

Å jobbe med relasjoner og vold

En Tematisk analyse over helsepersonells erfaringer

Berit Jægtvik

VID vitenskapelige høgskole

Oslo

Masteroppgave

MAHELSE 65701

Antall ord: 25199

Dato 15.05.2023

Opphavsrettigheter

Forfatteren har opphavsrettighetene til oppgaven.
Nedlasting for privat bruk er tillatt.

Sammendrag

Hensikten med studien var å utforske helsepersonell sine erfaringer rundt det med vold og trusler, samt relasjonsarbeid.

Bakgrunn: Avmakt er en grunnleggende årsak til vold og trusler, og vi alle har et iboende behov for og ønske om trygghet. Det å jobbe med psykisk syke og ruspåvirkning er meget krevende, og en står i mange etiske utfordringer. Og helsepersonell er en yrkesgruppe som ofte utsettes for vold og trusler. Hvordan en håndterer en hendelse kan påvirke om det eskalerer eller forhindre at det går fra utskjelling til fysisk vold. Og hvordan påvirker dette helsepersonalet når det ikke får støtte fra ledelsen eller sine arbeidskolleger.

Metode: Studien er kvalitativ med en fenomenologiske- hermeneutiske overbygning. Det ble gjennomført fem intervjuer med helsepersonell som representere to like avdelinger i Norge. Begge avdelingene er rettet mot eldre som har en somatisk lidelse, samt et rusproblem og psykisk syke pasienter.

Funn: Resultatet viser til kunnskap, støtte fra ledelse, kollegastøtte og ansattes holdninger.

Konklusjon: For å kunne jobbe forebyggende med voldsarbeids, så er det viktig med et klar og tydelige lederskap. Og at de burde ha erfaringer innenfor rusfeltet.

Nøkkelord: Vold, trusler, sykepleier, kollega, ledelse, erfaringer, vold og trusler, forebygging, kompetanse, relasjoner, rus og psykiatri.

Abstract

The purpose of the study was to explore healthcare personnel's experiences of violence and threats, as well as relational work.

Background: Powerlessness is a fundamental cause of violence and threats, and we all have an inherent need and desire for safety. Working with the mentally ill and substance abuse is very demanding, and one faces many ethical challenges. And healthcare personnel are a profession that is often exposed to violence and threats. How one handles an incident can affect whether it escalates or prevent it from going from name-calling to physical violence. And how does this affect healthcare professionals when they don't get support from management or their work colleagues.

Method: The study is qualitative with a phenomenological-hermeneutic superstructure. Five interviews were conducted with healthcare personnel representing two similar departments in Norway. Both departments are aimed at elderly people with a somatic disorder, as well as a substance abuse problem and mentally ill patients.

Findings: The result refers to knowledge, support from management, colleague support and employee attitudes.

Conclusion: In order to be able to work preventively with violence work, it is important to have clear leadership. And that they should have experience in the field of substance abuse.

Keywords: Violence, threats, nurse, colleague, management, experiences, violence and threats, prevention, competence, relationships, substance abuse, psychiatry.

Forord

Det å jobbe med mennesker som er psykiske syke, har rusproblemer og somatiske lidelser er ganske krevende. Jeg har siden sykepleieutdanningen ønsket å jobbe i rusfeltet. Det er store og komplekse områder, som har gitt meg glede og gitt meg inspirasjon, så har det også gitt meg utfordringer og frustrasjon. Jeg tok videreutdanning i rus og avhengighetsproblematikk ved Vitenskapelig høgskole i Oslo i 2019 da jeg var ute etter å få faglig påfyll. Liten visste jeg at det på sikt skulle ende opp i en masterstudie. Må ærlig innrømme at veien har vært utfordrende og tøff, og jeg ble utfordret på mange måter. Med det har også gitt meg innsikt i rusfeltet ut fra kommunalt nivå, og at pasienten er i behov av helsepersonell som bryr seg og tør å stå i situasjoner sammen med dem.

Uten noen viktige støttespillere så hadde nok ikke dette prosjektet blitt gjennomført. De er mange som fortjener oppmerksomhet og jeg vil først takke min veileder Ingebjørg Haug for god veiledning. Du har vært tålmodig og uten din hjelp så hadde veien vært enda mer kronglete og tung. Takker for at du delte din kunnskap med meg og at du gav meg konstruktive tilbakemeldinger. Videre vil jeg takke institusjonene som lot meg gjennomføre studien, og ikke minst til informantene som valgte å dele sine erfaringer med meg. Takker også avdelingssykepleier som lot få veiledninger i arbeidstiden, og at jeg fikk byttet vakter og ferie slik at jeg fikk gjennomført intervjuene.

Sist, men ikke minst, så vil jeg takke min nærmeste familie Tron, Linda, Emilia, Heidi. Og en takk til Lene som har vært en god samtalepartner. Dere har holdt ut med meg under denne perioden og dere gav aldri opp troen på at dette var gjennomførbart. Dere har vært lysglimt i en tøff periode. Takker for at dere har vært tålmodige og for deres datakunnskap.

Berit Jægtvik

Oslo 14.05.2023

Innholdsholdsfortegnelse

1 Innledning	
1.1 Bakgrunn for studien	1-2
1.2 Litteratur søk og tidligere forskning	2-4
1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål	5
1.4 Begrepsforklaring	5-6
1.5 Politiske føringer	6-8
2 Teoretiske perspektiver	9
2.1 Vold og trusler	9
2.2 Relasjonell vold og relasjonelle trusler	9-10
2.3 Instrumentelle vold og instrumentelle trusler	11-12
2.4 Helse, miljø og sikkerhet	12
2.5 Forebygging og håndtering av vold	13-14
2.5.1 Tiltak som kan iverksettes	14-15
2.5.2 Miljøterapi	15-17
3 Metode	18
3.1 Valg av metode	18
3.2 Fenomenologisk tilnærming	18-19
3.3 Hermeneutisk tilnærming	19
3.3.1 Fenomenologisk- hermeneutisk tilnærming	19-20
3.4 Kvalitative metode	20-21
3.5 Utvalg og rekruttering	21-22
3.6 Det kvalitative forskningsintervju	22-24
3.7 Forforståelse	24
3.8 Datainnsamling	24-26
3.8.1 Transskribering	26
3.9 Analyse	27
3.10 Tematiske analyse	27-28
3.10.1 Bli kjent med datamaterialet	28-29
3.10.2 Koding	29-30
3.10.3 Søk etter temaer	30-31
3.10.4 Gjennomgang av temaer	31
3.10.5 Definer og navngi temaer	31-32
3.10.6 Utarbeid rapporten	32-33
3.11 Mulige fallgruver i tematisk analyse	33-34
3.11.1 Studiets troverdighet	34
3.11.2 Reliabilitet og validitet	34-36
3.11.3 Overførbart	36
3.11.4 Forskningsetiske retningslinjer	36-37

3.11.5 Anonymitet og konfidensialitet	37-38
4 Presentasjon av funn	39
4.1 Vold og trusler	39
4.1.1 Personlig kompetanse og erfaringer	39-40
4.1.2 Forebyggende voldsarbeid	40-41
4.2 Støtte fra leder	41-42
4.2.1 Oppfølging etter en voldshendelse	42-43
4.3 Kollegastøtte	43-44
4.3.1 Det å stå sammen	44-45
4.3.2 Ansattes reaksjoner	45-46
4.4 Ansattes holdninger	46-47
4.4.1 Møte pasienten	47-48
4.4.2 Bygge relasjoner	48
5 Drøfting	49-50
5.1 Støtte fra leder	51-55
5.2 Kollegastøtte.....	55- 60
5.3 Ansattes holdninger.....	60- 62
5.4 Forebyggende og håndtering av vold og trusler.....	62-67
6 Konklusjon	68
7 Litteraturliste	69-70
Vedlegg nr 1 NSD godkjenning	71
Vedlegg nr 2 Alkoholavtale	72
Vedlegg nr 3 Informasjon ledere.....	73- 74
Vedlegg nr 4 Informasjon informanter og samtykke.....	75-78
Vedlegg nr 5 Intervjuguiden.....	79-81
Vedlegg nr 6 BVC.....	82
Vedlegg nr 7 SJA.....	83

