

**Høgskolen
i Innlandet**

Fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap

Amanda Louise Sand Solberg

Masteroppgave

**Betydningen av fysiske omgivelser for
vold og aggresjon: En kvalitativ studie
av sikkerhetspsykiatri i Norge**

The significance of physical environments for
violence and aggression: A qualitative study of
security psychiatry in Norway

Master i psykologi, spesialisering i miljøpsykologi

MPSY3010

Vår 2024

Sammendrag

I dagens psykiatri er det anerkjent at flere og flere psykiatriske fasiliteter blir lagt ned, både offentlig og privat. Denne nedskjæringen er med på å påvirke at mennesker som hadde hatt et stort behov for innleggelse. Men samtidig så er det ikke dette et direkte tilfelle når det kommer til sikkerhetspsykiatri. Ved å se på Ila nye sikkerhetspsykiatri som utgangspunkt, som skal samle alle enhetene dagens enheter til den. Dagens enheter er spredd over avdelingene Dikemark og Gaustad. Denne studien vil belyse om omgivelsene kan påvirke aggresjon og vold hos pasientene. Hensikten med denne studien er å se om dette kan ha en påvirkning gjennom fagfolk sitt syn. Det ble på bakgrunn av dette utført intervjuer, dette med arkitekter, byggherre og prosjektledere fra Sykehusbygg, og bruker- og ansattrepresentant fra Oslo universitetssykehus. Det ble sammenlagt syv intervjudeltakere fordelt over tre fokusgrupper. Disse gruppene hadde forskjellige tilnærminger og erfaringer når det kommer til sikkerhetspsykiatri. Resultatene viste at omgivelsene har en stor påvirkning på aggresjon og vold hos pasienter. Dette fra forskjellige perspektiver med tanke på yrke og erfaring.

Abstract

In today's psychiatry, it is recognized that more and more psychiatric facilities, both public and private, are being closed down. This downsizing affects people who have a great need for these services. However, this is not a direct case when it comes to forensic psychiatry. Using the new forensic psychiatry Ila as a starting point, which aims to consolidate all the current units into one, this study will examine whether the environment can influence aggression and violence among patients. Currently, the units are spread across the Dikemark and Gaustad departments. The purpose of this study is to explore whether the environment can have an impact from the perspective of professionals. Based on this, interviews were conducted with architects, builders and project managers from Sykehusbygg, as well as user and employee representatives from Oslo University Hospital. A total of seven interview participants were divided into three focus groups. These groups had different approaches and experiences when it comes to forensic psychiatry. The results showed that the environment has a significant impact on aggression and violence among patients. This was observed from different perspectives considering the profession and experience of the participants.

Forord

Mitt utgangspunkt for denne oppgaven var på bakgrunn av en stor interesse innenfor psykiatri på bakgrunn av arbeidslivet, og interessen innenfor arkitektur på det private plan. Det ble derfor en perfekt kombinasjon av arbeidsinteresse og privatinteresse. Videre var sikkerhetspsykiatri av stor interesse og derfor passet det godt at Sykehusbygg hadde Ila nye sikkerhetspsykiatri under utvikling.

Først vil jeg takke Svein Åge Kjøs Johnsen og Eli Kindervaag som takket ja til å være mine veiledere gjennom denne prosessen, som alltid hadde gode innspill og svar når jeg lurte på noe. Jeg vil også takke Jonas Rennemo Vaag som emne-ansvarlig for masteroppgaven, gjennom gode innspill og beroligende utsagn om prokrastinering.

Deretter vil jeg takke Sykehusbygg som lot meg intervjuere deres ansatte. Spesiell takk til Unni Dahl som hjalp meg i gang med prosessen og hadde gode forslag med tanke på hva jeg ønsket å skrive om. Samtidig vil jeg også takke Bergsvein Byrkjeland som Unni fikk meg i kontakt med, Bergsvein hadde mye kunnskap rundt temaet og bidro meget godt med intervjudeltakere. Takk til alle som lot seg intervjuere og ga meg gode og utfyllende resultater.

Videre en takk til mine medstudenter. Spesielt stor takk til Julia Thon som har vært en god støttespiller gjennom dette semesteret, selv med en brekt overarm.

Til slutt vil jeg takke mine foreldre for alle støtten, forståelsen og motivasjonen i denne prosessen. Takk til venner for all støtte. Takk til min venninne Lizeth Brandsås som har hjulpet meg med gode innspill og hjelp når jeg har trengt det. Spesielt takk til min samboer Otto-Alexander Tollefsen Dahl som har holdt ut med meg gjennom denne prosessen, med all støtte og tålmodighet.

Amanda Louise Sand Solberg, mai 2024

Innhold

SAMMENDRAG	2
ABSTRACT	3
FORORD	4
INNHold	5
1 INNLEDNING	8
1.1 PROBLEMSTILLING OG AVGRENSNINGER.....	8
1.2 BAKGRUNN	9
1.3 DEFINISJONER OG FORKORTELSER.....	10
2 TEORI	12
2.1 HVA ER EVIDENSBASERTDESIGN (EBD)?	12
2.2 DESIGNTEORI OM REDUKSJON AV AGGRESJON I PSYKIATRISKE FASILITETER	14
2.3 KAN HELBREDEDE ARKITEKTUR ØKE SIKKERHET I UTFORMINGEN AV PSYKIATRISKE AVDELINGER?	15
2.4 CROWDING.....	16
2.5 DESIGNDILEMMAER I MENTALSYPKEHUS	19
2.5.1 <i>Privatliv og isolasjon</i>	20
2.5.2 <i>Effektivitet og romslighet</i>	22
2.5.3 <i>Struktur og flyt</i>	23
2.5.4 <i>Medisinsk normalitet</i>	24
2.5.5 <i>Hjemlighet og sikkerhet</i>	25
2.5.6 <i>Stimulerende og beroligende</i>	26
2.5.7 <i>Kommunikasjon og distraksjon</i>	27
2.5.8 <i>Omsorg og funksjonsnedsettelse</i>	28
2.6 BIOFILISK DESIGN.....	29
3 METODE	31
3.1 KVALITATIVT INTERVJU OG BAKGRUNNEN FOR DETTE	31
3.2 PROSJEKTETS FØRSTE FASE. HVEM, HVA OG HVOR?.....	33
3.3 INTERVJUGUIDE	34
3.4 GJENNOMFØRINGEN AV INTERVJUENE.....	35

3.4.1	<i>Utfordringer</i>	36
3.5	ANALYSE.....	36
3.5.1	<i>Fase en: bli kjent med dataene</i>	37
3.5.2	<i>Generering av innledende koder</i>	38
3.5.3	<i>Utvikling av temaer</i>	38
3.5.4	<i>Gjennomgang av temaene</i>	39
3.5.5	<i>Definere og navngi temaene</i>	39
3.5.6	<i>Utarbeide rapporten</i>	40
3.6	ETIKK.....	40
4	RESULTATER OG DISKUSJON	42
4.1	HOVEDTEMA ÉN, «OMRÅDET KAN OPTIMALISERES FOR Å REDUSERE VOLD OG AGGRESJON»	44
4.1.1	<i>Undertema «Det innvendige bygget optimaliseres mot reduksjon av aggresjon og vold»</i> 45	
4.1.2	<i>Undertema, «Tilgang på natur i sammenheng med aggresjon og vold»</i>	47
4.2	HOVEDTEMA TO, «DE FYSISKE OMGIVELSENE PÅVIRKER AGGRESJON OG VOLD»	48
4.2.1	<i>Undertema én, «Hvordan opplever de ansatte de fysiske omgivelsene?»</i>	48
4.2.2	<i>Undertema to, «Opplevd kontroll»</i>	50
4.2.3	<i>Undertema tre, «Reduksjon av aggresjon og vold, ved hjelp av omgivelser</i>	52
4.3	HOVEDTEMA TRE, «AGGRESJON OG VOLD, HVOR HENTES INFORMASJONEN FRA?» ...	53
4.3.1	<i>Undertema én, «Er det kjennskap til teorier»</i>	53
4.3.2	<i>Undertema to, «Hvor innhentes informasjon?»</i>	55
4.3.3	<i>Undertema tre, «Er det utfordringer i denne prosessen?»</i>	56
4.3.4	<i>Begrensninger ved studien</i>	57
5	KONKLUSJON	58
5.1	HVORDAN KAN OMGIVELSER REDUSERE AGGRESJON OG VOLD HOS PASIENTER I SIKKERHETSPSYKIATRI?.....	58
5.2	KJENNER FAGPERSONELL UNDER UTVIKLING AV BYGG TIL TEORIEN TIL ULRICH OM PSYKIATRISK FASILITETER?.....	59
6	REFERANSELISTE	60
7	VEDLEGG	66
7.1	VEDLEGG 1: TRANSKRIBERT INTERVJU MED ARKITEKTER.....	66

7.2	VEDLEGG 2: TRANSKRIBERT INTERVJU MED SYKEHUSBYGG	78
7.3	VEDLEGG 3: TRANSKRIBERT INTERVJU MED OUS	89
7.4	VEDLEGG 4: SAMTYKKESKJEMA	96
7.5	VEDLEGG 5: NSD GODKJENNING	99
7.6	VEDLEGG 6: INTERVJUGUIDE.....	100

1 Innledning

Dagens psykiatriske tilbud har blitt omtrent halvert fra 1998 til 2017 (Berg-Heggelund & Arild, 2018), disse nedskjæringene er mye skrevet om i media og allmenn kjent. Psyken er en stor del av alle menneskers liv i både positiv og negativ forstand. For noen utvikler psyken seg i retning av psykisk sykdom, og i noen tilfeller utarter disse sykdommene seg negativt til tvungent psykisk helsevern (TPH).

Pasienter under TPH kan for eksempel være innlagt på regional sikkerhetsavdeling (RSA) på Dikemark eller lokal sikkerhetsenhet (LSA) på Gaustad (Sykehusbygg hovedprogram). Både bygget på Dikemark og Gaustad er bygg som er alt fra 60 til over 100 år gamle, noe som tyder på utdaterte bygg med tanke på hvordan dagens samfunn utvikler seg. I tillegg er det mye arbeid med gamle bygg, noe som tyder på at det er mer økonomisk å bygge et nytt bygg enn å skulle renovere et såpass gammelt bygg. Andre faktorer på bakgrunn av alder er for eksempel på Dikemark som har store begrensninger når det kommer til tilpasningsmuligheter og fremtidige bruksområder (Hovedprogram perm). Under konseptfasen av utviklingen av Oslo universitetssykehus HF (OUS), der regional sikkerhetsavdeling (RSA) går under. Under konseptfasen kommer det frem at LSA og RSA skal flyttes til Ila Syd. Dette betyr at den nye sikkerhetspsykiatrien kommer til å ligge innenfor dagens Ila fengsel. Dette nye bygget skal stå ferdig i 2026 (Sykehusbygg, 2023).

Tunge psykiatriske lidelser kan komme i forskjellige former, og noen av formene på disse lidelsene kan utarte i form av aggresjon og vold hvis lidelsen er kraftig nok. Disse personene ender ofte opp på sikkerhetsposter. Det er mange faktorer som kan spille inn for hvordan aggresjon og vold kan minskes hos pasientene. Noen av faktorene kan være de fysiske omgivelsene, men også personalet på avdelingene. De fysiske omgivelsene kan være alt fra eget rom, oppholdsrom til området rundt av den eventuelle avdelingen.

1.1 Problemstilling og avgrensninger

Denne studien vil primært se på hvordan omgivelser kan påvirke psykisk syke mennesker og deres utøvelse av vold. Prosjektet tok form etter forelesning om mulige masteroppgaver, da firmaet Sykehusbygg kom opp. Dette vekket interesse på bakgrunn av en fasinasjon rundt sykehus, psykiatri og arkitektur. Våren 2023 ble det tatt kontakt med Sykehusbygg og avtalt møte rundt eventuelle mulige oppgaver. Jeg har en interesse for bygg under utvikling og

derfor fikk jeg øynene opp for den nye sikkerhetspsykiatrien på Ila som hadde byggestart i oktober 2023 (Sykehusbygg, 2023). Disse faktorene utgjorde en hovedproblemstilling:

«Hvordan kan omgivelser redusere aggresjon og vold hos pasienter i sikkerhetspsykiatri?»

Denne problemstillingen vil se på mer enn bare aggresjon og vold, og hvordan omgivelsene eventuelt kan påvirke pasientene. Det vil også bli sett på hva teorier sier om utforming av forskjellige institusjoner. Det blir da blant annet sett på Bronfenbrenner sin utviklingsøkologiske modell som er brukt på sykehusmiljø (Clayton, 2012, s. 301). Videre på bakgrunn av problemstillingen vil det også bli sett på evidensbasert design (EBD), som en tilnærming der det vises at jo mer empirisk forskningsbevis som kan brukes til å skulle veilede design vil resultatene bli bedre når det kommer til blant annet kvalitet for tilfriskning (Clayton, 2012, s. 300). Samtidig se på hvordan natur kan påvirke tilfriskningen av pasienter, ved hjelp av biofilisk design.

Videre har det blitt valgt å ha en bi-problemstilling som baseres på en designteori som ser på å skulle redusere aggresjon i psykiatriske fasiliteter (Ulrich, Bogren, & Ludin, 2012):

«Kjenner fagpersonell under utvikling av bygg til teorien til Ulrich om psykiatrisk fasiliteter?»

Denne problemstillingen ønsker å belyse om fagpersonell som jobber med utvikling av slike institusjoner vet noe rundt eventuell forskning og kjente teorier. Dette på bakgrunn av å se om de ansatte innenfor utviklingen holder seg oppdatert og om de eventuelt anvender teori uten å være klar over det. Ulrich sin teori ser blant annet nøye på hvordan fasiliteter kan ha en påvirkning på psykiatriske pasienter, for eksempel som enkeltrom eller tilgang til natur. Dette er noe de ansatte kan ha sterke meninger rundt, men ikke har noe navn på eventuell forskning.

1.2 Bakgrunn

Bakgrunnen for valget på dette temaet som tidligere nevnt er på grunn av en fasinasjon og stor interesse rundt sykehus, psykiatri og arkitektur. Det er videre mye forskning på områder rundt sykehus, psykiatri og arkitektur, men det oppleves at disse områdene blir forsket på hver for seg. Det skal sies at det er en del forskning innenfor feltet med alle tre områdene, men ikke konkret på aggresjon og vold i den settingen jeg ønsker å se på. I tillegg har jeg erfaring fra psykiatri, og dette er en faktor som gjorde at jeg ønsker å eventuelt kunne gjøre en

forskjell med forskning. I tillegg og få frem viktigheten at psykiatriske institusjoner ikke burde nedskjæres, men heller utvide dette feltet.

1.3 Definisjoner og forkortelser

Tvungent psykisk helsevern (TPH) går primært ut på tvang i forbindelse med behandling og undersøkelse av psykiske lidelser. Når bruk av tvang innenfor helsevesenet oppstår kan det deles inn i en kortvarig observasjonsperiode, også kalt «tvungen observasjon». I tillegg er det også en behandlingsperiode av ubestemt lengde med tvungent psykisk helsevern (Bahus, 2023), der dette er den mest relevante for denne oppgaven. Tvungent psykisk helsevern skal derfor bare brukes hvis den eventuelle pasienten har en alvorlig sinnslidelse, ikke samtykkekompetent eller farlig for offentligheten (Bahus, 2023).

Lokal sikkerhetsenhet (LSA) tilbyr utredning og behandling av alvorlig psykisk sykdom hos pasienter. Disse pasientene kan ha farlig, vanskelig og voldelig atferd. På bakgrunn av dette har disse pasientene stor grad av rammer og trygghet enn det som er vanlig i andre psykiatriske døgnenheter (Hovedprogram).

Regional sikkerhetsenhet (RSA) er en virksomhet som skal sørge for mottak, omsorg og behandling av pasienter med alvorlige psykiske lidelser med atferdsavvik og som kan være alvorlig fare for andre eller seg selv. Disse pasientene er primært tvangsinnlagt etter psykisk helsevernloven, og der mange er dømt til behandling eller har en rettslig kjennelse (Hovedprogram).

Regional seksjon psykiatri og utviklingshemming/autisme (PUA) er et regionalt tilbud for personer med utviklingshemming og/eller autisme, og samtidig alvorlig psykisk tilleggslidelse med store funksjonsvansker og eventuelt høy voldsrisiko (Hovedprogram). Over halvparten av disse pasientene er under tvungent psykisk helsevern (Hovedprogram).

Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Helse Sør-Øst (KPS) er ett av tre sentre i Norge som utgjør et nasjonalt kompetansesenternetverk (Hovedprogram). Dette senteret driver med forskning, fagutvikling og utvider kompetanse innen sikkerhetspsykiatri, fengselspsykiatri og rettspsykiatri (Hovedprogram).

Aggresjon kan defineres som handlinger der en person med vilje påfører noen eller noe smerte, skade eller ubehag. Disse handlingene kan rettes mot personer, objekter eller seg selv, og har forskjellige uttrykksmåter. For eksempel verbalt eller fysisk (Svartdal, 2020).

Vold kan både være fysiske og psykiske overgrep for å få sin vilje, eller for å få utløp for eventuell aggresjon (Lomell, 2021). Justisdepartementet sin definisjon av vold er «et uttrykk for grove krenkelser av grunnleggende menneskerettigheter som det er en offentlig oppgave å bekjempe» (Lomell, 2021).

2 Teori

I denne delen vil det bli sett på relevant teori. På bakgrunn av hvordan en psykiatrisk pasient sin sinnstilstand kan påvirkes av omgivelsene rundt seg står såpass sentralt i dette prosjektet. Det vil derfor være aktuelt å skulle se på forskjellige teorier som gir faglig utbytte innenfor dette kasuset. For å kunne forstå hva som kan minske eventuell aggresjon og vold hos pasienter har det blitt valgt å se på blant annet EBD og Bronfenbrenner sin utviklingsøkologisk modell brukt på sykehusmiljø, men også en designteori som ser på å skulle redusere aggresjon i psykiatriske fasiliteter (Ulrich, Bogren, & Ludin, 2012) som hovedteorier. Det vil også bli sett på andre relevante teorier som for eksempel om arkitektur kan ha helbredende effekt og øke effekten av psykiatriske avdelinger (Ludin, 2021) og crowding. Men også forskjellige designdilemmaer i mentalsykehus sin arkitektur (Batrakova, 2019) og avslutningsvis biofilisk design.

2.1 Hva er evidensbasertdesign (EBD)?

EBD kan forklares som et bevisst forsøk på å skulle basere designbeslutninger på gode tilgjengelige forskningsfinanser (Clayton, 2012, s. 200). EBD som tilnærming viser at hvis det er godt grunnlag for empirisk forskningsbevis for å veilede eventuelle design, vil tilnærmingen gi bedre resultater når det kommer til kvalitet (Clayton, 2012, s. 300). EBD kan sees på som brukersentrert, dette fordi designet også er basert på en designer sine tekniske kunnskap, krav, og tilgjengeligheten på informasjon om hva som kan være best for pasienten (Clayton, 2012, s. 300). Dette som tilnærming kan man se på som brukersentrert, dette fordi designet er basert på både informasjon rundt hva som er best for pasientene og designeres tekniske kunnskap (Clayton, 2012, s. 300).

Innenfor EBD kommer det frem at noen av de viktigste delene innen utforming innen det fysiske miljøet går ut på at rommenes utforming møter den eventuelle pasientens behov for privatliv (CVA, 2021, s. 29). Det kan tenkes at dette vektlegges ekstra når det kommer pasienter som er innlagt innenfor psykiatrien. Videre når det kommer til utforming så viser EBD at eksponering for dagslys kan være med på å lindre angst, opplevd smerte og depresjon (CVA, 2021, s. 57). Hvis dagslys er med på å dempe disse lidelsene, kan det også tyde på at aggresjon dempes, og dermed minsker sjansen for vold. Det vises at dagslys har mange helsefremmede faktorer, som økt tilfredshet og økt søvnmengde hos pasienter (CVA, 2021, s.

57). Videre viser EBD at lyder på den eventuelle sengepost kan ha en påvirkning på både pasientene og de ansatte. Det er flere grunner til høyt støynivå på institusjoner, for eksempel at nærliggende pasienter, alarmer, dører som åpnes og lukkes, personer som snakker, og mye mer (CVA, 2021, ss. 91-92). Disse høye lydene kan være med på å påvirke eventuell pasienten sin søvnkvalitet, noe som kan igjen påvirke pasientens aggresjon.

Det å skulle skille på positive og negative lyder er en viktighet innen EBD. Dette fordi positive lyder kan være med på å bedre sinnsstemningen til pasientene, og de ansatte. Positive lyder er for eksempel at pasienter hører ansatte som ler, mens negative lyder kan være uforutsigbare, høye og plutselige (CVA, 2021, s. 92). Lydmiljø på enkeltrom som er vanlig på sikkerhetspsykiatri, blir ofte sett på som roligere og ikke bare av pasienter, men også av de ansatte (CVA, 2021, s. 92). Å legge inn et aktivt innsats for å redusere støy i helsemiljøer kan medføre til positive resultater for både pasienter og ansatte (CVA, 2021, s. 92), selv om det å skulle ha det stille på sikkerhetspsykiatri kan det tyde på at det er gunstig å forsøke å minimere støy så langt det lar seg gjøre. Tilgang på natur er også forbundet med helse i EBD, dette som en innvirkning på personers velvære har en innvirkning på stress, dette kan igjen føre til aggresjon og igjen føre til vold. Det kommer frem fra studier at naturopplevelser og miljøer med innslag av natur kan ha en positiv innvirkning på en institusjon, disse innslagene kan blant annet være fra fotografier og kunst, til fysisk tilgang på natur og dens lyder (CVA, 2021, s. 82).

EBD som nevnt litt over ser også på viktigheten av de ansatte. Ved å se på desentralisert plan som går ut på flere opplyste og organiserte personalstasjoner som samtidig er i nærheten av pasientrommene (Clayton, 2012, s. 300). Denne formen for stasjoner kan være med å redusere eventuelle forstyrrelser og de ansatte er da mer tilgjengelig for pasientene (Clayton, 2012, s. 300). Dagslys som nevnt tidligere har ikke bare påvirkning hos pasienter, men også ansatte. Lyset kan være en påvirker for hvor mye feil de gjorde, som for eksempel dokumentasjon, medisiner og i tillegg en kilde til irritasjon (CVA, 2021, s. 57). Dette kan vise at lysnivået kan ha en sammenheng på stress også hos personalet. Støy har også en stor påvirkning hos de ansatte som hos pasienter, og at også søvnkvaliteten blir også bedre hos de ansatte hvis støynivået er lavere (Clayton, 2012, ss. 300-301). På bakgrunn av disse faktorene vises det at stress og aggresjon ikke bare reduseres hos pasienter, men også hos ansatte.

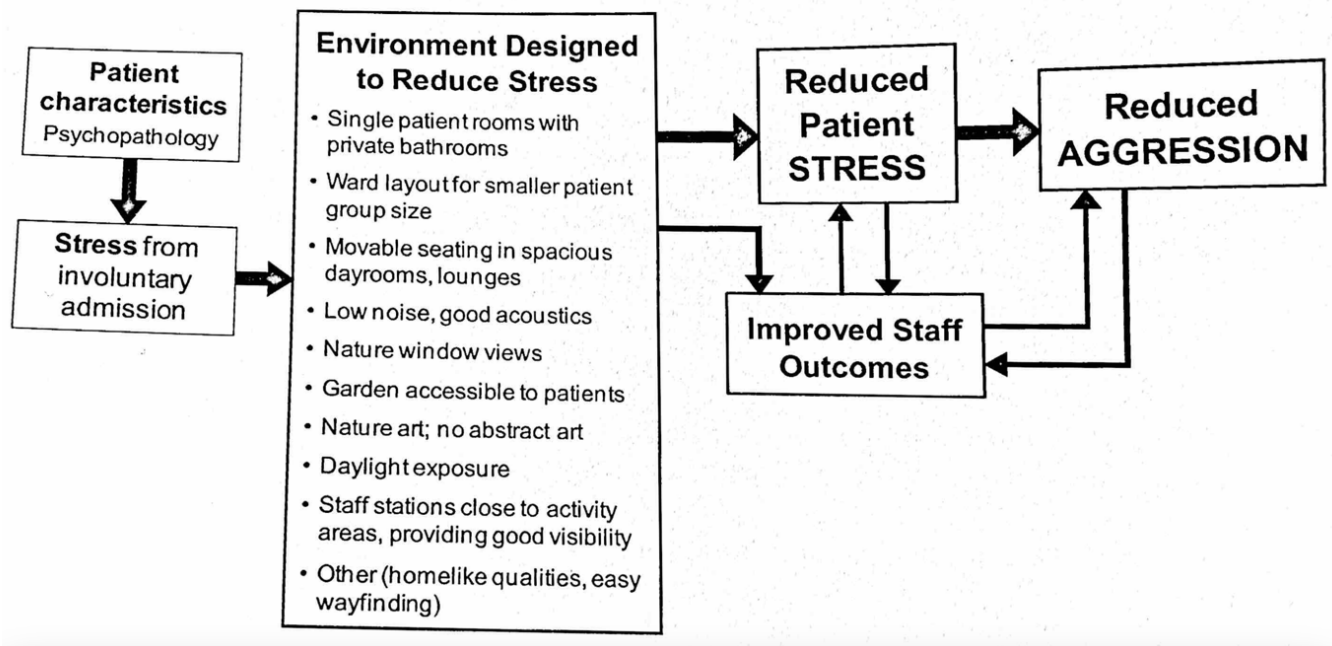
2.2 Designteori om reduksjon av aggresjon i psykiatriske fasiliteter

Designteori om reduksjon av aggresjon i psykiatriske fasiliteter ser blant annet på stressfaktorer som kan oppleves av psykiatriske pasienter som er innlagt og hvordan dette kan utløse aggresjon. Videre kan man se på et annet forslag om at det fysiske miljøet på en psykiatrisk avdeling kan ha stor påvirkning på pasientens stress (Ulrich, Bogren, & Ludin, 2012, ss. 2-3). Ved å se på disse argumentene viser det at aggresjon og vold kan bli forverret dersom psykiatriske avdelinger har eventuelle miljøtrekk som kan være en stressfaktor eller eventuelle hinder for mestring (Ulrich, Bogren, & Ludin, 2012, s. 3). Ulrich, Zhu, & Lu (2008a) sin studie foreslo at psykiatriske sykehusmiljøer kan redusere aggresjon hvis sykehusmiljøene er designet for å skulle minimere stressfaktorer som for eksempel godt personvern, trengsel og støy, stressmestringsressurser, og til slutt eksponering for stressreducerende funksjoner som blant annet natur.

