i forkant av et pasientmøte. I møte med akutt psykotiske pasienter vil dette være vel så viktig, ettersom at enkelte av disse personene har en historikk med vold, sier informantene. En informant sier:

*«Det er lurt å lese den bakgrunnsinformasjonen man har og gjøre valg ut ifra den»*

En annen informant sier dette:

*«Om en pasient som er psykotisk har hatt voldelig atferd eller er aggressiv ligger det langt fremme i refleksjonen».*

Informantene oppgir at dette er meget nødvendig med tanke på egen sikkerhet. De påstår at enhver bør tenke sikkerhet i forkant av et hvert pasientmøte, men det kan være raskt å glemme i en travel hverdag. Videre mener de hvis journaler viser at pasienten tidligere har utøvd vold, skjer det automatisk noe med tankegangen og en blir da mer opptatt og bevisst over egen sikkerhet. Informant bemerker i tidligere avsnitt en opplevelse av mer uprovosert vold, og en opplevelse av vold som kommer helt ut av det blå. Ved systematisk gjennomgang av tidligere journaler ville vi dermed kunne ha sett om tidligere historikk ville krevd en ekstra årvåkenhet hos helsepersonell sier vedkommende.

Informantene er dog opptatt av å ikke møte pasienten med en ikke- dømmende holdning til tross for tidligere voldshistorikk. Det er viktig at en møter pasienten med nye briller hver gang, og ikke forventet at vedkommende vil utagere eller være voldelig. Informantene oppgir at man skal ha det med seg, ha det i bakhodet men ikke la det prege eller farge det nye pasientmøte.

### *Verbalt og non-verbalt kroppsspråk*

I løpet av de første sekundene og minuttene oppgir informantene at de fort kartlegger sinnsstemning til pasienten og får et raskt overblikk over situasjonen. De alle oppgir at de registrerer om pasienten virker rolig eller urolig, gir blikk kontakt, vil håndhilse og virker samlet og interessert i å ha en samtale. Den opplevelse man får i løpet av de første minuttene er viktige for sin egen trygghet, og så kan man senere fokusere på hvilken diagnose eller innleggelsesgrunn som passer vedkommende. Det non-verbale kroppsspråket forteller oss mye om en person, og flere informanter oppgir at psykosen ikke gjør dem bekymret for egen sikkerhet men de fokuserer på hvordan pasienten opptrer. En informant sier:

*«Jeg legger merke til kroppsspråk og ansiktsmimikk. Er pasienten urolig i kroppsspråket. Har de knyttet neve? Kanskje deltar de i en høring nå som ikke får med meg eller ser de noe som jeg ikke ser.. Virker de redd, virker de sint ...»*

En annen informant sier:

*«Når jeg går inn på rommet, så blir det en rask grovsortering av hva slags pasient er dette her ... Hvor god kontakt gir de, hva er egentlig god kontakt – jo, det er at de svarer på spørsmål, at man er på samme bølgelengde, klarer de å sitte rolig eller må de gå rundt og reise seg, er de sinte eller aggressive, truende eller hvis de gir dårlig kontakt i form av paranoiditet eller mistenksomhet. Jeg synes det er litt skummelt uansett da, jeg synes jo det».*

Disse eksemplene kommer fra en sykepleier og en lege, og viser hvor raskt helsepersonell skanner situasjonen og gjør seg opp en formening om egen sikkerhet. En situasjon som ikke virker truende på oss, kan virke veldig truende på pasienten ettersom at deres virkelighetsoppfatning i denne perioden er annerledes sier en informant. En god og rask vurdering av situasjonen kan ha en viktig innvirkning på helsepersonellens sikkerhet mener flere informanter.

### *Gi pasienten handlingsrom*

Akutt psykotiske pasienter blir som tidligere nevnt fra informantene, ofte bragt inn til helsevesenet uten fri vilje, og en slik opplevelse kan føre til sinne, agitasjon og redsel. Når situasjonen er slik at vi skal inn i møte med en psykotisk pasient, er det vårt ansvar å tilrettelegge for at situasjonen kan oppleves tryggest mulig for pasientene oppgir et par informanter. Sett bort fra de elementære faktorene som god kommunikasjon, respektfull væremåte og menneskelig behandling bringer de frem andre essensielle faktorer for å skape trygghet.

Alle informantene nevner utallige situasjoner hvor de har følt seg redde, skremte og utrygge og at de på grunnlag av dette har valgt å forlate samtalen og trekke seg ut for egen sikkerhet. Tre informanter nevner eksempler fra samtaler/ konsultasjoner hvor fagpersoner nå er litt delt på hvordan man burde plassere seg i rommet under en samtale. Tidligere har fokuset alltid vært på de ansattes sikkerhet, ha alltid pasienten innerst i rommet slik at du selv har anledning til å forlate situasjonen hvis nødvendig via døren rett bak deg nevner spesielt en informant. Disse informantene oppgir at de har begynt i enkelte samtaler og la pasienten få sitte nærmest døren, men da i et rom som er skreddersydd med en ekstra dør i andre enden som personell kan bruke ved behov. Informantene oppgir at dette blir gjort for å gi handlingsrom til pasientene som allerede har det følelsesmessig utfordrende, og mener at det å stenge en person inne eller gi dem følelsen av å være innestengt kan utløse utagering og vold. Dette skal da både ivareta helsepersonells sikkerhet og gi frihet til pasientene. De fleste ønsker ikke å utøve vold oppgir informantene, og får man muligheten til å trekke seg ut av situasjonen når trykket blir for stort, så kan flere ubehagelige situasjoner avta. En informant sier:

*«Du skal alltid være klar over at det ofte er pasienten som trenger retretten mest. Så det å kunne ha en mulighet til å kunne gå ut av rommet for pasienter er ofte viktig. Det å ikke stenge dem inne. Da kan du virkelig provosere frem noe som kan bli til utagering.»*

Av de informantene som bringer dette inn i intervjuet oppgir alle en positiv opplevelse Ingen oppgir at de har vært i behov av å trekke seg ut bakdøren, men sier at flere pasienter har benyttet seg av retrett muligheten, fått seg litt frisk luft i mellomtiden og gått tilbake i en rolig sinnsstemning og avsluttet samtalen.

### *Fokus på egen sikkerhet*

Alle informantene er opptatt av de elementære reglene i møte med en ny og uforutsigbar pasient. Samtlige forteller at de er opptatt av å tenke sikkerhet i møte med nye pasienter. Selv om det ikke er noen kjent voldsrisiko, kan det være ukjente faktorer som gjør at pasienten kan være farlig. Informantene nevner at de stort sett bruker alarm, bringer med seg andre kollegaer inn i samtale og observerer og holder blikkontakt med pasienten gjennom samtalen. Videre oppgir de at de kjenner på stemningen i rommet, observerer kroppsspråket til pasienten og er bevisst på egen plassering i rommet. Samtidige informanter oppgir at de føler seg flink til å tenke på dette i løpet av arbeidsdagen, selv om enkelte nevner at det kan glemmes på travle hverdager. De sier videre at det er som regel da, når disse reglene ikke blir opprettholdt at ubehagelige hendelser kan oppstå. En informant sier:

*«Vi tar kanskje større risikoer, vi har jo lyst til å få til en dialog».*

### **Syv av åtte informanter bruker alarm**

Kun en av informantene er åpen på at vedkommende ikke bruker alarm i pasientsamtaler. Vedkommende opplever at det er fordi det aldri har vært behov for den, og aldri følt seg så utrygg at alarmen har vært savnet. Vedkommende oppgir dog å ha trukket seg ut av utallige ubehagelige situasjoner.

En annen informant sier:

*«Jeg går alltid med alarm, og jeg liker ikke å ha den rundt halsen, det navneskiltet».*

Flere andre informanter oppgir også at de tenker sin egen sikkerhet ut fra hva de selv har på seg. Det er flere ubehagelige hendelser hvor ansatte har blitt skadet ved bruk av gjenstander som henger løst. Hår satt opp i en hestehale kan forårsake skade samt navneskilt/smykker/skjerf og lignende kan være potensielt skummelt å ha rundt halsen.

Alle ansatte er enige om at fokus på egen sikkerhet er veldig viktig, spesielt når flere av de har vært vitner til mange stygge voldshendelser. En informant sier det slik:

*«man må tenke sikkerhet hele veien ... alltid ha en flukt mulighet».*

## 4.4 HELSEPOLITISKE FØRINGER

### 4.4.1 Eksterne faktorer til forhøyet voldstatistikk

#### *Økonomisk perspektiv*

Alle informanter nevner forskjellige utsagn om at det økonomiske perspektivet preger en arbeidshverdag og de ansattes sikkerhet. I en arbeidshverdag preget av mange krevende pasienter, vil arbeidstrykket være høyt hele tiden og kreve mer av de ansatte sier de. Lav bemanning vil forårsake stor påkjenning for alle ansatte, og kan resultere i flere sykmeldinger. Flere informanter oppgir mangel på ressurser og nok ressurser som et stort tema i arbeidsfeltet og mener at dette resulterte i forhøyet utagering eller bruk av vold. En informant sier:

*«..at det er mangel på ressurser... hvert fall at man blir mere presset. At det ikke er så lett og få gjennomført sikkerhetstiltak, at det ikke er god nok bemanning».*

En slik hverdag vil gjøre det utrygt for både ansatte og pasienter oppgir spesielt to av informantene. Pressede ansatte kan være mindre årvåkne eller observante, og dermed glemme fokus på sikkerhetstiltak mener en informant. Videre sier vedkommende at ved mangel på ressurser, kan det bli leid inn andre ansatte for å dekke vakter for å ivareta bemanningen. Ansatte som da ikke er like erfarne med pasientgruppen kan fremstå utrygge og skape utrygge situasjoner på arbeidsplassen. En informant sier:

*«Loven er den strengeste, du tar fra en menneskes rett til å bestemme over eget liv. Da kan du ikke spasere ut å ta deg luft hvis du vil det, det som å komme tilbake til barndommen og være en liten unge, du må ha med deg følge overalt. Du blir observert til alle døgnets tider, spesielt hvis du er innlagt på tvang».*

God og erfaren bemanning oppgir informanten derfor som helt essensielt for å ivareta sikkerhet på arbeidsplassen. To av informantene legger fokuset på nedskjæring i psykiatriområdet, og spesielt på kutting av døgnplasser. De sier at det økonomiske perspektivet ved at penger skal spares ved å fjerne enkelte sengeplasser resulterer i at kun de som blir vurdert som sykest får en plass. Pasienter vurderes ofte etter noen få dager som stabilisert, og blir utskrevet. Informantene mener at enkelte personer blir utskrevet for raskt tilbake til eget bosted og kommune for oppfølging. Informantene mener at dette gjør at flere pasienter går lenge uten medisiner, blir akutt psykotiske for så igjen å bli håndtert av

helsevesenet. Slike uheldige situasjoner kan forårsake voldelig atferd ute i samfunnet og i kontakt med helsevesenet siden de kommer inn og ut, mener de. En informant sier:

*«Det er fort gjort å skylda på nedlegging av døgnplasser, pasientene går mer inn og ut og vi skriver ut dårligere pasienter».*

#### *Høyere terskel for bruk av tvang*

Flere av informantene bringer inn bruk av tvang og forandring av lovverket i sin intervjuer, til tross for at det ikke legges direkte fokus for dette i intervjuguiden.