1 Innledning

Helsedirektorat (2017) kom med en rapport som viser at det fra 2012 fram til 2016 var en økning av vold og trusler rettet mot helsepersonell og medpasienter. Rapporten omhandler både spesialhelsetjenesten og primærhelse-tjenesten, velger å ikke gå noe videre inn på spesialhelsetjenesten da jeg jobber i primær-helsetjenesten. Når man utsettes for vold og trusler på arbeidsplassen så skaper dette frykt og engstelse, som kan blant annet relateres til sykdommer som kan gi langvarig sykdom som muskel- og skjelett og psykiske sykdommer. Helsepersonell er en av de yrkesgrupper som blir utsatt for vold og trusler som verbal, fysisk og psykisk utagering på arbeidsplassen. Dette er ikke et problem som er et enkelt individ sitt problem, men det er et problem som angår hele arbeidsplassen. Vold og trusler utartet fra store og alvorlige hendelser til mindre alvorlige og hyppige hendelser så kan de gi store konsekvenser for de som utsettes for vold og trusler (Wedervang-Resell, A et al., 2017). Arbeidstilsynet sier noe om opplevelsen av vold og trusler kan variere fra arbeidsplass til arbeidsplass. Det er viktig at ansatte og ledelsen blir enige om hva som legges i begrepene vold og trusler, og skal være knyttet til arbeidet og yrkesrollen. Arbeidsmiljøet omhandler alt fra de fysiske forhold som støy til psykososiale forhold som prestasjonskrav eller relasjon mellom ledere og arbeidskollegaer. Om en har dårlig arbeidsmiljø så påvirker det organisasjonens effektivitet og de ansattes helse og velvære (Store Norske leksikon, u.å.)

Hvordan kan helsepersonell opprettholde eller danne gode relasjoner seg imellom når de står i trusler og vold, jeg har valgt å rette oppmerksomheten mot arbeidsmiljø og helsepersonell og hvordan de opplever det å stå i tøffe situasjoner der hvor samhandling dem imellom blir meget viktig slik at man føler trygghet i hverdagen.

Hedlund, Ingstad og Moe skriver i sin artikkel «*God helse – Kunnskap for framtidens kommunehelsetjeneste*» om kommunale helse- og omsorgstjenester er i en kontinuerlig endring (2021). At brukere av tjenesten er blitt flere, yngre og har mer komplekst og sammensatte sykdomsbilder og oppgavene er skjøvet fra spesialtjenesten til kommunalhelsetjenesten.

Dette fører til at det er et høyere krav til kompetanse bland ansatte, og at det er viktig at ansatte får tilgang til ny kunnskap for å øke fagkompetanse (Hedlund et al. 2021).

Det er kommunene som har ansvar for at det gis gode og forsvarlige helsetjenester til alle innbyggere i kommunene. Skal kommune- og omsorgstjenesten ha høy kvalitet, så er det viktig med kunnskapsutvikling og forskning står det i *sluttrapport februar 2019 til Helse-Omsorg21-rådet Kommunenes strategiske forskningsorgan* (2019). Det å jobbe med syke mennesker er oftest vanskelig, da man ofte møter pasientene på pasientene sin verste dag. De føler på oppgittheten, ensomheten, ofte har de vært på mange institusjoner og de mener at ofte blir ting bestemt over hode på dem, at ingen hører på dem. Ofte har de komplekst sykdombilde, og om en legger til en avhengighets diagnose og/eller psykiske lidelser så blir det ofte mer krevende. Helsepersonell må ha kunnskap innenfor ikke bare somatikk, men også om avhengighet (alkohol/illegale stoffer). Konsekvenser for bruk av rusmiddelet og psykisk lidelser og kunnskap om vold og trusler.

1.1 Bakgrunn for studien.

Jobber som sykepleier med videreutdanning i rus og avhengighet, på en spesialavdeling for eldre rusavhengige i kommunal sektor, der vi til tider opplever at personal blir utsatt for psykisk, fysisk og verbal utagering. Når det har vært en hendelse så opplever man ofte at det ikke iverksettes tiltak for å forhindre at dette gjentar seg. At hendelser ikke må tas opp i plenum slik at vi kan ta lærdom av situasjonen, men at det blir «feid under teppe» eller at det blir «brannsløking» for å prøve å forhindre eskalering av atferden til pasienten. Eller ved innkomst av ny pasient der vi får rapport om utagering der hvor politiet er involvert, det tas det ingen BVC kartlegging i forkant. BVC er et kartleggingsverktøy for risiko for vold og aggressiv atferd, den tar for seg seks punkter (Linaker, Busch-Iversen, 2018). Oftest er det personalet som har fram provosert en utagering da vi ikke forholder oss til tiltaksplaner, vi handler forskjellige og dermed forvirrer vi pasientene, de blir frustrerte og dermed kommer utageringen. Dette medfører at man til tider ikke stoler på våre arbeidskollegaer, slik at man blir utrygg når man er på jobb. Hvordan en organisasjon er strukturert kan være avgjørende for hvordan en avdeling drives. Slik at om det er tilrettelagt for somatisk eldre syke, så vil ikke det si at alle avdelinger har samme pasientgruppe med eldre somatisk syke. Derfor er det viktig at ledelse har forståelse om alle avdelinger ikke er like og at man arbeider annerledes

på enkelt avdelingene grunnet den pasientgruppen som er på avdelingen. Det er kun ved forankring i ledelsen av man får bygg opp avdelingen slik at det blir et trygt sted for de ansatte og pasientene. Videre ønsker jeg og belys ansatte sine opplevelse og erfaringer om hvordan man skal danne god og helsefremmende relasjoner, når man har opplevd at man ikke får støtte fra sine arbeidskollegaer rett før, under og etter en situasjon. Tenker at tett samarbeid med ledelse og de som faktisk jobber på gulvet er viktig slik at man får iverksatt de verktøy som fungerer og at man får en bedre rutine rundet for eksempel risikoanalyser når en har en utagerende atferd.

1.2 Litteratursøk og tidligere forskning

Det er gjort søk både med norske og engelske søkeord, da gjennom Oria som er VID sin database også har det blitt brukt Google Scholar. Videre har jeg avgrenset til fagfellesvurderte artikler, bøker og fagartikler, har lest tidligere masteroppgaver og gjennom litteraturlisten der fått tak i noen artikler og fagbøker som kan være relevante å belyse min problemstilling. Samtidig som jeg leste disse artiklene så leste jeg også litteraturlisten for å Mye forskning som jeg fant er rettet mot helsefremmende relasjoner mellom ansatte og pasienter, ofte fra dement eller psykiatri avdelinger. Mye av forskningene var også rettet mot erfaringer helsepersonell har når de ble utsatt for trusler og vold fra pasientene. Jeg fant liten til nesten ingenting i forhold til samhandling mellom personell når det har vært en situasjon som har skapt utrygghet. Jeg valgte artiklene som er beskrevet nedenfor da de har flere interessante elementer som jeg tenker også kunne gjelde for avdelingene som er med i prosjektet. Har bruk søkemotor SweMed der kom jeg over et par artikler som kan brukes i oppgaven. Det ble brukt søkeord som, erfaringer, vold og trusler, forebygging, kompetanse, sykepleier, kollega, ledelse, relasjoner, rus og psykiatri.