Under ser man figur 2 som viser designteorien for å redusere aggresjon ved hjelp av det fysiske miljøet, denne designteorien vil videre bli forklart. Figuren viser blant annet linjer og piler som indikerer sammenhengen mellom alle variablene (Ulrich, Bogren, & Ludin, 2012, s. 3). Man kan begynne å se på boksene «pasientkarakteristikk» og «stress fra ufrivillig innleggelse» (Ulrich, Bogren, & Ludin, 2012, s. 3). Disse boksene kan man se at ligner på aggresjonsrammeverket som ble utviklet av Nijman og kolleger (Nijman, 1999). De antok at pasientkarakteristikkene og stresset som forbindes med ufrivillig innleggelse (Ulrich, Bogren, & Ludin, 2012, s. 3). Videre under boksen «miljødesign for å redusere stress» ser på at pasientens akutte stress reduseres etter eventuelle innleggelse hvis miljøet har blitt designet på en evidensbasert måte for å kunne fremme mestring, minske stress, minske for eksempel stress og fremme eksponering av natur (Ulrich, Bogren, & Ludin, 2012, s. 3). Boksen «miljødesign for å redusere stress» er med på å liste opp flere faktorer som har blitt funnet på bakgrunn av evidensfaktorene at mulighetene for å redusere stress hos pasientene økes (Ulrich, Bogren, & Ludin, 2012, s. 3). Helt til høyre i figur 2 ser man at boksen «miljødesign for å redusere stress» foreslår modellen at disse faktorene er grunnlag for å redusere stress hos pasienter, som igjen da fører til redusert aggresjon. Ved redusert aggresjon er det mulig å se reduksjon av former for vold og begrenser eventuell tvang og isolasjon (Ulrich, Bogren, & Ludin, 2012, ss. 3-4). Videre ved å se på boksen «bedre resultater for de ansatte» ser på påstander om at redusert stress hos pasienter også påvirker personalet sine resultater direkte og positivt, som for eksempel reduksjon av arbeidsbelastning og fremme høyre arbeidstilfredshet (Ulrich, Bogren, & Ludin, 2012, s. 4).

Denne designteorien viser til at et bygd miljø kan bidra til å redusere stress og vold, men det er viktig å ha med seg at kompetanse og erfaring til de ansatte, behandlingsløpet, forholdet mellom ansatte og pasienter, og andre faktorer er med på å påvirke reduksjonen av aggresjon og vold hos pasienter (Ulrich, Berry, Quan, & Parrish, 2010).

Figur 1: Stressreduksjonsmodell (Ulrich, Bogren, & Ludin, 2012)



2.3 Kan helbredende arkitektur øke sikkerhet i utformingen av psykiatriske avdelinger?

Å se på forholdet mellom «helbredende arkitektur» og «sikker arkitektur», som i Ludin (2021) sin diskusjonsartikkel blir kalt «helbredelses- og sikkerhetskomplekset».

«Helbredelses- og sikkerhetskomplekset» ble utviklet med tre uttrykk, dette under den tidlige fasen av psykiatrisk avdeling på Östra sjukehuset, Sahlgrenska universitetssykehus (Östra) (Ludin, 2021). Det første uttrykket er «God omsorg og høy grad av sikkerhet bør gå hånd i hånd» (Ludin, 2021). Dette kunne være med på å gi personal økt mulighet til å fokusere på den konkrete omsorgen og rehabiliteringsarbeidet for pasienten sitt beste (Ludin, 2021). Det andre uttrykket er «Sikkerhet må ikke kompromittere helbredelsesmiljøet» (Ludin, 2021). Normalt sett så tvinnes helbredelse og sikkerhet sammen med hverandre og går mot felles mål. Men hvis det oppstår konflikter mellom helbredelse og sikkerhet, vil helbredelsesperspektivet bli sett på som viktigere og derfor bli prioritert (Ludin, 2021). Det

tredje og siste uttrykket er «Sikkerhet må være til stede, men skjult og ikke proaktivt» (Ludin, 2021). Dette viser at det allerede fra start en tanke om at visse sikkerhetstiltak kunne bli oppfattet som negative, lite produktive og utløsende (Ludin, 2021).

Som nevnt så ble både den helbredende arkitekturen og den sikre arkitekturen brukt under den tidlige planleggingsprosessen for den psykiatriske avdelingen på Östra. I stedet for å se på disse som to separate aspekter, så kan det være lettere å forstå som et kompleks av forskjellige spørsmål, som da handler om de forskjellige helbredelsesaspektene og sikkerhetsaspektene ved arkitektur (Ludin, 2021). Ludin (2021) uttrykker i sin artikkel at helbredende arkitektur bør bli forstått som et fysisk miljø som øker trivsel og rehabilitering hos pasienter.

Sikker arkitektur kan sees på som et trygt fysisk miljø, dette da det er med på å gi personalet gode betingelser for å fokusere på hovedfokuset innen omsorg og behandling ovenfor pasientene (Ludin, 2021). Sikkerhet for personalet (personalsikkerhet) ser på hvordan personal skal unngå å bli fysisk skadet eller mentalt påvirket under eventuelle utagering hos pasienter (Ludin, 2021). Voldelige situasjoner og trusler er økende internasjonalt, dette omfanget er varierende med tanke på hvilke type diagnose og fasilitet (Ludin, 2021). Sykefravær hos helsepersonell økte med 40% i Sverige mellom 2010 til 2014, dette på grunn av vold (Ludin, 2021). Denne økningen ser i tillegg ut til å fortsette. Når det kommer til pasientsikkerhet så har det som mål å blant annet forhindre selvskading og selvdrap hos pasienter (Ludin, 2021). Det vises i Ludin (2021) sin artikkel at pasienter ikke burde ha muligheten, dette hvis de er alene, til å kunne selvskade seg selv eller lignende.

2.4 Crowding

Folkemengder kan defineres som store og midlertidige grupper som består av individer som har et felles mål. Man kan ha tendens til å se på folkemengder som noe negativt, men kan også bli sett på som noe positivt ved å smitte over godt humør (Kopec, 2018, s. 63). Et godt kjennetegn på folkemengder er at personene er anonyme, lett påvirkelige og at folkemengdens atferd er uforutsigbar (Weller, 1985). I folkemengder kan følelser bli intensivert og forsterket. Dette vil også si at når følelsene blir forsterket, så kan også gruppen sine følelser bli forsterket, og personer kan da begynne å miste sin individualitet og engasjere seg i gruppetenkning (Kopec, 2018, s. 63). Dette kan da igjen medføre at den emosjonelle intensiteten når et frenetisk nivå at følelsene oppleves ustabile (Kopec, 2018, s. 63).

Forskning på psykisk helse i motsetning til miljøpsykologi så har det blitt skilt mellom tetthet og crowding (Stocklos, 1972). Tetthet kan defineres som en form fysisk-romslig tilstand og ikke en psykologisk tilstand, som for eksempel hvor stor plass per person det er i et fysisk miljø (Ulrich, Bogren, & Ludin, 2012, s. 2). Mens crowding kan bli sett på som en fysisk og psykisk tilstand der personer opplever stress og negative følelser (Ulrich, Zhu, & Lu, 2008a). Dårlig design kan ha en betydelig effekt på oppfatningen av crowding og atferdsrespons (Kopec, 2018, s. 63). Videre kan designere innlemme sikkerhetsfunksjoner i bygninger eller fasiliteter som kan hjelpe for eksempel politi med å dempe mobber, dette med for eksempel høye lyder eller sterke lys; men som igjen ikke forårsaker en avledning som påvirker frensien. Denne påvirkningen kan for eksempel være å slå på et sprinkelanlegg for å bryte opp en folkemengde, men dette kan skape frykt og kaos når folk forsøker å komme seg unna (Kopec, 2018, s. 63). Ved å se på kjønn så vises det at menn responderer mer negativt på tetthets-situasjoner enn kvinner, dette i laboratoriesettinger (Kopec, 2018, s. 63). Ved negativ respons kan det for eksempel være humør, oppleves mer fiendtlig eller holdninger til andre. Men i feltstudier så håndterer menn ofte tetthets-situasjoner med å forlate det eventuelle miljøet (Kopec, 2018, s. 63). I en studie viste det seg at mannlige studenter hadde større sannsynlighet til å manifestere en tilstand en form for angst på grunn av tetthets-situasjoner, enn det kvinnelige studenter gjorde (Ndom, Igbokwe, & Idakwo, 2012). På bakgrunn av dette ser det ut til at kvinner kan håndtere stress og tetthets-situasjoner bedre hvis det ikke er noe enkel vei ut av mengden (Aiello, Thompson, & Brodzinsky, 1983). Det viser imidlertid at begge kjønn er mer tolerante hvis det folkemengden (crowding) inneholder flest kvinner enn menn (Hewitt & Henely, 1987). Men en annen studie viste at kjønn var påvirket av personlig plass når etnisitet, alder og den andre personens kjønn kom inn i bildet (Severy, Forsyth, & Wagner, 1979).

Crowding kan deles inn i tre komponenter og disse er; situasjon, følelse og atferden som produseres av følelsen (Gifford, 2014). Natur og organisering av et miljø er med på å utgjøre en eventuell situasjon som for eksempel utagering (Kopec, 2018, s. 64). Dette kan være med på å vekke en eventuell emosjonell reaksjon, og hvis den ikke kan løses så kan det resultere i en atferdsmessig manifestasjon. Så når man da eventuelt begynner å føle på negativt press fra crowding, så domineres bekymring er tap av kontroll, begrensede alternativer og manglende evne til å handle mot å nå et bestemt mål (Kopec, 2018, s. 64).

Videre kan crowding bli sett på som den eneste miljørelaterte variabelen som har blitt sett på i flere studier innen aggresjon på forskjellige psykiatriske avdeling (Ulrich, Bogren, & Ludin, 2012). Visse forskere har foreslått at crowding på forskjellige avdelinger kan medføre

til økt vold, dette i form av at pasientene blir utsatt for stressende eller negative forhold som øker uro og lite privatliv (Daffern & Howells, 2002). Videre har studier på psykiatriske institusjoner ikke sett på trengsel på den måten som tar hensyn til forskjellige miljøfaktorer (Ulrich, Zhu, & Lu, 2008a). Tidligere rapporter inneholder sjeldent utdypning av det fysiske miljøet på eventuelle avdelinger. Det finnes i tillegg lite informasjon om miljømessige forhold innenfor forskning i andre felt som har hatt betydning på crowding, for eksempel på enerom eller delte rom (Ulrich, Bogren, & Ludin, 2012). Crowding har blitt definert gjennom aggresjonsstudier med høyt belegg av sengeposter (eksempel antall tilgjengelige senger beregnet i forhold til hvor mange senger som er i bruk), mens andre har definert crowding som pasienttetthet eller avdelingstetthet (Ulrich, Bogren, & Ludin, 2012). Noen studier ser en positiv sammenheng mellom vold og crowding, mens andre studier har ikke funnet noen (Virtanen, et al., 2011). Ved å se på crowding stress så vises det til mangler ved utforming av det fysiske miljø som kan være en begrensning på personer sin mulighet til privatliv, regulering av relasjoner, møte på andre og unngåelse av stressfaktorer som støy (Baum & Valins, 1979).

Høy tetthet kan være en kilde til fysiologisk aktivering og stress, dette demonstreres i mange laboratoriestudier og feltstudier ved å se på hudkonduktans, blodtrykk, svette, hjertefunksjoner og andre stressindikatorer (Kopec, 2018, s. 64). Høy tetthet kan ofte være en forløper for følelsen av crowding. Men en studie av fengsler viste at crowding, og ikke tetthet, var relatert til psykisk stress hos de innsatte (Wener, 2012). Dette blir også støttet av funn som viser at crowding resulterer med psykisk stress når den oppfattede kontrollen er lavere (Lepore, Evans, & Schneider, 1992). Følelser av crowding er i direkte proporsjon med stressnivåer, og økt crowding viser til økt stress og motsatt (Kopec, 2018, s. 64). Derfor uavhengig av tetthetsfølelse, så kan følelsen av å crowding negativt påvirke en person sin helse (Kopec, 2018, ss. 64-65).

En studie som baserte seg på funn fra en evaluering etter bruk av et område, rapporterte de besøkende en opplevelse av redusert opplevelse av crowding, sinne, ubehag og forvirring når retningsvisere ble lagt til i en overfylt lobby (Wener & Karminoff, 1983). Så kort forklart så er det den opplevde og ikke faktiske tetthetsnivået som bestemmer en person sin atferdsrespons (Rapoport, 1975). Selv om det var begrenset kontroll på besøksbelastningene, så kan design redusere opplevelsen av crowding. Dette ved å for eksempel øke takhøyde eller installere speil. Sterke farger og lys er også med på å redusere crowding, og rom med mer naturlig sollys kan oppfattes å være mindre overfylte enn mørkere rom (Vaske & Shelby, 2008). Videre vises det at mindre crowding oppleves hvis rommet er rektangulært rom enn

kvadratisk (Sadalla & Oxely, 1984), i rom med tydelige hjørner i motsetning til buede vegger (Rotton, 1987), og i rom med visuelle utganger som vinduer og dører (Kopec, 2018, s. 65). Tilstedeværelse av visuelle distraksjoner som for eksempel planter, kunst og skulpturer, kan være med på å føre til mer oppfattet plass (Worchel & Teddlie, 1976). Men et rom kan oppfattes som mer overfylt hvis møbler er satt i midten i stede for rundt om i rommet og mot vegger (Sinha, Nayyar, & Mukherjee, 1995). Sosiofugale (vendt bort) er sittearrangementer kan ha en tendens til å utløse mindre følelse av crowding, enn de som er sosiopetale (vendt mot andre) (Sommer, 2008).

2.5 Designdilemmaer i mentalsykehus

Ved å se på studien til Natalia Batrakova (2019), ser på forskjellige dilemmaer som planleggere, arkitekter og medisinske fagpersoner møter på i prosessen når det kommer til å designe nye psykiatriske fasiliteter (Batrakova, 2019). Denne artikkelen er med på å belyse de forskjellige dilemmaene som man kan møte på i en prosess som for eksempel Ila nye sikkerhetspsykiatri. Artikkelen er sett på fra et arkitektperspektiv og hvilke dilemmaer de møter på når de designer psykiatriske sykehus. Det å skulle si at en slik oppgave innebærer å håndtere interessene fra svært forskjellige grupper, disse gruppene trenger; ulike typer av omsorg, personalet kan prioritere sin bekymringer foran sikkerhet, ledelsen kan ha forskjellige behandlingsmodeller i tankene, og man får ofte begrensede midler på bakgrunn av et begrenset budsjett (Batrakova, 2019).

Det finnes motstridende anbefalinger når det kommer til design, dette er på grunn av den doble naturen innen psykiatrisk behandling (Chrysikou, 2014). Dette fordi at på den ene siden burde ikke pasientene være redde for å be om hjelp og legges inn på en psykiatrisk avdeling. Det er viktig at de føler seg trygge, velkomne og ha muligheten til å beholde sin verdighet. Men det er også mulig at pasienter kan bli fratatt personvernet sitt gjennom tilsyn på natten, fjerne personlige eiendeler og eventuell konstant overvåkning på bakgrunn av sikkerhetsgrunner (Chrysikou, Architecture for psychiatric environments therapeutic spaces, 2014). På bakgrunn av dette kan man se på visse dilemmaer, som man ser på figur 2, det ble utviklet åtte par med miljøkarakteristikker som jeg har oversatt til norsk; privatliv – isolasjon, hjemmekoselig – sikkerhet, effektivitet – romslighet, omsorg – funksjonshemming, struktur – flyt, stimulerende – beroligende, medisinsk – normal, kommunikasjon – forstyrrelse. Disse

ble produsert på bakgrunn av bekymringer som har kommet frem i litteratur (Batrakova, 2019).

Figur 2: De åtte designdilemmaene (Batrakova, 2019)



2.5.1 Privatliv og isolasjon

Første dilemma er privatliv – isolasjon. Historisk sett har psykiatriske sykehus ofte blitt plassert på landlige områder uten mye tettbebyggelse, dette for å kunne gi pasientene et område som er stille og en god måte å bli skjermet på ved en naturlig måte (Batrakova, 2019). Dette kan tyde på at også blir til en viss grad praktisert i dag så langt det lar seg gjøre. På bakgrunn av dette setter Batrakova (2019) spørsmål om hvor et psykiatrisk sykehus skal bygges for å kunne sikre pasientene i form at deres opphold blir fredelig, men samtidig kunne ha en tilknytning til samfunnet.

Noen moderne sykehus blir fortsatt bygget på landlige steder på grunn av deres egnethet for utvikling av hager og gode landskap, men samtidig økonomi og sikkerhet (Batrakova, 2019). På en annen siden så kan en for avsidesliggende beliggenhet gjøre det vanskeligere for pasienter å holde seg tilkoblet samfunnet, for eksempel i form av besøk eller tilstedeværelse av familie eller pårørende. Videre så kan det å skulle plassere et psykiatrisk sykehus i samme område som somatiske sykehus kan det være med på å normalisere psykiatriske lidelser og en god mulighet for tverrfaglig omsorg hvis det skal oppstå noe med pasientene (Batrakova, 2019). Et tredje punkt er å skulle bringe psykiatriske sykehus nærmere samfunnet, dette for å ikke få for festningslignende følelse. Det kan være med på å hjelpe til å holde pasienter mer tilknyttet til den ytre verden, men samtidig mister pasientene den samme følelse av beskyttelse innenfor sitt eget univers.

Det er ikke uvanlig at mennesker med psykisk sykdom som har fått behandling opplever oftere hverdagslig stigmatisering, dette fordi den befolkningen som er «friske» tolerer sjelden forskjeller (Batrakova, 2019). Batrakova (2019) poengterer at arkitekturterminologi kan transparente bygninger, store vinduer i fellesområder, gårdsplasser, balkonger og hager som er åpne være med på å bidra til redusering av stigmatisering, og samtidig få pasientene ikke til å føle at de er på utstilling. Ved å se på helheten på bakgrunn av dette dilemmaet så ser det på å sikre pasienters personvern, men samtidig la de ha en følelse av at de ikke er bortgjemt og isolert som figur 3 illustrerer godt (Batrakova, 2019).

Figur 3: Illustrasjon av privatliv og isolasjon (Batrakova, 2019)

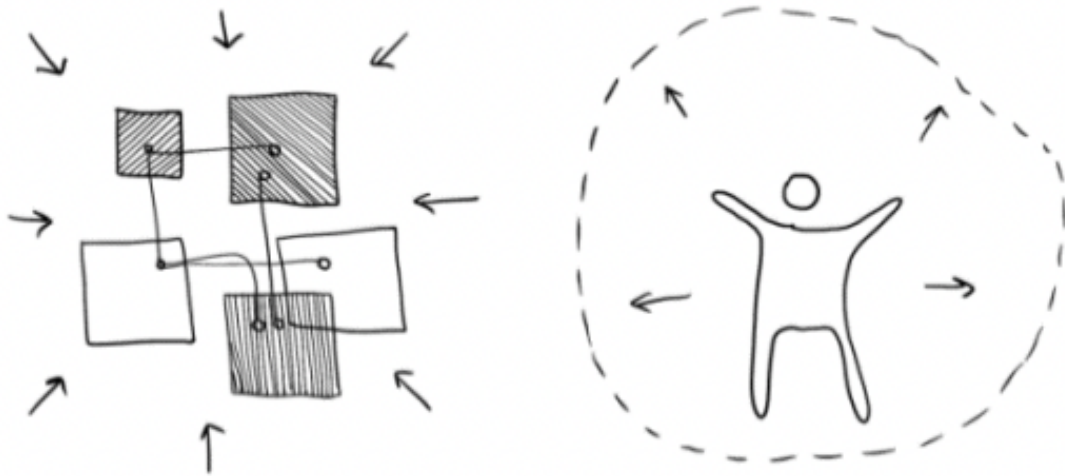


2.5.2 Effektivitet og romslighet

Det andre dilemmaet effektivitet – romslighet som vil bli sett på (se også figur 4). Ved å se på dagens sykehus, så prioriteres driftseffektivitet, kortere ruter og enklere observasjoner av færre sykepleiere (Batrakova, 2019). Arkitekter har visse regler å følge når det kommer til hvor ting skal plasseres i rommene, noe som kan bidra til at de må designe tette og mørke bygninger. Sikkerheten på psykiatriske sykehus settes høyt, noe som gjør det essensielt å kunne nå pasienten og gripe inn raskt i en eventuell utagering, dette er en av grunnene til at korte ruter på avdelinger må ha høy prioritet (Batrakova, 2019). Men på en annen side så har pasienter et behov om å ikke føle seg fanger, de vil trenge et rom der de har mulighet til å bevege seg fritt og kunne ha mulighet til å gjøre forskjellige aktiviteter. Samtidig så betyr mer plass at flere ansatte må være på jobb samtidig for å ha mer kontrollert observasjon. Mangel på ressurser er med på å gjøre det vanskelig å skulle følge de anbefalingene som ligger til rette for terapeutiske avdelinger, men man nøyer seg bare med et minimum.

Ved å designe et omfattende anlegg kan dette være en fare, dette fordi det er ikke gitt at det er nok ansatte til å kunne opprettholde driften av sykehus (Batrakova, 2019). Det vil si at hvis en slik fare oppstår, så kan for eksempel positive tiltak som hager og uteområder ende opp med å være avstengt fordi det blir vanskelig å vedlikeholde og kontrollere. Dette kan også oppstå hvis pasienter ønsker å oppholde seg i treningsrom eller terapirom, bare på grunn av for få ansatte til å kunne holde oversikt (Batrakova, 2019). Personer som har erfaring med å være innlagt både på gamle og nyere psykiatriske fasiliteter har rapportert at det har vært et savn av lys og følelsen av plass, høyt under tak og grønne områder (Batrakova, 2019). Gittins (2006) uttalte «Å gå seg vill i de vakre hagene. Det var mange steder å se og komme til rette med egne følelser. Det var lys i de gamle avdelingene. Nye sykehus føles som å være i et tilfluktsrom, bortsett fra at du ikke føler deg trygg», denne uttalelsen reflekterer godt viktigheten rundt trygghet og sikkerhet. Avslutningsvis med dilemma to er det viktig at det å designe romslige avdelinger med nok lys og korridorer, men samtidig holde rutene korte og lett å overvåke for de ansatte (Batrakova, 2019).

Figur 4: Illustrasjon av effektivitet og romslighet (Batrakova, 2019)



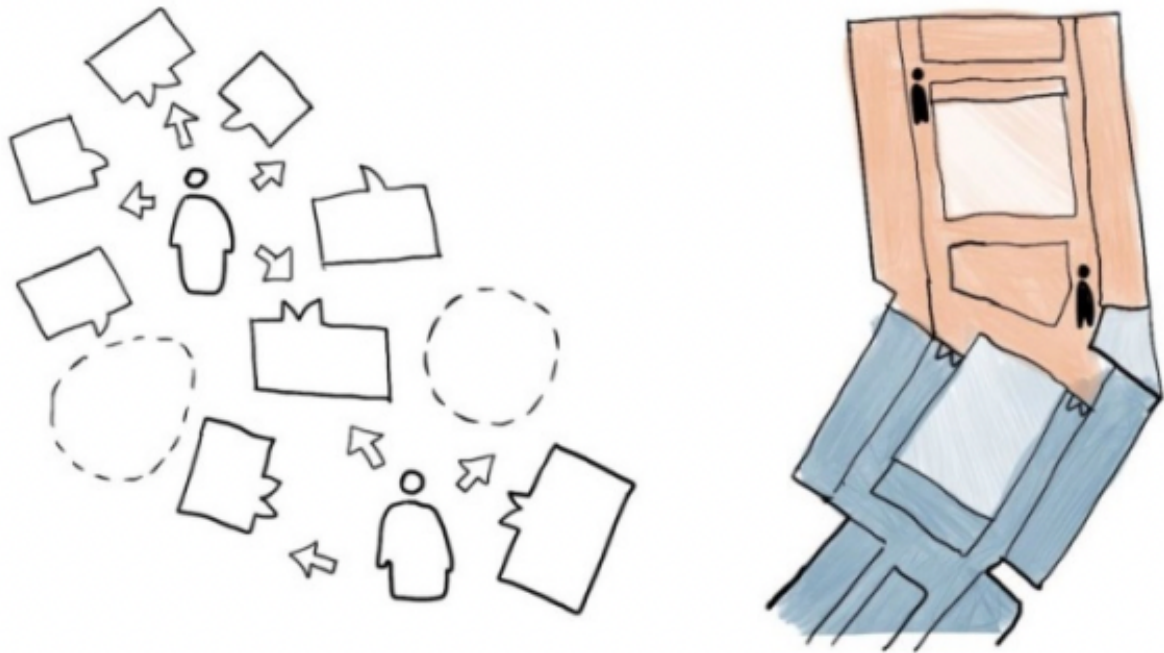
2.5.3 Struktur og flyt

I dag forsøker både somatiske sykehus og psykiatriske sykehus og gå fra et hierarkisk pasient-praktiker-forhold til en mer pasientsentrert omsorg, dette vil si der pasienter blir mer informert og er en mer aktiv part av sine behandlingsbeslutninger (Batrakova, 2019). Denne utviklingen er viktig når det kommer til psykiatrisk behandling, dette fordi pasienten er den som har mest sannsynlig størst kunnskap rundt det å skulle roe seg ned, hva som er en utløser for eventuell aggresjon eller hva som motiverer dem (Batrakova, 2019).

Å skulle designe mindre formelle konsultasjonsrom og utforme rom som fremmer tilfeldige og avslappende møter. Dette kan være med til å bidra til tillit mellom behandler og pasient, og legge til rette for en gjensidig forståelse og redusere tilfeller av aggressiv og voldelig atferd. Pasienter nevner jevnlig at uformelle interaksjoner gir en mer terapeutisk opplevelse enn strukturerte og planlagte aktiviteter (McGrath & Reavey, 2019). På en annen side viser studier på vold i psykiatriske sykehus at uforutsigbarhet og mangel på struktur kan føre til episoder av aggresjon og vold (Katz & Kirkland, 1990). Layouter, tydelig avmerkede rom og funksjoner blir ofte nevnt som anbefalinger som måter å skulle unngå forvirring, angst og irritabilitet hos pasienter (Batrakova, 2019). Samtidig kan også hierarki gi en form for sosial struktur som kan være enkel å forstå og lett å tilpasse, det kan oppleves lettere å vite hvordan man skal opptre og handle når relasjoner har klare grenser (Batrakova, 2019). Disse forklaringene kan illustreres godt under i figur 5. Arkitekturen kan ha en kraft til å påvirke det sosiale miljøet som er på et sykehus. Det er på grunn av dette at det er viktig å lykkes med å

forene behovet for å designe rom som fremmer både likhet og spontanitet, samtidig som man opprettholder grenser og regler der det er nødvendig (Batrakova, 2019).

Figur 5: Struktur og flyt (Batrakova, 2019)



2.5.4 Medisinsk normalitet

Debatten rundt medisinsk normalitet har eksistert like lenge som feltet psykiatrisk omsorg, og dette reflekterer både det medisinske og det miljømessige natur til psykiske lidelser (Batrakova, 2019). I dagens mange psykiatriske fasiliteter følges den medisinske typen med inn i psykiatriske sykehus. Designet i et sykehus, som blir påvirket av normaliseringsteori, har som mål om å få sykehus til å se nærest mulig som et normalt hjem hvis mulig. Dette kan det finnes flere løsninger som følger salutogenese og antroposofiske prinsipper, dette er hvor rom er designet for å være overraskende, flytende og uvanlige (Batrakova, 2019).