Spesielt en informant uttrykker mye bekymringer knyttet til dette lovverket og forhøyet voldsbruk og sier:

*«Jeg tenker at det kan ha noe med at de som ikke jobber innenfor psykisk helse skal bestemme hvordan reglementet skal være, loven. Når man får lov til å gripe inn. Det tenker jeg har veldig mye å si at nå får folk være syk lengre og det er høyere terskel for at det blir brukt tvang. Det er høyere terskel for å bruke tvang og det tror jeg er grunnen. Da får folk komme enda lenger inn i psykosen og de får gå uten medisiner. Hvis de som har en psykoselidelse som tilsier at hvis de ikke tar medisinene sine, så kommer de til å bli akutt psykotiske. Ja. Det tror jeg har veldig mye å si».*

Informantene oppgir viktigheten av at loven alltid skal følges. Frivillig behandling skal alltid forsøkes først og hvis det virker nytteløst er bruk av tvang neste alternativ, oppgir spesielt en informant. Vedkommende mener at ved akutt psykose fremstår frivillig innleggelse som nytteløst, og majoriteten av disse pasientene legges inn på tvang, da disse mangler samtykkekompetanse og loven overveies. Informantene er veldig delt på om de opplever at befolkningen blir sykere og om det oppleves en økning av psykotiske pasienter. En informant som opplever en økning i psykosepasienter sier:

*«Generelt i samfunnet blir personer sykere og at det er mer av psykose ... Spørsmålet er hva vi går imot nå. Fordi at man diskuterer hele tiden dette med medisiner ... Det problematiseres dette med bivirkninger. Så det spørs om ikke det er i ferd med å skje endringer som selvfølgelig kan påvirker dette med graden av symptomintensitet, funksjonsfall og økt voldsrisiko.»*

Flere informanter oppgir en bekymring knyttet til dette, og oppgir at dette er med som en faktor i bilde om utagering og vold mot andre. Forhøyet voldsrisiko vil det alltid være dersom pasienter ikke får tilstrekkelig med hjelp i form av behandling, medisiner og ivaretagelse, sier de.

En annen informant sier angående denne pasientgruppen:

*«Det er klart at vi må bruke tvang på de fleste, vi må dessverre det».*

## 5. RESULTATDISKUSJON

I oppgavens diskusjonsdel skal funnene drøftes opp mot utvalgt empiri og tidligere forskning. En kvalitativ oppgave skal tilføye kunnskap som utvider eller utfordrer det eksisterende kunnskapsgrunnlaget innenfor området (Malterud, 2018, s. 88). Videre sier Aadland (2011, s. 250) at studier som er utført via en kvalitativ metode gjerne presenterer data og tolkning i en sammenhengende bevegelse.

Det har utpekt seg fire resultat kategorier i oppgaven og nedenfor vil funnene i disse kategoriene bli drøftet opp mot teori og i lys av relevant forskning. Den siste resultat kategorien som jeg har kalt «helsepolitiske føringer» vil ikke bli presentert som et eget avsnitt, men vil bli nevnt i de andre avsnittene.

### 5.1. Det medmenneskelige møte

Alle informantene er opptatt av at pasientene skal behandles med respekt, anerkjennelse og medmenneskelighet, uansett årsak til at de kommer i kontakt med helsevesenet. Informantene opplever at det handler om å raskt skape trygghet i situasjonen for å oppnå en god allianse og grunnlag for videre samarbeid. Dette mener de at gjøres ved gode holdninger og gi pasienten en opplevelse av at de ønsker de vel. Pasienter med psykoselidelser kan være en utfordrende gruppe å jobbe med, da de kan være sårbare og lett krenkbare. En anerkjennende, genuin og ekte holdning vil avverge voldelig atferd og utagering sier Lillevik og Øien (2014). Lien et. al (2019) og Cremonini et. al (2018) viser til at helsepersonell også ved somatiske sykehus har en bedre og mer positiv holdning til pasienter med psykoselidelser i de senere årene. Det kan tenkes at dette er et resultat av økt fokus og edukasjon om psykisk helse under studiene, i media og generelt i samfunnet (Simonsen, et al. 2019; Thornicroft, Rose, Kassam & Sartorius, 2007). Engasjementet, omsorgen og interessen for pasientgruppen kom tydelig frem i utsagnene fra informantene. De la ikke skjul på at det kan være en mindre takknemlig pasientgruppe å jobbe tett opp mot og en høflig takk var et sjeldent ord å høre. Det ga desto mer glede de gangene deres hjelp ble satt pris på, og slike pasienthistorier kunne de leve lenge på. Studier fra helsepersonell som jobber med pasienter med psykoselidelser viser at de har stor glede og tilfredshet med å arbeide med denne pasientgruppen, men at flere går med en underliggende redsel og frykt for å bli utsatt for truende eller voldelig atferd (Oud et al. 2007). Å jobbe et sted hvor hverdagen kan bestå av trusler og voldelig atferd kan skape fysiske og psykiske skadevirkninger på den ansatte (Elklit & Brink, 2004). Alle informantene



kunne fortelle om flere enkelte hendelser som skapte frykt i situasjonen, men det kom ikke frem funn som tydet på at informantene gikk med en konstant underliggende redsel i møte med pasientene. Enkelte informanter hadde vurdert sykmelding i etterkant av truende opplevelser, men en informant mente at det var best å *«komme seg opp på hesten igjen»*. Til tross for at ansatte trives i jobben, kan denne frykten skape en mindre medmenneskelig og mindre inkluderende holdning ovenfor pasientene (Bimenyamana et al. 2009). Av informantene var det spesielt tre personer som er opptatte av at pasientene er vare på signaler grunnet opplevelser i sin oppvekst, og at de på grunnlag av dette er eksperter på å lese helsepersonellens kroppsspråk og holdninger. Informantene forteller videre at de opplever at pasientene kan merke når de er redde og at dette forplanter seg videre til pasienten som redsel, utrygghet og/eller sinne og kan skape uheldige situasjoner. Berring (2006) oppgir i sin forskning at helsepersonellens følelser av redsel eller en lite medmenneskelig holdning ovenfor pasienter er to faktorer som kan øke faren for vold. Vatne (2008, s. 53) mener at for å oppnå best allianse, er kjernen i en anerkjennende holdning gjensidighet. Hun oppgir at helsepersonell skal dele og være åpne om sine tanker og opplevelse, og at det vil gange begge parter. Vatne(2008) er dermed både enig og uenig i funnene fra Berring's (2006) studie. Informantene i denne oppgaven støtter seg til Berring's(2006) funn om at en anerkjennende og positiv holdning kan avverge vold og aggressiv oppførsel, men er delt i opplevelsen om at følelsen av redsel må skjules for pasientene. Halvparten av informantene oppgir at en åpen dialog om hva de føler og tenker er positivt for alliansen og de opplever en forståelse og aksept fra pasientene når de deler en slik informasjon. Den andre halvparten av informanter er derimot helt uenig i dette, og oppgir at denne informasjonen kun vil gjøre situasjon mer utrygg for pasient og vedkommende selv. En informant sier at *«altså er man redd, og viser at man er redd – så kan det trigge»*. Oppfatningene deres illustrerer hvor ulik oppfatning dyktige fagpersoner kan ha om hvordan best mulig oppnå en god allianse med pasientene og bevare sin og pasientens sikkerhet. En gruppe viser til en oppfatning om at åpenhet om følelser gir trygghet og den andres oppfatning mener at det helt tydelig skaper utrygghet. Utsagnene kommer fra begge faggrupper, og det sees derfor ikke noen tydelig fellesnevner for de motstridene oppfatningene.

En åpen, rolig og tydelig kommunikasjonsform trekker alle informantene frem som viktig for å oppnå en god pasientkontakt. Videre sier de at pasienter med psykoselidelser i disse

akuttsituasjonene er i en realitetsbrist og kan være usikker på seg selv og alle andre. Slike tankeforstyrrelser kan være med på at pasienten misforstår budskapet og en utrygg situasjon kan oppstå (Docherty, 2005). Brunt og Rask (2006) mener at helsepersonells viktigste egenskap er å kommunisere effektivt for å fremme og opprettholde sikkerhet. God kommunikasjon er en kunst, og det krever erfaring for å kunne håndtere og mestre dette på en riktig måte i møte med pasienter. En studie av Johnsen et al. (2020) viser til at verbal aggresjon oppstår i 79% av de innmeldte volds og trussel situasjonene, og pasientens aggresjons mønster går ifølge Aarnes og Johansen (2020) over fire faser. Videre sier de at aggresjonsmønsteret går over flere faser, og det er ikke før i fase tre at verbal og/eller fysisk utagering oppstår. Det er dermed rom for flere muligheter for å roe pasienten i løpet av de tidligere fasene og avverge en utrygg og ubehagelig situasjon for pasienten og de ansatte hvis det kommuniseres godt. Samtlige av informantene trekker frem at det første de legger merke til i møte med en ny pasient, er vedkommendes sinnsstemning. De forteller videre om flere eksempler hvor kommunikasjon lykkes i å roe sinnsstemningen og avverge aggresjonsatferd. De oppgir at de først de-eskalerer seg selv, slik at de fremstår rolig og balansert ved førsteinntrykk. Videre legger de opp dialogen med tydelig, rolig og forklarende kommunikasjon, og balanserer dette mellom dialog og aktiv lytting. Flere informanter opplever at de alltid er bevisst på sin egen oppførsel og signaler underveis, da signaler lett kan mistolkes. Godfey et al. (2014) viser til lignende resultater hvor deres studie tydelig viser at de – eskalerende kommunikasjon reduserer aggresjonshendelser i helsevesenet. Enkelte informanter opplever at pasientene som kommer i kontakt med helsevesenet er dårligere psykisk nå enn tidligere, og enkelte mener at dette kan være et resultat av lovendring i 2017, hvor pasienter må mangle samtykkekompetanse for å fylle kriteriet for tvangsinnleggelse (Lovdata, 2017). Pasienter med psykoselidelser er en kompleks pasientgruppe å jobbe med, og god og effektiv bruk av kommunikasjon viser både informantene og forskning til at krever erfaring for å tilegne seg. Kommunikasjon er vanskeligere enn man tror, og god kommunikasjon krever ferdigheter og mye øvelse (Landsem, 2020). Det kan stilles spørsmål ved hvor lønnsomt det er for fagmiljøet og pasientene hvis det er slik at det fokuseres mer på å ha personer til å drifte avdelinger, fremfor kvaliteten og erfaringen til de som ansattes. Flere av informantene oppgir erfaringer med dette på sin arbeidsplass og mener at mangel på ressurser og mangel på kompetanse kan være årsaksfaktorer for økt trussel og voldsstatistikk.