«Akseptere vold på jobben» er en artikkel skrevet av Helme og Alteren (2014) handler om hvorfor helsepersonell ofte aksepterer vold når det handler om omsorgsinstitusjoner. Selv om artikkelen tar utgangspunkt i en dement avdeling, mener jeg at det også er gjeldene for en spesialavdeling for rusavhengige som har atferdsproblematikk.

«Hvordan unngå vold?» skrevet av Aasnes og Johansen (2016) som er en artikkel som handler om redusering av bruk av tvang, men den tar også viktigheten med at ansatte bør vite om underliggende årsaker til vold og trusler.

I 2018 ble det publisert en artikkel av Hege Synne Rahm i Tidsskrift for Den norske legeforening som heter «Det går en grense», som tar for seg viktigheten med oppfølging og at arbeidsgiver må legge til rette.

Lillevik og Øien har skrevet flere artikler og bøker om emne jeg er interessert i, slik at jeg har bruke noen artikler som de har skrevet, artikler som «miljøterapeutisk praksis i forebygging av vold» fra 2012 og «Kvaliteter hos hjelperen som bidrar til å forebygge trusler og vold fra klienter» fra 2010. Videre har jeg brukt bøkene «Tiltak mot om vold i helsetjenesten» fra 2022 og «Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon» fra 2019. Selv om artiklene de har skrevet ofte handler om barneverninstitusjoner så kan mye av det arbeidet i forhold til forebygging av vold også bli bruk på en avdeling med eldre personer med rus- og psykisk lidelser.

«*Occupational Violence and Aggression Experienced by Nursing and Caring Professionals*» (Shea et al., 2017) som omhandler at helsepersonell har en kritisk rolle i samfunnsomsorgen, og at denne samfunnsrollens natur utsetter dem for betydelig risiko for å bli utsatt for voldshandlinger. Og at forskning på områder innen helsearbeid og sikkerhet ikke bare en av samfunnsmessige forventninger om sikkerhet og verdighet på jobben. Men også fordi det blir rapportert å ha en effekter utover de opprinnelige fysiske eller følelsesmessige påvirkning av en volds- eller aggressiv handling. Individuelle reaksjoner på vold og verbal aggresjon kan føre til økt fravær, høy turnover og redusert produktivitet.

«*Violence and aggression in psychiatric inpatient care in Sweden: a critical incident technique analysis of staff description*» (Pelto-Piri et al., 2020) handler om vold rettet mot ansatte påvirker deres fysiske og psykiske helse og kan medføre i stressfravær og oppsigelser. De tar videre opp at det er viktig at personalet gjenkjenner tegn til aggresjon tidlig og kan bruke beroligende og deeskaleringsteknikker.

1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål

Hvilke faktorer er viktig for å forhindre vold og trusler på en spesialavdeling for eldre med rusproblematikk?

Videre så lurer jeg på:

- Hvilke erfaringer har ansatte på spesialavdeling for eldre med rusproblematikk med vold og trusler.
- Hva tenker de ansatte må til for at man skal kunne skape trygge og god rammer.

Er det noe mellom helsepersonalet sin holdning og hvordan man reagerer på vold og trusler, eller har tidligere erfaringer noe med hvordan du håndterer vold og trusler.

1.4 Begrepsforklaring

Helsefremmende relasjoner har utgangspunkt i å styrke ressursene for god helse, bedre livskvaliteten, trivsel og muligheten til å mestre de utfordringer en står i, samtidig som man reduserer sykdomsutvikling (Braut, G-S, 2022) . Ofte tenker en mer at helsefremmende er rettet mot pasientene og dem sin historie, men det er også viktig at ansatte opplever trygghet, tillit og blir ivaretatt så er man bedre rustet til å stå i tøffe situasjoner bedre.

Alkoholavtale er en avtale som inngår mellom pasientene og ansatte, avtalen er skriftlig. Avtalen går ut på at personalet bestiller, henter, oppbevarer og deler ut en viss mengde alkohol til faste tider. I oppstart fasen til avdelingen så var ansatte på hospitering hos søsteravdelingen, der jobbe de med avtaler. Vi fikk store problemer med pasientene da de ikke ville inngå noen avtaler, de mente at de hadde kontroll over eget alkoholinntak slik at de ikke trengte hjelpe til dette og de hadde ingen forståelse for at personalet, pårørende og fastleger/bydelene mente at det var et problem. Først etter en del fall og skader som fikk store konsekvenser for pasienten var de villige til å inngå alkoholavtaler. Disse avtalene er med på å gi pasienten en mer normal døgnrytme, vi forhindrer fallering av allmenntilstand, abstinenser og kramper. De får et jevnt inntak av alkohol gjennom hele måneden, de kan nyte alkohol inne på sine rom uten å møte negative holdninger og stigmatisering av personalet, de slipper å utsette seg for ydmykende situasjoner som tigging og stjeling. Stort

sett alle som har alkoholavtale har endret atferd, har mindre fall og skader, en del har bedret sin kontakt med familie (Vedlegg nr 2).

En tjenestemottaker er en person som mottar en eller annen form for helsetjeneste, og de har forskjellige navn ut fra hvor og hvilken tjeneste de mottar, beboer, bruker og pasient er de som oftest er brukt. Jeg kommer til å bruk ordet pasient gjennom oppgaven.

BVC (Brøset Violence checklist) for å få til en faglig forsvarlig voldsrisiko så består den av to deler, risikovurdering og risikohåndtering. Ved å bruke et kartleggings skjema som for eksempel BVC så er målet tidlige identifikasjon av risikoen for vold hos en pasient, slik at en kan starte tidlig intervensjon for å forebygge vold (Vedlegg nr 6).

SJA (Sikker jobb analyse) har som mål å påse at ingen blir skade eller syk grunnet sitt arbeid. Den brukes før hver vakt når det har vært en utagering, slik at alle vet hva som skal gjøres. (Vedlegg nr 7).

1.5 Politiske føringer

Allerede i Samhandlingsreformen fra 2009 kom det fram at kommunene ikke er rustet til å overta oppgavene fra spesialhelsetjenesten grunnet manglende kompetanse, slik at reformen nevner viktigheten med arbeid rundt helsepersonellens kompetanse.

Forutsetningen for å kunne gi god kvalitet på tjenesten innenfor kommunenes pleie- og omsorgstjeneste så må det jobbes med å rekruttere og beholde personellet. Faglige arbeidsmiljø som gir muligheter for fagutvikling innenfor sitt felt, god ledelse, bemanningssammensetningen og grunnbemanning er viktige virkemidler for å få rekruttert ansatte (Meld. St. 47 (2008-2009), s. 126).