I dagens psykiatriske sykehus som er operative er basert på den medisinske modellen, men samtidig beholdes noen av de fysiske trekkene av hjemmefølelse. Det hevdes av noen at medisinsk utseende til et sykehus bidrar til å formidle et budskap om vitenskapelig presisjon og kompetanse, mens fasiliteter som har hjemmefølelse kan virke som en mer endelig destinasjon som for eksempel aldershjem (Chrysikou, 2014). På en annen side tilbringer

pasienter noen ganger måneder innlagt og kan derfor begynne å oppleve de negative effektene av et institusjonelt miljø (Batrakova, 2019). Selv om korttidsinnleggelse er et hovedmål, så er ikke dette en realitet for alle pasienter.

Dagens psykiatri er stadig i utvikling og endring, men det er fortsatt uklarerhet i om den vil komme nærmere medisinsk eller sosial omsorg, eller om den vil holde seg mellom disse to feltene. Mange studier anbefaler at det å passe på at miljøet på et psykiatrisk sykehus er nærmest mulig det normale, men om det er normaliteten til et hjem hvor man bor eller normaliteten til et sykehus der man mottar behandling (Batrakova, 2019). Dette er vanskelig å konkludere, men det må bli tatt en bestemmelse om det skal kombineres den sosiale og biomedisinske naturen til psykiatrisk omsorg eller bare prioritere en av de i stedet (Batrakova, 2019).

2.5.5 Hjemlighet og sikkerhet

Det femte dilemmaet er hjemlighet og sikkerhet, som illustrert i figur seks så ser man til venstre et hjemlig miljø og til høyre institusjonelt miljø. Det kan sees på som en konflikt mellom prinsippene for terapeutisk atmosfære og forsøk på å kunne skape et skadesikkert fysisk miljø (Batrakova, 2019). Det har blitt argumentert for at oppmerksomhet som dedikeres til et sikkert design er uforholdsmessig i forhold til ens effektivitet, dette da selvmordsraten i amerikanske sykehus har forblitt uendret til tross for at den nye tilnærmingen av design ble introdusert (Hunt & Sine, 2009). En påstand som ofte oppstår er at pasienter reagerer på det fysiske miljøet og signaler som er innebygd i det, for eksempel hvis et sykehus sine sikkerhetsfunksjoner er synlige, eller hvis personal gjemmer seg bak en glassvegg, kan pasienter da begynne å føle at de er fryktet av de ansatte, at deres handlinger er forventet til å være negative, noe som kan igjen få de til å reagere med å ikke ville samarbeide og aggresjon (Batrakova, 2019). Parallelt kan ansvaret hos personalet for å skulle beskytte pasienter mot risiko, dette ofte ved å begrense pasientenes frihet og rettigheter, som kan medføre mye stress på de ansattes arbeidsplass (Curtis, et al., 2013).

Tradisjonelle sykehus er et sted der pasienter er sårbare, og det medisinske personalet skal yte omsorg. Dette gitt at personalet er alltid tvunget til å oppfatte pasienter som en eventuell mulig fare, det er uklart hvem som egentlig er plassert i en sårbar posisjon i et mentalsykehus og hvem som må beskyttes fra hvem (Batrakova, 2019). Dette leder til spørsmålet om det er plass for isolasjonsrom i en «hjemlig» psykiatrisk avdeling. Arkitektur kan ha en form for innflytelse på atmosfæren og driften av sykehuset, dette enten det oppstår

gjennom å installere fysiske barrierer mellom pasienter eller ved å gi de forbindelser. Sikkerhet kan ikke undervurderes, dette på samme måte som personlige relasjoner, tillit, og positive interaksjoner mellom pasient og ansatt. Alle disse faktorene er essensielt for å kunne lykkes i en bedringsprosess og dette er viktig å få frem godt gjennom utforming av fasilitetene (Batrakova, 2019).

Figur 6: Illustrasjon av hjemlighet og sikkerhet (Batrakova, 2019)



2.5.6 Stimulerende og beroligende

Psykiatriske sykehus huser folk med flere forskjellige lidelser og symptomene på disse kan være svært forskjellige. På bakgrunn av disse variasjonene er det også behov for å ta hensyn til pasientenes og ansattes miljø. For eksempel pasienter som er i den maniske fasen av bipolar lidelse, det kreves da en beroligende og fredelig atmosfære. Men for eksempel med depresjon trenger stimulering og mulighet til sosial omgang (Batrakova, 2019). Hvis en pasient er urolig eller for eksempel manisk og deres behov ikke blir møtt, kan dette være med på å forstyrre atmosfæren på en hel avdeling. Det finnes ingen klare retningslinjer for å separere pasienter i ulike avdelinger med tanke på sykdomsløp (Batrakova, 2019). Det skal sies at det er en enighet om at psykotiske pasienter bør få behandling separat fra de med stemningslidelser eller kognitive funksjonsnedsettelse, noen sykehus har en egen intensivavdeling for de som er fare for seg selv og andre (Batrakova, 2019). Slike avdelinger har vanligvis ikke ressurser nok til å skille pasientene i forhold til sykdomsforløp. Batrakova (2019) uttaler at dette problemet må håndteres, dette med å kombinere disse motstridende

behov i et enkelt design, spesielt under press fra rombegrensning og økonomiske begrensninger, men samtidig prioritere behovene til pasienter (Batrakova, 2019).

2.5.7 Kommunikasjon og distraksjon

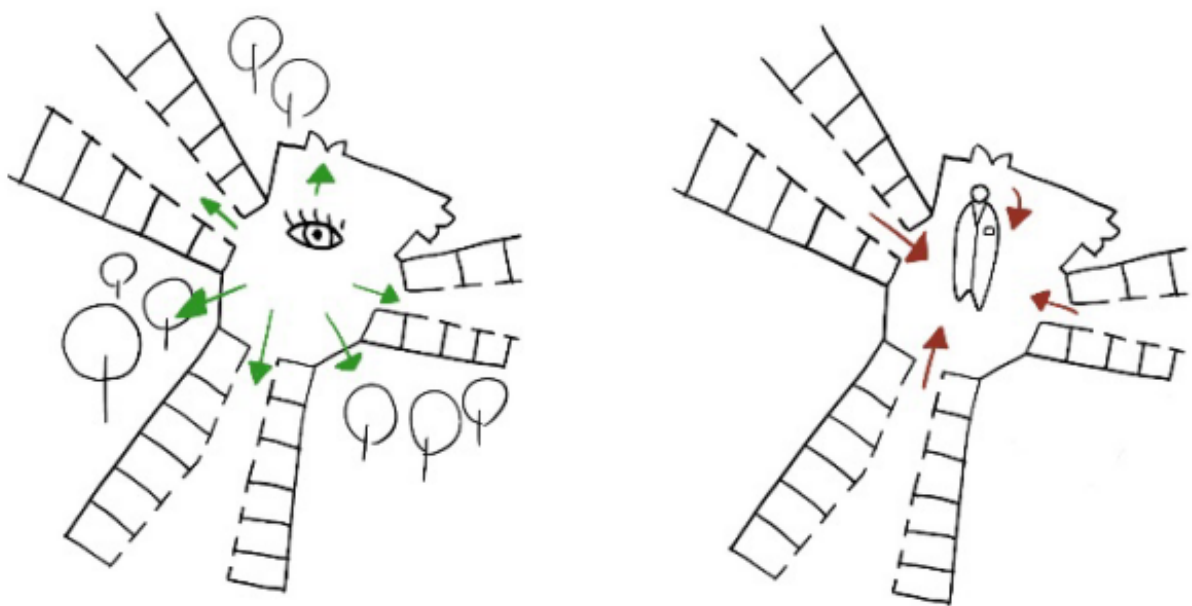
En positiv kommunikasjon mellom pasient og ansatte er en viktig del av den psykiatriske behandlingen. Arkitektur kan være med på å skape rom for forskjellige grupper når det kommer til samhandling, men samtidig skape rom som kun er for pasienter eller kun for ansatte for rolig arbeid og hvile (Batrakova, 2019). Dilemmaet kommunikasjon og distraksjon manifesterer ofte i spørsmål om hvorvidt det er mulig å designe åpen eller lukkede sykepleierstasjoner. Ansatte har til tider en tendens til å foretrekke stasjoner med glassvegg, siden de er redde for at pasientene vil misbruke enhver form for økt tilgang til dem. Det vises at hyppig samhandling med pasientene har blitt knyttet til en høyere grad av utbrenthet hos ansatte (Batrakova, 2019). På den motsatte side klager pasienter ofte over at ansatte er utilgjengelige, og «gjemmer seg på kontorene sine så mye som mulig» (Gittins, 2006). Det har blitt beskrevet at ansatte blir belastet med å fylle ut skjemaer og arbeide med dokumentasjon, og har mindre tid til å tilbringe med pasientene. Dette samtidig som pasientene føler seg kjedet, misforstått og forlatt (Stenhouse, 2011). Pasienter samhandler mest med hverandre, det samme gjelder også for personalet, dette fordi ingen av gruppene har nok fysisk og tidsmessig rom til å dedikere seg til en god og meningsfull kommunikasjon. En psykiatrisk avdeling må være et attraktivt sted å jobbe, dette fordi psykiatriske fasiliteter ofte har et stort behov for fler ansatte (Batrakova, 2019). For å kunne oppnå dette anbefales det å gjøre rom tilgjengelig for hvile og rolig arbeid. Dette dilemmaet er med på å overlapse med personvern versus isolasjon (Batrakova, 2019). Hvis ressurser er knappe må en kompleks avgjørelse mellom prioritering av pasienters behov for kommunikasjon eller vektlegges av personalet sitt behov for å ha det isolert og rolig arbeidsmiljø, dette er noe som kan påvirke antall private og delte rom som burde tilbys for begge gruppene (Batrakova, 2019).

2.5.8 Omsorg og funksjonsnedsettelse

Det siste dilemmaet som er omsorg og funksjonsnedsettelse vil nå bli forklart. Figur 7 illustrerer i tillegg godt det som menes med dette dilemmaet.

Det å skulle forberede pasienter på livet utenfor en institusjon er noe av den viktigste delen av behandlingsmålet. Likevel er det retningslinjer om tydelige observasjonslinjer, kontroll over innganger og oversikt over fellesområder til et personalorientert design med ansattstasjon i midten av avdelingen (Batrakova, 2019). Dette sammen med sykehus sine retningslinjer er det med å plassere søkelyset på de ansatte, og gjør de til løsningen på alle problemer og bekymringer samtidig som pasientene skal bli mer selvstendige (Golembiewski, 2015). Symptomer på psykiske lidelser kan være en bidragsyter til å undertrykke motivasjon og gjøre det vanskeligere for pasientene til å utføre deres daglige oppgaver, dette kan gjøre at de trenger hjelp med rengjøring, hygiene og påkledning. Men samtidig hvis pasienter ikke blir oppmuntret til å delta i disse oppgavene selvstendig når deres mentale eller fysiske tilstand tillater det kan de oppleve tillært hjelpeløshet, og derfor føle seg avhengige av ansatte, miste selvfølelse og mestring. Denne utfordringen kan være med å oppdage den mest effektive måten å utforme psykiatriske fasiliteter på som pasienter kan bruke så de opplever mer selvstendighet, uten at det går på bekostning av sikkerhet, men samtidig unngå å infantilisere pasientene og tilpasse miljøet etter deres evner (Batrakova, 2019). Det å skulle finne en god metode for å designe rommene er med på å gjenspeile pasienters vei til bedring.

Figur 7: Illustrasjon av omsorg og funksjonsnedsettelse (Batrakova, 2019)



2.6 Biofilisk design

Biofili-hypotesen er basert på en antakelse om at mennesker har et genetisk behov for å oppholde seg blant andre levende organismer (Louv, 2011). Dette kan for eksempel være omgivelser med trær, dyr, andre mennesker og akvatisk liv (Kopec, 2018). Det motsatte av biofili er biofobi, dette kan forklares som en medfødt frykt for natur. Biofili kan også defineres som «den lidenskapelige kjærligheten til livet og alt som lever» (Kopec, 2018). Biofili kan også bli beskrevet som ønsket om å nærme seg, og biofobi som et ønske om å unngå (Ulrich R. S., 1993). Dette er to former som kan passe godt til psykisk syke mennesker, dette kan tenkes fordi en psykisk sykdom er såpass sammensatt.

Selv om biofili blir sett på som natur vi mennesker ønsker å oppsøke, så er det også natur vi mennesker ønsker å unngå. For eksempel kraftige værforhold, for eksempel regn, som kan føre til at folk blir skadet eller omkommer. For eksempel i 2016 da det var kraftig regn i Europa, som resulterte i dødelige flommer (Breedem & Johannsen, 2016). Dette kan være med på å vise at mennesker ikke er direkte tolerante for kraftige klimaendringer (Kopec, 2018).

Videre ved å fortsette på Ulrich (1993) sin teori rundt biofili, så var denne med på å argumentere for at menneskearten har overlevd ved å lære seg hvilke naturlige omgivelser og elementer som var gunstige og hvilke som ikke var det. De naturlige omgivelsene som var gunstig for at man skulle overleve er de som får høy preferansevurdering i dagens forskning. For eksempel savannelignende omgivelser eller omgivelser der det er rolige vannmasser (Clayton, 2012). Kontrasten når det kommer til preferanser i urbane miljøer er, ifølge dette perspektivet, på bakgrunn av at urbane miljøer ikke viser til de karakteristikkene, som under evolusjonen, antydte tilfredsstillelse av grunnleggende behov som mat, ly og beskyttelse mot truende arter (Clayton, 2012). Et perspektiv om gjenoppretting hvis man har blitt utsatt for en stressende omstendigheter, som for eksempel psykiatrisk sykehus/institusjon, kan sees på som en forlengelse av de preferanser man har i vanlige omstendigheter, dette fordi mennesker som er under mye stress ha en stor nytte av karakteristikkene som kommer av naturlige omgivelser (Ulrich R. S., 1993, s. 108). Disse karakteristikkene antas å være adaptive fordi en rask gjenoppretting vil bringe en person tilbake til en tilstand der en kan forsvare seg selv og være mer årvåken og energisk (Clayton, 2012). Det har også blitt funnet fra annen forskning at en positiv stemningsendring, som kan oppstå ved eksponering for ufarlige naturlige omgivelser, er med på å forberede kreativitet og bredere problemløsningsevne, noe som har blitt ansett som viktig for å kunne klare seg i samfunnet (Ulrich R. S., 1993).

Det er også andre teorier som ser på biofilie som *Attention Restoration Theory* (ART). Det har blitt argumentert for at miljøkvaliteter er med på å bestemme eventuell gjenoppretting så blir disse kvalitetene referert til den opprinnelige favoriserte overlevelse og som kan være med på å forklare hvorfor naturlige omgivelser og prosesser har en høy gjenopprettingsverdi (Kaplan, 1995). I tidligere faser av evolusjonen var det mer gunstig for overlevelse å være årvåken og ledet av fascinasjon, ikke sette fokus intenst og lenge på ett spesifikt fenomen. Dette fordi det ville gjøre en person sårbar for overraskelser i det ville miljøet (Clayton, 2012). Kaplan (1995, s. 170) uttalte «det er bare i den moderne verden at skillet mellom det viktige og det interessante har blitt ekstremt».

På bakgrunn av disse teoriene vises det viktigheten rundt det biofiliske designet når det kommer til utforming av sykehus, det er også viktig i alle settinger. Dette ser man for eksempel i en av Ulrich (Ulrich, Bogren, & Ludin, 2012) studier han har deltatt i.

3 Metode

3.1 Kvalitativt intervju og bakgrunnen for dette

Kvalitativ forskningsintervju er en form for datainnsamling som kan blant annet defineres i form av intervjuer, som denne studien har brukt. Definisjonen av kvalitativ forskningsintervju er data som uttrykkes i form av tekst og ikke tall (Grønmo, 2024). Det finnes imidlertid flere definisjoner på kvalitativt intervju, SAGE Handbook of Qualitative Research (Denzin & Lincoln, 2011) har en definisjon som beskriver kvalitativt intervju godt. Denne definisjonen ser på at kvalitativ forskning er en situert aktivitet der observatøren plasseres i verden. Den kvalitative forskningen består av mange tolkende, materielle praksiser som gjøres synlig. Dette er med på å gjøre verden om til en serie av representasjoner, inkludert feltnotater, intervjuer, samtaler, opptak, fotografier og notater til seg selv. På et slikt nivå innebærer det at kvalitativ forskning er en tolkende og naturalistisk tilnærming til omverden. Dette betyr at kvalitative forskere studerer ting som er i deres naturlige omgivelser, og forsøker å tolke, fenomener i forhold til betydningen som folk tillegger dem (Denzin & Lincoln, 2011, s. 3).

Fenomenologi kan defineres som et filosofisk perspektiv som er basert på nøyaktige analyser og beskrivelser av bevissthet, men med en vekt på intervjudeltakeren sin verden. Dette impliserer at man må se bort fra deltakerens kunnskap om temaet og at det søkes etter fenomener sin essensielle og vedvarende betydning (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 355). Giorgi (Giorgi, 1975, s. 83) definerte også fenomenologi, han uttrykte «studiet av strukturen og variasjonene i strukturen i den bevissthet som en ting, hendelse eller person fremtrer for» (Creswell & Poth, 2018). På et generelt basis kan man se på fenomenologi innen det kvalitative som et begrep som pekes på en interesse for å kunne forstå sosiale fenomener fra en aktør sine perspektiver og beskrive verden på den måten som oppleves av subjektene. Dette med antakelse at viktigheten av virkeligheten er slik som folk oppfatter den (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 30).

Fokusgruppeintervju er en form for intervju som blir mer og mer brukt. Fokusgruppe ble valgt som form med utvalget, dette i samråd med kontaktpersoner hos Sykehusbygg. Det ble begrunnet fra deres side på bakgrunn av tidsperspektiv hos Sykehusbygg, det vil si at det var lettere å samle flere samtidig enn individuelt intervju. I tillegg at Sykehusbygg hadde en formening om at svarene under intervjuene kunne bli mer utfyllende hvis det var flere

deltakere, noe det var enighet i. Denne formen for intervju brukes til forskjellige formål, fra for eksempel reklamekampanjer til markedsføring (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 179). Fokusgrupper brukes også innenfor andre områder, som for eksempel helsepropaganda og ved evaluering av sosiale programmer, men først på 1980-tallet gjorde det inntog innenfor den akademiske forskningen (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 179). En fokusgruppe består stort sett av en gruppe på seks til ti personer og en intervjuer (Chrzanowska, 2002), men i denne innsamlingen er det tatt et valg om å ha tre deltakere i hver intervjugruppe. Dette blir da til sammen rundt ni deltakere totalt. Fokusgruppene har primært som formål om å se forskjellige synspunkter på samme sak, og målet er ikke å komme til en enighet eller presentere løsninger rundt spørsmålene som kommer fra intervjueren (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 179). Fokusgrupper kan være fordelaktig når intervjuobjektene sannsynligvis gir den beste informasjonen. Når intervjuobjektene har likt utgangspunkt og samarbeider godt med hverandre (Creswell & Poth, 2018, s. 164), som i dette tilfellet der alle har samme mål om å skulle ferdigstille Ila nye sikkerhetspsykiatri.

Det er blitt valgt å gjennomføre et semistrukturert intervju (vedlegg 6), dette kan defineres som en planlagt og fleksibel samtale som har et formål om å innhente beskrivelser av intervjuobjektene sin livsverden med oppmerksomhet på fortolkning av meningen med de fenomenene som blir beskrevet, som for eksempel aggresjon og vold (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 355). Kvale et al. (2015) definerer at semistrukturert intervju ligger nært opp til en dagligdags samtale, men har et profesjonelt intervju som hovedformål. Siden semistrukturert verken er en åpen samtale eller lukket spørreskjemasamtale (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 46). Spesifisitet er en av viktighetene rundt innholdet i intervjuet, dette kan gjøres ved å ha spesifikke situasjoner eller handlinger som innhentes (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 48). De spesifikke situasjonene som var under intervjuene for denne oppgaven var at deltakerne alltid skulle ha i bakhodet at spørsmålene hadde en baktanke med aggresjon og vold innenfor psykiatri. Videre er det i tillegg viktighet å ha være fokusert på bestemte temaer. Dette vil si at det er ikke direkte strukturert og «ikke-styrende», intervjuet vil da fokusere på forskningstemaet ved hjelp av åpne spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 48). Flertydighet fra intervjupersonens svar kan oppstå, dette for eksempel ved et bestemt utsagn som da kan ha flere tolkningsmuligheter og intervjupersonen kan også ha motstridende uttalelser løpet av intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 48).

3.2 Prosjektets første fase. Hvem, hva og hvor?

I starten av prosjektet var det et ønske å se på psykiatriske avdelinger som hadde høy sikkerhet, men det var samtidig stor åpenhet om hvilke psykiatriske avdelinger som skulle bli valgt. I samråd med kontaktperson i Sykehusbygg ble det fremlagt flere forslag om hvilke psykiatriske avdelinger, og om det skulle være bygg som har blitt bygget og er operative, nybygg som nettopp har blitt tatt i bruk, bygg under konstruksjon, bygg i startfasen eller bygg under planlegging. Etter litt betenkningstid ble det tatt et valg om et bygg i startfasen. Bygg i startfasen i denne konteksten er bygg som akkurat har hatt byggestart og ikke under planlegging. Etter rådføring ble da valget Ila nye sikkerhetspsykiatri, dette også fordi det var mulighet for å kunne dra å se på området uten at det hadde flere timer med reisevei. Ila nye sikkerhetspsykiatri sin beliggenhet har blitt lagt innenfor dagens Ila fengsel, det er i nærheten av skog og mark og ikke i nærheten av for mye bebyggelse som man kan se på figur 3. Samtidig ved å se på figur 12 som er hentet fra hovedprogrammet til Helse Sør-Øst og Sykehusbygg (Sykehusbygg, 2017)

Figur 8: Bilde hentet fra Sykehusbygg sitt hovedprogram (Sykehusbygg, 2017)



Figur 9: Illustrert foto av hvordan Ila nye sikkerhetspsykiatri kommer til å se ut (Sykehusbygg, 2017)



Videre når valget hadde blitt tatt var det stor klarhet i at det var et ønske å intervju ansatte som hørte til dette prosjektet. Valget på deltakere ble derfor ansatte på prosjektet. Etter et møte rundt hvordan form for intervjuer, da det ble fokusgruppe på bakgrunn av anbefaling fra kontaktpersoner i Sykehusbygg. Deres grunnlag for å skulle ha fokusgruppe som en form for intervjuinnsamling var på bakgrunn av at det var mest gunstig for de å samle flere samtidig, og de mente at det kom til å bli mer flyt i intervjuene. Det var et ønske om å intervju arkitekter, sykehusplanleggere/byggherre/prosjektledere og brukerutvalg. Det skal poengteres her at brukerutvalget ble da en brukerrepresentant fra OUS. Kontaktpersonene tok kontakt med disse informantene og satt opp møte. Det var ønskelig å ha fysiske intervjuer så langt det lot seg gjøre, noe kontaktpersonen i Sykehusbygg møtte meg på.

3.3 Intervjuguide

Intervjuguiden sin utforming endte opp med semi-strukturert intervju. Det ble da en liste med strukturerte, men samtidig åpne spørsmål der muligheten for oppfølgingsspørsmål for mer utfyllende svar ble en mulighet.

De innledende spørsmålene ble alle deltakerne spurt om, disse spørsmålene ble sett på som viktig for å kunne kartlegge rollene deres og derfor se om det er noe sammenheng

mellom deres syn på eventuelle utfordringer. Noen eksempler på de innledende spørsmålene er; «hvilken del av prosessen har du vært med i?», «hentet dere inn informasjon rundt aggresjon og vold?» eller «hvilken rolle hadde/har du/dere?». Videre når det kom til nøkkelspørsmålene så ble disse kategorisert i egne grupper ut ifra hvem som skulle intervjues. Det ble intervjuet arkitekter, byggherren (Sykehusbygg) og ansatt- og brukerrepresentant (OUS). Et eksempel på nøkkelspørsmålene som ble spurt til bruker- og ansattrepresentantene var «kan du fortelle meg litt om hva dere tenker rundt aggresjon blant pasientene, hvordan oppleves dette for dere som ansatte?».

Videre ble også alle deltakerne spurt om et mer teorirettet spørsmål, dette for å se om deltakerne hadde kunnskap til teori og om de eventuelt brukte dette i praksis uten å være klar over det. Dette spørsmålet var «kjenner du/dere til vitenskapelig forskning rundt dette temaet?», videre etter deltakerne hadde besvart dette ble de forklart hvorfor de ble spurt om det og at dette spørsmålet var basert på Ulrich (2012) sin artikkel «Design theory of reducing aggression in psychiatric facilities». Denne designteorien er illustrert i figur 1. Dette spørsmålet var primært det som var ønsket å bli avsluttet med, med mindre intervjueren kom på noen spørsmål som var ønskelig å få besvart.

3.4 Gjennomføringen av intervjuene

Ved hjelp av kontaktperson i Sykehusbygg, så kontaktet han de aktuelle deltakerne for mitt prosjekt. På forhånd hadde min kontaktperson fått informasjon rundt prosjektet som han kunne videreformidle. Samtidig ble det også sendt med samtykkeskjema der deltakerne måtte skrive under for å godta at intervjuet ble tatt opp. Videre ble det satt av rundt 30 minutter til 1 time. Det var ønskelig å ha alle intervjuene fysisk, men hvis det ikke ble mulig så ble det lagt opp digitalt via Teams.

Det skulle i hovedsak være tre deltakere i hver gruppe, så det skulle være totalt ni deltakere. Etter eget ønske siden det skulle være fysisk intervjuer så skulle alle tre intervjuene være på en dag. Dette var i hovedsak planen, men det resulterte i to digitale intervju og et fysisk.

Intervjuene ble som nevnt tatt opp og lagret, dette via Nettskjema-Diktafon, dette i henhold til Høgskolen i Innlandet sine retningslinjer når det kommer til innsamling og lagring av opptak (Høgskolen i Innlandet, 2024). Disse opptakene ble slettet, men de transkriberte intervjuene ble beholdt. Når intervjuet startet, startet intervjueren (undertegnede) med å gi litt

informasjon og samtidig fortelle at det er ønskelig at deltakerne alltid forsøker å ha aggresjon og vold i bakhodet når de besvarer spørsmålene. Samtidig ble det poengtert at deltakerne skulle forsøke å ikke nevne navn under intervjuet, men hvis det oppsto så ble det anonymisert i de transkriberte intervjuene. Når det kommer til transkriberingen så ble denne gjort ordrett, men det ble valgt å ikke ta med interjeksjoner, men hvis det oppsto lange opphold i samtalen ble det satt inn punktumer. Det vil på bakgrunn av den ordrette transkriberingen være et muntlig preg over sitatene, og eventuelle dialekter kommer med. Alle intervjuene endte opp med å vare under 30 minutter.