Med hjelperollen kommer en autorisert makt, og pasienten som er i behov av faglig hjelp er den sårbare i situasjonen (Martinsen, 2005, s. 39). Å jobbe med akutt psykotiske pasienter som ikke alltid skjønner alvoret av situasjonen, trekker flere av informantene frem som tidvis krevende og vanskelig. Hvordan skal man gå frem å forsøke og hjelpe en alvorlig syk person som ikke selv forstår alvoret av situasjonen, og løse situasjonen på best og tryggest måte for begge parter?

Filosofen Skjervheim mener at en god behandlingsallianse oppnås hvis helsepersonell klarer å kommunisere i en subjekt-subjekt-form og ikke gjøre pasienten til et objekt i samtalen (Skjervheim, 1976). Ved enhver pasientkonsultasjon oppgir informantene at de alltid har et her og nå fokus uansett om de kjenner pasienten godt fra tidligere. Det handler om at pasienten kan oppsøke eller komme i kontakt med helsevesenet av litt forandrede årsaker ved hver konsultasjon og fortjener å ikke føle seg farget av tidligere møter.

En informant sier at hvert møte kan være annerledes og pasienten «skal møtes med blanke ark». Jensen og Ulleberg (2011, s. 40) kaller det for en triadisk modell og støtter seg til Skjervheim og sier at det skal være minimum tre aspekter for at det kan defineres som kommunikasjon. Skjervheim (1975) kaller dette for en treleddet relasjon, da det oppstår en samhandling mellom helsepersonell, pasienten og et tema. En ordentlig dialog vil alltid dreie seg om noe, ha et tema, være en sak eller ha et innhold (Jensen & Ulleberg, 2011, s.44). Denne pasientgruppen kan av og til snakke usammenhengende, streife innom flere temaer på kort tid og ha vansker med å avgrense seg selv (Ihler (2012, s. 40). I krevende situasjoner hvor det er vanskelig å følge/forstå pasientens budskap, kan man vise anerkjennelse i form av å lytte og vise interesse, å være til stede, og anerkjenne pasientens forklaringer (Jensen & Ulleberg, 2011, s. 45). Da viser man at man bryr seg om det den andre sier, selv om budskapet/budskapene er uforståelige. Man kan da si at man jobber i en deltakerposisjon fremfor en tilskuerposisjon og samtidig fratrar man ikke pasienten mulighet for å være deltaker i relasjonen. Slik kan man fremheve pasienten som subjekt fremfor å gjøre ham til et objekt (Jensen & Ulleberg, 2011, s. 44).

Informantene oppgir at god behandling er å se hele menneske og se hele situasjonen til dette menneske. «Kunsten i psykiatri er å kunne kjenne og fokusere på det som forgår bakom ordene», mener denne informanten. Videre oppgir informanten at vedkommende ikke er opptatt av å sortere pasienten i psykotisk/ikke psykotisk, men trekker heller frem viktigheten av og alltid være oppmerksom på hva som foregår i denne pasientsituasjonen her, fordi

årsakene for henvendelsene er ofte ulike. Pasienten kan ha reaksjoner hvis avgjørelsen blir noe annet enn ønsket, men god og forklarende kommunikasjon kan forhindre verbale og voldelig reaksjoner (Lillevik og Øien, 2014). Dette eksempelet forklarer en treleddet relasjon mellom helsepersonell og pasient.

Objektivering av pasienten ville ha vært hvis helsepersonell ikke møtte pasientene med et her og nå fokus eller «*blanke ark*» som informantene sier. Da kunne de ha vært forutinntatt av tidligere journaler eller innleggelse, og ikke gitt pasienten rom for å uttrykke seg om den aktuelle hendelsen. Objektivering vil også være hvis det foretas en vurdering uten at pasienten er gitt en stemme og får anledning til å delta i avgjørelsen rundt saken. Skjervheim kaller denne objektivering, en subjekt-objekt-form for en toleddet relasjon, en samhandling hvor helsepersonell ikke fokuserer på saken eller temaet for møte, og planlegger eller snakker over hodet på pasienten (Skjervheim, 1996).

Oppgavens litteratur og forskningsfunn bærer preg av at helsepersonellens væremåte, erfaringer, holdninger og kommunikasjonsform er avgjørende for om verbal eller fysiske utageringssituasjoner oppstår. Brunt og Rask (2006) mener at effektiv og riktig kommunikasjon fremmer og opprettholder sikkerhet ovenfor ansatte, og Godfey et al. (2014) viser til forskning om at antall aggresjon og voldshendelser går ned ved god kommunikasjon. Kommunikasjon vil ifølge Jensen & Ulleberg (2011, s. 40) kun oppstå hvis det dreier seg som tre eller flere aspekter, og en subjekt-subjekt-relasjon i Skjervheim sine øyne (Skjervheim, 1975). Denne litteraturen og funn fra informanter, løfter nysgjerrighet og spørsmål rundt hvordan et subjekt – objekt- relasjon egentlig påvirker pasienten og hvordan det påvirker situasjonen mellom et helsepersonell og en pasient.

Kan objektivering fra helsepersonell være en årsak til voldelig atferd fra pasientene?

Mennesker er spesielt i faresonen for å objektivere andre hvis de fremstår underlige eller urimelige, og det kun fokuseres på det pasienten sier, mener Skjervheim (1974, s.2).

Informantene oppgir at pasientene som de er i kontakt med, snakker meget usammenhengende, er uforutsigbare og av og til «kavgærne» som spesielt en informant sier. Det kan derfor være lett å havne i et mønster der det kun fokuseres på pasienten og ikke situasjonen eller årsaken til kontakten. Informantene har flere eksempler på utfordrende situasjoner som raskt eskalerer. En informant forteller om en hendelse på en akuttpsykiatrisk avdeling hvor det ikke var flere halal retter igjen når pasienten kom for å spise. Pasienten

mente at det måtte fikses med engang, noe som ikke lot seg gjøre umiddelbart, og situasjonen ble forsøkt løst på andre måter. Det var ikke godt nok for pasienten, som begynte å kaste service på informantene. Informantene ble senere på vekten truet på livet på grunnlag av denne hendelsen. En annen forteller om en kommanderende psykotisk pasient som var noe utprøvende og ville ikke samarbeide om vanlig blodtrykksmåling på armen og forlangte at dette skulle gjøres på foten istedenfor. Da vedkommende så nei til dette, eskalerte brått situasjonen og pasienten reiste seg opp. Det fremkommer tydelig hvor viktig kommunikasjon er i pasientarbeid med psykotiske pasienter. En objektiviserende holdning kan oppleves som avvisende eller ikke medmenneskelig, og gjøre settingen utrygg og anspent. Aarnes og Johansen (2020) mener at når en pasient utagerer mot en ansatt, er det oftest styrt av følelsesmessige faktorer. En objektiviserende holdning kan fremme følelser som frustrasjon, frykt eller avmakt hos pasienten, som Aarnes og Johansen (2020) mener er noen av de sentralene følelsene som kan utløse voldelig atferd. En tydelig kommunikasjon er viktig, men pasientene må inkluderes i temaet eller saken. Eksemplene viser situasjoner hvor pasientene kommer med konkrete forespørsler, ønske om utskrivelse og et ønske om å gjøre rutiner annerledes. Ønsker som det er forståelig for oss at ikke kan imøtekommes, men kan være uforståelig for pasientene. Det kan tolkes som at helsepersonell i disse sakene ikke har inkludert pasienten inn i vurderingen, gitt rom for å la pasienten uttrykke seg om hvorfor vedkommende ønsker dette og deretter forklart vurderingen.

Ved andre eksempler fra legevakt eller akutt psykiatrisk avdeling vil enkelte konsultasjoner være farlige. I møte med utfordrende pasienter vil viktigheten være å sørge for at pasienten blir overført videre til riktig avdeling eller til riktige behandlingsverktøy, og relasjonen kan betraktes som toleddet hvis pasienten overføres til et annet sted og pasienten ikke tas med i diskusjon. Pasienten blir dermed redusert til et objekt - som en pakke i et forløp (Skjervheim, 1996). Det kan være settingen, tidspress eller andre faktorer som gjør at dette har uteblitt i disse eksemplene.

## 5.2. Helsepersonellens erfaringer

Alle informantene har lang arbeidserfaring med pasienter med psykoselidelser fra legevakt og akuttpsykiatriske avdelinger, og har alle hørt om eller vært tilskuer til alvorlig trussel eller voldhendelser mot kollegaer. Av alle informantene er det en person som har blitt fysisk slått i

ansiktet, de andre har ikke selv opplevd fysisk vold rettet mot seg selv. Alle de åtte informantene har derimot opplevd redsel, frykt og engstelighet i møte med flere pasienter, og valgt å trekke seg ut av situasjoner som virket ubehagelig og med mulighet for eskalering. Dahl et al. (2019) og Bergsagel (2020) viser til en mangedobling av rapporterte trussel og voldshendelser mot ansatte i psykiatrien de siste årene. Dette kan ha sammenheng med en reell økning av tilfeller, flere syke personer og/eller økt fokus på rapportering av tilfeller (Helsedirektoratet, 2017).

Vedkommende som ble fysisk slått, har i etterkant tenkt at han fremstod for brå i møte med pasienten og denne hendelsen vil da ikke bli omtalt som uprovosert vold. Han mener også at han brøt de elementære tingene om hvordan man skal kommunisere medmenneskelig med andre. Dette kan ha blitt opplevd som en triggersituasjon for pasienten, som han refleksivt håndterte med vold. I dette eksempelet tydeliggjør informanten at han selv var utløsende faktor for voldshandlingen, mens Svalund (2009) sin rapport viser til motstridene resultater – der intervjuede helsepersonell mener at pasienten selv er utløsende faktor i de fleste voldshandlinger.

Helsepersonell kan raskt anta at voldshandlinger var helt uprovosert, da den ikke fremstår forklarlig for dem. Det er slik triggerer kan fremstå da de virker fremprovosert for pasienten og kanskje uprovosert for den ansatte. Flere informanter trekker frem triggerer eller triggersituasjoner som potensielt utløsende faktorer til voldelig atferd. Triggerer kan være at det lukter som noe du har opplevd, en person ligner på en annen person som vekker dårligere minner, snakker eller oppfører seg på en lik måte eller at man blir grensesatt på en måte som føles uverdigg.