Dette blir nevnt også i Stortingsmelding nr 26 «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (Meld. St 26 (2014-2015), s. 13) som viste at når det kom til psykisk helse og rus så var ikke de kommunale tjenestene tilstrekkelig utbygd. Slik at personer med alvorlige psykiske lidelser eller rusproblemer ikke fikk helhetlig oppfølging som de er i behov av. Norge har gode tjenestetilbud til sine innbyggere, og samarbeidet mellom spesialhelsetjenesten og kommunen fungerer bra, så viser den at Norge har utfordringer i forhold til tjenesten til psykisk syke og rusavhengige. Det skal ikke være slik at hvor en bor som er avgjørende for hvilken type behandling og hjelp en får. Selv om det har blitt laget opptrappingsplaner,

stortingsmeldinger og satsninger, så ser man at det fortsatt er et stort behov for forbedringer. Kommunen i Norge har ansvar for å tilby nødvendig og forsvarlig helse- og omsorgstjenester for alle innbyggere i kommunene. For at man skulle påse at psykisk syke og rusmiddelproblem fikk denne hjelpen, så ble de nevnt i en ny lov om kommunal helse- og omsorgstjenesten. De skriver også at tjenestetilbudet skal være likeverdig over hele landet, likevel er det store forskjeller i tjenestetilbudet til disse pasientene fra kommune til kommune.

Opptappingsplanen for rusfeltet (2015) viser til at satsingen på rusfeltet har gitt resultater, de så en nedgang i ventetiden innenfor TSB (tverrfaglig spesialisert rus behandling). Men de så også at det vær særskilte utfordringer i rusfeltet, der hvor de konkrete tiltakene og virkemidler ikke ble møtt. Videre så identifiserer denne opptappingsplanen innsatsområder som er prioritert innenfor de sentrale samfunnsområder. De mener at dette kan gjøres gjennom videreføring av de tilbud som i dag finnes, og de kan etablere nye tiltak for å styrke kvaliteten og øke kapasiteten i rusfeltet. Denne planen var rettet mot personer som var i ferd med å utvikle eller allerede hadde et rusproblem. For å lykkes må det gis et bedre tilbud. Planen så også at det måtte rettes en innsats i kommunesektoren, der utfordringer er størst (Prop.15 S, 2015, s 6).

Arbeidsmiljøloven §1-1 (a) skal sikre at de ansatte får en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, at en ikke er utsatt for fysisk og/eller psykiske skadevirkninger, men at man føler trygghet. Og § 4-3 (4) nevner at arbeidstakere skal så langt som mulig beskyttes mot vold og trusler.

Loven om kommunale helse- og omsorgstjeneste § 3-1 tar for seg kommunes ansvar for alle som oppholder seg i kommunen skal tilbys nødvendig helse- og omsorgstjenester, ansvaret omfatter alle pasient- og brukergrupper som har en somatisk sykdom, lider av en psykisk sykdom, skader/ lidelse, har et rusmiddelproblem, har nedsatt funksjonsevne og/eller sosial problemer.

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) Lov av 7 februar 1999 nr 63, har som formål å sikre at befolkningen får lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved at pasienter og brukere rettigheter i helse- og omsorgtjenesten.

Loven skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsevesenet, samt det skal ivareta respekten for den enkelte pasientens liv, integritet og menneskeverd (01.07.2001, revidert 17.06.2016).

2.0 Teoretiske perspektiv

I dette kapitlet så vil referanserammen som utgjør det teoretiske grunnlaget for masteroppgaven være med. Mennesker med psykisk lidelse og rusproblemer er ofte vanskelig å jobbe med, de har som oftest meget komplekst sykdomsbilde og er i behov for mye hjelp. For å kunne få et innblikk i hvilke utfordringer helsepersonell kan møte med denne pasientgruppen, så har jeg valgt å ta med korte redegjørelser for hva som ligger i betegnelse vold og trusler, HMS og miljøterapi.

Funn fra studien kan tyde på at hovedutfordringene helsepersonalet sliter med er det å være samkjørte og lojale. Samtidig som de ønsker mer støtte fra både ledelsen og arbeidskollegaer etter en hendelse med vold og trusler.

Utgangspunktet i denne oppgaven er to avdelinger som ble opprettet for å kunne ivareta eldre med et rusproblem og somatiske lidelser. De skulle få lov å være i aktiv rus, slik at det er ikke en avrusningsenhet. Samtidig har pasientene på begge avdelingene en del tunge psykiatriske diagnoser ved siden av.

2.1 Vold og trusler

Øien og Lillevik (2022) sier at vold må se på som et begrep og som fenomen er mangfoldig, vold betyr å ha noen i sin makt, kontroll over noen, men også fysisk makt. Vold kan forstå ut fra det juridiske perspektivet betegnes som kroppskrenkelse eller kroppsskade. Samtidig som det er straffbart å komme med trusler, som går på å gjennomføre en handling innenfor vold og trusler. Øien & Lillevik (2022, s 8) skriver om Per Isdal sin definisjon av vold, at den har til hensikt å kontrollere et annet menneske, slik at han sin definisjon representerer at vold kan være mer enn bare fysisk vold, slik at vold må forstås som en handling med hensikt for å krenke, skremme, skade eller påføre smerter. Videre sier Isdal at det er ikke den objektive handlingen og konsekvensen som blir definisjonskriteriet, men hvordan handlingen blir oppfattet av personen som utsettes for handlingen (Øien & Lillevik, 2022, s 8). Vold og trusler kan komme i forskjellige former fra ansikt til ansikt, over digitalt som sosiale medier eller skriftlig. Det er gjennom forståelse for hvorfor vold og trusler utøves at man kan forebygge og finne gode tiltak som forebygger vold og trusler. Hvordan helsepersonell blir

påvirket handler om voldens omfang og alvorlighetsgrad, og om hvordan man blir fulgt opp etter en hendelse.

Slik at det er viktig at arbeidsstedet fokuserer mer på forebygging istedenfor «brannslukning» slik at personalet er bedre rustet til å håndtere en uønsket hendelse som vold og trusler som er rettet mot personalet. Det er ledelsen på institusjonen som har ansvar for at tema som vold og trusler settes på dagsorden, de skal også følge opp med tiltak og utføre evaluering av de tiltaks om iverksettes skriver Øien og Lillevik (2022, s 23). Dette er et ansvar som er hjemlet i arbeidsmiljøloven som har som krav at arbeidere så langt som mulig skal beskyttes mot vold. Ledelsen plikter å lage en konkret tiltaksplan i samarbeid med de ansatte og deres tillitsvalgte, verneombudet sin oppgave er å påse at ledelsen følger opp sine forpliktelser etter arbeidsmiljøloven.

Vold og trusler mot ansatte og medpasienter						
År	2012	2013	2014	2015	2016	Sammenlagt 2012-2016
Antall	6937	12 311	13 717	16 232	18 244	67 441

Tabell nr 4 hentet fra rapport IS-2618 fordelt pr år (n=81).

Rapporten sier ingenting om at økning i antall rapporter skyldes bedre rapportering eller om det er en reel økning i antall hendelser.

Selv om jeg i dette prosjektet har hovedfokus på ansatte, så er det viktig at man også husker at vold og trusler mot medpasienter kan skje på institusjoner for heldøgns pleie og omsorg for psykisk helse- og rus avhengige. Dette er situasjoner der man ser at helsepersonell går imellom pasienter slik at ingen blir skadet.

2.2 Relasjonell vold og relasjonelle trusler

Er hendelser der utøveren av vold og trusler bevisst vil ramme den andre i yrkesmessige relasjoner, ofte pasient og personell. Disse utartet oftest som følelser av frykt, forvirring og/ eller frustrasjon, svikt i kommunikasjonen som dårlig eller ikke- empatisk. Men det kan også være hevn, påvirkning av rus og/eller abstinenser, psykiske sykdommer, kan også komme på grunn av manglende grensesetting og interessekonflikter.

2.3 Instrumentell vold og instrumentelle trusler.

Er når hendelsen som vold og trusler mot en annen er et virkemiddel for å oppnå noe, eksempel på dette kan være ransutbytte.