3.4.1 utfordringer

De eventuelle utfordringene som oppsto rundt selve intervjuene var at ikke alle intervjuene ble fysiske som ønsket, men to digitale som nevnt ovenfor. Det skal poengteres at det ikke var en stor utfordring å måtte ha intervjuene digitalt, men det ble litt vanskeligere med tanke på ekko, opptak og lignende.

Når det kom til det ene intervjuet, men OUS så oppsto det sykdom og det ble derfor bare et intervjuobjekt, og derfor fikk ikke den flytende samtalen som var ønsket.

3.5 Analyse

Det har blitt valgt å bruke tematisk analyse som analysemetode. Videre vil det bli sett på de seks fasene tematisk analyse ser på. Tematisk analyse er en mye brukt kvalitativ analytisk metode innen psykologien (Braun & Clarke, 2006).

Tematisk analyse er en metode som brukes for å identifisere, analysere og rapportere temaer i data (Braun & Clarke, 2006). Datasettet blir organisert og beskrevet minimalt, men god i detalj. Derimot går det ofte videre, og tolker de ulike aspektene av temaet (Boyatzis, 1998), da temaet i denne oppgaven er aggresjon og vold i sikkerhetspsykiatri. Tematisk analyse er som nevnt mye brukt, men det er ingen direkte enighet om hva tematisk analyse er og hvordan man eventuelt skal gå frem for å utføre den (Tuckett, 2005).

Gjennomføringen av den tematiske analysen starter når jeg begynte å legge merke til og lete etter mønstre av meningen og spørsmålene av dataene, dette begynte å oppstå under datainnsamlingen. Slutt punktet blir rapporteringen av dataene som er samlet inn, og hvor «temaer er abstrakte (og ofte uklare) konstruksjoner som forskerne identifiserer før, under og

etter analysen» (Ryan & Bernard, 2000). Analysen går ut på en konstant bevegelse frem og tilbake mellom hele datasettet, og de kodede datautdragene som blir analysert, og analysen av de dataene som produseres (Braun & Clarke, 2006). De seks fasene i tematisk analyse vil nå bli forklart og utdypet hvordan jeg gjorden det, og ved å se på figur 9 så er det en enkel forklaring av de seks fasene.

Figur 10: Fasene av tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006)

Phase	Description of the process
1. Familiarizing yourself with your data:	Transcribing data (if necessary), reading and re-reading the data, noting down initial ideas.
2. Generating initial codes:	Coding interesting features of the data in a systematic fashion across the entire data set, collating data relevant to each code.
3. Searching for themes:	Collating codes into potential themes, gathering all data relevant to each potential theme.
4. Reviewing themes:	Checking if the themes work in relation to the coded extracts (Level 1) and the entire data set (Level 2), generating a thematic 'map' of the analysis.
5. Defining and naming themes:	Ongoing analysis to refine the specifics of each theme, and the overall story the analysis tells, generating clear definitions and names for each theme.
6. Producing the report:	The final opportunity for analysis. Selection of vivid, compelling extract examples, final analysis of selected extracts, relating back of the analysis to the research question and literature, producing a scholarly report of the analysis.

3.5.1 Fase en: bli kjent med dataene

I første fase vil dataene, altså intervjuene, bli transkribert, deretter ble de transkribert intervjuene lest gjennom og noen innledende ideer ble notert.

Siden denne undersøkelsen ble samlet inn interaktivt, var det noe forkunnskap om dataene, men mest interesse og tanker rundt hva intervjuene viste. Braun og Clarke (2006) uttrykte viktigheten rundt at man må fordype seg i dataene som er innsamlet, dette så man blir godt kjent med innholdet godt. Denne form for fordypning går normalt ut på å gjentatte ganger lese dataene, men samtidig lese på en aktiv måte. Dette vil si å lete etter meninger, mønstre, sammenhenger og så videre (Braun & Clarke, 2006). Det er anbefalt å lese gjennom hele datasettet minst én gang før man skal starte på koding (Braun & Clarke, 2006), noe som ble gjort. Dette begrunnes med at ideer og identifiseringer av mønstre formes mens man leser gjennom (Braun & Clarke, 2006). Dette kan brukes både som en overordnet analyse eller en detaljert analyse, eller etter datadrevet eller teoridrevet, dette er med på å påvirke hvordan lesingen foregår. Det er uansett viktig å være godt kjent med alle aspektene av dataene (Braun & Clarke, 2006), noe som oppsto ved gjentatt lesing.

I denne fasen er som nevnt over også lurt å begynne med notater eller ideer for kodingen, som man senere kan gå tilbake til (Braun & Clarke, 2006). Dette ble gjort, og har videre hjulpet med effektiviseringen av den tematiske analysen.

3.5.2 Generering av innledende koder

Fase to starter når man har gjennomført fase en, gjort seg kjent med dataene og deretter laget en liste over ideer om hva som eksisterer i dataene og hva som er interessant rundt dem (Braun & Clarke, 2006). Fase to omfatter en produksjon av innledende koder fra dataene. Kodene identifiserer funksjoner fra dataene som er interessante for meg. Prosessen med koding er en del av analysen (Miles & Huberman, 1994), og dataene organiseres i meningsfulle grupper (Tuckett, 2005).

En enkel fremgangsmåte når det kommer til denne fasen er; først å kode så mange mulige temaer eller mønstre som mulig (Braun & Clarke, 2006). Dette ble gjort og endte opp med rundt 20 til 30 koder. For det andre så er det viktig å skulle kode datautdrag inklusivt, det vil si at man må beholde litt av de omkringliggende dataene hvis de blir relevante, en vanlig kritikk innen koding er at konteksten kan gå tapt (Bryman, 2001). Til slutt er det viktig å huske på at man kan kode individuelle datautdrag innen så mange forskjellige temaer som det er mulig at de passer inn i, så et utdrag kan være kodet så mange ganger som det er relevant (Braun & Clarke, 2006). Dette for eksempel så kan kodene som har blitt brukt i denne oppgaven som «farger» og «lys» få flere like sitater. Kode-programmet som ble brukt var f4analyse, som er det skolen tilbyr.

3.5.3 Utvikling av temaer

Den tredje fasen starter når alle dataene er blitt innledende kodet og samlet, og det er bare en lang liste over de forskjellige kodene som har blitt produsert i datasettet (Braun & Clarke, 2006). Denne fasen, som re-fokuserer analysen på et litt bredere nivå av temaer snarere enn kodene, den omfatter sortering av de forskjellige kodene inn i eventuelle temaer og samling av alle de relevante kodene innenfor de identifiserte kodene (Braun & Clarke, 2006).

Primært begynner analyseringen av kodene og det vurderes hvordan forskjellige koder kan kombineres for å danne et overordnet tema (Braun & Clarke, 2006), som for eksempel

nevnt over at «farger» og «lys», men kan flettes sammen til «det innvendige bygget». På dette stadiet kan det være nyttig å bruke visuelle representasjoner som hjelp til å sortere de forskjellige kodene inn i temaer. Som for eksempel tabeller, tankekart, skrive navn på hver kode og kort beskrivelse på et separat ark, og eksperimentere med å organisere kodene i temahauger (Braun & Clarke, 2006). Dette kan kalles tematisk kart, det kan komme noen innledende koder som videre kan utvikle seg til hovedtemaer, mens andre kan danne undertemaer, og derfor kan bli forkastet. På dette stadiet er det også mulig å ha ett sett med koder som ikke passer noe sted, så er det mulig å lage et tema som blir kalt «diverse» for å kunne huske alle kodene (Braun & Clarke, 2006).

Avslutningen på denne fasen blir å ha en samling av hovedtemaer og undertemaer, og datautdrag som blir kodet i forhold til dem. Noen av kodene ble for eksempel «aggresjon og vold» som hovedtema, mens «crowding» kan bli sett på som et undertema. Samtidig er det viktig å huske på at det ikke skal forkastes noen av temaene (Braun & Clarke, 2006).

3.5.4 Gjennomgang av temaene

Fase fire oppstår når det har blitt utviklet temaer, og dette går ut på en forbedring av temaene. Det kan komme frem i denne fasen at det er noen av temaene ikke egentlig er temaer, for eksempel hvis det ikke er nok data som støtter opp under, eller om dataene er for forskjellig (Braun & Clarke, 2022). Samtidig kan noen andre av temaene smelte sammen, for eksempel hvis to separate temaer kan danne et tema, som for eksempel «lys» og «farger» gikk over til «utseende». Det finnes to kriterier for å vurdere kategoriene, intern homogenitet og ekstern heterogenitet (Patton, 1990).

Kort forklart så går denne fasen da ut på om temaene fungerer i forhold til de kodede utdragene og hele datasettet, og samtidig genere et tematisk kart over selve analysen (Braun & Clarke, 2022).

3.5.5 Definere og navngi temaene

Den nest siste fasen, fase fem, er det starten på et tilfredsstillende tematisk kart over mine data. På dette tidspunktet defineres og videreutvikles temaene som skal presenteres for analysen, og deretter analysere dataen. Det som menes med «definisjon og videreutvikling» er at «essensen» av hva hvert tema handler om, og bestemme hvilke del av dataen hvert tema

fanger opp (Braun & Clarke, 2022). Ved å gå tilbake til de samlede datautdragene for hvert enkelt tema, og deretter organisere de til en sammenhengende og intern redegjørelse. Dette er avgjørende for at det innholdet ikke parafraseres, men det identifiseres er interessant og hvorfor det er interessant (Braun & Clarke, 2022).

Så enkelt forklart kan man si at fase fem er den pågående analysen for å finjustere detaljene i hvert av temaene og de overordnede historien analysene fortelle er med på å frembringe klare navn og definisjoner for hvert enkelt tema (Braun & Clarke, 2022).

3.5.6 Utarbeide rapporten

Siste fase, fase seks, er når man begynner å ha et sett med ferdig utviklede temaer, dette innebærer den endelige analysen og utarbeidelse av rapporten. Oppgaven med å skulle skrive en tematisk analyse til en forskningsoppgave eller avhandling, det er å skulle fortelle den komplekse historien om dataene som har blitt hentet inn på en måte som overbeviser leseren om gyldigheten av analysen som har blitt gjort (Braun & Clarke, 2022).

Viktigheten rundt analysen, oppbygningen av den også inkludert datautdrag, å gi en kortfattet logisk, sammenhengende, ikke-repetitiv og interessant fremstilling av historien dataene vil fortelle. De eventuelle utdragene skal være lett å identifisere som eksempler på problemstillingen (Braun & Clarke, 2022).

Så enkelt forklart så er fase seks den siste muligheten for analyse. Utvalget skal være overbevisende utdragseksempler, endelig analyse av utvalgte utdrag, og analysen skal kunne relatere til forskningsspørsmålet og litteraturen, og utarbeide en vitenskapelig rapport av analysen (Braun & Clarke, 2022).

3.6 Etikk

For å sikre at forskningen var i tråd med riktig prosedyre ble det sendt inn søknad til NSD. Søknaden inneholdt informasjonsskriv, intervjuguide og prosjektbeskrivelse. Søknaden ble sendt inn i god tid sånn at den skulle være godkjent (vedlegg 5) før selve innsamlingen startet.

Dette prosjektet hadde ingen direkte sensitiv informasjon om intervjudeltakerne, men datamaterialet ble fortsatt håndtert riktig. Prosedyrene for lagring og oppbevaring av opptak av intervjuene ble fulgt i forhold til retningslinjene som Høgskolen har (Høgskolen i

Innlandet, 2024). Så selv om ingen sensitiv informasjon ble tatt inn ble alt av datamaterialet behandlet som at det inneholdt dette.

Samtidig så er det stor viktighet rundt at deltakerne har rett til å vite hva de deltar i (Howitt, 2013). På bakgrunn av dette så fikk alle deltakerne som nevnt tidligere et samtykke skjema de måtte skrive under på for å godkjenne å delta (vedlegg 4). Videre ble deltakerne igjen spurt om de godkjente at intervjuene ble tatt opp før selve intervjuene startet, samt litt mer formell informasjon rundt anonymitet og lignende.

4 Resultater og diskusjon

Denne delen av oppgaven vil først se på resultatene fra intervjuene, og hvordan teorien kan samsvare med hva resultatene viser. Deretter vil det bli gjennomført en diskusjon av hva funnene viser og hvordan de eventuelle teoriene er vært en ubevisst påvirker.

Under den tematiske analysen endte det opp med tre temaer. Disse tre hovedtemaene vil gi et inntrykk av hvordan intervjuobjektene tenker i forhold til utviklingen av den nye sikkerhetspsykiatrien på Ila. Det blir som nevnt trukket inn teori i disse resultatene og om teorien samsvarer. En tabell (figur 10) illustrerer hovedtemaene og undertemaene. Temaene ble organisert sammen til åtte undertemaer. Alle de tre hovedtemaer blir sett på med en tanke om hva intervjudeltakerne ser på som mest hensiktsmessig for et best mulig resultat. Det første hovedtemaet ser på «Området kan optimaliseres for å redusere vold og aggresjon», undertemaene ble da «Det innvendige bygget optimaliseres mot reduksjon av aggresjon og vold». Det andre hovedtemaet er «De fysiske omgivelsene påvirker aggresjon og vold», undertemaene her ble da «Hvordan opplever de ansatte de fysiske omgivelsene?», «Opplevd kontroll» og «Reduksjon av aggresjon og vold». Det siste og tredje hovedtemaet er «Aggresjon og vold, hvor hentes informasjonen fra?», undertemaene her endte opp som «Er det kjennskap til teorier», «Hvor innhentes informasjonen?» og «Er det utfordringer i denne prosessen?». Alle disse temaene har i bakhodet pasientene, hvordan aggresjon og vold kan redusere hos dem, og samtidig ha en økt sikkerhet for både de ansatte og pasientene.

Figur 11: Temaer i analysen

Temaer		
1) Området kan optimaliseres for å redusere vold og aggresjon	2) De fysiske omgivelsene påvirker aggresjon og vold	3) Aggresjon og vold, hvor hentes informasjonen fra?
Det innvendige bygget optimaliseres mot reduksjon av aggresjon og vold	Hvordan opplever de ansatte de fysiske omgivelsene?	Er det kjennskap til teorier
Tilgang på natur i sammenheng med aggresjon og vold	Opplevd kontroll	Hvor innhentes informasjon?
	Reduksjon av aggresjon og vold, ved hjelp av omgivelser	Er det utfordringer i denne prosessen?

Det første hovedtemaet «Området kan optimaliseres for å redusere vold og aggresjon» ser på hvordan intervjudeltakerne har tenkt rundt utviklingen av bygget og hva de tenker nå som bygget er under konstruksjon, og tankene rundt samhandlingen mellom bygget innvendig og uteområdet. Men samtidig hvordan områdets konstruksjon kan ha en påvirkning på pasientene. Det første undertemaet «Det innvendige bygget optimaliseres mot reduksjon av aggresjon og vold» ser på som litt nevnt tidligere hva intervjudeltakerne tenker rundt utformingen av bygget og hvordan de ønsker at det skal se ut innvendig. Når det kommer til intervjudeltakernes ønske om hvordan det skal se ut innvendig baseres på hva de ønsker for de ansatte, pasientene, og samtidig hvilke formelle krav som skal holdes, som for eksempel sikkerhet. Kategori nummer to under dette undertemaet, «Tilgang på natur i sammenheng med aggresjon og vold», ser på hva intervjudeltakerne tenker rundt hvordan uteområdet blir og sikkerheten rundt uteområdet, dette både for pasientene og de ansatte.

Det andre hovedtemaet «De fysiske omgivelsene påvirker aggresjon og vold», fikk de tre temaene «Hvordan opplever de ansatte de fysiske omgivelsene?», «Opplevd kontroll» og «Reduksjon av aggresjon og vold». Temaet «Hvordan opplever de ansatte de fysiske omgivelsene» ser på hva de deltakerne tenker rundt hvordan de ansattes arbeidsmiljø og sikkerhet kan være mest mulig ideell i forhold med tanke på en krevende jobb. I tillegg ser det på hva bruker- og ansattrepresentanten tenker er mest gunstig for egen arbeidshverdag. Videre til tema nummer to «Opplevd kontroll» så ser dette på hvordan pasientene kan trives best

mulig selv om de er på Ila nye sikkerhetspsykiatri under tvang, og samtidig at deres sikkerhet ivaretas, både fysisk og psykisk. Det tredje undertemaet er «Reduksjon av aggresjon og vold, ved hjelp av omgivelser», dette temaet vil se på hvordan aggresjon og vold kan reduseres i forhold til omgivelsene. Samtidig vil undertemaene «Hvordan opplever de ansatte de fysiske omgivelsene» og «Opplevd kontroll» flettes sammen og sammenlignes med «Reduksjon av aggresjon og vold», dette for å se hvordan aggresjon og vold kan påvirke både pasientene, men også de ansatte.

Det tredje og siste hovedtemaet som er «Aggresjon og vold, hvor hentes informasjonen fra?». Temaene under denne kategorien ser på hvilke praktiske forhold som deltakerne eventuelt har møtt på eller tror de vil møte på, det ble derfor de tre undertemaene «Er det kjennskap til teorier», «Hvor innhentes informasjon?» og «Er det utfordringer i denne prosessen». Undertemaet «Er det kjennskap til teorier?» ser primært på hvordan type teorier og forskning deltakerne vet om, og om de har blitt brukt i praksis under planleggingen. Undertemaet «Hvor innhentes informasjon?» ser på hvor deltakerne har innhentet informasjon fra, for eksempel brukerrepresentanter eller form for utvalg. Det siste undertemaet «Er det utfordringer i denne prosessen?» sier seg selv, om deltakerne har møtt på eventuelle utfordringer i prosessen eller om de tror de kommer til å møte på noen utfordringer.

4.1 Hovedtema én, «Området kan optimaliseres for å redusere vold og aggresjon»

Det første hovedtemaet «Området kan optimaliseres for å redusere vold og aggresjon» vil nå bli analysert, men først en drøfting av bygget Ila nye sikkerhetspsykiatri. Bygget og området som man ser avbildet på figur 9, som ligger innenfor dagens Ila fengsel. Ved å se på figur 8 ser man beliggenheten på hvor den nye sikkerhetspsykiatrien kommer til å ligge, dette i forhold til hovedveier og Ila fengsel.

Videre ved å se på figur 12 som er hentet fra hovedprogrammet til Helse Sør-Øst og Sykehusbygg (Sykehusbygg, 2017). På denne figuren ser man dagens lokalisering av den regionale sikkerhetspsykiatrien, samt det totale bruttoarealet og byggeåret. Som figur 12 viser så ser man at dagens lokaliseringer er spredt og holder til på Dikemark og Gaustad, og da skal alt dette flyttes til en ny samlet lokasjon, som da blir Nye Ila Sikkerhetspsykiatri. Ved å se på når disse byggene ble bygget som nevnt tidligere så er de alt fra over 100 år gamle til rundt 65 år gamle. Med som gamle bygg som nevnt tidligere så tyder dette på at byggene er utdaterte i forholdt til dagens samfunn. Dette i tillegg til alt arbeidet det er med gamle bygg, noe som

tyder på at det er mer økonomisk å skulle sette opp et nytt bygg som er mer egnet for dagens samfunn og utvikling. I tillegg ser man hvor mye bruttoareal alle disse virksomhetene rommer, det totale bruttoarealet i dag er 19 393 m². I idéfasen blir det foreslått at det nye bygget skal utgjøre et bruttoareal på 17 568 m² (Sykehusbygg, 2017).

Figur 12: Oversikt over dagens virksomheter (Sykehusbygg, 2017)

Virksomhet	Dagens Lokalisering	Totalt Bruttoareal	Oppførings-tidspunkt
Regional sikkerhetsavdeling (RSA)	Dikemark (Granli)	4 480	1925
Lokal sikkerhetsenhet A (betjener deler av opptaksområde for Ahus)	Gaustad (bygg 17)	3 651	1920
Lokal sikkerhetsenhet B (Diakonhjemmet, Lovisenberg sektor)	Gaustad (bygg 17)		1920
Lokal sikkerhetsenhet C (OUS-sektor)	Dikemark (Verkensv. 19)	2 538	1960
Regional seksjon psykiatri og utviklingshemming/autisme (PUA)	Dikemark (Verkensv. 19)	7 613	1960
Kompetansesenter for regional sikkerhets-, fengsel- og rettspsykiatri (KPS)	Gaustad (bygg 07)	1 111	1855
Totalt inkludert Lokal sikkerhetsenhet A		19 393	
Totalt eksklusiv Lokal sikkerhetsenhet A (opptaksområde Ahus)		17 568	

Tabell 1 Virksomheter som berøres av alternativvurderingen i konseptfasen

4.1.1 Undertema «Det innvendige bygget optimaliseres mot reduksjon av aggresjon og vold»

Det første undertema i den tematiske analysen ble «Det innvendige bygget optimalisert mot reduksjon av aggresjon og vold». «Det innvendige bygget optimalisert mot reduksjon av aggresjon og vold» belyser hvordan intervjuobjektene sitt syn på hvordan bygget kommer til å bli når det er ferdigstilt. Som nevnt over så er dagens eksisterende bygg såpass gamle at man må ha nye. En deltaker fra Sykehusbygg uttalte på bakgrunn av spørsmålet fra intervjueren «... men hvordan tenker dere at bygget skal bedre bruker eller pasient, eller holde de eventuelt stabile?» dette:

«... Nei, man kan si at de, den letteste måten å svare på dette spørsmålet er at det er såpass ille der pasientene er nå, at nesten uansett hva vi hadde bygget så hadde det blitt bedre, betydelig bedre.»

-Prosjektleder 2 fra Sykehusbygg

Det kommer frem i EBD at de viktigste delene i utforming av det fysiske miljøet går på at rommenes utforming møter pasientenes behov for et privatliv (CVA, 2021). Dette kan

sees i lys av responsen intervjueren fikk når det ble spurt om hvilke begrensningene arkitektene hadde hatt i forhold til skissen. Den ene arkitekten svarte da:

«... .. Hovedsakelig hvordan de ligger i forhold til hverandre, ytre form på bygget, for det har blitt regulert på den måten. Hvor inngangen ligger og utearealet, det er definert i skisseprosjektet. Vi har gjort noen endringer, og har endret en del ting, men det lå i hovedsak inne. Vi har ikke skapt det fra en blank tomt, da hadde det kanskje sett annerledes ut.»

-Arkitekt 1

Den samme arkitekten tilføyde i senere tid rundt rommenes utforming i forhold til EBD:

«Vi har jo et bygg der pasientene bor. ... Vi har pasienter fordelt opptil tre etasjer. Det har vi adressert som en utfordring i prosjektet tidlig. ... De har adgang til utearealer for all del, du kan si 60% av pasientene er avhengig av å måtte gå i en trapp, 40% av pasientene kan gå rett ut fra sin avdeling.»

-Arkitekt 1

Det ble også spurt om hvilke fargevalg og materialvalg som skal bli brukt i bygget. Det blir i tillegg spurt om det har vært et tema om fargevalg og materialvalg på pasientene. Figur 13 viser de fargevalgene og materialvalgene som var i planene fra hovedprogrammet (Sykehusbygg, 2017), dette tolkes som et utgangspunkt. Dette tolkes på bakgrunn av en av intervjudeltakerne fortalte at det var et utgangspunkt. En av arkitektene uttrykte hva som deres foreløpige fargevalg har vært:

«Vi har foreløpig vært litt på noen grønntoner. Vi har mest mulig tre, følelse i taket, også har vi et grunnbelegg som kan tåle veldig mange farger, men vi har prøvd å få inn mest mulig treverk.»

-Arkitekt 2

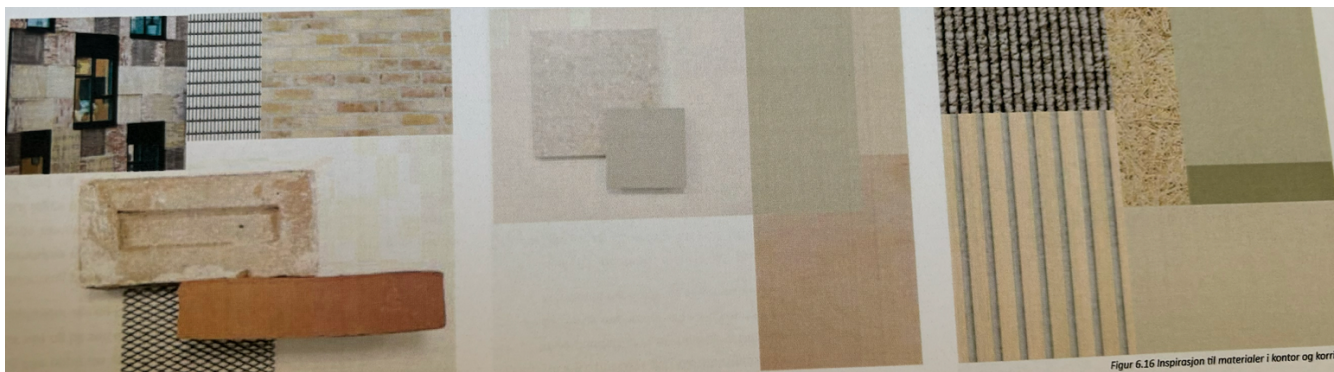
Videre utdypet en av de andre arkitektene rundt hva de ønsker, men ikke nødvendigvis får til av flere årsaker. Dette blir mer snakket om under hovedtemaet «Aggresjon og vold, hvor hentes informasjonen fra?»:

«Vi møter økonomibegrensninger, vi får ikke så mye som vi ønsker. Vi ønsker mer treverk enn det vi får.»

-Arkitekt 1

Disse utdragene fra intervjuene sammen med for eksempel EBD, viser til at det er mange faktorer som må tenkes på i en slik prosess. Det er alltid ønskelig å bygge et bygg og et område som er «perfekt» utformet i forhold til pasienter som enkeltpersoner. Samtidig er det retningslinjer og økonomi som spiller inn, som noen faktorer.

Figur 13: Bilder av materialer og farger som ønskes å bli brukt (Sykehusbygg, 2017)



4.1.2 Undertema, «Tilgang på natur i sammenheng med aggresjon og vold»

Analysen av undertemaet «Tilgang på natur i sammenheng med aggresjon og vold», dette temaet ser på hva intervjuobjektene har tenkt når det kommer til hvordan uteområdet skal være. «Tilgang på natur i sammenheng med aggresjon og vold» er gunstig at har naturlige omgivelser, som man får høy preferansevurdering, dette fra dagens forskning (Clayton, 2012). Naturen og uteområdet er faktorer som settes høyt, dette kommer frem i flere av besvarelsene til noen av intervjudeltakerne:

«... Ja lang historie kort, det som er de vesentlige funnene fra rapporten er tilgang til natur og frisk luft. Det har vi jo en ganske fin beliggenhet og potensial for å utnytte her. I tillegg det generelle kunnskapsgrunnlaget om aktivitet i psykisk helsevern, vi prøver så langt det lar seg gjøre å tilpasse gjennom store aktivitetsareal både innendørs og utendørs.