Aas, 2015, s. 46) viser til at å bli utsatt for traume i barndommen øker sannsynligheten for å utvikle psykoselidelse sammenlignet med den generelle befolkningen og risikoen for å utøve vold mot andre øker ved psykiske lidelse (NOU (2010: 3, s.43). Melle (2015, s.17; Cullberg, 2015, s.40) oppgir at personer med psykoselidelse opplever symptomer som kalles for «positive og negative symptomer», hvor de positive er mer utbredt og mer akutt farlig for vedkommende selv og andre. Det refereres til vrangforestillinger og hallusinasjoner som kan få personer til å utøve vold (Melle, 2015, s. 15). Det er aldri aksepterbart å utøve vold mot andre uansett bakgrunn, og en informant oppgir at det er veldig sjeldent at mennesker helt målrettet angriper et annet menneske helt uten motiv. Lillevik og Øien (2014) er opptatt av at vold og aggresjon er meningsbærende – altså at det er et uttrykk for noe mer. I en akutt sammenheng på legevakten vil det ikke være nyttig eller forsvarlig å gå i dybden bak

dette, men på en akuttpsykiatrisk avdeling kunne dette vært fornuftig å legge fokus på. Det kan tenkes at en slik tilnærming til noe som er vanskelig for pasient og helsepersonell å snakke om, ville åpnet opp for bakgrunn for voldshandlinger (Lillevik & Øien, 2014) og dermed redusert slik holdning for enkelte pasienter.

En annen sentral trigger for voldsutøvelse er grensesettende situasjoner eller behovsutsettelse oppgir samtlige informanter. De oppgir at mesteparten av de trussel og voldshendelsene de selv har opplevd eller hørt om, er etter utsettelse eller ikke innfrielse av behov. Det kan være flere som opplever det som avvisende eller provoserende når behov ikke blir innfridd og har vansker med å forstå og forholde seg til det (Aarnes & Johansen, 2020). Terkelsen og Larsen (2016, s.314) sin studie viser til at grensesetting som når du kan røyke, gå ut, ringe noe eller drikke kaffe, kan provosere pasientene og gi en følelse av maktesløshet. Flere av informantene oppgir en forståelse til at det kan være utfordrende som en voksen person å ikke kunne bestemme over eget liv og egne valg, tap av autonomi for en periode. En forteller om en hendelse hvor den psykotiske pasienten forlanget å bli utskrevet, og da dette var kontra indisert - måtte vedkommende fortelle pasienten at det ikke var mulig slik situasjonen var nå. Reaksjonen fra pasienten var at han løp mot personellet og sparket mot gjenstander. En annen informant forteller om en hendelse hvor en pasient ønsket medisiner, og ble ikke møtt på dette da dette ikke var riktig indikasjon for pasienten. Også denne informanten ble truet etter denne grensesettingen. Disse eksemplene kan sammenlignes da helsepersonell daglig befinner seg i situasjoner med denne pasientgruppen hvor det er nødvendig med grensesetting, behovsutsettelse eller ikke helsemessig forsvarlig å innfri deres ønske. Igjen, snakker vi om situasjoner som er avhengig av at det kommuniseres riktig og at relasjonen gjennomføres som en tre-leddet-relasjon for å kunne minimisere sannsynligheten for voldsutøvelse. Helsepersonell bør inkludere pasienten i saken, og inkluderes i begrunnelsen for at behovet ikke kan innfris. Det kan selvfølgelig tenktes at dette ble utført i samtlige informanteksempler og at det var andre faktorer som resulterte i truende og voldelig atferd.

Terkelsen og Larsen (2016, s.314) viser til enkelte lignende funn som denne studien, hvor de også oppgir at triggere kan varierer fra pasient til pasient, og en kan aldri helt vite hva eller hvem som vil trigge den enkelte. På den ene siden skaper psykosesymptomer en forvirring og feiltolkning av omgivelser, slik at pasienten kan reagere på faktorer som de normalt ikke ville

ha opplevd som triggere (Johannesen et al.,2001, s. 4; Løberg & Johnsen, 2016, s. 104). På den andre siden er vi formet av oppvekst som gjør at enkelte er mer sårbare enn andre, og dermed tåler mindre av stress og belastninger før reaksjoner oppstår (Cullberg, 2005, s.68; Løberg & Johnsen, 2016, s.105). Det er derfor flere faktorer som påvirker hvordan og hvorfor pasienter reagerer ulikt.

En informant sier at man vet ikke hva pasienten har opplevd, og hva som utløser denne atferden. Terkelsen og Larsen (2016, s.134) legger videre vekt på at pasientene har sine triggere som kan utløse aggresjon, mens personell også har sine triggere som kan utløse redsel. Helsepersonell har også sin egen historie og kan bringe med seg personlig sårbarhet. Redsel kan som tidligere nevnt, være en trigger for pasienten. Terkelsen og Larsen (2016, s. 314) mener at stereotyping av pasienter kunne forårsake økt utrygghet, og øke sannsynligheten for voldelig hendelser. Det fremkommer ingen bruk av stereotyping av pasientgruppen i løpet av alle intervjuene til informantene. Det kan ikke garanteres for at det ikke fremkommer fra informantene i perioder ettersom det ikke har vært løftet frem i intervjuene, men med høy sannsynlighet fremkommer det sjeldent da ingen av intervjuene bærer preg av det.

Stereotyping av pasienter eller å plassere pasienter i bås kan sammenlignes med Skjervheims (1974) sin mening om en to-leddet-relasjon. Ved å stereotype pasienter vil ikke konteksten, saken eller temaet bli inkludert i samhandlingen og relasjonen bli objektivert. Terkelsen og Larsen (2016, s.315) bruker i sin oppgave begrepene på to-leddet og tre-leddet-relasjon fra studiet av Bjørkedahl et al., (2010) som benevner dette som bulldozer holdning og ballerina holdning. Funnene fra studiet viser en betydelig positiv innvirkning på aggresjon og voldsutøvelse hvis personell ikke objektiverer sine pasienter.

Flere informanter legger vekt på at uerfarent personell kan håndtere kommunikasjon og pasientkontakt på en annen måte enn erfarent og kompetansedyktig personell. Objektivering kan lettere oppstå hvis helsepersonell har begrenset erfaring og kunnskap om pasientgruppen. Uerfarent personell kan dermed fremstå som trigger for enkelte pasienter grunnet væremåte mener enkelte av informantene. Det kan tolkes til at objektivering kan skape utrygge og voldelig hendelser i helsevesenet, og at mer uerfarent helsepersonell har økt sannsynlighet for å havne i faren for å objektivere pasientene. Det betyr ikke at erfarent og kunnskapsrikt personell tidvis kan oppleve å gjøre det samme, men som Skårderud og Sommerfeldt (2008,



s. 1068) sier «*Jo, bedre man forstår et annet menneske, desto vanskeligere er det å behandle dette menneske som et ting*».

Til tross for at alle informantene nevner triggerer som potensiell utløser for voldelig atferd, oppgir de alle at ruspåvirkning er hovedfaktoren på sine arbeidsplasser. De nevner alle erfaringer med rusutløste psykoser, og oppgir at det er ingen psykoseform som de opplever som mer truende, farligere og uforutsigbar. Nasjonal og internasjonal forskning er delt i undersøkelser om de mener at risikoen for voldsutøvelser er forhøyet eller ikke (Fazel et al. 2009; Elbogen & Johnson, 2009; Ringen et al., 2008; Lagerberg, 2015, s. 92). Forskning viser også til delte funn om hvorvidt ruspåvirkning forsterker og påvirker psykosesymptomene til pasienter (Medhus et al. 2013; Weibell, 2013). Informantene i studien er alle samstemte om at rusen påvirker hjernen, pasientene blir farlige og mindre kontrollerbare. De opplever ikke nødvendigvis at symptomene blir annerledes enn ved primære psykoselidelser, men heller at rusen forsterker symptomene. Flere av informantene har gjort seg opp tanker til hvordan redusere voldelig atferd blant pasienter som kommer med rusutløste psykoser ettersom at deres opplevelse er at de pasientene er de primære utøverne. Informantene oppgir gjennomgående i intervjuene at kommunikasjon, respekt og medmenneskelighet er avgjørende for å redusere voldelig atferd i en akutt situasjon, men oppgir også flere ytterligere faktorer som uniformert autoriteter, autoriteter uten helsebakgrunn og trange og nedstrippede behandlingsrom. Pasientene kan komme til eller fra helsevesenet ved hjelp av politi, en yrkesgruppe som flere pasienter har blandede følelser med fra tidligere og som dermed utgjør en trigger for aggresjon hos pasientene. Nasjonal og internasjonal forskning viser begge til resultater om at pasienter som har vært i kontakt med politiet angående psykiske lidelser og tvangsinnleggelse, forbinder de med ydmykelse, krenkelse og avmakt (Svindseth, Dahl, Hatling, 2007; Kogstad 2009). Informantene oppgir videre at i påvente av legevurdering eller transport på legevakten vil enten politi eller vektere, begge uniformerte yrkesgruppe stå vakt og hindre at pasientene forlater helsevesenet for vurderingen er tatt. Enkelte av informantene oppgir en bekymring til at personell uten helsebakgrunn og god kjennskap til god bruk av kommunikasjon og sykdomsbilde står sammen med pasienten når de er på sitt mest sårbare. Ververda et al. (2019) oppgir at kunnskap og gode holdninger er essensielt for å minimere risikoen for voldsutøvelse. Politiet eller vekterne kan få en funksjon hvor de skal passe og ivareta pasienten til vedkommende er

vurdert eller transportert til innleggelse, en funksjon som gir de en objektiviserende rolle ovenfor pasienten. De får en oppgave uten at saken eller temaet blir i fokus for dem. Informantene stiller seg spørsmålet om slike situasjoner kunne ha redusert voldelig atferd hvis noe av helsepersonellens tid kunne ha blitt brukt til å være tilstede under disse situasjonene. Videre oppgir enkelte informanter at de opplever at flere undersøkelsesrom for denne pasientgruppe kan oppleves som en trussel i seg selv. Med tanke på personellens sikkerhet er rommene strippet for gjenstander og er trange, og informanter oppgir å ha hørt de oppleve det som glattceller. Det kan oppleves som lite medmenneskelig å måtte forholde seg til et slikt rom, være utrygt og øke negative følelsesmessige reaksjoner oppgir enkelte av informantene. Dette støttes av Dahl et al. (2019) rapport som viser at skjermingstrengende pasienter sin oppførsel påvirkes av omgivelsene.