Det finnes mange forskjellige definisjoner rundt vold og trusler, jeg i denne oppgaven valgte å følge arbeidstilsynet definisjon av vold og trusler som er:

Vold og trusler er hendelser der hvor arbeidstakere blir fysiske eller verbalt angrepet i situasjoner som har forbindelse med deres arbeid, og som innebærer en åpenlys eller antydnet trussel mot deres sikkerhet, helse og velvære.

1: Trusler er når en blir verbalt angrepet eller utsatt for en handling som tar sikte på å skade eller skremme en annen person. «jeg vet hvor du bor» «knyttet neve»

2: Vold er en handling som har som formål å føre til fysisk eller psykisk skade på en annen person, under her kommer også utøvelse av skade på materiale ting og utstyr, denne inkluderer også personer som utsetter andre for skade er påvirket av rus, psykisk/somatisk sykdom, mentale og emosjonell tilstand

3: Arbeidstilsynet har også en definisjon for å skille mellom et rent uhell som kan ha ført til skade omhandler også når det utøves stort skadeverk på inventar og utstyr.

Vold og trusler kan gi alvorlige konsekvenser for den som blir utsatt eller er vitne til dette, ved siden av fysiske skader så kan vedkommende får plager som angst, depresjon eller søvnproblem etter å ha blitt utsatt for trussel- eller voldshendelser, og har store konsekvenser for enkeltindividet og samfunnet.

Vold og trusler kan gi alvorlige konsekvenser for den som blir utsatt eller er vite til dette, ved siden av fysiske skader så kan vedkommende få plager som angst, depresjon eller søvnproblem etter å ha blitt utsatt for trussel- eller voldshendelser, og har store konsekvenser for enkeltindividet og samfunnet.

Fysiske konsekvenser	Psykiske konsekvenser og reaksjoner
Sår, slag, bittmerker	Angst, redsel, utrygghet og søvnproblem
Arbeidsrelaterte psykisk plager	Konsekvenser for arbeidstedet
Sosiale konsekvenser	
Isolasjon, tap av selvtillit, utenfor skap, problem med å etablere og oppretthold sosiale relasjoner, frykt få komme på jobb	Økt fravær, redusert jobbmotivasjon og produktivitet, gjennomtrekk av ansatte, kompetanse tap

Det er viktig at arbeidstedet har søkelys på forebygging av vold og trusler gjennom å gode rutiner for risikoanalyser, volds arbeide gjennom simulering, gode opplæringsrutiner, men alt dette betyr lite om ikke dette arbeidet er forankret i ledelsen.

2.4 Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

Det å bli utsatt for vold og trusler er meget belastende og ifølge arbeidsmiljøloven så skal arbeidstakeren så langt som mulig skånes for dette. Det kan være at det finnes gode avvikssystemer eller uønsket hendelser systemer på din arbeidsplass, men så lenger et avvik eller uønsket hendelses ikke tas opp og man kan ta lærdom av dem, så har det ingen hensikt å skrive avvik eller uønsket hendelse. Alle avvik som går på HMS, bør tas opp ved at det er faste møter der man tar opp slik at man kan forhindre gjentakelse av hendelsen. Hvordan en ansatt opplever hva vold og trusler er variere i henhold til den subjektive oppfatninger av dette (Wedervang-Resell, et al., 2017).

Hva som rapporteres kan ha store variasjoner, alt helsepersonell opplevelse av å bli truet eller utsatt for vold registrerer med forskjellige detaljeringsgrad, til detaljerte forhåndsdefinerte kategorier for ulike typer for vold, noen avvikssystem så registreres det en veldig detaljert informasjon om hendelser, som f.eks.: klor, spyting, spark, lugging, skaling, risting, slag, klyp, biting andre systemer bruker friteksrapportering.

Alle avvik/uønskede hendelser innenfor HMS og kvalitet på tjeneste skal tas opp med de ansatte av leder, slik at man sammen finner gode tiltak slik at man forebygger eller forhindrer å gjenta de feil som ble gjort i forkant av utageringen. Avdelingssykepleier skal ivareta og sikre at de/de berørte partene får den helsehjelpen som personen er i behov av.

2.5 Forebygging og håndtering av vold

Ifølge Øien og Lillevik (2022, s, 23) så er det viktig at man forstår hvorfor vold oppstår for å kunne forebygge vold og trusler. Og skal man lykkes med det forebyggende arbeidet så må tiltakene settes inn i en helhetlig sammenheng. Voldsrisikoen blir påvirket av mange sammensatte variabler, slik at det er meget utfordrende å jobbe forebyggende når det kommer til vold og trusler.

De har formulert tre grunnprinsipper for forebyggende arbeide:

- Bygge relasjoner som er med på å skape struktur og et inkluderende miljø, som er med på å fremme blant annet pasientenes sosiale aktivitet og evnen til konflikthåndtering for ansatte
- Vurdere situasjonen som er å være på vakt ved risikoforhold som avmakt og frustrasjon, tidligere atferd, psykoser, delir og rus.
- Håndtering av aggresjon er at man møter pasienten med aggresjonsdempende kommunikasjon, trekke seg tilbake om en situasjon eskalerer, bytting av personal som ikke situasjonen roer seg.

Forskning har rettet mye av oppmerksomheten mot pasientene med årsaksforklaringer som tidligere voldsatferd, rusmisbruk, svikt i empatisk evner, psykiske lidelser og svikt i impulskontrollen.

Og om man bare har fokus på pasientene så kan man fort overse at årsaken til vold og trusler kan komme fra relasjonelle årsaker, som kvaliteten på tjenesten og forholdet mellom pasient og ansatte. Øien og Lillevik (2022, s23) opp dette at en del ansatte utsettes for vold og trusler da de er grensesetteren og at det er en ujevn maktbalanse i relasjonen mellom pasienten og ansatte.

Lillevik og Øien (2022) viser til Myles og Simpson om hvordan frustrasjonen utvikles til en utagering, og aggresjonsoppbygging har fire stadier:

- 1) er frustrasjonsfasen er indre uro, frustrasjon og ubehag, den indre uroen kan utartet seg som konsentrasjonsvansker, lett rastløshet og irritasjon.
- 2) forsvarsfasen der pasienten forsvarer seg mot opplevelsen av avmakt, forsvaret kan framstå som roping og truing, tilbaketrekking og/eller fysisk utagering mot gjenstand.

- 3) Aggresjonsfasen er når en redusert impulskontroll med verbal og/eller fysisk utagering og ha en sterk følelse av sinne.
- 4) Selvkontroll fasen der aggresjonen avtar.

For å kunne forebygge mot vold så er det viktig at ansatt er opplært i de teknikker som kan bidra til at man kan forebygge vold, som for eksempel å hold avstand til pasienten, da tar du ivare din egen sikkerhet samtidig som du ivaretar pasienten. Øien og Lillevik (2022) mener at for å kunne roe en urolig pasient så bør en ha en bedre forståelse for vold og har opplæring i teknikker for å roe en pasient. De skriver videre at alle tiltak som iverksettes bør foregå så respektfullt, skånsomt som mulig og behandlingseffektivt. En avdeling som har mye utagering bør kurses jevnlig i hvordan man skal håndtere fysisk utagering, samtidig bør de få opplæring i nødrett og nødverge. Opplæring av instruktører som kan lære- eller undervise andre ansatte er en måte å styrke de ansatte sin trygghet på vold og trusler.