-Prosjektleder 2, Sykehusbygg

Den samme deltakeren forteller om viktigheten rundt tilgangen på lys og frisk luft, selv om disse pasientene lever under strenge forhold når det kommer til sikkerhetstiltak. Det poengteres hvor viktig frisk luft og natur kan være:

«Det er gode muligheter til å komme ut. Ut på en balkong, helt ut på et lukket område, lengre ut på et fritt område, men bak gjerder, og helt ut, uten perimetersikring der du har hele Nordmarka å ta av.»

-Prosjektleder 2, Sykehusbygg

For å bygge videre på det med balkonger og at det er like viktig med balkong som natur, som Batrakova (2019) også nevner i sin studie. Det uttrykkes at alt til de minste detaljene har blitt tenkt når det kommer til muligheter som dette:

«Flere balkonger sånn at man kan få flere pasienter ut. Som kanskje ikke har mulighet til å være sammen med andre. Så seks pasienter har i utgangspunkt til tre balkonger.»

-Arkitekt 1

Dette er med på å bygge opp under hvor viktig natur og tilgangen til frisk luft og utsikt mot naturen. Dette kan ha flere helsefremkallende fordeler.

4.2 Hovedtema to, «De fysiske omgivelsene påvirker aggresjon og vold»

Dette hovedtemaet vil belyse hvordan de fysiske omgivelsene kan påvirke aggresjon og vold, dette i den forstanden om hvordan de ansatte påvirkes og hva skal til for at pasientene opplever redusering av aggresjon. På bakgrunn av dette ble det utviklet tre undertemaer det første temaet vil belyse de ansatte og deres opplevelser rundt de fysiske omgivelsene. Videre ble neste tema «Opplevd kontroll», dette temaet vil belyse hvordan påvirke pasientene i en retning der de opplever kontroll og aggresjon og vold minimeres på bakgrunn av de fysiske omgivelsene. Det siste undertemaet ble «Reduksjon av aggresjon og vold, ved hjelp av omgivelser», dette temaet vil belyse hvordan aggresjon og vold kan reduseres ved hjelp av omgivelsene, men også hvordan aggresjon og vold kan påvirke de ansatte og andre pasienter.

4.2.1 Undertema én, «Hvordan opplever de ansatte de fysiske omgivelsene?»

Dette undertemaet ser på å være ansatt innen sikkerhetspsykiatri. dette kan være krevende og det er derfor svært viktig at ting kan tilrettelegges for de så langt det lar seg gjøre. Det å skulle designe romslige avdelinger som har nok lys og oversiktlige korridorer, men samtidig også ha korte ruter og avdelingene lett å overvåke for de ansatte (Batrakova, 2019). Konstruksjonen av den nye sikkerhetspsykiatrien presenteres Batrakova (2019) sitt dilemma om effektivitet og romslighet godt, som man kan se på figur 14.

Figur 14: Illustrasjon av plantegningene på Ila nye sikkerhetspsykiatri (Sykehusbygg, 2017)



Ved å se på utforming i forhold til de ansatte og hva de ansatte ønsker belyses godt fra intervjudeltakeren fra OUS:

«Min rolle er å være et bindeledd mellom helse Sør-Øst-prosjektorganisasjon og klinikken som skal ta bygget i bruk. Jobben min er å legge til rette for at vi får god medvirkning fra de ansatte i utforming av de nye byggene. Å utforme nye konsepter, legge til rette for at vi tenker fremover og helhetlig, at organisasjonen vi har i dag ikke bare flyttes til nye bygg, men at vi jobber med nye måter å jobbe på. Vi legger til rette god fremtidig drift og pasientbehandling.»

-Bruker- og ansattrepresentant, OUS

Medvirkning fra de ansatte viser til at arbeidsmiljø og de ansatte sin sikkerhet settes høyt, men samtidig hos pasientene også (Batrakova, 2019). Resultatene viser også dette, at sikkerhet settes høyt:

«Det er omfattende medvirkning fra sykehuset som har laget rammer for både sikkerheten for pasienter og arbeidsmiljø for de ansatte i bygget. Vi har i tillegg lest mange relevante rapporter og dokumenter, om tilsyn og myndigheter som stiller krav når det kommer til bygg som dette.»

-Prosjektleder 2, Sykehusbygg

På bakgrunn av disse utdragene fra intervjuene så vises det godt at arbeidsmiljø og sikkerhet står høyt. Som nevnt tidligere er det krevende å jobbe i et slikt yrke og da er arbeidsmiljø ekstremt viktig.

4.2.2 Undertema to, «Opplevd kontroll»

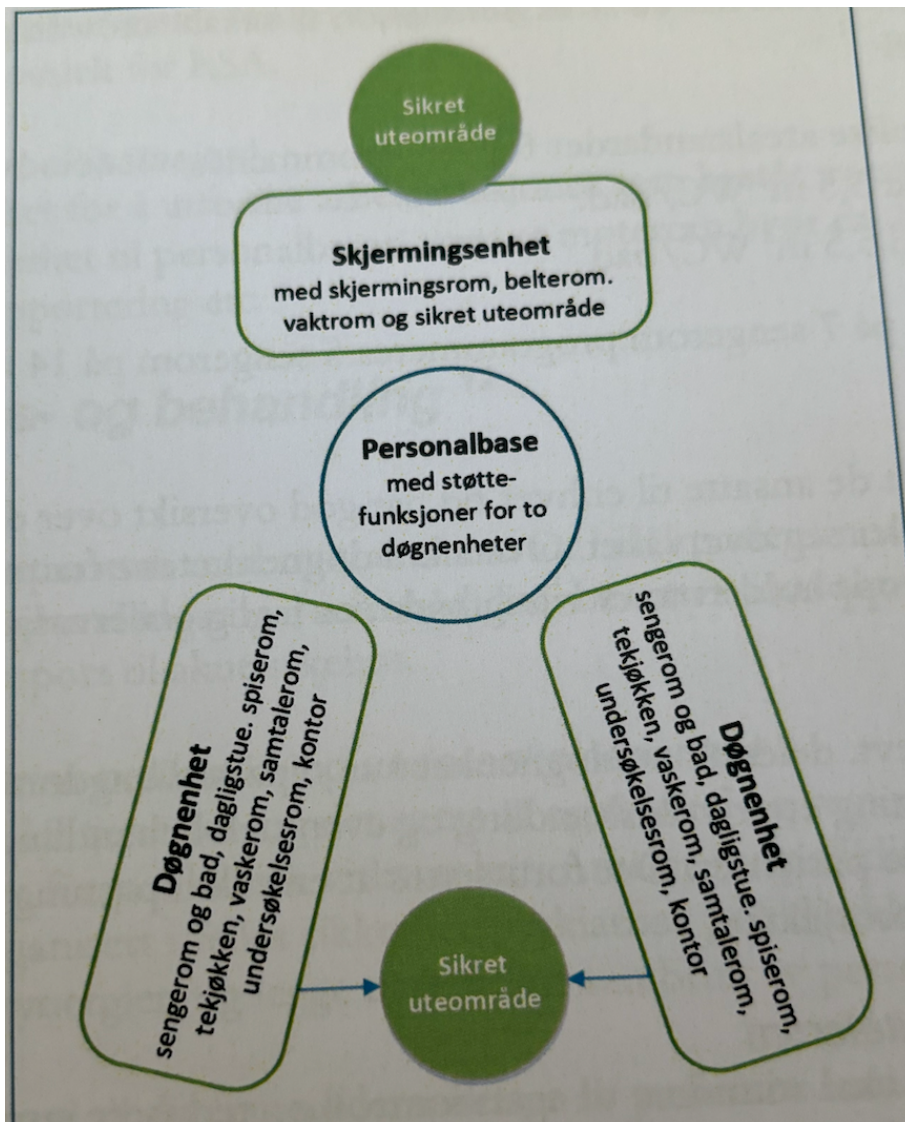
Undertemaet «Opplevd kontroll» vil belyse hvordan det kan føles å være pasient på sikkerhetspsykiatri og hvordan pasientene kan få mer reduksjon av aggresjon og vold. Dette vel og merke fra representanter sitt perspektiv. I tillegg hvilke sikkerhetstiltak som må være til stede for pasientene sånn at de ikke skal være en fare for seg selv og andre. Ved å se på hva pasientene har krav på, samtidig så har sykdomsforløpet flere faser. Batrakova (2019) viser til dette i flere av sine dilemmaer. Flere av resultatene fra intervjuene viser til at pasientene settes høyt og ønsket om deres bedring er stor:

«Vi har valgt å gjøre oppholdsrommene veldig store, hvert fall 25 kvm., det er mye større enn det som er vanlig. Det er et grep som jeg tenker er viktig for at bygget skal være tilpasset pasienter i alle faser. Det er også lagt vekt på gode utearealer, pasientene har rett til å komme ut og vi har vært veldig opptatt av å kommunisere til alle samarbeidspartnere at i dette prosjektet er utearealene å betrakte som behandlingsareal.»

-Bruker- og ansattrepresentant, OUS

Videre ved å se på pasientene i form av sikkerhetstiltak er det viktig, som man også kan se på figur 15 som er hentet fra hovedprogrammet til Sykehusbygg (Sykehusbygg, 2017). så er det synlig at som nevnt i Curtis et al. (2013) at personalet skal kunne beskytte pasientene mot risiko, selv om dette kan være med på å begrense pasientenes frihet så kan det ved hjelp av utformingen som figur 15 viser.

Figur 15: Tankene rundt hvordan oppbygningen av avdelingene (Sykehusbygg, 2017)



En av intervjudeltakerne som hørte til Sykehusbygg poengterer at sikkerhet settes høyt, som også nevnt tidligere. Resultatene fra intervjuene viser at det har blitt tenkt på hver minste ting når det kommer til sikkerhet:

«Det er jo materialvalg ikke minst, altså i forhold til valg av materiale, farger, møbler, møblement og sånt. Først så er det jo viktig å tenke på pasienten sin egen sikkerhet, at hen ikke kan ødelegge ting, skade seg, skade andre, bruke ting til å skade andre. Det er veldig fokus på dette i forhold til bygget, sikkert og robust. Så det brukes veldig mye energi på å tenke ut hvordan det skal, hvordan vi skal få til det.»

-Prosjektleder 1, Sykehusbygg

Disse resultatene setter lys på hvor høyt fokus det er på pasientene når det kommer til utformingen av bygget og området, og ikke bare de praktiske utformingene.

4.2.3 Undertema tre, «Reduksjon av aggresjon og vold, ved hjelp av omgivelser

Undertema nummer tre «Reduksjon av aggresjon og vold, ved hjelp av omgivelser vil se på hvordan aggresjon og vold hos pasienter kan påvirke de ansatte og andre pasienter, samtidig som hvordan omgivelsene kan være en bidragsyter for at disse faktorene reduseres. Dette vises også i modellen (Figur 1) til Ulrich (2012), at omgivelsene har en medvirkningskraft for reduksjon av aggresjon og vold hos pasienter, og dette igjen fører til at de ansatte også trives mer. Flere av intervjudeltakerne hadde forskjellige bakgrunn for tanker rundt dette. Da noen av intervjudeltakerne hadde bakgrunn som sykepleiere innen psykiatri, men andre hadde lest seg opp og noen kunne lite utenom det de hadde lært gjennom sitt arbeid på forskjellige lignende prosjekter.

Noen av resultatene som kommer frem i intervjuene er på bakgrunn av erfaringen de har fra tidligere, og hvordan deres synspunkter er:

«Jeg hentet ikke inn informasjon spesifikt om aggresjon og vold. Jeg har jobbet i sikkerhetspsykiatri i mange år og kjenner fagfeltet godt, samtidig har ikke min rolle hatt behov for spesifikk informasjon om. Men det er klart at vi snakker med de som er med i medvirkningen og det ligger som et premiss hele tiden at det er denne pasientgruppen vi skal legge til rette for.»

-Bruker- og ansattrepresentant, OUS

På bakgrunn av at det er mye aggresjon og vold hos pasienter som er innlagt imot sin vilje, men dette kan også gjelde de som er lagt inn frivillig. På bakgrunn av hvor mye aggresjon og vold en ansatt kan møte på i psykiatri, så kan dette ha stor påvirkning selv om man er lært opp til noe annet. Et av resultatene fra intervjuene reflekterer dette godt:

«Altså de ansatte er jo mennesker, det er veldig menneskelig å reagere med redsel, frykt og sinne når aggresjon blir rettet mot deg. Heldigvis de som er ansatt innen sikkerhetspsykiatri er trent på å håndtere slike hendelser. Men jeg tror ikke at man kan underslå at vold, trusler og utagering skaper frykt og følelsen av at utagering kan oppstå skaper frykt. Som regel håndteres det veldig godt i et arbeidsmiljø.»

Bruker- og ansattrepresentant, OUS

Det ble i tillegg sett på om de fysiske omgivelsene kunne ha påvirkning når det kom til vold og aggresjon, resultatene viser at dette er det flere tanker rundt innen de forskjellige sektorene av. Resultatene viser at dette har vært tenkt gjennom hele prosessen og hvordan de fysiske omgivelsene har en positiv eller negativ virkning. En av intervjudeltakerne uttalte dette:

«Det har vært veldig til stede, det går på sikkerhet og det er den høyeste prioriteringen i prosjektet. Dette gjelder ved nesten alle avgjørelser.»

-Arkitekt 3

For å fortsette innenfor det samme temaet viser resultatene viktigheten rundt de fysiske omgivelsene. En av bruker- og ansattrepresentanten fra OUS uttrykker litt rundt dette:

«Det er arealer som ikke er tilpasset dagens virksomhet, og dette påvirker nivået på aggresjon, det kan også bidra i en situasjon hvor det utøves vold. Det har jeg erfart.»

-Bruker- og ansattrepresentant, OUS

For å avslutte dette undertemaet, så viser resultatene rundt vold og aggresjon er ved stor forekomst, dette på bakgrunn av at mange av pasientene som nevnt tidligere ikke er på sikkerhetspsykiatrien av fri vilje og er domfelt. En av resultatene fra intervjuene viser til hvor mange faktorer er viktig med tanke på aggresjon og vold:

«Mot seg selv og andre i sine omgivelser, noen av de har en domfellelse til behandling på grunn av voldsutøvelse og andre har det ikke. De blir lagt inn i slike institusjoner etter lov om psykisk helse. Voldsproblematikken ligger som en rammebetingelse, dette fra dag én i utformingen og planleggingen av prosjektering og byggingen av Ila nye sikkerhetspsykiatri.»

-Prosjektleder 2, Sykehusbygg

4.3 Hovedtema tre, «Aggresjon og vold, hvor hentes informasjonen fra?»

Dette hovedtemaet som er det siste temaet i denne analysen, vil belyse hvor intervjudeltakerne innhenter informasjonen fra. På bakgrunn av dette endte det opp med tre undertemaer; «Er det kjennskap til teorier», «Hvor innhentes informasjon?» og «Er det utfordringer i denne prosessen?».

4.3.1 Undertema én, «Er det kjennskap til teorier»

Dette temaet vil belyse om intervjudeltakerne har noe kjennskap til kjente teorier, dette på bakgrunn av et ønske om å se om intervjudeltakerne visste til forskjellige teorier. Det ble primært fokusert på spørsmål rundt en teori, som intervjudeltakerne fikk spørsmål om. Denne teorien er «Designteori om reduksjon av aggresjon i psykiatriske fasiliteter» (Ulrich, Bogren, & Ludin, 2012), og om de hadde hørt om denne modellen som er vist i Figur 1. Bakgrunnen

for å skulle belyse dette temaet var på bakgrunn av en mistanke at mange personer som jobber innenfor dette feltet brukte denne modellen (Figur 1) uten å selv være klar over det.

Alle deltakerne ble spurt om denne modellen om reduksjon av aggresjon i psykiatriske fasiliteter (Ulrich, Bogren, & Ludin, 2012), men på bakgrunn av dette viste resultatene at det bare var en av intervjudeltakerne som visste om denne teorien og modellen:

«Det ligger en konseptrapport for psykiskhelsevernbygg som er utviklet og i samarbeid med ansatte i Sykehusbygg, men hoved empirien er fra Sverige. Lang historie kort som er de vesentlige funnene fra den rapporten er jo tilgang til natur, tilgang til frisk luft og der har vi en ganske fin beliggenhet og potensialet for å utnytte her.»

-Prosjektleder 2, Sykehusbygg

Dette resultatet viser til at det er kunnskap rundt Ulrich (2012) sin modell, men at de sjeldent vet hva den heter. Samtidig som denne deltakeren viste til kunnskap rundt dette, ble det valgt å ta med dette utdraget, med hvor informasjonen hadde kommet fra.

Selv om det primært ble spurt om en teori i intervjuet, så ble crowding hyppig tatt opp i alle intervjuene, dette avhengig og uavhengig av om det ble spurt om fagstoff og teori. Crowding er den eneste miljørelaterte variabelen som har blitt sett på i flere forskjellige studier når det kommer til aggresjon på psykiatriske avdelinger (Ulrich, Bogren, & Ludin, 2012), som også nevnt ovenfor. Det har blitt foreslått at crowding innen avdelinger kan føre til økt vold i form av at pasienter blir utsatt for negative og stressende forhold som igjen øker uro og lite privatliv (Daffern & Howells, 2002). Dette settes høyt hos intervjudeltakerne også. Noen av resultatene fra intervjuene viste til at crowding var mest sannsynlig en teori som det var mer kunnskap rundt:

«Litt med det du var inne på, crowding. Det er også et sånt begrep som vi forholdt oss til. Skarpe områder hvor det ikke blir for mye trykk, og det er viktig i forhold til aggresjon. Dette med at man får distanse til hverandre og ikke føler seg presset.»

-Arkitekt 3

Videre rundt crowding kommer det frem i resultatene at dette er et viktig fenomen å unngå spesielt i psykiatrien. Dette kommer godt frem i resultatet fra OUS:

«Vi har lagt vekt på de klassiske tingene, som alle sikkerhetsavdelinger vil være opptatt av og gode siktlinjer, brede korridorer. Dette for å unngå crowding, pasientene skal ha valgmuligheter når de går ut av sitt eget pasientrom. Man må ikke gå opp til et oppholdsrom, å ha alternative områder å sette seg på, gjennom dette nedskalere aggresjon mellom pasienter.»

-Bruker- og ansattrepresentant, OUS

Det skal sies at selv om det primært var ønsket å se på teorien til Ulrich (2012), så var det stor åpenhet og håp fra meg som intervjuer at deltakerne skulle vite om flere teorier. Noe de gjorde. Det er mye forskning på disse to temaene og de er godt relatert når det kommer til psykiatri.

4.3.2 Undertema to, «Hvor innhentes informasjon?»

Undertema nummer to, «Hvor innhentes informasjon?» er for å kunne se hvor primært arkitektene og byggherre/prosjektlederne samlet inn informasjon fra. Om det var teorier, representanter eller informasjon de har blitt tildelt. Intervjuer spurte om dette:

«Rundt planlegging, planleggingsfasen, ble det hentet inn noe informasjon rundt aggresjon og vold?»

-Intervjuer

På bakgrunn av dette spørsmålet ble resultatet i intervjuene dette:

«Vi har jo hatt en brukerrepresentant eller en som har jobbet i psykiatrien. Dette i en av de avdelingene som skal inn her. Dette for kunne fortelle praktisk rettet hvordan det kan foregå med aggresjon og vold.»

-Prosjektleder 1, Sykehusbygg

I et av intervjuene med arkitektene ble det lagt frem hvordan de tilnærmer seg oppgaver i slike prosjekter, dette resultatet belyser godt hvordan informasjon og kunnskap innhentes før eventuell prosjektstart:

«Vi tilnærmer oss på en måte oppgaven som arkitekter som vi tilnærmer oss alle andre oppgaver som arkitekter. Alle oppgavene inneholder et sett med problemstillinger som kan være nye for oss, men samtidig er vår utdanning og kompetansen som arkitekter innfallsvinkelen. Ut ifra den informasjonen vi får og skulle forstå oppdragets krav, til omgivelser i forhold til aggresjon, og tolke den. Er man utrygg ved at man ikke har alle svarene, så jobber vi med en faglig tilnærming som fanger opp mange slike forhold, som man også kan få av å lese vitenskap.»

Arkitekt 1

Dette belyser at det meste av informasjon de ansatte får inn er primært fra representanter, og ansatte med tanke på at de skal jobbe der. Men samtidig må de holde seg til visse retningslinjer.

4.3.3 Undertema tre, «Er det utfordringer i denne prosessen?»

Siste undertema, «Er det utfordringer i denne prosessen?», vil belyse hvilke utfordringer deltakerne føler de har møtt på i prosessen gjennom arbeidet de har gjort og gjør. Dette for å vise at det er normalt å møte på mange forskjellige utfordringer i byggeprosesser. Resultatene som kommer frem rundt hvilke utfordringer kommer godt frem i hva bruker- og ansattrepresentanten fra OUS forteller:

«Det er en del kjente forutsetninger, men så har vi en god del ukjente forutsetninger som må legges til grunn for det vi bygger for. Jeg er jo helsepersonell og jobber i et landskap som jeg er godt kjent med, man jobber med Sykehusbygg, NCC, disse aktørene. Jeg har kjent på ansvar for å sørge for at forståelsen er gått helt ut, for å bidra til at resultatet skal bli bra. Det er oftest drift og dag til dag virksomhet som stjeler fokus. Det synes jeg har vært krevende og passe på å gå litt foran og prøve å trekke klinikken med inn. Det hjelper ikke at jeg ser mange spennende muligheter i fremtiden hvis ikke de som skal ta i bruk bygget ser det samme. Det er utfordrende å se det samme og få de med på veien, ikke fordi de har vond vilje, men fordi de er veldig preget av at de står i veldig krevende driftsituasjoner.»

-Bruker- og ansattrepresentant, OUS

Dette svaret viser til at i dagens bygg er det såpass dårlige driftsituasjoner at det må bli bedre, men samtidig er det dette de ansatte og pasientene er vandt med. Samtidig så kommer det frem i resultatene at det er forskjellige syn på hva som er best og ikke, noe som også kom frem i utdraget fra OUS. Den ene prosjektlederen reflekterer godt rundt dette:

«Gjennom de medvirkningsprosessene vi har hatt, har medvirkerne litt ulik oppfatning av hvordan ting skal fungere. Dette er litt utfordrende, å ha en kunnskapsdatabase å lene seg på, men at andre steder går det mer på hvordan de er vant til å gjøre ting. Så å ta beslutning på riktig grunnlag kan være litt krevende av og til.»

-Prosjektleder 3, Sykehusbygg

På bakgrunn av hva resultatene innen utfordringer som er mulig å møte på, vises det godt til at det å skulle sammenligne teori og praksis ikke alltid er så lett. Det kommer tydelig frem at de ansattrepresentantene som har medvirket har sine klare meninger rundt hvordan sikkerhetspsykiatrien burde være, men samtidig så har byggherren konkrete retningslinjer å forholde seg til.

4.3.4 Begrensninger ved studien

Når det kommer til begrensningene som ble møtt under studien vil bli nevnt under. Det blir primært fokusert på utvalg og metode.

Når det kommer til dette prosjektet, var det lagt opp til å ha rundt ni deltakere til sammen. Dette fordelt over tre grupper, med tre deltakere i hver gruppe. Det ble avtalt intervjuer, og lagt opp for tre grupper med tre deltakere i hver. Når intervjuene nærmet seg så meldte noen av deltakerne fra OUS avbud på grunn av sykdom. Dette er noe som kan oppstå og tok et valg om å ha et individuelt intervju. Den diskusjonen mellom deltakerne som var planlagt oppsto derfor ikke, men deltakeren fra OUS svarte utfyllende og godt. Så svarene som jeg ønsket å få besvart ble besvart godt.

Når det kommer til metoden så var det ønskelig fra min side å ha alle intervjuene fysisk, dette vel og merke så langt det lot seg gjøre. Grunnen for ønske om fysiske intervjuer er at jeg opplever at man får mer inntrykk av intervjuobjektene sine på denne måten. Det var ikke mulig å skulle få til tre fysiske intervju, det ble derfor to intervjuer over Teams. Det skal sies at det ble litt mer kronglete digitalt på bakgrunn av opptak og lydresultatet av intervjuene når de skulle transkriberes. Men alt i alt opplevdes dette som også å fungere fint.

Sammenlagt opplevde ikke jeg å møte på mange utfordringer løpet av studien, men man møter alltid på noe.

5 Konklusjon

Denne avsluttende delen av oppgaven vil oppsummere forskningsspørsmålene. Konklusjonene som videre vil bli tatt tar primært utgangspunkt i resultatene fra intervjuene gjort med arkitektene, byggherre og prosjektlederne fra Sykehusbygg, samt bruker- og ansattrepresentanten fra OUS.

5.1 Hvordan kan omgivelser redusere aggresjon og vold hos pasienter i sikkerhetspsykiatri?

Det første forskningsspørsmålet ønsket å se på og belyse hvor mye omgivelser kan påvirke pasienter i både negative og positive retninger. Samtidig om disse omgivelsene kunne være med på å redusere vold og aggresjon hos veldig syke pasienter.

Deltakerne sine utsagn rundt omgivelser er med på å redusere aggresjon og vold hos pasienter innenfor denne gruppen, svarte de kort og konkret «ja». De fleste av intervjudeltakerne var svært opptatt av at de fysiske omgivelsene hadde stor påvirkning, dette både i positiv og negativ virkning. Ved å se på disse positive og negative virkningene så kommer intervjudeltakerne med flere eksempler på dette, som for eksempel hvordan crowding kan føre til aggresjon og vold.

Videre ved å se på hvordan omgivelsene kan være med på å redusere aggresjon og vold hos pasienter i sikkerhetspsykiatrien kom spesielt arkitektene med mange utsagn som var i deres tanker når det kommer til dette. Som for eksempel utformingen av rommene og hvordan disse kan være så sikre som mulig, men samtidig skulle være koselige og imøtekommende. Samtidig uttrykte i tillegg intervjudeltakerne fra Sykehusbygg at sikkerhet er alltid i bakhodet når det kommer til utformingen av dette bygget, både for pasientens beste, men også for de ansatte. For man kan se at jo mer utagering og aggresjon det er fra pasienter, så fører dette til flere sykedager hos de ansatte.

Ved å konkludere om problemstillingen om omgivelsene kan redusere aggresjon og vold hos pasienter, og hvordan omgivelsene kan påvirke dette. Så som nevnt over er dette tydelig at dette har mye å si. Dette viser både resultatene fra intervjuene og tidligere teorier.

5.2 Kjenner fagpersonell under utvikling av bygg til teorien til Ulrich om psykiatrisk fasiliteter?

Avslutningsvis ved å se på bi-problemstillingen som var basert på om fagpersonell kjenner til teorien til Ulrich (2012) om psykiatriske fasiliteter. Dette var det blandede uttalelser om. Samtidig som ønske å se om deltakerne hadde brukt denne teorien ubevisst.