### 5.3. Sikkerhetsforebyggende tiltak

Alle informantene oppgir å være godt kjent med hvilke sikkerhetstiltak som er viktig for en selv å huske på i møte med pasientgruppen. Flere forteller allikevel at det kan være forstyrrelser eller tidspress i løpet av arbeidsdagen, som gjør at disse tiltakene kan glemmes og de finner seg selv stående i en pasientsituasjon uten å ha gjort de viktigste forhåndsreglene. De oppgir at å oppdatere seg på nødvendig bakgrunnsinformasjon gir de muligheten til å få en ekstra påminnelse på sikkerhet, der det tidligere har vært hendelser med trusler eller voldelig atferd. Informantene er videre opptatt av at pasientmøtet ikke skal formes av tidligere informasjon fra journal, en ny hendelse er en ny henvendelse. Dette viser at informantene allerede før pasientmøte er opptatt av å ikke objektivere pasientene (Jensen & Ulleberg, 2011, s 40; Skjervheim, 1974). Løberg og Johnsen (2016, s. 105) mener allikevel at informasjon om oppvekt og bakgrunn kan gi helsepersonell god innsikt i psykosens opphav, og at en da kan forstå pasienten bedre. Det tolkes slik at informantene og Løberg og Johnsen (2016, s. 105) mener at det er nyttig å ha innsikt i både tidligere journaler og bakgrunns historikk, men ikke la det forme konsultasjonen. Til tross for at helsepersonell skal møte pasientene med blanke ark, kan det være utfordrende for pasienter i konsultasjoner å gjøre det samme. Pasientene kan dermed være ekstra utrygge, sensitive og engstelig for hvert møte med helsevesenet (Kristiansen, Rydheim & Thyness, 2013, s.22). Bowers (2010) oppgir viktigheten av tydelig adressering av informasjon til pasientene ettersom at misforståelser kan raskt oppstå ved utrygghet i kombinasjon av realitetsbrist. Både Bowers

(2010) og Ververda et al. (2019) mener at helsepersonell bør i hovedsak kommunisere ved verbal kommunikasjon og begrense bruk av non- verbalt kroppsspråk fordi det er stor sannsynlighet for at det også kan bli misforstått og kan skape ubehagelige hendelser. Mye informasjon kan bli gitt til tross for at ord ikke blir brukt. Informantene oppgir at det non-verbale kroppsspråket kan gi oss god innsikt og oversikt over sinnsstemning og situasjonen til pasientene. De mener at deres non- verbale kroppsspråk forteller mye om grad av tilstedeværelse, sykdomsbilde og tegn til aggressivitet. Samtlige informanter oppgir at de har trukket seg ut av situasjoner med pasienter når de har følt seg utrygge på deres tolkning av pasientens non-verbale kroppsspråk.

Ververda et al. (2019) mener at på lik linje med pasientene kan uerfarent personell også havne i risiko for å misforstå eller mistolke pasientenes non- verbale kroppsspråk. Mangel på blick kontakt kan for uerfarent personell bli oppfattet som mangel på interesse fra pasienten, mens et erfarent personell kunne ha tolket dette som utrygghet eller forstyrrelser fra hallusinasjoner. Dette eksempelet synliggjør hvor lett misforståelser kan oppstå.

Alle informantene oppgir at de helt eksplisitt i første møte med pasienter observerer sinnsstemningen, bevegelser på armer og bein, tegn til motorisk urolighet, blick kontakt og ansiktsmimikk som en del av sin kartlegging av pasientene og situasjonen. De fleste bruker stort sett alarm, med unntak av en informant som oppgir at vedkommende ikke føler behov for det. De overveier om det er behov for ekstra personell i samtalen og hvilken plassering i de har i rommet. Dette er alle de-eskalerende teknikker (Jensen & Clough, 2016) og Penzo, Skaare og Instefjord (2020) mener at helsepersonell har en god forutsetning for å bevare sin sikkerhet og pasientens trygghet hvis disse forhåndsreglene blir praktisert i hvert pasientmøte. De oppgir videre at bevist praktisering av disse reglene, i sammenheng med erfaring vil gjøre at helsepersonell fremstår som trygge og kunnskapsrike ansatte. Informantene deler erfaringen om at disse forhåndsreglene trygger deres pasientmøter, og det kan tenkes at riktig praktisering av dette er noe av årsaken til at informantene har opplevd lite fysisk utagering. Psykiatri er et kompleks felt, hvor det oppstår faglige uenigheter og rom for drøfting. Informantene oppgir at de har ulik erfaring med posisjonering i forhold til pasientene. Den ene halvparten oppgir at pasienten skal være innerst i rommet for å kunne bevare sin egen sikkerhet om nødvendig, mens den andre halvparten oppgir at pasienten trenger å være nærmest utgangen for å kunne forlate situasjonen raskt om nødvendig. Den siste halvparten mener at det dreier seg om å gi pasienten handlingsrom ved at de selv kan trekke seg ut når

de kjenner behov for det, fremfor at de skal føle seg innestengt og øke frustrasjonen. Penzo et al. (2020) oppgir viktigheten av at ansatte skal kunne trekke seg ut av situasjonen og posisjonere seg riktig i forhold til pasienten, og holde seg på god avstand fra pasienter. På den andre siden mener Ihler (2012) at pasienten bør plasseres nærmest utgangen, da følelsen av å være innesperret kan skape aggresjon. Forskningen viser seg å være like delt på akkurat dette som hos informantene. Det kan tenkes at å gi pasienten handlingsrom ved å la de trekke seg ut av situasjonen, få noe drikke eller ta en sigarett når det emosjonelle trykket blir for høyt, kan redusere i mindre aggressivitet og dermed opprettholdes av trygghet for helsepersonell.

#### 5.4. Styrker og svakheter med studien

Denne studien har både styrker og svakheter ved seg. Det er en kvalitativ studie, bestående av åtte informanter. Det gjør det til et lite utvalg, og resultatene kan derfor ikke generaliseres til å gjelde for alle helsepersonell. Studiet har fått en jevn fordeling på aldergruppe, yrkesbakgrunn, arbeidsplass og kjønn – noe som det i utgangspunktet ikke ble lagt noe fokus på i rekrutteringsprosessen. Det fremkommer nå som et variert utvalg og som en styrke for studien. Resultatene representerer erfaringene helsepersonell har rundt voldsutøvelse fra pasienter med psykoselidelser og deres tanker rundt sikkerhet, som var målet med studien. Det kan tenkes at resultatene kunne ha vært annerledes hvis det ble foretatt et mer randomisert utvalg av informanter, hvor andre yrkesgrupper kunne ha blitt representert eller hvis det ble foretatt en kvantitativ studie som kunne ha fått frem stemmene til personer som ikke ønsker å utlevere seg i kvalitativ forskning.

Målet med studien har vært å få innsikt i helsepersonellens egne tanker om sikkerhet i møte med pasienter med psykoselidelser, og en utfordring med dette er at mennesker er forskjellige og dermed opplever og erfarer fenomener ulikt. Dette gjør at enkelte personer vil kunne oppleve noe som traumatisk, og enkelte andre vil oppleve det som bagatellmessig. Måten jeg har stilt mine spørsmål på i intervjuene kan ha hatt innvirkning på informantenes tolkning og svar.

Min rolle som forsker har også preget studien med fordeler og begrensninger. Jeg har jobbet med pasienter med psykiske lidelser i mange år, og den omsorgen for en felles pasientgruppe kan ha virket tillitsvekkende ovenfor informantene. Det kan tenkes at de dermed ønsket å bidra ekstra med gode og utdypende svar. En begrensning kan ha vært min forforståelse, og

at den kan ha formet hva jeg har fokuset på i studien, måten jeg har formulert mine spørsmål på og hvordan jeg har tolket mitt materialet.

Resultatene fra denne studien samsvarer med tidligere forskning, men åpner spørsmål og hypoteser som danner grunnlag for videre forskning. Før alle intervjuene var transkribert hadde jeg ikke forestilt meg at funnene i så stor grad skulle omfavne helsepersonellens redsel og frykt for pasientgruppen. Jeg hadde videre en forforståelse om at holdninger og kommunikasjon ville være essensielt, men ikke til den grad det viser seg å være gjennom denne studien. I videre studier ville det vært interessant å forske dypere på helsepersonellens følelser og reaksjoner knyttet til arbeid med denne pasientgruppen. Vil økt fokus på helsepersonellens følelser i dette arbeidet kunne bidra til økt trygghet blant personell, mindre objektivering og reduksjon i voldelig atferd fra pasientene?

## 6. KONKLUSJON

For å jobbe med pasienter som kan fremstå voldelig eller utagerere kreves det at helsepersonell fremstår med en etisk forsvarlig, medmenneskelig holdning. Pasienter i akutt psykose ankommer helsevesenet i en sårbar posisjon, og helsepersonell må skille handling fra pasient og fremtre på en respektfull måte. Studiens teoretiske bakteppe viser at holdninger og kommunikasjonsferdigheter er avgjørende for om helsepersonell oppnår en god behandlingsallianse, og om utagerende atferd oppstår og eventuelt hvilken retning den tar. Psykotiske pasienter opplever en realitetsbrist og forskjellig grader av psykosesymptomer ved innleggelse. Dette utløser en følelsesmessig ubalanse som kan utspilles som redsel, utrygghet eller sinne – følelser som videre kan resultere i utagerende atferd. Skjervheims (1974) teori om en tre-leddet-relasjon mener at det oppnås bedre kontakt med pasienten hvis vedkommende ikke objektiveres, og studiens funn og annen teori viser lignende resultater. Videre legger det teoretiske bakteppe i studien tyngde på viktigheten av å ha kunnskap og erfaring med pasientgruppen. Trygghet kommer med erfaring, og ettersom at denne pasientgruppen lett føler seg krenkbar vil de være ekstra vare på å analysere ord og signaler. Mennesker sender bevisst og ubevisst ut signaler i kommunikasjon med andre, og helsepersonell må være oppmerksom på det i samtaler. De må fremstå trygg, tydelig og rolig i kommunikasjon, og unngå unødvendig bruk av non-verbalt kroppsspråk som kan mistolkes av pasientene. En god holdning, erfaring og riktig bruk av kommunikasjon vil fremstå som forebyggende for utagerende atferd.

Studios informanter er helsepersonell med lang erfaring med pasientgruppen. Til tross for dette, viser funnene at selv erfarent personell opplever jevnlig redsel og frykt i møte med psykotiske pasienter. Helsepersonell med lang yrkeserfaring har god innsikt i riktig bruk av kommunikasjon, holdninger og sikkerhetstiltak men opplever allikevel å havne i situasjoner som skaper redsel og utagerende situasjoner. De har opplevd ubehagelige hendelser når det kommer til psykoser utløst av forskjellige årsaker, men oppgir at psykosesymptomer utløst av rusmidler oppleves mest uforutsigbare og farlige. Informantene oppgir selv å ha opplevd lite alvorlig vold og truende situasjoner, noe som trolig er grunnet deres årvåkenhet og håndtering av utagerende situasjoner.

Funnene og konklusjonene belyses av det metode- og teorivalget jeg har gjort. Det er et lite representativt utvalg informanter, og er derfor ikke generaliserbart for alt helsepersonell som møter pasienter med psykoselidelser i en akuttsituasjon. Det er allikevel ønskelig å belyse at informantenes stemme og utsagn er like troverdig som andres utsagn.

Ved oppsummering av funn og de teoretiske bakteppene for studiet, er min påstand at bevisstgjøring, kompetanse og opprettholdelse av de grunnleggende prinsippene som respekt, medmenneskelig holdning og god kommunikasjon - vil kunne både ivareta egen personlig sikkerhet og pasientens verdighet i møte med pasienter som kan ha utagerende atferd.