2.5.1 Tiltak som kan iverksettes

Noen av de tiltak som Øien og Lillevik (2022, s 43) nevner er å la pasienten fortelle sin side av saken og kan selv komme med forslag om hvordan den skal løses, slik at dere kommer fram til en felles løsning. Videre sier de at det å snakke med pasienten bør være i rolig og stemmeleie og kroppsholdning

Rapporten (2017) viser at noen avdelinger har iverksatt forskjellige tiltak som er tilpasset den enkelte avdelingen. Dette gir et stort omfang av de forskjellige forebyggende tiltak som er rettet mot arbeidssituasjoner samt overordnede, systematisk opplærings og kompetansehevingstiltak. Noen av de tiltak som er blitt nevnt er f.eks. HMS grupper, tiltaksplaner mot vold og trusler, jevnlig risikovurderinger på arbeidsplassen og ved mottak av ny pasient.

Når det kommer til tiltak som gjelder kompetanseheving så er fagdager mot vold og trusler et tiltak, innføring av refleksjoner, kompetansebygging og etisk refleksjon, god opplæring for nyansatte for å nevne noen.

Trygghetsskapende tiltak som er nevnt i rapporten er bruk av trygghetsalarm, låserutiner, at ansatte har kompetanse, erfaring og egnethet innenfor området – rett kompetanse på rett plass, bemanning i forhold til risikosituasjoner, at man går 2 stykker når pasient er ukjent for en eller har en truende atferd, videre sier rapporten noe om at utformingen av lokaler kan ha innvirkning på de ansattes sin sikkerhet. En del tiltak som rapporten henviser til går på dette individuelt tilpasset miljøtiltak som f.eks. skjerming, relasjonsbygging, aktivitet og stimulering. På avdelingen ser vi at når personalet ikke har kunnskap og kompetanse innenfor rus og psykisk helse så får vi oftere utagering og verbal utskjelling fordi personalgruppen utfører oppgaver forskjellige og dermed skaper det frustrasjon hos pasientene.

2.5.2 Miljøterapi

Miljøterapi er to ord, miljø og terapi. Der hvor miljø er å organisere hverdagen til pasienten slik at de får et sted å bo, mat, praktiske og sosiale ferdigheter, mens terapi delen er å utvikle og endring. Miljøterapi sitt hovedoppgave er å skape rammer og muligheter slik at hver enkelt pasient kan jobbe med sin forandring. I denne tenke måten så ligger både psykologiske, sosial og pedagogiske ambisjoner (Bevhgaard, 1992). Miljøterapi har mange historier, i denne boken blir det brukt en relativ streng definisjon av miljøterapi, de sier videre at det finnes mange gode betegnelser for miljøterapi, men de mener at miljøterapi er noe mer enn bare det som skjer i miljøet. Videre mener de at det må foreligge en grunnleggende tenkning om virksomheten, som skal være kjent og delt i hele personalgruppen, den avspeiler de ansatte sine holdninger og kommer fram i handlingene. Miljøterapi boken (2013) av Skårderud og Sommerfeldt skriver at miljøterapi er relasjonsbehandling, hovedfokus er å hele relasjonsskader. Miljøterapi er helheten av praksisen og de systematiske refleksjonene om praksis. De skriver i boken om et eksempel (2013, s 29) om en fastvakt som sitter ved siden av pasient som har sovnet på sofaen i fellesarealet. Om man ser tiltaket ved å bruke fastvakt ut fra en helhetlig tenking som setter en del forskjellige aktiviteter sammen, så kan det være miljøterapi. Det er ikke miljøterapi om det er lite gjennomtenkt og tilfeldig praksis. I dette tilfelle så er ikke fastvakt bare en som holder vakt, men vedkommende har en funksjon, den skal gi pasienten rammer og trygghet. Videre er det viktig å tenke at pasientene har kommet til avdelingen av komplekse grunner,

det er greit å huske på at dette er et samspill mellom gener, biologi, sosial og økonomiske forhold sammen med livets doser av flask og uflaks (2013, s 30).

Helsepersonell burde se på den symptomatiske atferd som livsformer, måter å forhold seg på, denne atferden kan være en måte å beskytte seg på.

Ifølge Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke (2010) sier at miljøterapiens kjerneoppgave kan sammenfattes i disse punktene:

- Invitere hver enkelt pasient til kontakt og relasjon, vise interesse for dens livshistorie og livssituasjon.
- Legge opp til og følge opp en individuell behovstilpasset plan for oppholdet.
- Å stå og reflektere over de følelsesmessige påvirkningene som behandlerkonakten kan påføre en, for å på den måten å hjelpe pasienten til å «avgiftning» og bedre regulering av egne følelser.
- Bidra til å oppretthold de terapeutiske rammene, som alltid vil blir utsatt for angrep, på en autentiske, troverdig og personlig måte.
- Tilføre pasientgruppen håp, gjennom å bevare sin egen vitalitet og spontanitet.
- Delta i å oppretthold vitaliteten og det faglige engasjementet i felleskap av behandlere.

Mentalisering er kort fortalt, et begrep som har som ambisjon om å fremme en helhetlig tilnærming til det å være et menneske, fortid, nåtid, sinn og kropp. Mentalisering betyr i bunn og grunn at forstå at andre har et sinn. Det vektlegger at ting er avhengig av vår oppvekst, stress, stemninger, mennesker vi er sammen med og i de kontekstene vi tar del i. Når det kommer til mentalisering og psykisk helse så er sosial kompetanse helt avgjørende for å kunne klare seg i en kompleks verden. Det å forstå noenlunde godt hva som skjer innenfor de sosial samspill og forstå de uskrevne regler, eller det å lese mellom linjene er mentaliserende evner (2013, s 59). Videre betyr det å humanisere den andre, en pasient kan oppfatte avdelingen som truende miljø, slik at her vil kommunikasjon være en utfordring for helsepersonalet. Selv om en direkte fint kan fungere hos noen, så er det viktig at andre kan oppfatte det som skremmende og truende. De som har erfart en trygg og god oppvekst har større sjanser for å utvikle gode mentaliserende evner.

Den gode sirkelen innenfor mentalisering betyr at en trygg person tåler å være usikker, kan folde ut sin nysgjerrighet ovenfor andre, når tryggheten åpner for undring og flere perspektiver så forstå vi bedre og man blir enda tryggere. Den onde sirkelen handler da om at utrygghet lukker for undringer og en blir mer opptatt av å redde seg selv, klamrer seg til eget negative bilde av virkeligheten (2013, s 75).

3 Metode

I dette kapittelet vil jeg et forsøk på å synliggjøre hvilken metodiske valg som er tatt for å kunne besvare problemstillingen.

3.1 Valg av metode

Det finnes mye forskning rundet dette med psykisk syke og rusavhengige mennesker opp mot ansatte, hvordan vold og trusler påvirker dem sin relasjon. Men jeg finner svært lite forskning som går på de ansattes relasjon seg imellom når man står i en hverdag som kan være preget av vold og trusler. Jeg har funnet forskning som går ut fra den dementavdeling og hvordan ansatte opplever vold og trusler, som jeg tenker fint kan brukes i denne oppgaven også. Lite forskning på temaet, egne erfaringer og et ønske om å gå i dybden, så valgte jeg en kvalitativ metode. Utgangspunktet er helsepersonellet livsverden, slik at det falt naturlig å velge fenomenologisk overbygning i studien.