Resultatet på dette på bakgrunn av intervjuene var at bare en av intervjudeltakerne hadde hørt om denne teorien, men husket ikke navnet. Men samtidig kommer det frem at flere av de visste om andre teorier, som for eksempel crowding. Noe som var en positiv vri på dette resultatet. At intervjudeltakerne hadde kunnskap om flere teorier utenom Ulrich (2012) sin.

Avslutningsvis vil det nevnes at resultatene stemmer overens etter det jeg ønsket å se etter, ved å lese gjennom hele intervjuene så var det tydelig at modellen, som man kan se på figur 1, ble brukt av de fleste innenfor fagfeltet, men de var ikke klar over det.

Det kan konkluderes med at det burde være mer informasjon rundt forskningen og modeller, dette på bakgrunn av hvis fagfolk får spørsmål om dette så kan de uttrykke det også med konkrete teorier.

6 Referanseliste

- Aiello, J. R., Thompson, D. E., & Brodzinsky, D. M. (1983). How funny is crowding anyway? Effects of room size, group size and the introduction of humor. *Basic and Applied Social Psychology*.
- Bahus, M. K. (2023, Juni 16). *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://www.sykehusbygg.no/nyheter/forste-spadetak-for-ny-sikkerhetspsykiatri-pa-ila/>
- Batrakova, N. (2019). Design Dilemmas in Mental Hospital Architecture. *ARCH19, 4th Conference on Architecture Research Care & Health*. Trondheim.
- Baum, A., & Valins, S. (1979). Architectural mediation of residential density and control: Crowding and the regulation of social contact. I L. Berkowitz, *Advances in Experimental Social Psychology*. New York: Academic Press.
- Berg-Heggelund, L., & Arild, J. (2018, Desember 20). *Aftenposten*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/wEB40P/norsk-psykiatri-er-verre-enn-sitt-rykte-jill-arild-og-linda-berg-heggelund>
- Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming qualitative information: thematic analysis and code development*. Sage.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006, Juli 21). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*.
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic Analysis A Practical Guide*. London: SAGE Publications.
- Breeden, A., & Johannsen, K. (2016). From Paris to Bavaria, heavy rains cause deadly floods. *New York Times*.

- Brinkmann, S., & Kvale, S. (2015). *InterViews Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing (3th ed.)*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications.
- Bryman, A. (2001). *Social research methods*. Oxford University Press.
- Chryssikou, E. (2014). *Architecture for psychiatric environments and therapeutic spaces*. Ios Press.
- Chryssikou, E. (2014). *Arxhitecture for psychiatric encironments therapeutic spaces*. Ios Press.
- Chrzanowska, J. (2002). *Interviewing groups and individuals in qualitative market research*. Thousand Oaks: Sage.
- Clayton, S. D. (2012). *The Oxford Handbook of Environmental and Conservation Psychology*. Oxford: Oxford University Press.
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative Inquiry & Research Design Choosing Among Five Approaches (4th ed.)*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications.
- Curtis, S., Gesler, W., Wood, V., Spencer, I., Mason, J., Close, H., & Reilly, J. (2013). Compassionate containment? I *Balancing technical saftey and therapy in the design of psychiatric wards* (ss. 201-209). *Social Science & Medicine*.
- CVA. (2021). *EBD 2020 - Evidensbaserad Design, Forskning som stöd för utformning av den fysiska vårdmiljön*. Göteborg: Chalmers Tekniska Högskola.
- Daffern, M., & Howells, K. (2002). Psychiatric inpatient aggression - A review of structural and functional assessment approaches. *Aggression and Violent Behavior*.
- Denizn, N. K., & Lincoln, Y. S. (2011). *The SAGE handbook of qualitative research (4th ed.)*. Thousand Oaks: SAGE.
- Gifford, R. (2014). *Environmental Psychology: Principles and practice (4th ed.)*.9. Colville, WA: Optimal Books.

- Giorgi, A. (1975). An application of phenomenological method in psychology. I A. Giorgi, C. Fischer, & E. Murray (red.), *Duquesne studies in phenomenological psychology (Vol. 2)* (ss. 82-103). Pittsburgh: Duquesne Univeristy Press.
- Gittins, D. (2006). *Madness in Its Place: Narratives of Severalls Hospital 1913-1997*. Routledge.
- Golembiewski, J. A. (2015). Mental health facility design: The case for person-centered care. *Australian & New Zeland Journal of Psychiatry*.
- Grønmo, S. (2023, Januar 16). *Store Norske Leksikon*. Hentet fra https://snl.no/kvalitativ_metode
- Grønmo, S. (2024). *Store Norske Leksikon*. Hentet fra https://snl.no/kvalitativ_metode
- Høgskolen i Innlandet*. (2024, Mai). Hentet fra <https://www.inn.no/bibliotek/oppgaveskriving/datainnsamling-og-personvern/>
- Høgskolen i Innlandet*. (2024). Hentet fra <https://www.inn.no/bibliotek/oppgaveskriving/datainnsamling-og-personvern/innsamling--og-lagringsguide/>
- Hewitt, J., & Henely, R. (1987). Sex differences in reaction to spatial invasion. *Perception and Motor Skills*.
- Howitt, D. (2013). *Introduction to Qualitative Methods in Psychology*. Hairlow, United Kingdom: Pearson.
- Hunt, J. M., & Sine, D. M. (2009). Common mistakes in designing psychiatric hospitals. *The Academy Journal of the Academy of Architecture of Health (AAH)*.
- Kaplan, S. (1995). The restorative benefits of nature: Toward an integrative framework. *Journal of Environmental Psychology*.
- Katz, P., & Kirkland, F. R. (1990). Violence and social structure on mental hospital wards. *Psychiatry*.

- Kopec, D. (2018). *Environmental psychology for design (3th ed.)*. Fairchild Books.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2021). *Det kvalitative forskningsintervju (3. utgave)*. Oslo: Gyldendal.
- Lepore, S. J., Evans, G. W., & Schneider, M. L. (1992). Role of control and social support in explaining the stress of hassels and crowding. *Environment and Behavior*.
- Lomell, H. M. (2021, Mars 9). *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/vold>
- Louv, R. (2011). *The nature principle: Human restoration and the end of nature-deficit disorder*. Chapel Hill, NC: Algonquin Books.
- Ludin, S. (2021). Can Healing Architecture Increase Safety in the Design of Psychiatric Wards? *Health Environments Research & Design Journal*, ss. 106-117.
- McGrath, L., & Reavey, P. (2019). *The Handbook of Mental Health and Space*. London: Routledge.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook, second edition*. Sage.
- Ndom, R. E., Igbokwe, D. O., & Idakwo, J. A. (2012). Overcrowding and gender differences in the manifestation of state anxiety among undergraduate students in a Nigerian public university. *IFE Psychologica*.
- Nijman, H. L. (1999). A tentative model of aggression on inpatient psychiatric wards. *Psychiatric Services*.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and resarch methods, second edition*. Sage.
- Rapoport, A. (1975). Toward a redefinition of density. *Environment and Behavior*.
- Rotton, J. (1987). Hemmed in and hating it: Effecets of shape of room on tolerance for crowding. *Perceptual and Motor Skills*.

- Ryan, G. W., & Bernard, H. R. (2000). Data management and analysis methods. I N. K. Denzin (Ed.), & Y. S. Lincoln (Ed.), *Handbook of qualitative research, second title* (ss. 769-802). Sage.
- Sadalla, E. K., & Oxely, D. (1984). The perception of room size: The rectangularity illusion. *Environment & Behavior*.
- Severy, L. J., Forsyth, D. R., & Wagner, P. J. (1979). A multimethod assessment of personal space development in female and male, Black and White children. *Journal of Nonverbal Behavior*.
- Sinha, S. P., Nayyar, P., & Mukherjee, N. (1995). Perception of crowding among children and adolescents. *Journal of Social Psychology*.
- Sommer, R. (2008). *Personal space; updated, the behavioral basis of design*. Bristol: Bosko Books.
- Stenhouse, R. C. (2011). 'They all said you could come and speak to us': patients' expectations and experience of help on a n acute psychiatric inpatient ward. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*.
- Stocklos, D. (1972). On the distinctionbetween density and crowding: Some implications for further research. *Psychological Review*.
- Sund, A. (2022, Januar 14). *Utdanningsforbundet*. Hentet fra <https://www.utdanningsforbundet.no/var-politikk/publikasjoner/2022/forskningsetikk-og-nye-forskningsetiske-retningslinjer/>
- Svartdal, F. (2020, Mars 24). *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/aggresjon>
- Sykehusbygg. (2017, April 28). Hovedprogram, Ny regional sikkerhetsavdeling. Sør-Øst Norge, Norge: Helse Sør-Øst.
- Sykehusbygg*. (2023, Oktober 10). Hentet fra <https://www.sykehusbygg.no/nyheter/forstespadetak-for-ny-sikkerhetspsykiatri-pa-ila/>

- Tuckett, A. G. (2005). Applying thematic analysis theory to practice: a researcher's experience. *Contemporary Nurse* 19, ss. 75-87.
- Ulrich, R. S. (1993). Biophilia, biophobia, and natural landscapes. I E. O. Kellert (Eds.), & E. O. Wilson (Eds.), *The biophilia hypothesis*. Washington, DC: Island Press.
- Ulrich, R. S., Berry, L. L., Quan, X., & Parrish, J. (2010). A conceptual framework for the domain of evidence-based design. *Health Environments Research and Design*.
- Ulrich, R. S., Bogren, L., & Ludin, S. (2012, Oktober 14). Toward a design theory for reducing aggression in psychiatric facilities. *ARCH 12: Architecture / Research / Care / Health*. Chalmers.
- Ulrich, R. S., Zhu, X. &, & Lu, Z. (2008a). Effects of the Physical Environment of Mental Health Facilities on Patient Aggression: Implications for Facility Design.
- Vaske, J. J., & Shelby, L. B. (2008). Crowding as a Descriptive Indicator and an Evaluative Standard: Results from 30 Years of Research. *Leisure Sciences*.
- Virtanen, M., Vahtera, J., Batty, G. D., Tuisku, K., Pentti, J., Oksanen, T., . . . Kiwimäki, M. (2011). Overcrowding in psychiatric wards and physical assaults on staff: Data-linked longitudinal study. *British Journal of Psychiatry* .
- Weller, M. P. (1985). Crowds, mobs and riots. *Medicine, Science, and the Law*.
- Wener, R. (2012). *The environmental psychology of prisons and jails: Creating humane spaces in secure settings*. United Kingdom: Cambridge University Press.
- Wener, R., & Karminoff, R. D. (1983). Improving environmental information: Effects of signs on perceived crowding and behavior. *Environment and Behavior* .
- Worchel, S., & Teddlie, C. (1976). The experience of crowding: A two-factor theory. *Journal of Personality and Social Psychology*.

7 Vedlegg

7.1 Vedlegg 1: Transkribert intervju med Arkitekter

Intervjuer: Sånn, ja. Da har dere i bakhodet at dette primært er rundt aggresjon. Også til en viss grad at aggresjon også fører jo ofte til vold. ... Så første spørsmål er hvilken rolle dere har.

Arkitekt 1: Vi, vi er jo. Som arkitekter er det vi som formgir ... bygget. Altså vi både løser det funksjonelt i forhold til et ... program og spesifikasjoner på nærhetsdiagrammer og den type ting. Også formgir vi ... de fysiske omgivelsene som pasienter og personalet skal, skal oppholde seg. Alt fra at det fungerer funksjonelt og logistisk, til at det fungerer tilfriskende for pasienten, hele det spekteret der. Så vi er fra en hovedplan, som egentlig strekker seg tilbake til plassering på tomt osv., det er litt annen historikk der, det var også et annet kontor inne på en tidligfase så det er tidsbelagt. Frem til at veggen har sånn som farger og det første møbelet og sånt, osv., kanskje møbler generelt. Så vi har et veldig sånt bredt spekter da, ... på ... i utforming av de fysiske omgivelsene, det er vårt ansvar. ... Det var, noen som vil supplere på den? Jeg tror egentlig det er komplekst spørsmål.

Intervjuer: Det var et godt svar, for du svarte på alt, ... de tre første spørsmålene, så det var fint. ... Da går vi til andre delen, ... har dere hentet inn informasjon rundt aggresjon og vold før dere skulle begynne å tegne?

Arkitekt 3: Altså vi har vært gjennom en ... lang brukerprosess ... med de som jobber der og, og der har jo det vært et tema hele veien. Så på den måten der har vi fått informasjon på den måten. ... Jeg vet ikke om vi hentet inn annen sånn ...

Arkitekt 1: Vi har jo litt erfaring i tillegg også fra tilsvarende prosjekter.

Arkitekt 2: Og, og han (Arkitekt 1) har jo vært, har god erfaring fra Trondheim. Pluss at vi har vært på noen befaringer.

Arkitekt 1: Sikkerhetsbygget ved St. Olavs Hospital som sto ferdig i en og tyve, så har jeg noen erfaringer derifra. Også er, også er det jo veldig, befaringer, så er det jo innhenting sånn

som man selv sier fra, altså brukeren er jo en veldig viktig informant for oss. Å være tett i kontakt med oss.

Arkitekt 2: Å brukeren er ikke her pasienten, men de, resten av brukerne av bildet.

Arkitekt 1: Ja, riktig. Altså klinisk personell. Det er jo to, det er jo to brukerrepresentanter som er i prosjektet i veldig stor grad, som, som, som er, som brukerrepresentanter.

Intervjuer: Så da har dere primært brukt altså ansatte da?

Arkitekt 1: Ja, i OUS. Dette er jo veldig formaliserte prosesser ikke sant. Så det er, ja.

Intervjuer: Det er bra. ... Da lurer jeg også på hvor mye handlingsrom dere har hatt når det kom til design ...

Arkitekt 1: Jeg har bare lyst på å skyte inn, det er jo, altså det er jo i brukerguppen det har vært håndtert både mot disse koordinatorene, men så er det planlagt i samarbeid med brukerguppen. Som X har deltatt i, og der har det også vært i noen representanter for altså såkalte brukerrepresentanter i OUS systemet. De har en egen brukerorganisasjon, som er representert, men det er ikke nødvendigvis en psykiatrisk pasient. Men det er pasientrepresentanter i OUS systemet som er brukerrepresentanter inn mot prosjektet.

Arkitekt 2: Slektinger eller lignende, til pasienter.

Intervjuer: Ja, nei, men det er bra. ... Ja, også det neste spørsmålet jeg lurer på er, ja, hvor mye handlingsrom dere hadde når det kom til design og utforming av selve lokalene?

(Alle deltakerne ler)

Arkitekt 2: Er det du som skal svare?

Arkitekt 1: Nå er du på et vanskelig tema. ... Nei det som er, akkurat dette bygget, akkurat dette prosjektet har jo, har en, en historikk rundt at. ... Det er ofte slik at, dessverre er det ofte

slik at man deler opp prosesser. ... Med ulike aktører underveis, slik at det ble gjort et skisseprosjekt i 2017, av et annet kontor. ... Og det har dannet grunnlag for reguleringsplan og det har dannet grunnlag for veldig mange beslutningsprosesser i Sykehusbygg før vi var til stede egentlig. Slik at ... vi er i utgangspunktet ... bundet opp mot dette skisseprosjektet, men innenfor. ... Og det handler om hoved disponeringen. ...

Arkitekt 2: Regulering.

Arkitekt 1: Ja, regulering og hoved disponering av bygg både på tomt og som bygning. Men så har vi, men så har vi bearbeidet det ganske kraftig innenfor de rammene. ... Vi har endret formen på bygget og størrelse på det, det har noe med programmet og gjøre. Og vi har flyttet rundt på funksjoner. ... Og vi har, og vi har prøvd å løse det på en måte som, altså forbedre det da gjennom våre, vår prosess. Men vi har selve plasseringen av bygget og hovedformen på bygget var på en måte gitt i utgangspunktet, så har vi da knadd innenfor det.

Arkitekt 2: Og har etasje høyder.

Arkitekt 1: Ja, tall. Vi hadde noen prosesser helt i begynnelsen hvor vi forsøkte å påvirke noe, for i litt større grad enn det, enn det som er resultatet. Men, men, ja, ... det ble vel ... måtte forholde oss i ganske stor grad til det som lå der fra før. Så, så det har lagt noen, altså vi har ikke skapt det helt fra början av, og det, og det har, har, det har noen utfordringer for oss, det skal sies.

Intervjuer: Vil dere ...

Arkitekt 1: Men når det er sagt så er det selvfølgelig veldig mange, alle, veldig mange av de tingene som handler om det som omslutter pasienten ... er jo ... er ikke estimert i skisseprosjektet, der defineres det i veldig stor grad.

Intervjuer: Vil du utdype hvilke, eller dere hvilke begrensninger den skissen har hatt for dere?

Arkitekt 1: Nei det går på, det går på hvordan avdelingen er fordelt ... i etasjene, hvordan de egentlig er i hovedsak organisert. ... I sånn hovedsakelig, hovedsakelig hvordan de ligger i forhold til hverandre i hovedsak ... et ytre form på bygget, for det har også blitt regulert

på den måten. ... Hvor inngangen ligger, hvor utearealet ligger også videre, det er definert i skisseprosjektet. Så har vi gjort noen justeringer og endringer, og har gjort ganske mange ting i forhold til det, men i hovedsak så lå det inne. Altså vi har jo ikke, vi har ikke skapt det fra en helt blank tomt. Da kunne det, da kan det være at det hadde sett litt annerledes ut enn det gjør nå.

Arkitekt 2: Det er vel særlig i forhold til tilgang til ... som er det. ...

Arkitekt 1: Ja.

Arkitekt 2: Som vi har måttet forholde oss til.

Arkitekt 1: Altså vi har jo et bygg hvor pasientene bor det er enten to etasjer eller tre etasjer på bygget, og det beskriver jo at vi har pasienter fordelt opptil tre etasjer og det betyr for å komme ut til utearealet så må pasient gå en til to etasjer i trapp. ... Det har vi adressert som en utfordring i prosjektet tidlig, fordi det kan begrense adkomsten for pasienten til utearealer, særlig hvis det er utagerende pasient. Det kan, hvis det er utagerende pasient, kreve personellfølge, og da blir det en trapp inne for pasientbruk. Og vi vet jo at det kan være problematisk i pasientsituasjon som er et sykehus, psykiatrisk sykehus. Og det kan, det kan bety at pasienten kommer mindre ut enn hva de hadde kunnet gjøre hvis de hadde hatt andre sengeposter på bakkeplan. Og det var ting vi prøvde å påvirke tidlig i prosjektet, men, men på en måte toget var gått. ... Og det synes vi, rent personlig synes jeg det er en utfordring fordi, fordi, ... fordi vi tror jo at det å komme ut og kunne bevege seg og gå ut også videre er jo et viktig element da i tilfriskningsprosessen. De har adgang til, til utearealer for all del, men de må, du kan si 60%, 60% av pasientene er avhengig av å måtte gå i en trapp, 40% av pasientene kan gå rett ut fra sin avdeling.

Intervjuer: Takk, da, det er jo et, dere har jo svart litt på det neste spørsmålet, ... men litt, det neste spørsmålet blir da hva tenkte dere når dere skulle tegne bygget utvendig, men dere hadde vel visse begrensinger der også? Men har dere noen ...?

Arkitekt 1: Der har vi nesten litt større frihet egentlig, ... men du kan si at sånn i stor grad er definert av funksjonene innvendig. Men vi har jo, vi har jo en, vi har jo tegl på fasadene og jobber med den, og vi har jo valgt type tegl også videre, det er, og det er fint

materiale og kunne, kunne benytte her da. ... For eksempel. ... Vi har også definert et atrium til aktiviteter også videre, en endring også fra skisseprosjektet. Jeg vet ikke om dere vil tilføye litte granne?

Arkitekt 3: Nei, jeg bare tenkte at nettopp det du sa med tegl og sånt, at det er jo i forhold til aggresjon da, som et tema. Så tenker jeg at det med, en slags ... altså ... et rolig og tiltalende uttrykk i fasade, som du foreslo. Det er en ro i teglstein der og tyngde, med på å roe ned situasjonen, liksom varme i fargene som er valgt og sånt, i forhold til det som var ...

Arkitekt 1: Akkurat som han sier, så er det helt bevisste valg. ... Ja og vi jobber mye med det, nettopp for å skape den, den, de kvalitetene som han sier.

Arkitekt 2: Også ligger dette bygget her veldig ut ... det er veldig mye grønt rundt på alle, hvert fall på to tre av ... kantene, så det er på en måte tilpasset da ute i naturen og ...

Arkitekt 1: Store vinduer.

Arkitekt 2: Ja ... Store vinduer ... og også fargevalget er også tilpasset mot omgivelsene, i forhold til det.

Arkitekt 1: Og vi har store vinduer med lave bryst, slik at du har liksom kontakt med, med naturen utenfor, og til sol og dagslys også videre.

Intervjuer: Da går vi videre til egentlig det innvendige, hva dere hadde av tanker rundt det?

Arkitekt 3: Der er det jo mye da ... det er flere forhold, det ene er liksom sikkerhet og at det er jo et sånt ... det er en slags pyramide i hva man skal ta hensyn til, mest hensyn til, og der ligger jo sikkerhet på topp, i forhold til at pasientene ikke skal skade seg selv, ikke skal skade andre. Og det, det henger jo sammen med aggresjon tenker jeg at det er ... er det jo utformet på en måte hvor i hvert fall håndteringen av den aggresjonen skal, skal foregå mest mulig trygt, og og ... og at det ikke er tilgang til og, og utøve vold mot seg selv med noe, i den grad det er mulig.

Arkitekt 1: Eller andre.

Arkitekt 3: Ja, eller andre.

Arkitekt 1: Også i forhold til dagslys og gjennom sikkerhet, og det som får lys inn og, og, og vi også har vært opptatt av og ha visuell kontakt mellom oppholdsrom. ... Med glassfelt, slik at, ... av to grunner både på egentlig sikkerhetshensyn, at du har oversikt i rommene. Men også at det skaper en større åpenhet og kontakt for der er det relativt små rom, sånn at man får en større flyt i rommene og mer, også dagslystransport også videre via rom også sånn, altså fellesrom.

Arkitekt 2: Ja også veldig, forholdsvis store rom, store korridorer, stor bredde og gode siktlinjer i, i avdelingen sånn at du kan ha god oversikt over ... korridoren og inn til rommene. ... Alltid glass inn til rom, sånn at du kan ha en viss oversikt over, ... selv om du går langs korridoren. Hvis det er noe utagering eller noe sånt noe.

Arkitekt 1: Pasientrommet var jo, har jo sånn sett skjerming der, pasienten skal jo ikke føle seg beglodde. Hvis vi tar det helt i andre enden så, så har vi vært veldig opptatt av å skape, vi er jo veldig opptatt av å skape, å skape omgivelser som oppfattes som ... hva skal jeg si lune, trygge, ... god fargebruk altså de som er ...

Arkitekt 3: Varme.

Arkitekt 1: Varme, ... harmoniske at, at, at det som er vår overskrift er at vi skal via bygget bidra til tilfriskningen av pasientene, litt avhengig av pasientene. Det skal oppleves som trygt og godt å være der, også som oppsluttende og, og ... som et godt sted å være.

Arkitekt 3: Og litt med, du var litt inne på det, crowding er også et sånt begrep som, som vi forholdt oss til ikke sant. Skarpe områder hvor det ikke blir for mye trykk, og det er også viktig i forhold til aggresjon, at det ... man får distanse til hverandre og ikke føler seg presset og. ... Så det er korridorene og soner at de er store nok på en måte og ...

Arkitekt 2: Mange nok plasser til å sitte sånn at man ikke nødvendigvis sitter oppå hverandre, men har flere muligheter å velge i.

Arkitekt 1: Også flere, flere balkonger sånn at man kan få flere pasienter ut på balkong. Som kanskje ikke har, ikke kan være sammen med andre sånn at du har seks pasienter har i utgangspunktet tilgang til tre balkonger.

Intervjuer: Da har jeg et lite sånn kjapt oppfølgingsspørsmål på, for dere har svart på mye av det her skjønner du. Hvilke farger er det dere har brukt?

Arkitekt 1: Vi har ikke kommet dit.

Arkitekt 2: Nei vi er ikke helt, vi er ikke helt der enda. Vi, vi har foreløpig vært litt på noen grøntoner ... vi prøver å, vi har mest mulig tre ... følelse i taket, også har vi et grunnbelegg som er litt sånn ... kan, som kan tåle veldig mange farger, men, og vi har prøvd å få inn mest mulig treverk.

Arkitekt 1: Men der møter, der møter vi økonomibegrensninger, vi får ikke så mye som vi har, vi ønsker, vi ønsker mer treverk enn det vi får. Og ikke sant, dette er klassiske diskusjoner, at det ønskes mer rådighet enn det man får. (Ler) Men vi, men siden du spør, altså hver gang temaet kommer opp, vi, vi, vi, vi tenker på arkitektsiden og, og diskuterer farger kanskje med noen som ... altså med noen som har spesielle innsyn i, i fagmiljøet og, og pasienter med psykiske lidelser. Altså ikke, ikke farger spesifikt, men en diskusjon rundt veldig sånn ... hvordan farger virker på folk. Ja, vi har noen ideer om det, men vi ønsker å utfordre det oss litt da.

Intervjuer: Ja, det er veldig spennende, jeg synes jo det er veldig spennende ... hva arkitekter tenker rundt kontra hva man har mulighet til.

Arkitekt 2: Altså, kan jeg nevne en ting, hvordan vi har hatt litt diskusjon rundt det er en fløy er seks pasienter, også har vi en sånn diskusjon om, på en måte om vi skulle ha en fløy som skulle på en måte være et hoved fargetema i den fløyen. ... Men vi ble egentlig enige om at en fløy heller skal ha forskjellige farger på rommene, for eksempel at vi velger tre farger også ha noen rom det, slik at ...

Arkitekt 1: Det er jo ti sånne fløyer ikke sant.

Arkitekt 2: Ja, sånn at man opplever på en måte ... en, en fløy som en bolig. At man får forskjellig inntrykk hvis du går inn i det andre rommet, så er det et annet rom med, med fargesettingen. Så det har vi, det har vi bestemt, men vi har liksom ikke helt landet på fargene ennå.

Intervjuer: Nei. ...

Arkitekt 1: Vi kommer tilbake på hvor spredt vi kan jobbe og sånt, ikke sant så.

Intervjuer: Det blir veldig ...

Arkitekt 1: Så det er veldig interessant tema, kan farger fremme aggressivitet, også videre. Altså det er jo kjempeinteressant, det temaet og tildele seg nok kunnskap rundt det temaet og ...

Intervjuer: Det blir spennende å se hva dere, hva resultatet blir da akkurat der.

Arkitekt 2: Ja, det synes vi og.

Arkitekt 1: Det stemmer.

Arkitekt 2: Vi har gjort oss noen tanker, men vi har ikke landet, vi må ha større prosess rundt det.

Intervjuer: Da lurer jeg på om vi skal gå videre på om aggresjon og vold, eller primært aggresjon da, diskutert når dere skulle designe lokalene?

Arkitekt 2: Ja.

Arkitekt 1: Ja.