## LITTERATURLISTE

- Anderson, A. & West, S. G. (2011). Violence Against Mental Health Professionals: When the Treater Becomes the Victim, *Innovation in Clinical Neuroscience*, 8 (3), 34-39.  
Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3074201/>
- Arbeidstilsynet (u.å.). *Vold og trusler*. Hentet 20.februar 2020 fra  
<https://www.arbeidstilsynet.no/tema/vold-og-trusler/>
- Bergsagel, I. (2020). Kraftig økning i vold mot sykehusansatte, *Sykepleien*, Hentet 23.mars 2020 fra: <https://sykepleien.no/2018/03/kraftig-okning-i-vold-mot-sykehusansatte>
- Berring, L. L. (2006). Sygeplejestrategier i mødet med voldelige og truende psykiatriske pasienter, *Klinisk Sygepleje*, 20 (3), 72 -78.  
[https://www.idunn.no/klinisk\\_sygepleje/2006/03/sygeplejestrategier\\_i\\_moedet\\_med\\_voldelige\\_og\\_truende\\_psykia](https://www.idunn.no/klinisk_sygepleje/2006/03/sygeplejestrategier_i_moedet_med_voldelige_og_truende_psykia)
- Bimenyimana, E., Poggenpoel, M., Myburgh, C. & Van Niekerk, V. (2009). The lived experience by psychiatric nurses of aggression and violence from patients in a Gauteng psychiatric institution, *Department of Nursing Science*, 32 (3), 4-13.  
10.4102/curationis.v32i3.1218
- Bjørkedahl, A., Palmstierna., T. & Hansebo, G. (2010). The bulldozer and the ballet dancer: aspects of nurses' caring approaches in acute psychiatric intensive care. *Journal Psychiatric Mental Health Nursing*, 17(6), 510–518. 10.1111/j.1365-2850.2010.01548.x
- Bjørkly, S. & Grøndahl, P. (2016). Psykose og vold: Forskning med relevans for utredning av tilregnelighet, *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 53 (3), 212 – 219. Hentet fra: <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2016/02/psykose-og-vold-forskning-med-relevans-utredning-av-tilregnelighet>



- Bowers, L. (2010). How expert nurses communicate with acutely psychotic patients, *Mental Health Practice*, 13 (7), 24-26. <https://10.7748/mhp2010.04.13.7.24.c7648>
- Brunt, D. & Rask, M. (2006). Verbal and social interactions in Swedish forensic psychiatric nursing care as perceived by the patients and nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15(2), 100-110. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1447-0349.2006.00409.x>
- Brunt, D. & Rask, M. (2007). Ward atmosphere – the scarlet pimpernel of psychiatric settings? *Issues in Mental Health Nursing*, 28(6), 639-655.  
<https://doi.org/10.1080/01612840701354513>
- Cannon, T.D. & Mednick, S.A. (1993). The schizophrenia high -risk project in Copenhagen: Three decades of progress, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(370), 33 – 47.  
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1993.tb05359.x>
- Coar, L. & Sim, J. (2006). Interviewing one's peers: methodological issues in a study of health professionals. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 24 (4), 251 -256.  
<https://doi.org/10.1080/02813430601008479>
- Cremonini, V., Pagnucci, N., Giacometti, F. & Rubbi, I. (2018). Health Care Professionals Attitudes Towards Mental Illness: Observational Study Performed at a Public Health Facility in Northern Italy, *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(1), 24- 30.  
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.09.007>
- Cullberg, J. (2005) *Psykoser et integrert perspektiv*. (2.utg.) Oslo: Universitetsforlaget
- Dahl, J.E.T., Davik, N. & Løvhaug, L. (2019). Oppsummering av hendelser med skader, trusler og utagerende atferd i Akuttpsykiatrisk avdeling, *Klinikk Psykisk Helse og Avhengighet*, Oslo Universitetssykehus HF. Hentet fra: <http://www.oslo-universitetssykehus.no>
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (4.utg.)Oslo: Gyldendal Akademisk

- Davidsen, A.S. (2011). And then one day he'd shot himself. Then I was really shocked': General practitioners' reaction to patient suicide. *Patient Education and Counseling*, 85(1), 113-118. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.08.020>
- Docherty N.M. (2005). Cognitive Impairments and Disordered Speech in Schizophrenia: Thought Disorder, Disorganization, and Communication Failure. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(2): 269-278. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-843X.114.2.269>
- Dolonen, K. A. (2020). Vold og trusler rammer hver fjerde sykepleier, *Sykepleien*, Hentet 4. mars 2020 fra: <https://sykepleien.no/2017/11/vold-og-trusler-rammer-hver-fjerde-sykepleier>
- Elbogen, E. B. & Johnson, S. C. (2009). The intricate link between violence and mental disorder: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 66(2), 152–161. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2008.537>
- Elklit A. & Brink O. (2004). Akut traumatisering efter vold. *Ugeskrift for læger*, 166(7), 595 - 598. Hentet fra: <https://somaticexperiencing.dk/wp-content/uploads/2017/02/Traume-efter-Vold.pdf>
- Eronen, M., Hakola, P. & Tiihonen, J. (1996). Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Archives of General Psychiatry*, 53(6), 497– 501. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830060039005>
- Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes., J.R. & Grann, M. (2009). Schizophrenia and violence: systematic review and meta- analysis, *PLOS Medicine*, 6(8), 1-15 <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000120>
- Fazel, S., Långström, N., Hjern, A., Grann, M. & Lichtenstein, P. (2009). Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *JAMA Psychiatry*, 301(19), 2019–2023. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.675>

Folkehelseinstituttet, (2013). *Om bipolar lidelse, schizofreni og personlighetsforstyrrelser*.

Hentet 4 mars 2020 fra: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/om-bipolar-lidelse-schizofreni-og-personlighetsforstyrrelser/>

Folkehelseinstituttet, (2018). *Psykisk helse i Norge*. Hentet 4.mars 2020 fra:

[https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk\\_helse\\_i\\_norge2018.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf)

Grønmo, S. (2016). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget

Vigmostad & Bjørke AS

Godfrey, J.L., McGill, A.C., Jones, N.T. Oxley, S.L & Carr, R.M. (2014).

Anatomy of a Transformation: A Systematic Effort to Reduce Mechanical Restraints at a State Psychiatric Hospital, *Psychiatric Services*, 65 (10), 1277-1280.

Hagen, I. M. & Svalund, J. (2019). Vold, trusler og trakassering i helse og sosialsektoren,

Fafo- rapport. Hentet fra: <https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/item/vold-trusler-og-trakassering-i-helse-og-sosialsektoren>

Hartvig, P. (2012). Schizofreni og vold – Kan man forutsi voldelig atferd? *Tidsskriftet den norske legeforening*, 132(7),849 -850. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.0267>

Hartz, S.M., Pato, C.N., Mederos, H., Cavazos-Rehg, P., Sobell, J.L., Knowles, J.A., Bierut,

L.L. & Pato, M.T.(2014). Comorbidity of severe psychotic disorders with measures of substance use. *JAMA Psychiatry*. 71 (3), 248- 253.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.3726>

Helsedirektoratet. (2017). *Kartlegging av vold mot helsepersonell og medpasienter*. Hentet

fra:<http://www.helsedirektoratet.no>

- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonalfaglig retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Hentet fra:  
<http://www.helsedirektoratet.no>
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonalfaglig retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP- lidelser*. Hentet fra:  
<http://www.helsedirektoratet.no>
- Helsepersonelloven, (1999). Lov om helsepersonell. (LOV-2017-06-16-56). Hentet fra:  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helseth, V., Samet, S., Johnsen, J., Bramness, J. G. & Waal, H. (2012). Feasibility of the psychiatric research interview for substance and mental disorders ( PRISM) in an acute psychiatric ward. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 8(2), 96 – 104.  
<https://doi.org/10.1017/S1742646411000252>
- Ihler, S. O. (2011). Når pasienten truer eller angriper. *Tidsskrift den norske legeforening*, 131(9-10) 973 -974. doi:10.4045/tidsskr.11.0468
- Isdal P. (2000). *Meningen med volden*. Oslo: Kommuneforlaget
- Jensen, L. & Clough, R. (2016). Assessing and treating the patient with acute psychotic disorders, *Nursing Clinics in North America*, 8 (1)185- 197
- Jensen, P. & Ulleberg, I. (2011). *Mellom ordene: Kommunikasjon i profesjonell praksis*. (1.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Johansen, I.H., Baste, V., Rosta, K., Aasland, O.G. & Morken, T. (2017). Changes in prevalence of workplace violence against doctors in all medical specialties in Norway between 1993 and 2014: a repeated cross-sectional survey, *British Medical Journal*, 7(8) 1-7. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017757>

- Johannessen, J.O., Larsen, T.K. & Jonassen, C. (2000) *Psykose hva er det?*, Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning
- Johnsen, G.E., Baste, V., Morken, T., Rypdal, K., Palmstierna, T. & Johansen, I.H. (2020). Characteristics of aggressive incidents in emergency primary health care described by the Staff Observation Aggression Scale – Revised Emergency (SOAS-RE), *BMC Health Services Research*, 20 (33), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4856-9>
- Lagerberg, T.V., Andreassen, O.A., Ringen, P. A., Berg, A.O., Larsson, S., Agartz, I., Sundet, K. & Melle, I. (2010a). Excessive substance use in bipolar disorder is associated with impaired functioning rather than clinical characteristics, a descriptive study. *BMC Psychiatry*, 10(9), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-9>
- Lagerberg, T.V. (2015). Rus og psykotiske lidelser. I S.R. Aminoff, A.O. Berg, T.V. Lagerberg, I. Melle, C. Simonsen, T. Ueland & M. Aas, (Red) *Psykose & Samfunn*. (s.15-29). Oslo: Universitetsforlaget
- Landsem, I.P. (2020). Sykepleierenes kompetanse i kommunikasjon må systematisk inn i undervisningen, *Sykepleien*, 2018(106), 1-7. Hentet 5. mars 2020 fra <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70266>
- Langeveld, J, Bjørkly, S., Auestad, B., Barder, H., Evensen, J., Ten Velgen Hegelstad, W., Joa, I., Johannessen, J.O., Larsen, T.K, Melle, I., Opjordsmoen, S., Røssberg, J, Rund, B.R., Simonsen, E., Vaglum, P., McGlashan, T. & Friis, S. (2014). Treatment and violent behaviour in persons with first episode psychosis during a 10 – year prospective follow-up study. *Schizophrenia Research*, 156(1-2), 272 – 276. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.04.010>
- Large, M., Smith, G. & Nielssen, O. (2009). The relationship between the rate of homicide by those with schizophrenia and the overall homicide rate: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 112(1–3), 123– 129. <https://doi-org.ezproxy.inn.no/10.1016/j.schres.2009.04.004>