3.2 Fenomenologisk tilnærming

Grunnet prosjekts tidsramme så er det nærmest umulig å skrive en ren fenomenologisk oppgave, slik at oppgaven har en fenomenologisk tilnærming. Denne tilnærmingen bidrar til å få en mer presis beskrivelse av informantene egen perspektiver, opplevelser og forståelse, og prosjektets formål et å få tak i helsepersonell sine erfaringer og opplevelser av arbeidsmiljøet, relasjon til hverandre og støtte fra ledelse når arbeidsdagen er preget av vold og trusler, relasjonell kompetanse er da et fenomen som undersøkes.

Edmund Husserl (1859- 1938) som er kjent som grunnleggeren for sentral tankeretning innenfor filosofi som kalles fenomenologi. Og selv om fenomenologi har utviklet seg i flere retninger, så tar de utgangspunkt i Husserl sentrale tankeretning. Videre skrive Johannessen, Tufte & Christoffersen (2016, s 168) ved å bruke fenomenologi tilnærming som metode så er forskeren ute etter å få bedre innsikt og økt forståelse for en persons livsverden. Skal man forstå verden så må man først forstå at det er mennesket som skaper virkeligheten og ikke omvendt. Analyse av det innsamlede datamaterialet er fortolkende, jeg ønsker å få tak i en dypere mening ut fra informantenes sine egne erfaringer.

I fenomenologi er man ute etter subjektperspektiv som de konkrete opplevelsene og erfaringer en person har i forhold til det fenomenet som undersøkes (Thagaard, 2018, s 82). Samtidig sier fenomenologien at fenomener opplevelse individuelt ut fra informantene bakgrunn, interesser og forståelse. Fenomenologi betyr å utforske og beskrive mennesker og deres erfaringer og forståelsen av det som undersøkes, mennesker studeres som handlende, menende, følende, opplevende og forstående individ (Johannessen, et al., 2016, s 78).

Ifølge Thommassen (2021, s 84) så krever fenomenologen at en ser bort fra teorier, forventninger og antagelser jeg møter erfaringer med til vanlig. Slik at jeg kan undersøke fenomenet med mest mulig forutsetningsløshet. Det er viktig at all min forforståelse, min oppfatning og forutgående viten settes i «parentes», slik at jeg kan undersøke fenomenet slik det fremtrer for meg. Et fenomen kan beskrives ut fra forskjellige perspektiver som til stadighet vil utvide eller utfylle de erfaringer av fenomenet og/eller endre våre forventninger (Thommassen, 2021, s 171).

3.3 Hermeneutikk tilnærming

Hermeneutiske tradisjoner handler om tolking av erfaringer og meninger i det menneskelig uttrykk. Krogh (2014, s 53) tar for seg Gadammers oppfatning av hermeneutikk (hermeneutiske sirkel- forhold mellom deler og helhet) som går på forholdet mellom fordommer og førforståelsen, slik at man kan bedømme egen fordommer og sile ut de som ikke er på sin plass og som hindrer forståelsen. Thagaard (2018, s 37) skriver at hermeneutikken prinsipielt forstås ut fra lyset det studeres i. Hermeneutikk har som formål å fortolke en persons handlinger ved at den fokuserer dypere nivå, og den vektlegger at det ikke nødvendigvis finnes en sannhet, men at ting kan tolkes på flere nivåer (Thagaard, 2018, s 37).

3.3.2 Fenomenologisk- hermeneutisk tradisjon

Det å ha en fenomenologisk- hermeneutisk tradisjon så ser vi en situasjon ut fra våre tidligere kunnskap, og ved møte med fenomenet har vi en mulighet til å beskrive fenomenet, viten her er da kroppens uttrykksmåter mellom viten og følelser, den tar for seg hvordan en samhandling foregår, hvordan vi mennesker samhandler med hverandre derfor tenker jeg at

denne tilnærmingen mitt prosjekt kan være med på å besvare problemstilling som går på hvordan vi mennesker samhandler med hverandre når man står i tøffe situasjoner.

3.4 Kvalitativ metode

Det er viktig at man velger den metoden som forskningsstrategi som er best egner seg for å belyse problemstillingen i oppgaven. Kvalitativ metode går i dybden og vektlegger meninger. Malterud (2017, s. 34) skriver at et av målene for kvalitativ metode er utforske meningsinnholdet i kulturelle og sosial fenomener, slik de framstår innenfor en naturlig sammenheng. Metoden egner seg godt når en er ute etter menneskelige egenskaper og erfaringer, opplevelser, tanker og holdninger. I kvalitativ metode så er resultatene ikke målbare som de er i kvantitative studier.

Vider så kan man si at kvalitative metoder er åpne for forskning på felte der kunnskapsgrunlaget er tynt, der hvor problemstillingen som utforske, er sammensatt og kompleks, og det man kan risikere å få et mangfold av svar. Dette er også en metode som er meget egnet der man gjennom forskning vil sette nye spørsmål på dagsorden, eller når vi ikke har oversikt over relevante svaralternativer. Man går fra empiri til teori grunnet den åpne tilnærming til forskningsfeltet.

Thagaard (2018, s 19) beskriver kvalitativ metode som en metode der vi utvikler en forståelse av det vi studerer, og at denne tilnærming er knyttet opp til fortolkende teorier. Samtidig som Thagaard (2018, s 19) skriver at kvalitative tekster må inneholde tykke beskrivelser, som betyr at teksten ikke bare skal beskrive, den skal også inneholde tolkninger av det vi undersøker, forsker har en grunnleggende forståelse for at et fenomen kan oppfattes ut fra sitt eget ståsted og at fenomenet oppfattes på flere nivåer.

Kvalitative metode gir forskeren mer frihet når en skal analysere teksten, da den ikke har en analytisk hovedretning (Johannessen, et al., 2016, s 77). Studiet ble gjennomført ved to avdelinger i to forskjellige kommuner, der hvor avdeling en ligger på en institusjon med seks avdelinger der hvor fire avdelinger er somatiske, en avdeling for dement, forsterket demens og en rusavdeling. Avdeling to består av fem avdelinger med både der hvor to avdelinger var rettet mot demens, så var de resterende tre avdelinger en blanding av rusavhengige og somatiske lidelser, samt at institusjonen hadde noen øyeblikkelig hjelp plasser. Rusplassene

pr institusjon var 23 og 17 pasienter. Det medfører ikke noe høyere bemanningsfaktor selv om det er spesialavdelinger og i helgen var bemanningen lavere. En avdeling har stort sett bare fagpersonell, de bruker lite assistenter, mens den andre avdelingen bruker mye personal som ikke har helsebakgrunn.

3.5 Utvalg og rekruttering

En kvalitativ undersøkelse er stort sett basert på strategiske utvalg. Utvalget blir satt sammen slik at man får til et tilstrekkelig, rikt og variert material. Informantene velges ut fra visse egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategisk i forhold til problemstillingen. Noe som gjenkjenner en kvalitativ undersøkelse er at det kan være få informanter eller enheter, slik at denne metoden ofte ikke er representativ for en populasjon.

Ønsket var å finne et utvalg som var interessert i å dele sine erfaringer, opplevelser og meninger rundt dette med vold, trusler og relasjonen mellom ansatte. Jeg satte et øvre tak på maks åtte informanter og minimum tre.

Under et skriveseminar så spurte en av mine medstudenter om ikke et av kriteriene for å delta burde være å ha vært «utsatt for vold». Her ble jeg ganske usikker om det kunne være med på å spisse problemstillingen mer, men tenkte at det kanskje kan forhindre meg i å få tak i informasjon fra de som aldri har vært utsatt for vold eller trusler. Hvorfor har enkelt unngått å bli utsatt for vold og trusler, hvordan jobber de! Jeg synes dette var en interessant vinkling på oppgaven. Så valgte de kriterier som er skrevet nedenfor.