Arkitekt 3: Ja, det har vært veldig til stede i, det er jo, det går jo veldig på sikkerhet og det er jo liksom den høyeste prioriteringen inne i prosjektet. Så det er ... er vel med i nesten alle avgjørelser egentlig vil jeg si.

Arkitekt 2: Og også sånn som type ... hulrom, for å gjemme ting hvis man ... har noe i bakhånd for aggresjonsutøvelse og ja ... i alt.

Arkitekt 1: Ja for dette tenker vi på helt ned til den lille detaljen så er vi opptatt av det altså du skal ikke kunne fikle med en eller annen sak og sånn. Vi, vi har jo to begreper, det er sikkerhet også har vi, også har vi robusthet. Som også går på at du ikke skal kunne ødelegge omgivelsene med aggressive utbrudd. Men det som er vår utfordring det er i motsetning til de andre aktørene, eller mange av de andre aktørene i prosjektet som tenker veldig teknisk rundt dette her. Så er vår utfordring det, det er å få på sikkerhetselementene og robusthetselementene til og ikke liksom rope sikkerhet og robusthet, men at de er integrert i disse kvalitetene som vi snakket om i sta. Det er vår utfordring, altså det å få, at både er trygt og sikkert, og tenkt gjennom, og tenker siktlinjer, og på å åpne en dør også videre. At man ikke kan bli overfalt og samtidig så skal ikke dette være såpass, det skal på en måte ikke, det skal oppleves som et helt alminnelig rom å være i. Det er vår ambisjon da.

Intervjuer: Ja. ... Da, det er veldig bra for nå kommer egentlig siste spørsmål.

Arkitekt 1: Oi da var det kjapt.

Intervjuer: Ja, det har gått kjapt, dere har svart på veldig mye av mine spørsmål i svarene deres, så det er fint det. Jeg er fornøyd med det. Om dere kjenner til vitenskapelig forskning rundt temaet?

Arkitekt 1: I for liten grad for mitt vedkommende.

Arkitekt 2: Ja, ja.

Arkitekt 1: Jeg skulle gjerne ha kjent, jeg skulle gjerne ha brukt litt mer tid på det. Men jeg har ikke, jeg kjenner litt lite til det.

Arkitekt 3: Vi baserer oss vel mest på, altså brukerinnspill og brukerkoordinatoren og sånt for å få. ...

Arkitekt 1: For forprosjektet til prosjekt liksom.

Arkitekt 3: Ja. Belyst de tingene. Ja det ligger jo mye bare i denne prosjektforutsetningen.

Arkitekt 2: Erfaringer fra tidligere.

Arkitekt 1: Ja.

Arkitekt 3: Ja.

Arkitekt 1: Erfaringer med tilsvarende ja.

Arkitekt 2: Det har hatt møter med for eksempel det i Trondheim, for erfaringer etter oppstart av bruk ... eller når bygget har vært i bruk. Hatt møter med de hvor de har forklart at hva som har funket og ikke funket og ...

Arkitekt 1: Og samme på Eriks. Vi har erfaringer i Sverige på, på en tilsvarende institusjon. Så har de tenkt annerledes enn det vi tenker rundt sikkerhet her, det var interessant nok. ... Men, men jeg er helt enig, du setter finger på, vi burde nok, i vår travle hverdag så har vi, vi, vi baserer oss veldig på erfaring og, og, og de, de, både dialogen mellom bruker og den bakgrunnsinformasjonen som ligger der som sunn fornuft (ler). ... Men ...

Intervjuer: Jeg kan si grunnen til at jeg spurte om det, ... det er en veldig kjent innen akkurat dette, han heter Ulrich.

Arkitekt 1: Ja

Intervjuer: ... Han har laget en, en modell som de fleste bruker uten å være klar over det, spesielt arkitekter. Det er egentlig derfor jeg spurte.

Arkitekt 1: Ja, okei, riktig der.

...

Arkitekt 3: Men du må gjerne sende den linken til den i chatten hvis, hvis den er digitalt ett eller annet så kan vi se på det.

Arkitekt 2: Ja, vi er, vi tar veldig gjerne innspill på det, men hvis du har noe.

Intervjuer: Ja, jeg har mange forskjellige, men akkurat den er veldig sånn innenfor akkurat dette. Så den kan jeg sende til dere på mail hvis dere ønsker det.

Arkitekt 2: Har du noe på farger? Fargepsykologi og innenfor aggresjon og noe sted. For at det, det skal vi nok hoppe inn i. Hvis du har et forslag på det, så gjerne det.

...

Arkitekt 1: Men jeg tenkte et svar på det spørsmålet er jo på en måte kanskje at, at vi ... vi tilnærmer oss på en måte oppgaven som arkitekter som vi tilnærmer oss nesten alle andre oppgaver som arkitekter. ... Altså alle oppgaver inneholder et sett med problemstillinger som også kan være nye for oss, men så er vår, vår innfallsvinkel er den utdanningen og den kompetansen vi har som arkitekter. ... Og noen ganger så, kan det godt være samsvaret ulik sine, sin manual fordi, fordi at vi er trent i en måte å tenke på. Og deriblant, og der inne så går faktisk det å liksom på en måte å ... ut ifra den informasjonen vi får og forstå på en måte oppdragets krav ikke sant. Også til omgivelser i forhold til aggresjon, også tolke den, også er man utrygg ovenfor at man ikke har alle svarene, men jeg tror vi også jobber i en, en slags sånn faglig tilnærming som fanger opp ganske mange sånne, sånne forhold. ... Som nok kan få ved å lese vitenskap også, det tror jeg nok (ler).

Intervjuer: Nei det, det er egentlig, angående det med farger jeg har ikke en på stående fot akkurat nå, men jeg har nok noe å om farger også, jeg kan sikkert sende dere det også. Men det er egentlig ...

Arkitekt 1: Jeg jobbet jo med farger i Trondheim, ... og det er jo veldig mye sånn på en måte sånn jordfargeorientert fargesetting. Men, som jo er, som jo er på en måte, altså det er ikke en lysende rød eller rosa, oransje farge som trigger noe. Men det som, det som er veldig sånn trygg fargesetting i, innenfor gul, brun, grønn, så spekteret der. Men ... det som kunne vært fascinerende var å utfordre litte granne, det mest fascinerende med det er at en av

brukerrepresentantene våres som da har sine erfaringer fra lokal sikkerhetspsykiatri, hen, hen pekte på noen eksempler ut i verden hvor det er brukt noe mer ... spiss fargesetting, altså noen elementer som er spisse som så, altså rødt for eksempel og sånt. Altså det, det var interessant fordi at det, det kunne være interessant for det, det trenger vi og fordype oss litt i, hvor langt man kan strekke en sånn strikk da.

...

Intervjuer: Ja, det er, det er mye man må tenke på med det der. Så det. ... er ja. Også har jeg en veileder som er veldig interessert i det her, så det var hun som ga meg det siste spørsmålet. Og det syntes jeg var ganske morsomt spørsmål.

Arkitekt 1: Men det er et viktig spørsmål det er, det er, det er et viktig spørsmål som vi ikke klarte å svare så godt på.

Arkitekt 2: Det er jo for eksempel et, er mye forskning som sier at treverk kan være helende og beroligende, så vi har prøvd å få inn så mye treverk som vi har klart innenfor økonomi. Ut ifra det prinsippet.

Intervjuer: For det stemmer jo, det gjør det. Det er mye forskning som tyder på akkurat det dere sier der.

Arkitekt 1: Ja. Og det er jo en grunn til at vi har vel en opsjon start på treverk enn det vi har fått til. ... Dessverre så møter det kostnads, kostnads, kostnadssperre, beklageligvis.

Intervjuer: Det var egentlig det, ja det var egentlig alt jeg hadde.

7.2 Vedlegg 2: Transkribert intervju med Sykehusbygg

Intervjuer: Sånn, da starter jeg så enkelt. Hvilken rolle har dere i dette prosjektet?

Prosjektleder 1: Skal æg begynne? Æg e prosjektleder bygg og har som rolle å følge opp, ikke veldig involvert i prosjektering, litt. Æ e også med i, i utvalget av kunst som del av det visuelle, den kunnskapen? Men ellers skal æ følge opp ... selve bygget, byggeprosjektet under utførelsen da.

Prosjektleder 2: «Kremt» ... Eg har hovedrolle som samhandlingsansvarlig og samhandling i denne sammenheng betyr samarbeid med sykehuset, ... veldig mange forskjellige bidragsyttere fra sykehuset som skal inn i bygget når det er ferdig. Og prøve å finne de beste løsningane og ivareta flest mulig av sykehusets sine ønsker og behov og krav, men innenfor de rammene som ligger i form av antall kvadratmetar og kronar. Så dei, så har eg nokon andre rollar, men i denne sammenhengen så er det dei som e relevante.

Prosjektleder 3: ... Ja, jeg jobber også med samhandling, så er jeg litt innom prosjektering og på brukerutstyr da.

Intervjuer: Så er det et oppfølgingsspørsmål her da, det sier jo seg selv, men bare for å få det sånn litt svart på hvitt. Hvilken del av prosessen er dere med i? Hele, eller bare deler, eller?

Prosjektleder 1: Vi e vel alle omtrent med i hele fra forprosjekt i hvert fall til ferdigbygg.

Prosjektleder 3: Så vi kom jo inn i forprosjektet, så ingen har vel vært med, du har jo jobbet med konsept.

Prosjektleder 2: Eg var med og i, i konseptfasearbeidet. Så er dette prosjektet litt spesielt, vel egentlig ikkje spesielt i det heila tatt, det er ganske vanlig. At dei på ulike tidspunkt i tidligfaseplanleggingen at det kommer en pause av ein eller annen grunn. Enten at det er for lite penger eller at det e krangling om hvor sykehuset skal ligga, og dette prosjektet hadde begge dei to problemstillingane, og det tok ganske lang tid før en endelig landa på plasseringen her på ... denne tomte som da heter Ila Syd.

Intervjuer: ... Ja ...

Prosjektleder 1: Og vi, og er det byggherren da. Vi sitt på byggherresida. Ja.

Intervjuer: Ja, Sykehusbygg? Eller?

Prosjektleder 1: Ja, helse Sør-Øst.

Intervjuer: Helse Sør-Øst. Da går jeg over til de primære spørsmålene. ... Før dere begynte med planleggingen ble det hentet inn noe informasjon rundt aggresjon og vold?

Prosjektleder 1: Kan du gjenta?

Intervjuer: Ja. ... Rundt planlegging, planleggingsfasen ble det hentet inn noe informasjon rundt aggresjon, og eventuelt vold?

Prosjektleder 2: Ja, det har jo, altså ... det kan jo eg begynne å svare på fordi eg jobba i sykehus og på, i forbindelse med dette prosjektet. Og fra, fra sykehuset sin sida så er det jo heile veien en veldig tydelig rammebetingelse at det er et sikkerhetsbygg der, som skal romme pasientar som har et, et ... et ganske stort og ganske vedvarende potensiale for voldsutøvelse. Både mot seg sjøl og andre i sine omgiversar, noken av de er, har en domfellelse til behandling på grunn av sin voldsutøvelse, andre har det ikkje. ... Men blir lagt inn i denne type institusjoner etter lov om psykiskhelse da. Sånn at voldsproblematikken ligger som en rammebetingelse i ... fra dag én i utforming og planlegging og etter kvart prosjektering og bygging av dette bygget.

Intervjuer: Så, ja ...

Prosjektleder 1: I tillegg så har vi jo hadd en brukerrepresentant eller ja hvert fall en som, som har jobba i psykiatrien i, i samme avdelingen som skal inn her i hvert fall en av de samme avdelingene og som kunne fortelle praktisk retta hvordan det kan foregå med aggresjon og vold.

Intervjuer: ... Ja, da svarte dere jo litt på de neste spørsmålene. Hvor dere fant informasjonen?
... Ja, brukerrepresentanter blir jo da en, har dere noen fler?

Prosjektleder 3: Ja, vi har jo hatt på en måte hatt medvirkning med på en måte flere brukere og ansatte så, det er kanskje hovedsakelig gjennom der jeg opplever at jeg har fått informasjonen.

Prosjektleder 2: Gjennom forprosjektet så hadde vi fem grupper som hadde vel fem eller seks møter i en veldig systematisk struktur, som kom fra alle delar og, av de forskjellige virksomhetene som skal inn i bygget, og alle med sine erfaringskompetanseområder som dei brakte inn i planleggingen av ned til det enkelte rom og den enkelte detalj i det enkelte rom. Så det e en omfattande medvirkning fra sykehuset sin sida som har lagt rammer for ... ka skal eg sei ... både sikkerheten for pasienter og arbeidsmiljø for de ansatte i bygget. I tillegg til da så har vi jo lest ... ganske mangen forskjellige relevante rapporter og dokumenter, for eksempel fra sivilombudet og fra helsetilsynet og andre ... tilsyn og myndigheter som stiller krav til en sånn type bygg. Direktoratet for sivilberedskap og samfunnssikkerhet e en annen kilde til informasjon om, om dette bygget. Bære for å ta det i kom på i farten.

Prosjektleder 1: I tillegg så har vi jo fådd tips om, blitt bedt om å se enkelte dokoumentare, dokumentarfilma som også er laga om sånn psykiatri, psykiatriske institusjona som kan vise litt av de samme forholdan, i hvert fall sånn æ oppfatta de.

Prosjektleder 2: I høy grad. Og dessuten må vi jo ikkje gløyme at heile poenget med Sykehusbygg, e jo, e jo å ta med seg erfaringer fra tidligare prosjektar og pågåande prosjektar, sånn at vi har jo et veldig tett samarbeid med tilsvarende byggeorganisasjoner i Trondheim som har bygd et tilsvarende bygg, og i Kristiansand, og andre psykiatriprosjektar i Norge, med eller uten sikkerhetsplassar. Og vi har og et tett samarbeid og hatt fleire besøk i utlandet ... der vi seinast nå i høst var i Svergie og så på tilsvarende institusjoner i Sverige.

Intervjuer: Da har jeg et lite oppfølgingsspørsmål der som er mer moro for meg, om dere kjenner til noe vitenskapelig forskning på akkurat det her?

Prosjektleder 2: ... Ja, det nærmaste du kommer forskning e jo dette fagmiljøet i Sverige. ... Som sorterer under, nå fikk eg jernteppe, kor er det er det ligger hen, ka heter universitet som ligger der, dei er det Gøteborg?

Prosjektleder 3: Jeg husker ikke, men det er vel det, det ofte refereres til i forprosjektet også. Kal.. nei.

Prosjektleder 1: Kale... ja

Prosjektleder 3: Kalnei ...

Prosjektleder 2: Chalmers i Gøteborg

Prosjektleder 3: Ja

Prosjektleder 2: ... Og der ligger et ein konseptrapport for psykiskhelsevernbygg som e utvikla og i samarbeid med ansatte i Sykehusbygg, men der hoved empirien e fra Sverige ... og ja lang historie kort da som er de vesentlige funnene fra den rapporten e jo tilgang til natur, og tilgang til frisk luft og der har jo vi en ganske sånn fin beliggenhet og potensialet for å utnytte det her vi ligger ... i tillegg så er det jo generelle kunnskapsgrunnlaget om aktivitet i psykisk helsevern ... og da og prøver vi å så langt som mulig å tilpasse oss gjennom store aktivitetsareal både innendørs og utendørs.

Prosjektleder 3: Så er det, er det ikke dette med crowding eller ...

Prosjektleder 2: Absolutt.

Prosjektleder 3: Som god plass og muligheten for å velge mellom ulike arealer å være i, sånn jeg har forstått.

Prosjektleder 1: Som fargebruk, vi hadde jo en runde med en sånn ... arkitektgjeng, kor de var fra?

Prosjektleder 2: ... Jo, fra der er det og en ja, det er i alle fall sterke synspunkter blant, blant en del fagfolk ... når det gjelder fargebruk og på ka måte fargenyanser og fargepaletter kan virka, ka ska e sei roende og, og dempende i et miljø og ka farger som kan virke motsatt. Sånn at det e jo mangel kompetanseområder her som vi forsøke etter beste evne å tilrettelegge for å ivareta.

Intervjuer: Vil dere vite hvorfor jeg spurte om det?

Prosjektleder 1: Mhmmm

Intervjuer: Det er en veldig kjent ... innenfor tema og det tror jeg dere snakket om for han er fra Sverige. En kjent forsker som heter Ulrich. Så det er bare derfor jeg spurte.

Prosjektleder 2: Ja for det er han som har skrevet den konseptrapporten for psykiskhelsevern fra Chalmers, han heter Ulrich.

Intervjuer: Det stemmer. Så da, det var derfor.

Prosjektleder 1: Traff vi blink?

Intervjuer: Ja. Så går vi litt videre ... hva tenkte dere når dere skulle jobbe med det prosjektet her?

Prosjektleder 3: Det er mye, men nei. ... Da, før jeg startet prosjektet så hadde ikke jeg så mye forutsetninger for å vite så mye om verken pasientgruppen eller hva vi bygget, ... mot eller hvem vi bygget for annet enn at det var hvert fall en motivasjonsfaktor for meg at det er et samfunnsnyttig prosjekt da, og et trekkprosjekt ... ja, også har jeg fått mye respekt for faget ettersom jeg har jobbet med de som driver med det og.

Prosjektleder 1: Ja samme, æ har heller ikke noe, jobba innafor psykiatrien tidligere. Æ jobbe i byggeteknisk bakgrunn, og har stort sett jobba med, og har jobba med sykehusprosjekter, men ikke med denne type ... psykiatrisk sykehus da eller institusjon, men det e jo den samfunnsnyttigen som e ekstra motiverandes og engasjerandes da.

Prosjektleder 2: Ja det er veldig få i våre dager som kan sei at dei bygge landet, men vi kan jo det. E synes jo det e veldig motiverande, og trives veldig godt med, med denne type bygg ... prosjekter. Som har en mening litt utover da kvardagslige.

Intervjuer: Og så videre, hvordan, dere har svart litt på det, men hvordan tenker dere at bygget skal bedre bruker eller pasient, eller holde de eventuelt stabile?

Prosjektleder 2: Ja det e et stort spørsmål da, eg frykta at du skulla komma dit. ... Nei, man kan seie at dei, den lettaste måten å svare på det spørsmålet e jo at det e så ille der pasientene er nå, at nesten uansett ka vi hadde bygd så hadde det blitt bedre, betydelig bedre. Det er dei lette svaret, men så er e jo ikkje fornøyd med det og da henger jo i sammen med at vi har brukt et år og hatt en seksti, fem og seksti ... ulike arbeidstakera inne i, å systematisk satt ord på korsen dei ønsker å ha da. Også har vi, holdt på å sei kalibrert det mot erfaringer på prosjekter som nettopp er blitt ferdige og tatt i bruk. Sånn at vi har luka ut, eller i alle fall forsøkt å luka ut de fleste av dei, ka ska e sei, tabbene eller svake løsningane de har valgt i Trondheim, i Kristiansand og i Sverige der de bygde to ganske store og like institusjoner for ganske nøyaktig ti år sida. Så dei har ti års driftserfaring, og i Trondheim og Kristiansand så har de kun et år eller to år med drift. Sånn at det, vi, vi trur jo at, men dei er veldig mange detaljer som avgjør det, men hun var jo inne på et par av de, dei med rom, space, bare i rommene, i valg av ulike rom, i korridorer og transportårar der pasienter ferdes, og at dei ...

Prosjektleder 1: Lys

Prosjektleder 2: Lys ja, og at dei e gode muligheter å komma ut. Liksom ut på en balkong, helt ut på et lokka uteområde, lenger ut på et fritt uteområde, men bak gjerder, og helt ut, ut uten forbi ... perimetersikring der du har heile Nordmarka å ta av.

Prosjektleder 1: Det e jo veldig sånn gjennomtenkt også i forhold til utsyn og lys, og alt det der som vi har beskrevet her. Men i hvert fall sånn som eg oppfatter det så har de jobba veldig tett med fagmiljøane også i forhold til erfaring. De har i forhold til pasienta, og hvordan de reagere og at vi skal gi de privatliv, men allikevel kunne overvåke de utenom å bli overvåka, og, og at det bygges for å unngå mest mulig tvang da. ... Og det må jo være positivt tenke eg.

Prosjektleder 3: Så har det vel vært høyt fokus på å ivareta de ansattes sikkerhet og alle prinsipper å se og bli sett, i forhold til siktlinjer og ... så det bruker vi jo en del til å, på å kvalitetssikre da. At det ... det er tilstrekkelig da, det og gå gjennom modeller og, av bygget da, blant annet.

Prosjektleder 1: Også er det jo materialvalg ikke minst, altså i forhold til valg av materiale, farga, møbla, møblement og sånt. Kor det i første omgang, kanskje, først så e det jo viktig å tenke på, altså tenke så mye på pasienten sin egen sikkerhet da, at han ikke kan ødelegge ting, skade seg, skade andre, bruke ødelagte ting til å skade andre, det er det jo veldig fokus på da i forhold til bygget ... sikkert og robust. Så der brukes det veldig mye energi på å tenke ut hvordan det ska, hvordan vi ska få til det. Og det er jo veldig viktig. Også er det jo det med farga og materialvalg i forhold til estetikk. ... Også jobber vi og med kunst, nå er vi akkurat i gang med en anskaffelse av en kunsthøgskole for og, og finne ut liksom hvordan vi kan bruke kunst innafør ... innafør, ja kan det brukes i behandling, kan det brukes, altså som en visuell og fin opplevelse også videre. Så tenkes det mye rundt det.

Intervjuer: Har det vært noe, eventuelt tanke på hvordan kunst?

Prosjektleder 2: Unnskyld?

Intervjuer: Hvordan kunst dere vil ha inn?

Prosjektleder 2: ... Nei det er for tidlig å sei. Korsen altså, der er vi i en ganske tidlig fase, men vi, men der vil jo og være noken føringar. Det kan ikkje være kunst som du kan plukke ned fra veggen og omdanne til en farlig gjenstand for eksempel. ... Så, så kunsten må, må på samme måte som veldig mange andre ting, enten det er stoler eller bord eller hyller eller vinduskarmer, må ha noken egenskaper som gjer at han, ... ja sitter fast og e solid, og e ... ja, altså det, vi brukar det ordet robust. Dei e jo et ord ofta blir misbrukt, i vår sammenheng brukar vi det veldig masse, men, men vi har definert ulike farger for robuste nivåer i bygget. Og der det e pasienttrafikk så e, e, e alle deler av bygget og alt du kan få tak på og, og gripe da har en robusthet som gjer at ... den ikkje kan bli til en farlig gjenstand, enten for deg sjøl eller andre. Det e en ganske vesentlig føring.

Prosjektleder 1: Også i, også i.

Prosjektleder 2: Også i deler av kunst.

Prosjektleder 1: Også kommer det jo det her med, skal den utfordre, skal den engasjere, skal den skape tanka, hvilke type, skal den være bare en pynt eller skal den, ikke sant, skal den kunne brukes, klatres på. Sant det er veldig mye, skal den sees på avstand, skal den kjenne på den. Og det er jo en ting vi kommer til å jobbe med, og da kommer vi jo til å tenke på, i forhold til pasienten og. Så det er det vi skal jobbe med den rådgiveren om da.

Prosjektleder 2: Ja.

Prosjektleder 1: Så vi e jo bare, stort sett bygg og byggmenneska som ikke har sånn.
Ikke noe kunstesperta.

Intervjuer: Nei det, det er veldig lov.

Prosjektleder 1: Så vi hente folk til det. Som kan hjelpe oss. Så da må vi sikkert samarbeide en del med fagmiljøet innafor psykiatri også.

Prosjektleder 2: Ja.

Intervjuer: Litt sånn avslutningsvis da, siste spørsmål. ... Har det vært eventuelle utfordringer som dere har møtt på, på veien fram til nå? Eller tror dere kommer til å møte på?

Prosjektleder 2: Ja utfordringer punktum? Eller utfordringer om prikk, prikk, prikk?

Intervjuer: Gen ... Ja, generelt ett eller annet innenfor utviklingen av bygget, hvis dere har fått farger som har vært vanskelige, altså det er jo ikke alt ut ... utvendig, hvordan et ser ut der. Sånne ting, sånne utfordringer. Veldig åpent, utfordringer i åpent perspektiv da.

Prosjektleder 2: Nei, men det, det går an også fortsetta på den linja som min kollega akkurat la opp til ikke sant det. For det e jo, det e noken områder her der vi e, der vi, der vi lener oss på ganske sånn, gode kunnskap, enten vitenskapelig eller erfaringsbasert, eller begge deler. ... Men så e det jo ganske mangen enkelt situasjoner, der det e, der, der vi kommer opp i en

situasjon der vi må ta et valg. ... Uten å ha en erfaringsbasert kompetanse eller en vitenskapelig kompetanse å lene oss på, der det blir mer sånn ... avveininger da. Og for å bruke kunst som et eksempel så har eg hørt, og sett og lest at der vil det vere noken skoleretninger som tenker at, okei kunstneriske uttrykk og generelt byggmessig uttrykk i en sånn type institusjon skal være heilt ... flat og uengasjerande og, og på ingen måte engasjere eller provosere, fordi at du har en forestilling om at mennesker med såpass alvorlig psykisk lidelse ikkje skal utsettes for, ka ska eg sei, engasjement og, og, og noe som engasjerer deg enten med den eine eller andre fortegnet. Mens en annen skoleretning vil tenka motsatt at ja men herre min hatt skal ikkje disse pasientene og kunna bli engasjerte, bli ... enten sinte eller lei seg, eller triste, eller glade, eller, ... men at, at for eksempel kunstnerisk installasjon skal på et vis engasjere og, og den, da kunne være et eksempel på som vi møte i veldig mange sammenheng, ikkje bare når det gjelder kunst, men når det gjelder andre typer utfordringer, men ... Så utfordringar, ... ja vi har vore gjennom mangen sånne, både på overordnet nivå og på ned på enkelt detaljer. Veit ikkje, kanskje du kom på noken eksempler når det gjelder utstyr og møbler? (Ser på prosjektleder 3).

Prosjektleder 3: Ja, altså tenker jeg jo generelt litt gjennom de medvirkningsprosessene vi har hatt, så er jo ... har jo holdt på å si medvirkerne litt ulik oppfatning om hvordan ting skal fungere. Så det er jo også litt utfordrende og å ha en kunnskapsdatabase å lene seg på, så er det jo kanskje på et par steder hvor det går mer på hvordan de er vant til å gjøre det og at da ... er det jo alltid noen spørrende, om det ene var det riktige eller det andre var det riktige. Så tar liksom beslutning på riktig grunnlag da, kan jo av og til være litt krevende.

Prosjektleder 1: Ja ikke sant, her kommer de fra en, fra for eksempel Dikemark som er eldgammelt bygg. Også jobber de på en måte der, som overhodet ikke vil passe i det nye. Fordi at du har en helt anna form, altså de klarer ikke å se før seg hvordan det skal bli.

Prosjektleder 3: Så er det jo utfordre, utfordre bruker på en del ting og kanskje ikke pushe den for langt heller da. At man, vi opplever bruker med den, en del tid nå hvert fall på, en del ekstra runder på en del ting for å kvalitetssikre sikkerhet, for at vi på en måte får det beste produktet for det vi har å bygge for da.