- Large, M.M. & Nielsens O. (2011). Violence in first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 125(2-3), 209-20. <https://doi-org.ezproxy.inn.no/10.1016/j.schres.2010.11.026>
- Lauveng, A. (2008) *I morgen var jeg alltid en løve*. Oslo: Cappelen Damm
- Lien, Y.Y., Lin, H.S., Tsai, C.H., Lien, Y.J. & Wu, T.T. (2019). Changes in Attitudes toward Mental Illness in Healthcare Professionals and Students, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(23), 4655, <https://doi.org/10.3390/ijerph16234655>
- Lillevik, O. G. & Øien, L. (2014) *Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon*, Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag
- Lov om endringer i psykisk helsevernloven mv. økt selvbestemmelse og sikkerhet. (2017) (LOV-2017-02-10-6) Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2017-02-10-6>
- Lov om gjennomføring og etablering av psykisk helsevern, psykisk helsevernloven. (1999). (LOV-1999-07-02-62) Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- Karlsson, B. (2014). Erfaringsbasert kunnskap, *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2 (11),102-102.Hentet fra:[https://www.idunn.no/file/pdf/66703238/erfaringsbasert\\_kunnskap.pdf](https://www.idunn.no/file/pdf/66703238/erfaringsbasert_kunnskap.pdf)
- Keers, R., Ullrich, S., DeStavola, B. L. & Coid, J.W. (2014). Association og violence with emergence of persecutory delusions in untreated schizophrenia, *American Journal of Psychiatry*. 171 (3), 332 – 339. Hentet fra: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdfplus/10.1176/appi.ajp.2013.13010134>
- Kogstad, R. (2009). Protecting mental health client's dignity, -the importance of legal control. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32(6), 383- 391. <https://doi-org.ezproxy.inn.no/10.1016/j.ijlp.2009.09.008>

Kristiansen, G.H., Rydheim, S. H. & Thyness, E.M. (2013). *Drøm i våken tilstand*. Oslo: Abstrakt Forlag

Kvale, S. og Brinkman, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. Utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag

NOU: 2010:3. (2010). *Drap i Norge i perioden 2004 -2009*. Oslo: Departementets servicesenter Informasjonsforvaltning. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/NOU-2010-3/id602257/>

NOU: 2019:14. (2019). *Tvangsbegrensningsloven*. Oslo: Departementets servicesenter Informasjonsforvaltning. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-14/id2654803/>

Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger, *Den norske legeforening*, 122 (25), 2468- 79.

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 3. Utgave. 2. Opplag. Oslo: Universitetsforlaget

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

Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. Utg.) Oslo: Universitetsforlaget

Martinsen, K. (2005) *Samtalen, skjønnheten og evidensen*. Oslo: Akribe Forlag

Medhus, S., Mordal, J., Holm, B., Mørland, J. & Bramness J.G. (2013). A comparison of symptoms and drug use between patients with methamphetamine associated psychoses and patients diagnosed with schizophrenia in two acute psychiatric wards. *Psychiatry Research*, 206(1), 17 – 21. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.09.023>

- Løberg, E.M. & Johnsen, E. (2016) Psykoselidelser I R. Hagen & Kennair, L.E.O. (Red) *Psykiske lidelser*. (s.104-121). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Melle, I. (2015). Psykotiske lidelser og samfunnet: Trenger vi kunnskap om miljøet i genetikkens tidsalder? I S.R. Aminoff, A.O. Berg, T.V. Lagerberg, I. Melle, C. Simonsen, T. Ueland. & M. Aas, (Red) *Psykose & Samfunn*. (s.15-29). Oslo: Universitetsforlaget
- Onwumere, J., Grice, S., Garety, P., Bebbington, P., Dunn, G., Freeman, D., Fowler, D. & Kuipers, E. (2014). Caregiver reports of patient- initiated violence in psychosis, *Canadian Journal of Psychiatry*, 59 (7), 376 -384.  
<https://doi.org/10.1177%2F070674371405900705>
- Oud, M.J.T., Schuling, J., Slooff, C.J. & Meyboom-de Jong, B. (2007). How do General Practitioners experience providing care for their psychotic patients? *BioMed Central*, 8 (37), 1-7, <https://doi.org/10.1186/1471-2296-8-37>
- Penzo, T., Skaare, Ø. & Instefjord, T.B. (2020) Trener seg til sikkerhet, *Sykepleien*, 103(9), s. 51 -53.Hentet 5. mars 2020 fra <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2015.55152>
- Read, J., Van, O.J., Morrison, A.P. & Ross, C.A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 112(5), s. 330 – 350. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00634.x>
- Reagu, S., Jones, R., Kumari, V. & Taylor, P.J. (2013). Angry affect and violence in the context of a psychotic illness: a systematic review and meta – analysis of the literature. *Schizophrenia Research*, 146 (1-3), 46 – 52.  
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.01.024>
- Riba, M.B. & Ravindranath, D. (2010). *Clinical manual of emergency psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc.



- Richter, D. (2010). Nonphysical Conflict Management and Deescalation. I: D. Richter & R. Whittington (Red.), *Violence in Mental Health Settings*. (s. 125-141). New York: Springer Science + Business Media, LLC
- Ringen, P.A., Melle, I., Birkenæs, A.B., Engh, J.A., Færden, A., Jonsdottir, H., Nesvåg, R., Vaskinn, A., Friis, S., Larsen, F., Opjordsmoen, S., Sundet, K. & Andreassen, O.A., (2008). Illicit drug use in patients with psychotic disorders compared with that in the general population: a cross-sectional study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117 (2), 133-138. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01135.x>
- Rognli, E.B., Medhus, S.E. & Bramness, J.G. (2015). Amfetaminutløst psykose eller schizofreni? *Tidsskriftet det norske legeforening*, 135 (3), 249 – 251. doi: 10.4045/tidsskr.14.1365
- Simonsen, C., Aminoff, S.R., Vaskinn, A., Barrett, E.A., Faerden, A., Ueland, T., Andreassen, O. A., Romm, K.L. & Melle, I., (2019). Perceived and experience stigma in first- episode psychosis: A 1- year follow-up study, *Comprehensive Psychiatry*, 95, 1- 8. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2019.152134>
- Skjervheim, H. (1974). «*Deltakar og tilskodar*». Instituttet for Sosiologi, Oslo: Universitetet i Oslo
- Skjervheim, H. (1996).” *Deltakar og tilskodar” og andre essays*. Oslo: Aschehoug
- Skårderud, F. (2007). Eating one’s words. Part III. Mentalisation-based psychotherapy for anorexia nervosa. An outline for a treatment and training manual. *European Eating Disorders Review*, 15(5), 323–339. <https://doi.org/10.1002/erv.817>
- Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2008) Mentalisering – et nytt teoretisk og terapeutisk begrep, *Tidsskrift den Norske Legeforening*, 128(9), 1066- 1069
- Statens arbeidsmiljøinstitutt (2018) *Faktabok om arbeidsmiljø og helse*. STAMI-rapport, 19(3), Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt. Hentet fra:

<https://stami.no/publikasjon/faktabok-om-arbeidsmiljo-og-helse-2018-status-og-utviklingstrekk/>

Statens Helsetilsyn, (2000). *Schizofreni – kliniske retningslinjer for utredning og behandling*, Oslo: Statens Helsetilsyn. Hentet fra: <http://www.helsedirektoratet.no>

Steinert, T. (2010). Prediction of Violence in Inpatient I: D. Richter & R. Whittington (Red.), *Violence in Mental Health Settings*. (s. 111-119). New York: Springer Science + Business Media, LLC

Svalund, J.(2009) *Vold og trusler i offentlig sektor*, FaFo- rapport, 2009 (30).Hentet fra: [https://www.fafo.no/media/com\\_netsukii/20120.pdf](https://www.fafo.no/media/com_netsukii/20120.pdf)

Svindseth, M.F., Dahl, A.A. & Hatling, T. (2007). Patient's experience of humiliation in the admission process to acute psychiatric wards. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(1), 47- 53 .<https://doi.org/10.1080/08039480601129382>

Terkelsen, T.B. & Larsen, I. B. (2012) Tvangsmedisinering som permanent unntakstilstand, *Tidsskriftet for Psykisk Helsearbeid*, 9(2), s. 123-132. Hentet fra: [https://www.idunn.no/file/pdf/54681169/tvangsmedisinering\\_som\\_permanent\\_unntakstilstand.pdf](https://www.idunn.no/file/pdf/54681169/tvangsmedisinering_som_permanent_unntakstilstand.pdf)

Thomassen, M. (2017). *Vitenskap, kunnskap og praksis – Innføring i vitenskapsfilosofi for helse – og sosialfag*. Oslo: Gyldendal

Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A. & Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discriminaton?, *British Journal of Pscyhiatry*, 109(3),192- 193, <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025791>

Trotta, A., Di Forti, M., Mondelli, V., Dazzan, P., Pariante, C., David, A., Mule, A., Ferraro, L., Formica, I., Murry, R. & Fisher, H. (2013). Prevalence of bullying victimisation amongst first-episode psychosis patients and unaffected controls, *Schizophrenia*

*Research*, 150 (1),169 -175.

<https://doiorg.ezproxy.inn.no/10.1016/j.schres.2013.07.001>

Thaagard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitative metode*. 4. utgave. Bergen: Fagbokforlaget. Vigmostad & Bjerke.

Ullrich, S., Keers, R. & Coid, J.W. (2013). Delusions, anger, and serious violence: New findings from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *Schizophrenia Bulletin*, 40 (5), 1174 -1181. <https://dx.doi.org/10.1093%2Fschbul%2Fsbt126>

Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R. Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J, Van Os, J. & Bentall, R.P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 661 – 671. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs050>

Vatne, S. (2006) *Korrigere og anerkjenne – relasjonens betydning i miljøterapi*. (1.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

Ververda, J., Kornkåsa, A., Bjørntvedt, E.K. & Egrem, L. M. (2019). Pasienten med schizofreni på sykehus, *Sykepleien*, 101(6), 52-55. Hentet 2. februar 2020 fra [10.4220/sykepleiens.2013.0055](https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2013.0055)

Haugland, K.K., Olsø, T.M., Ramsdal, H. & Tjelta, T.H. (2008) Vi bærer psykisk helsearbeid videre. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5 (2), 98 – 102. Hentet fra: [https://www.idunn.no/tph/2008/02/vi\\_berer\\_psykisk\\_helsearbeid\\_videre](https://www.idunn.no/tph/2008/02/vi_berer_psykisk_helsearbeid_videre)

Weibell, M.A., Joa, I., Bramness, J., Johannessen, J.O., McGorry, P.D., Ten Veldem, H.W. & Larsen, T.K. (2013). Treated incidence and baseline characteristics of substance induced psychosis in a Norwegian catchment area. *BMC Psychiatry*, 13(1) 1-1. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-319>

Westermeyer J. Comorbid schizophrenia and substance abuse: a review of epidemiology and course, (2006). *American Journal of Addiction*, 15(5), 345-355.  
<https://doi.org/10.1080/10550490600860114>

Zolnierek C.D. (2009). Non-psychiatric hospitalization of people with mental illness: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(8), 1570–83.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05044.x>

Øxnevad, A.L., Grønnestad, T. & Artzen, B., (2000). *Familiearbeid ved psykoser*, Impress, Stavanger

Aadland, E. (2011).” *Og eg ser deg ... ” Vitenskapsteori og metode i helse- og sosialfag*. 3.utg. Oslo: Universitetsforlaget

Aarnes, M. & Johansen, J. (2020). Hvordan unngå vold? *Sykepleien*.104(10) 52-54. Hentet 5. februar 2020 fra [10.4220/Sykepleiens.2016.59083](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.59083)

Aas, M. (2015). Barndomstraume som risikofaktor ved psykose. I S.R. Aminoff, A.O. Berg, T.V. Lagerberg, I. Melle, C. Simonsen, T. Ueland & M. Aas, (Red) *Psykose & Samfunn*. (s.15-29). Oslo: Universitetsforlaget

Åmotsbakken, M.D. (2018). En av fem har opplevd trusler på jobb, *Tidsskriftet den norske legeforening*,2018 (4), 2-3. Hentet fra: <http://tidsskriftet.no>

## Vil du delta i forskningsprosjektet

### *Psykose og vold –*

#### ***Hvordan kan helsepersonell forutsi voldelig atferd i en akutfase?***

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se etter muligheter for å få redusert truende og voldelig atferd mot ansatte som møter psykotiske pasienter i akutfasen. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål:**

Prosjektet er en oppgave i et masterstudium i psykisk helsearbeid, hvor formålet er å forsøke å redusere antall trusler og voldshandlinger rettet mot ansatte som jobber med akutt psykotiske pasienter. Studenten jobber på en stor legevakt på Østlandet som daglig håndterer akutthenvendelser fra flere pasienter med psykiske utfordringer. Statens Arbeidsmiljøinstitutt (2018) viser til økende registrerte hendelser hvor ansatte har blitt utsatt for vold fra pasienter på arbeidsplassen, og viser til at helsepersonell er øverst på denne statistikken. Det er forholdsvis sjelden at slike hendelser skjer på studentens arbeidsplass, men det har vært enkelte alvorlig hendelser der rettet mot ansatte. Det er derfor ønskelig, ved å samle inn personlig informasjon fra dyktige fagpersoner fra forskjellige arbeidsplasser, om det er mulig å ytterligere forbedre arbeidssituasjonen til ansatte og dermed gjøre arbeidsdagene enda tryggere. Det antas at trygging av ansatte vil resultere i at pasientene får et tryggere og mer positivt møte med helsevesenet. Intervjuer med psykiske syke pasienter viser at flere pasienter har dårlig opplevelser etter sine møter med helsevesenet i akutte kriser, og ønsker å bli møtt annerledes (Kristiansen, Rydheim & Thyness, 2013).

Funnene fra datainnsamlingen vil i etterkant kunne benyttes til å forandre og forbedre rutiner ved studentens arbeidsplass, eller vurderes publisert som artikkel.

#### **Problemstilling:**

*Psykose og vold – Hvordan kan helsepersonell forutsi voldelig atferd i en akutfase?*

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Høgskolen i Innlandet er ansvarlig for prosjektet.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Informantene har blitt selektert basert på sin yrkesgruppe og relevant erfaring. Det har vært ønskelig å få kartlagt informasjon fra yrkesgrupper som er aktivt i møte med akutt psykotiske pasienter, for å se på eventuelle likheter/ulikheter hos de enkelte personene/yrkesgruppene. Ønske er å få kartlagt informasjon om håndtering av psykotiske pasienter før eventuell tvangsmedisinering er påbegynt.

De er ansatte som har over 5 års relevant akutt arbeidserfaring og er enten sykepleier eller lege/psykiater. Det settes en grense på over 5 års arbeidserfaring for å kunne garantere at hver informant har vært involvert i gjentatte akutthendelser, og dermed inneha mye kompetanse. Det vil velges 5 personer fra hver yrkesgruppe. Enkelte informanter er valgt ut av studentens selv, og andre har blitt kontaktet via informantens egen leder.

Hva innebærer det for deg å delta?

Informantene vil delta i et fokusgruppeintervju på inntil 5 personer av samme yrkesgruppe. Studenten selv vil lede gruppen og komme med aktuelle spørsmål. Intervjuet vil være semistrukturert som betyr at studenten har fastlagt noen emneområder og enkelte spørsmål. Dette gjør at intervjuet vil belyse studenten interesseområder, men samtidig gi informantene mulighet til å kunne snakke fritt i gruppen. Det vil tilstrebes at det oppleves som en samtale mellom personer, fremfor et intervju.

Intervjuet vil tas opp på lydbånd via en båndopptaker, slik at studenten ikke går glipp av viktig informasjon. Det vil også være en co- moderator i gruppen som vil gjøre skriftlige notater. Notatene vil anonymiseres og holdes innelåst og lydbåndet vil lagres på en trygg database knyttet til behandlingsansvarlig institusjon. Du kan få tilsendt oppgaven underveis for å se om dine uttalelser er gjenkjennbare hvis ønskelig.

- «Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i et gruppeintervju. Det vil ta deg ca. 90 minutter. Intervjuet inneholder spørsmål om egen opplevelse av psykotiske pasienter, håndtering av egen sikkerhet i møte med psykotiske pasienter og eventuelle personlige ubehagelig hendelser. Det er ønskelig at informantene kan dele egne erfaringer, lære av andres erfaringer og drøfte om evidence basert forskning støtter gruppens tanker».
- **“Hvis det viser seg å være utfordrende å rekruttere ansatte, utfordrende for de ansatte å sette av tid til intervjuet, utfordrende å samle nok informanter etc. til fokusgruppeintervjuer, vil det gjennomføres individuelle intervjuer med hver av de 4-5 personene fra hver yrkesgruppe. Intervjuguiden vil være den samme.**

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Opplysningene lagres på begrenset området ved behandlingsansvarlig institusjon. Kun studenten og studentens veileder vil ha tilgang.
- For å sikre at ingen uvedkommende får tilgang til personopplysningene, vil jeg erstatte navn og dine kontaktopplysninger med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Denne navnelisten vil oppbevares innlåst, og makuleres så snart dataene er anvendt i oppgaven.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes 02.05.2020. Etter prosjektslutt vil det vurderes å fatte en artikkel for publisering. Opplysningene vil opprettholdes anonymisert, innelåst og på begrenset område ved behandlingsansvarlig institusjon og slettes når artikkelen er publisert. Hvis det vurderes å ikke fatte en artikkel, vil opplysningene slettes etter godkjenning av oppgaven.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskolen i Innlandet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Helge Toft, høgskolelektor ved Høgskolen i Innlandet. Telefonnr 95 74 84 10 eller e-mail [helge.toft@inn.no](mailto:helge.toft@inn.no)
- Vårt personvernombud: Seniorrådgiver Hans Petter Nyberg ved Høgskolen i Innlandet. Telefonnr 62 43 00 23 og e-mail [hans.nyberg@inn.no](mailto:hans.nyberg@inn.no)
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

(Veileder)

Student

-----  
-----

## Vedlegg 2 : Samtykkeerklæring

### Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Psykose og vold – Hvordan kan helsepersonell forutsi voldelig atferd i en akutfase?* og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i *intervju*
- at det gjennomføres lydopptak av meg*
- at mine personopplysninger lagres etter prosjektslutt, til artikkel*

Du kan velge å trekke ditt samtykke underveis i prosessen hvis du skulle ønske dette. Vennligst send mail til [monsoleim@hotmail.com](mailto:monsoleim@hotmail.com) hvis det skulle bli aktuelt for deg.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. ut året 2021.

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)



## Vedlegg 3 : Intervjuguide

### INTERVJUGUIDE

1. Hvilke tanker gjør du deg før du skal inn i samtale med en psykotisk pasient?
2. Hva legger du først merke til når du møter pasienten?
3. Har du noen gang opplevd en situasjon som du opplevde som ubehagelig?
  - a. Hvis ja, kan du fortelle oss andre om hendelsen?
  - b. Tenker du at det er noe i situasjonen som kunne ha vært gjort annerledes, som kunne fått et mindre ubehagelig utfall?
4. Forskning viser en økning i antall truende og voldelige hendelser i helsevesenet. Vi kjenner alle til sikkerhetstiltak som 'snakke tydelig og høflig', ikke stille seg innerst i rommet, 'gi blikkontakt' etc.
  - a. Hva tenker vi er grunnen til at det skjer en økning til tross for at vi vet hvordan vi skal tilpasse oss?
  - b. Hva kan/ bør vi gjøre annerledes for å bevare vår trygghet og pasientens sikkerhet?

#### **Ekstra spørsmål ved behov:**

5. Hvordan tenker du at selve pasienten opplever det akutte møtet med helsevesenet?

## Vedlegg 4 : Godkjenning fra NSD



### **NSD Personvern**

12.08.2019 10:08

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 907967 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt: Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 12.08.2019, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

**MELD ENDRINGER** Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres.

**TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET** Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2021.

**LOVLIG GRUNNLAG** Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

**PERSONVERNPRINSIPPER** NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye,

uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.  
Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: [REDAKERT] Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

## Vedlegg 5: Eksempel på kondensat og gullsitat

TEMA	MENINGSBÆRENDE ENHETER	SUBGRUPPE	KODEGRUPPER	KONDENSERING	GULLSITAT	RESULTATKATEGORI
Perspektiver på anerkjennelse i møte med psykosepasienter	«Jeg stiller meg inn på at pasienten kan være oppløst i krise og kanskje ikke vil hilse på meg» «Det er viktig for meg å ikke være forutinntatt» «Behandle alle med respekt – også de som er kavgærne, du skal ha like mye respekt for dem»	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vise omsorg og respekt</li> <li>• Her og nå fokus</li> </ul>	Trygghet og allianse	Jeg stiller meg inn på at pasienten kan være oppløst i krise og ikke vil hilse og tilrettelegger situasjonen og skaper best mulig allianse Det gjelder å tilrettelegge så situasjonen blir så trygg som mulig	Hvordan vi som helsepersonell fremstår er ganske så sentralt egentlig.	Imøtekomme og oppnå behandlingsallianse
Perspektiver på bruk av kommunikasjon i møte med psykosepasienter	«Jeg er alltid litt var på hvordan jeg ordlegger meg, og jeg legger ofte tempoet i samtalen opp til situasjonen» «Jeg prater alltid rolig» «Jeg er opptatt av at pasienten skal få den informasjonen som pasienter trenger» «Jeg tror du opplever det du sier at du gjør..» «Det er viktig for meg at du sier ifra at du har kontroll, og ikke vil slå..»	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Åpen kommunikasjon</li> <li>• Anerkjennelse av pasientens opplevelser</li> <li>• Regulerer tempo etter sinnstemning</li> </ul>	Kommunikasjon og ordlegging	Jeg er alltid litt var på hvordan jeg ordlegger meg, og legger tempoet på samtalen på tempoet til det jeg ser i situasjonen.	Det er viktig med kommunikasjon og at vi er bevisst over egen oppførsel.	Imøtekomme og oppnå behandlingsallianse