Prosjektleder 1: Også har vi jo utfordringer i, kanskje i, i motsetninge i forhold til for eksempel arkitekten som vil tegne, vil ha masse glass fordi at det gir masse lys og det e kjempe fint og

da får du. Og du kan se gjennom og videre ut og, mens kanskje, kanskje fra et pasient-synspunkt så vil du jo ikke bli sett og være synlig overalt. Og fra et bygge-synspunkt så er det veldig dyrt med glass også skal, skal du ha brannskille, brannglass og ... Så det, det, og liksom finne den riktige balansen i en sånn, i sånne hensyn da. Det e jo utfordranes i sånne type byggeprosjekt.

Intervjuer: Så er, det var egentlig siste spørsmål. Jeg har bare et sånn siste jeg kom på. Når dere snakker om brukerutvalg, da er det, er det da, hvem er det?

Prosjektleder 2: Utvalg? Det e mange utvalg.

Intervjuer: Ja dere har snakket om brukerutvalg og sånt, er det da pårørende? Eller er det ansatte? Eller er det pasienten selv?

Prosjektleder 2: I, må si i sånne byggeprosjekter er delt inn i faser. ... Og nå er vi i den gjennomføringsfasen der vi bygger huset eller bygget. Før det så var en forprosjektfase, der var det veldig omfattende og systematisk medvirkning, og i hovedtrekk, eg sa 65 involverte, eg tror det er sånn omtrent riktig. Og av dei så var det drøyt 60 som var ansatte i ulike deler av virksomhetane som skal inn i dette bygget, og en tre, fire, fem som var brukerrepresentanter. Altså som representerte pasientorganisasjoner. Men du kan sei at det er en svakhet og da har vi jo fortsatt ikkje gitt opp håpet om også få gjennomføra, men du kan sei, når du bygge et somatisk sykehus så du skal ha inn en nevrologisk avdeling for eksempel. Så vil du gjerne ta med en brukerrepresentant fra epilepsiforbundet eller tilsvarende, som selv har en lidelse som er relevant og som kan delta i utformingen av, av den nevrologiske avdelingen. ... Mens innenfor sikkerhetspsykiatri så e det litt mer krevende fordi at dissa pasientane e jo ein av dei få pasientgruppene som kan nesten ikkje ha en stemme ... konkret. Som kommer fra selve pasientgruppa. Og da har jo med at de er underlagt ganske strenge sikkerhetsregimer, men vi har ikkje gitt opp håpet om å dra på besøk noken av oss og, og delta i en sånn type, kaska eg sei fokusgruppe som dette da. Både i regionalsikkerhet og lokalsikkerhet, og for eksempel diskutere møbler. Også at vi tar med oss en liste med nok så konkrete problemstillinger ... som dei kan være med å ta stilling til. Og møblement kan være et eksempel på en sånn liste.

Intervjuer: Da har jeg egentlig fått de svarene jeg lurer på, så takk.

Prosjektleder 2: Bare hyggelig.

7.3 Vedlegg 3: Transkribert intervju med OUS

Intervjuer: Da kan jeg starte med det første spørsmålet da. Hvilket yrke eller hvilken rolle har du i denne prosessen?

Deltaker: Ja, yrket mitt er at jeg er utdannet psykiatrisk sykepleier, og har master i ledelse. rolle innen prosjektet er programleder, for det som heter PHA i nye bygg. Som er et program for OUS sin virksomhet for klinikken da, psykisk helse og avhengighet. Skal inn i to nye bygg, det skal både inn på ny sikkerhetspsykiatri og inn på det nye bygget på Aker. Så samlet arbeid med i bruktakelse og medvirkning i et program. Og min rolle er å lede det programmet og legge til rette for gode bygg, at det er god god medvirkning, at det skal være god planformmedvirkning nei for i bruktakelse og at bygget har løsninger som gjør at man kan realisere de gevinstene som er lagt i grunn.

Intervjuer: Ja, også på, innenfor Ila her da, eller det bygget her, sikkerhetspsykiatrien. Hvilken del av prosessen har du vært med i?

Deltaker: Jeg har vært med i,, før oppstart av forprosjekt Ja jeg ble ansatt før oppstart av forprosjektet, så altså januar 2022. 2021? 2021, hehe ja.

Intervjuer: Også er det jo, det har du jo fortalt litt om egentlig allerede, men dine konkrete oppgaver rundt dette prosjektet da?

Deltaker: Ja, det er ... Jeg er jo ansatt i Oslo universitetssykehus, men jeg er ansatt i staben til administrerende direktøren. Så jeg er ikke ansatt i klinikk psykisk helse og avhengighet som er de som skal ta de nye byggene i bruk. Så rollen min er å være et bindeledd mellom helse Sør-Øst prosjektorganisasjon, som er byggherre og klinikken som skal ta bygget i bruk. Som er på en måte kunden, på en måte brukeren som man snakker om da. Og da er jobben min å legge til rette for at vi får god medvirkning fra de i utforming av de nye byggene. Det er å utforme nye konsepter, forstått som nye måter å jobbe på, legge til rette for at vi tenker fremover, tenker helhetlig, at vi ikke bare flytter den organisasjonen vi har i dag inn i nye bygg, men at vi også i den prosessen jobber med nye måter å jobbe på. Går gjennom arbeidsprosesser, ja legger til rette for fremtidig, god fremtidig drift og god fremtidig pasientbehandling. Også er jo også deler av jobben min å legge til rette for at man får en god

ibruktakelse, det er jo mange mange ting som skal være på plass for at det ikke skal liksom skje noen uhell eller feil, eller at ikke bygget skal kunne tas i bruk som planlagt når man flytter inn. Så det er også en del av mine arbeidsoppgaver, også er det, altså jeg jobber både mot ledelsen i Sør-Øst prosjektorganisasjon og jeg jobber veldig tett mot ledelsen i klinikken. Og er et slags bindeledd der.

Intervjuer: Da er det jo, dette er jo veldig lett for deg å svare på, men det er veldig generelle spørsmål jeg spør alle om. Hentet du inn informasjon rundt aggresjon og eventuelt vold når du skulle starte, være med i dette forprosjektet eller dette prosjektet?

Deltaker: Om jeg startet, hentet inn informasjon om aggresjon og vold? Nei, jeg gjorde jo ikke det spesifikt. Jeg har jobba i sikkerhetspsykiatri i mange år, kjenner fagfeltet godt ... og ... har egentlig ikke i min rolle hatt behov for noe sånn spesifikk informasjon om, noe grunnlagsinformasjon om aggresjon og vold i OUS da. ... Men det er klart det snakker vi jo med, med de som er i medvirkning og det er jo, det ligger jo som en sånn ... et premiss hele tiden at det er denne pasientgruppen vi skal legge til rette for. Men jeg hentet ikke inn noe spesifikt før jeg tok rollen, hvis det var spørsmålet?

Intervjuer: Det var det. ... Også vil jeg bare ha et oppfølgingsspørsmål da siden du er jo representant da. Eventuelt brukerutvalget eller noe sånt, hvem er det?

Deltaker: ... Ja, altså OUS har et sentralt brukerutvalg ... som jeg er i ... rapporterer om prosjektets fremdrift og, og, og har kontakt med. Også er det også et brukerutvalg i klinikken som jeg har møte med. Også har jeg i tillegg brukerrådsmøter på en av de virksomhetene som skal inn i det nye bygget. Også er det brukerrepresentanter med i medvirkningsgruppene, to brukerrepresentanter, inntil to brukerrepresentanter i hver medvirkningsgruppe.

Intervjuer: Ja, da kan jeg gå på ... ja, jeg må har du opplevd i din, ditt arbeidsliv en kobling mellom aggresjon og de fysiske omgivelsene?

Deltaker: Ja, det vil jeg si at det har, at det er arealer som ikke er tilpasset virksomheten påvirker nivået på aggresjon, også kan bidra i en situasjon hvor det utøves vold, det vil jeg si, det har jeg erfart.

Intervjuer: ... Så om du kunne fortelle meg litt om hva du tenker rundt ... rundt aggresjon blant pasientene og hvordan dette kan eventuelt oppleves for de ansatte?

Deltaker: Hvordan aggresjon fra pasientene oppleves av de ansatte?

Intervjuer: Ja, ovenfor de ansatte. Altså eventuelt utagering.

Deltaker: Ja ... Ja, nei det, det tenker jeg kan, altså de ansatte er jo mennesker så det er jo veldig menneskelig å reagere med redsel, frykt, ... sinne ... når du møter, når aggresjonen blir rettet mot deg. Også er jo heldigvis de som er ansatt i min referanse sikkerhetspsykiatri da, de er jo trent på å håndtere det. Men jeg tror ikke man skal underslå likevel at vold og utagering skaper frykt,, og også trusler med vold og utagering skaper frykt og bare en følelse av at det kan skje kan skape frykt hos de ansatte. Men ... men det håndteres jo som regel veldig godt i et, i et arbeidsmiljø.

Intervjuer: Bra, så går vi litt videre på selve bygget her. Hva er dine tanker rundt den nye sikkerhetsavdeling her på Ila?

Deltaker: Mine tanker? Det har jeg veldig mange tanker rundt, fordi at jeg er veldig opptatt av dette bygget og kjenner det veldig godt. Så når du spør om mine tanker så er det et veldig vidt spørsmål. ... Om du mener at hvordan vi har lagt til rette for, for disse pasientene eller hva det skal brukes til eller kan du være litt spesifikk hva, hva du vil jeg skal peile meg inn på?

Intervjuer: Egentlig så er det ment som et veldig åpent spørsmål, så det er, så det er egentlig bare å fyre løs.

Deltaker: Ja, ... jeg tenker at dette bygget er veldig godt tilrettelagt for den pasientgruppen og det blir en veldig stor endring fra hvordan situasjonen er i dag. Vi har lagt vekt på de helt sånn klassiske tingene, som alle sikkerhetsavdelinger vil være opptatt av og av gode siktlinjer, brede korridorer, ... dette med at å unngå crowding, at pasienten skal ha valgmuligheter når de går ut av sitt eget pasientrom. At man ikke må gå opp til ett oppholdsrom da, at man kan ha alternative områder å sette seg på og at man også kan ... sånn at man også kan, gjennom det nedskalere aggresjon mellom pasienter. Så alle de klassiske tingene har vi, har vi lagt til rette for, men samtidig så har vi også vært opptatt av at dette bygget skal være hensiktsmessig på

sikkerhetspsykiatri i mange, mange år. Jeg pleier å si at vi som har perspektiver, at vi bygger for hundre år. Sånn at det skal på en måte romme aktiviteten for veldig mange år, da må man å prøve å, å ha fokus på fleksibilitet og generalitet, også at det kan, at bygget ganske enkelt kan ... være et godt bygg, også under endrede forutsetninger da. ... Og det mener jeg at vi har fått til bra. Og så har vi, har jeg vært, ikke bare jeg, men, men helt i starten når jeg kom inn i prosjektet så var jeg opptatt av tanken om at et godt bygg bør kunne følge pasienten gjennom et forløp ... fordi at en pasient har ikke de samme behovene når han kommer til innleggelse, som den dagen pasienten skrives ut. ... Og det vet alle som har jobbet tett på pasienter, at, at det skjer noe med pasienter løpet av det forløpet og det bør egentlig løsningene i bygget også kunne følge og speile. Så derfor så har vi blant annet en, en sånn, tredeling, tre nivåer på senger, som for eksempel at sånn vanlig ordinær seng, så har du en intensivseng med litt høyere, litt større areal og litt bedre tilrettelagt, enda bedre stikklinjer hvor personalet kan på en måte jobbe tettere på pasienten. Også har du høyintensiv som er for de aller sykeste, og de som trenger veldig godt tilrettelagte arealer, for der kan pasienten på en måte, der er det rom også for at pasienten kan være veldig aggressiv og, og på sitt sykeste. Der har vi tatt et grep som jeg ikke har sett at noen andre prosjekter har gjort med blant annet doblet størrelsen på arealene til oppholdsrommet. ... Og det er fordi at, det er gjort helt bevisst, og det er fordi at vi ønsker at personalet skal kunne oppholde seg trygt sammen med pasienten, også når pasienten er i alvorlig forverring. Vi vet at hvis det oppholdsrommet blir for lite så trekker personalet seg ut, og observerer pasienten fra utsiden, fordi av hensyn til egen sikkerhet så tør de ikke sitte inne sammen med pasienten. Men når vi har gjort det arealet så stort, og det har vært en bevisst prioritering da, å ta arealet fra andre områder, vi har tenkt at det er viktig fordi at det som er virksomt i pasientbehandling er jo kontakt og relasjon og miljøterapi. I tillegg til medisiner og alt det der selvfølgelig, men, men i denne sammenhengen som er knyttet opp til areal så er det å kunne være sammen og trygge pasienten og, og på en måte være tilstede og gjøre observasjoner og intervensjoner. Og da har vi valgt å gjøre det oppholdsrommene veldig store. Ja hvert fall 25kvm, og det er mye større enn det som er vanlig så, så det er jo et grep da som jeg tenker er viktig for liksom at bygget skal være tilpasset pasienter i alle faser. Også er det jo også lagt vekt på gode utearealer, ... pasientene har krav, har rett til å komme ut og vi har tenkt at, vi har vært veldig opptatt av å kommunisere til alle samarbeidspartnere at, at i dette bygget, i dette prosjektet så er utearealene å betrakte som behandlingsareal. Altså det skal, det skal på en måte, man skal jobbe med det på samme måte som man gjør med arealer innvendig. ... Så det, det er også en bevisst tanke rundt det, også er det en bevisst tanke rundt det jeg sa med den tredelingen av sengene, at istedenfor å kalle det skjermetenhet da som man

ofte gjør, så kaller vi det for intensiv og høyintensiv. Som et uttrykk for at, at et, skjerming er et vedtak, det er et tiltak, men det å jobbe med de aller sykeste og de pasientene som er i forverring, det krever mye mer enn et vedtak. Det krever at du jobber intenst og godt, og faglig strukturert, så da er det meningen at det er viktigere å bruke liksom intensivbegrepet som et uttrykk for det. Ja, jeg kunne snakket veldig mye om dette bygget, men jeg snakker meg sikkert helt bort. ... En annen ting som jeg tenker er bra med dette er at vi også har vært opptatt av å nye arbeidsformer at vi kjenner ikke fremtiden sånn at vi har lagt til rette for det vi kaller arenafleksible arealer, som betyr at vi ser for oss å kunne jobbe annerledes, og jobbe veldig utadrettet med en base i bygget. Men vi kjenner ikke helt til hvordan det blir så det å kalle det, kalle det for FACT-teamrom eller kalle det for poliklinikk eller kalle det for noe mer, det blir veldig sånn spesifikt. Vi tenker at det er arenafleksibelt, og vi kommer til å jobbe mer og mer arenafleksibelt i fremtiden. ... Ja ...

Intervjuer: Ja, nei det er veldig bra at du har masse å komme med ... det blir mer spennende for meg, for nå har du svart på mange av de spørsmålene jeg egentlig skulle komme med, så det er veldig bra.

Deltaker: Uff, beklager det.

Intervjuer: Nei det, jeg synes det er fint at da får man, det er derfor åpne spørsmål tenker jeg er viktig i disse settingene. Men hva er dine tanker også rundt sluttresultatet? Du har jo fortalt litt om det, men sånn konkrete tanker rundt akkurat når det, når bygget er ferdig og tatt i bruk da.

Deltaker: ... Ja, ... jeg tror at dette bygget når det står ferdig blir veldig bra. Jeg tror at det kan bli et referansebygg for sikkerhetspsykiatri, håper det hvert fall for vi har lagt alle gode krefter på dette og det er det siste bygget, og det betyr at vi har stått på skuldrene til de som har bygget før oss og, og på en måte sett på alle gode erfaringer og også alle dårlige erfaringer og prøvd å ikke gjøre de feilene, men sikkert gjøre nye da. ... Men jeg tror det blir et veldig bra bygg, men så er jeg veldig opptatt av at bygget er bare et verktøy for god behandling, god behandling er målet bygget er jo ikke et, et mål i seg selv. Bygget legger til rette for at vi skal drive god behandling med redusert bruk av tvang og, og, og forhåpentlig også redusert aggresjon og vold, og et trygt og sikkert arbeidsmiljø. ... Så derfor så tenker jeg at bygget er et veldig godt utgangspunkt, men hvor bra det blir etter ibruktagelse, hvordan det er å være

pasient her, hvordan det blir å jobbe her. Det er det jo klinikken som bestemmer ... fordi at det handler om hva man velger å fylle bygget med, et bygg er et verktøy for det vi ønsker å oppnå, ikke målet i seg selv.

Intervjuer: Så har jeg egentlig et siste spørsmål, ett litt sånn, og det er også et veldig åpent spørsmål. Har du følt at det har vært eventuelle utfordringer når det kom til prosessen?

Deltaker: Ja, altså det, det er jo ikke lett dette. For det handler jo om å på en måte, vi har en del kjente forutsetninger, men så har vi en god del ukjente forutsetninger som vi må legge til grunn for det vi planlegger og for det vi bygger for. ... Så det er jo krevende og, og manøvrere der, også er det jo at, jeg er jo helsepersonell og jobber i et landskap som ikke jeg er godt kjent med, man jobber med entreprenør, man jobber med Sykehusbygg, NCC, altså disse aktørene da. Så det, det, vi har jo brukt mye, vi har et stort fokus i prosjektet på å formidle til alle aktører hva dette bygget skal være. Også, og det har vært viktig å få at det, har tenkt at det er viktig at snekkerne forstår at de bygger, hva de bygger for. Sånn at de kan være med å ta ansvar for, for sikkerhet og for gode løsninger, for det er viktig at, at prosjekteringsgruppen liksom har engasjement og, og vil at dette skal bli så bra og forstå hvor viktig det er, dette er et kjempe viktig bygg. Det er pasienter som er innlagt over lang, lang tid som ikke selv kan bestemme når, når de ikke vil være innlagt lenger og det må være bra, det må funke godt. Men jeg synes vi har fått til det, men det har vært krevende og hele, jeg har kjent på ansvar for å liksom sørge for at den forståelsen er liksom gått helt ut da, for å bidra til at det skal bli bra. Også er det jo det at vi som jobber i prosjekt som vi gjør når vi jobber i program, vi er jo, vi ligger liksom litt foran klinikken. Vi har nok lettere for å se for oss nye måter å jobbe på, nye løsninger, jeg er ikke så bundet av, jeg trenger ikke å ta hensyn til en driftssituasjon i den klinikken jeg jobber i. Altså ikke sant, det er jo det som oftest stjeler fokus da, drift og dag til dag virksomhet, mens når man jobber i prosjekt så har man (nettverket hang seg). Og det synes jeg, det har vært krevende og, og passe på at man, at man, jeg oppfatter at mitt oppdrag er å, å gå litt foran og prøve å trekke klinikken med inn i, på en måte fremtidige løsninger, men ikke gå for langt foran sånn at du mister de av syne på en måte, de, det hjelper ikke om jeg ser mange spennende muligheter i fremtiden hvis ikke de som skal ta bygget i bruk ser det samme. Og det, det er utfordrende og på en måte se det samme og på en måte få de med på den veien da, ikke fordi at de har vond vilje, men fordi at de er veldig preget av at de står i en veldig krevende driftssituasjon.

Intervjuer: Ja, det er bra, det er egentlig alt det jeg hadde å, av spørsmål. Du svarte på veldig mange av spørsmålene ...

Deltaker: Jøss, er det det at jeg snakker så fort, eller er det ...

Intervjuer: Nei, jeg hadde veldig sånne konkrete og du svarte jo på veldig mange av de, og det synes jeg egentlig ble fint, så jeg er veldig fornøyd jeg altså, det er jeg.

Deltaker: Ja, så bra.

7.4 Vedlegg 4: Samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet «Sikkerhetspsykiatri og aggresjon?»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke aggresjon hos pasienter som er innlagt på sikkerhetspsykiatri. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Studien er en del av et mastergrads-prosjekt i miljøpsykologi ved Høgskolen i Innlandet. Overordnet formål med master-prosjektet er å undersøke om hvordan det fysiske i form av rom kan påvirke aggresjonen og vold til mennesker som er innsatte på sikkerhetspsykiatri

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskolen i Innlandet er ansvarlig for prosjektet, prosjektet formelt ansvarlig for forskningsprosjektet er veileder Eli Kindervaag.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta i studien fordi du har blitt oppgitt av Sykehusbygg som én av flere arkitekter/planleggere/ansatt- og bruker-utvalg som har vært involvert i utviklingen av nye sikkerhetspsykiatri på Ila.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer dette at du takker ja til å delta på et intervju der hensikten er å se hva dere tenker rundt plan av utbyggingen av nye sikkerhetspsykiatri på Ila. Det settes av inntil 1 time til intervjuet.

Deltakelse innebærer at du samtykker til lydopptak av intervjuene og at datamaterialet blir analysert. Du vil få mulighet til å lese gjennom transkribert materiale og komme med innspill, om du ønsker.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke

samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. 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.

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.

- Kontaktinformasjonen vil bli slettet når intervjuet har funnet sted, slik at ingen uvedkommende får tilgang til personopplysningene. Datamaterialet vil lagres på en server som krever innlogging.

Prosjektet vil tilstrebe å ivareta anonymitet der mulig, og det understrekes at intervjuene ikke vil avdekke sensitiv informasjon. I tilfelle prosjektet henter inn sensitiv informasjon om designprosessen, vil dette fjernes eller anonymiseres i publikasjoner.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Master-prosjektet vil etter planen avsluttes før oppgitt tidspunkt for avslutning. Etter prosjektslutt (September, 2024) vil datamaterialet med dine personopplysninger anonymiseres og lydopptak slettes. Det anonymiserte transkriberte intervjuene vil bli beholdt til eventuell videre forskning.

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 Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg

- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- Høgskolen i Innlandet ved Amanda Solberg, sandsolberg@gmail.com
- Vårt personvernombud: Personvernombud og studentombud Usman Asghar: usman.asghar@inn.no/ Seniorrådgiver Anne Sofie Lofthus: anne.lofthus@inn.no

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Amanda L. S. Solberg

Navn underskrift

7.5 Vedlegg 5: NSD godkjenning

27.05.2024, 09:59

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer
444697

Vurderingstype
Standard

Dato
27.11.2023

Tittel
Sikkerhetspsykiatri og aggresjon

Behandlingsansvarlig institusjon
Høgskolen i Innlandet / Handelshøgskolen Innlandet - Fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap / Institutt for psykologi

Prosjektansvarlig
Svein Åge Kjøs Johnsen

Student
Amanda Louise Sand Solberg

Prosjektperiode
26.11.2023 - 20.09.2024

Kategorier personopplysninger
Alminnelige

Lovlig grunnlag
Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 20.09.2024.

[Meldeskjema](#)

Kommentar
OM VURDERINGEN
Sikt har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER
Vi har vurdert at du har lovlig grunnlag til å behandle personopplysningene, men husk at det er institusjonen du er ansatt/student ved som avgjør hvilke databehandlere du kan bruke og hvordan du må lagre og sikre data i ditt prosjekt. Husk å bruke leverandører som din institusjon har avtale med (f.eks. ved skylagring, nettspørreskjema, videosamtale el.).

Personverntjenester 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).

MELD VESENTLIGE ENDRINGER
Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Se våre nettsider om hvilke endringer du må melde: <https://sikt.no/melde-endringer-i-meldeskjema>

OPPFØLGING AV PROSJEKTET
Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

7.6 Vedlegg 6: Intervjuguide

1. Deltakere mm.

- Deltakere:
 - Ansatte innen sikkerhetspsykiatri (utvalg)
 - Brukerrepresentanter (utvalg)
 - Arkitekter
 - Planleggere/prosjektledere
- Formelle spørsmål:
 - Navn
 - Rolle/ansatt
 - Eventuelt bakgrunn/erfaringer

2. Informasjon

- Litt informasjon om temaet før samtalen
 - Bakgrunn?
 - Formål?
- Forklare hva intervjuet skal brukes til og forklare taushetsplikten og anonymitet

3. Innledende spørsmål

- Innhente informasjon rundt aggresjon og vold?
 - Hentet dere inn informasjon rundt aggresjon og vold?
 - Hvor fant dere informasjonen (vitenskapelig? Fagbøker? Brukerutvalg? Fagpersoner som fungerte som rådgivere? Eller gjorde dere ikke?)?
 - Hvordan ble denne informasjonen eventuelt brukt?
- Hvilken del av prosessen har du vært med i?
- Hvilken rolle hadde/har du?
- Hva har dine oppgaver vært rundt dette prosjektet?

4. Nøkkelspørsmål

- Arkitektene (onsdag 17.01, klokken 11.00)
 - Hvor mye handlingsrom hadde dere når det kom til design og utforming av lokalene?

- Hva tenkte dere når dere skulle tegne bygget utvendig?
 - Hva tenkte dere når dere skulle tegne bygget innvendig?
 - Hva tenkte dere rundt valget om farger, materialer, utsikt og uteområder?
 - Hva var viktig for dere å få til i dette bygget? Hvilken informasjon jobbet dere utfra?
 - Hva er tankene på bakgrunn av de tidligere spørsmålene rundt aggresjon og vold?
 - Ble aggresjon og vold diskutert når dere skulle designe lokalene? Hvordan ble det eventuelt diskutert?
 - Hadde dere en brukergruppe (ansatte?) som bidro til utviklingen av designet?
 - Kjenner du til vitenskapelig forskning på dette temaet? For eksempel Ulrich sin «Design theory for reducing aggression in psychiatric facilities» som lister konkrete tips til fysisk utforming (eksempel enkeltrom, tilgang til hage/natur)?
- Arkitekter & Planleggere/prosjektledere (torsdag, 18.01, klokken 12.00)
 - Tenkte dere noe rundt aggresjon når det kommer til omgivelser?
 - Hva tenkte dere når du/dere skulle jobbe med dette prosjektet?
 - Hvordan tenker dere at bygget skal bedre bruker eller holde de stabile?
 - Hva er tankene på bakgrunn av de tidligere spørsmålene rundt aggresjon og vold?
- Ansatt (utvalg) og brukerrepresentanter (torsdag 18.01, klokken 13)
 - Kan du fortelle meg litt om hva dere tenker rundt aggresjon blant pasientene, hvordan oppleves dette for dere som ansatte?
 - Har du opplevd en kobling mellom aggresjon og de fysiske omgivelsene (støtteord: materialer, farger, fysiske ting som de ansatte har tilgang på, uteområder, osv.)
 - Hva var deres innspill rundt sikkerhetspsykiatrien? Hvordan ble dere inkludert i prosessen med å designe bygget?

- Hvordan opplevde dere dette?
 - Hva er deres tanker rundt den nye sikkerhetsavdelingen på Ila?
 - Hva er deres tanker rundt det eventuelle resultatet?
 - Tenker dere at dette bygget har kvaliteter som kan minske aggresjon hos pasientene?
 - Hvordan tenker du/dere at bygget skal bedre bruker eller holde de stabile?