Følgende kriterier ble lagt til grunne for å rekruttering av informanter:

- Utdannet helsepersonell.
- Jobbe med psykisk helse og ruspasienter.
- Arbeide innenfor kommunal sektor.
- Pasienten er ikke hovedfokus, med blir brukt gjennom historier.

Med utgangspunkt at det finnes få spesialavdelinger for rus og avhengighet i Norge, så det ble det til at jeg bruke eget arbeidssted som en av to avdelinger. Men at det er da viktig å huske på at det å bruke eget arbeidssted kan være meget utfordrende, med tanke på relasjonsnærheten, egen forforståelse, kunnskap om pleie- og omsorgstjenesten

kommunen. Alle informantene fikk informasjon om at det er frivillig å delta, og at de kunne når som helst stoppe og trekke sin deltakelse og dermed ville alt materialet som ble produsert av informanten bli slettet. Etter at prosjekt var godkjent av NSD så valgte jeg å sende ut informasjon skriv til avdelingssykepleier og institusjonsleder på eget arbeidssted og til avdeling to så ble det sendt på e-post. På avdeling nr to så tok jeg kontakt med fagleder som var behjelpelig med å skaffe to informanter, de fikk tilsendt informasjonsskrivet i forkant av intervjuet. Avdeling to som ligger i en annen kommune, så valgte jeg å dra fysisk til avdelingen istedenfor å utføre intervjuene digitalt, og dermed fikk jeg også et mer helhetsinntrykk for hvordan de jobbet og av oppbyggingen av avdelingen. Når jeg kom til institusjonen så hadde fagleder booket rom til oss, slik at vi fikk sitte i fred og ro. Før vi startet selv intervjuet så gikk vi gjennom informasjonsskrivet og det ble igjen tatt opp at det er frivillig å delta og at de kunne si stopp når som helst. Og at alt innsamlet materielt som informanten har kommet med vil slettes og fjernes fra prosjektet.

3.6 Det kvalitative forskningsintervjuet

Kvalitativt intervju betyr at forskeren benytter seg av samtaleformer for å få andre muntlige fortellinger, erfaringer og forståelse rundt et gitt tema. Man søker å forstå verdens slik informantene ser den. Videre så går forskningsintervju dypere enn en spontan samtale som skjer hver dag, denne samtalen har en struktur og formål.

I studiet valgte jeg å utføre individuelle intervjuer, der temaene jeg var interessert var fastlagt, men rekkefølge ble bestemt underveis. Ved å bruke semistrukturert intervjuguide så åpner det for innspill fra informantene, og en kan følge informantens fortelling. Informantene får på denne måten mulighet til å snakke fritt og åpent rundet spørsmålene som ble stilt. Intervjuguiden hjelper forsker til å unngå å havne i en uformell dagligdags samtale, guiden er med på å hjelpe forskeren til å ivareta temaene Thagaard (2018, s 90-91).

Denne form for intervju har en fleksibel struktur, vi kan tilpasse spørsmål til deltakerne ut fra dem sine beskrivelser, og vi kan komme med spørsmål som forsker tidligere ikke hadde inkludert i intervjuguiden. Johannessen, Tufte og Christoffersen (2016, s 147) nevner at intervjuguiden er enten strukturert eller semistrukturert, intervjuguiden er ikke er

spørreskjema, men mer som en liste over temaer spørsmål som skal tas opp under intervjuet.

Før man intervjuet informantene så var det viktig å sette seg godt inn i hvordan man skal utføre et intervju, og hva skal en være bevisst på for å få best mulig resultat. Det ble utført en test intervju med en hjelpepleier som har jobbet mange år med rus og psykisk syke mennesker. Samtidig fikk jeg teste både intervjuguiden og båndopptaker. Her fikk jeg kjenne på det å være forsker, samtidig som jeg fikk reflektert over hva jeg synes var utfordrende, og hva som måtte bearbeide før selve intervjuene ble gjennomført. Testinformanten kunne gi meg en tilbakemelding på hva de syntes fungerer og ikke.

Tre av intervjuene ble utført utenfor informantene sin arbeidstid og arbeidssted. To av intervjuene foregikk på det lokale biblioteket, selv om det var mange mennesker rundt oss og det var litt støy. Det fungerte fint å gjennomføre intervjuene der, tredje intervjuet fra egen arbeidsplass ble utført hjemme hos informanten.

Disse tre intervjuene ble utført i løpet av en uke. De neste to intervjuene ble utført i informantenes arbeidstid og arbeidssted og begge intervjuene ble utført på en dag. Jeg hadde satt av en varighet på ca. 60 minutter for hvert intervju. Jeg startet alle intervjuene med en uformell samtale rundt løst og fast for å lette på stemningen. På avdeling to så var det booket et rom for oss, slik at vi fikk sitte i fred og snakket, mellom intervjuene var det lunsj så jeg fikk pratet med både ansatte og pasienter. På eget arbeidssted så var det litt «kleint» å plutselig sitte foran arbeidskolleger som forsker, jeg måtte prøve å holde med fra å fortolke ting allerede. Jeg hadde en trygghet og det var at jeg visste hva jeg ville ha svar på og hadde intervjuguiden til å støtte meg til (Vedlegg nr 5).

Det ble viktig å reflektere rundt egen forforståelsen fordi man skal møte informanten med så lite påvirkning av min forforståelse som mulig. Man ønsket å møte hver informant på så like premisser som mulig. Sammen med egen forforståelse så prøvde jeg å legge egen sykepleierrolle til siden under intervjuene. Her skulle informantene få snakke fritt og uanstrengt. Formålet med intervjuene var å få tak i personalet sine erfaringer og opplevelser rundet dette med vold, trusler og relasjon, og hvilke utfordringer de møter.

Semistrukturert intervjuguide gir en mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål, om det i løpet av samtalen dukker opp temaer jeg som forsker ikke hadde tenkt på eller at jeg ønsket at informanten skulle utdype noe de hadde sagt. Intervjueguiden blir ikke fulgt slavisk. Når intervjuene var ved veis ende, og informanten hadde fått sagt det de ville. Og forsker ikke hadde flere spørsmål, så ble det gjennomført en oppsummering av det informantene hadde sagt. Videre ble de spurt om det var noe mer de ville tilføye eller utdype noe. Intervjuene ble tatt opp på en datamaskin, filene ble lukket med eget passord. Lydfilene blir oppbevart på en data som er passord beskyttet og vil bli slettet etter studiets ferdigstilling.

3.7 Forforståelse

Jobber som fagsykepleier på en av spesialavdeling for eldre med rus og avhengighetsproblematikk som er med i prosjektet. Videre har jeg prøvd å ikke fortolke hva informantene har sagt, jeg har holdt meg tekstnært og fulgt trinnene i selve analyseprosessen. Alle har en forforståelse med kunnskap og oppfatninger om virkeligheten som vi møter verden med, den forforståelsen hjelper oss til å tolke ting rundt oss (Johannessen, et al, 2016). Livet består av meningsfylte fenomener, enten det er en historisk, kulturell og sosial kontekst, slik at om vi setter egen forforståelse på «vent» slik at vi kan få tak i det vesentlige ved det fenomenet som det forskers på, vil si at vi er nødt til å se bort fra hele sammenhengen vi har om fenomenet (Thomassen, 2006, s 86). Man tolker data ut fra et eget faglig ståsted og forforståelsen man har av det man skal undersøker.

3.8 Datainnsamling

Det å ha en induktiv tilnærming betyr at vi går fra empiri til teori, denne tilnærmingen starter opp uten noen spesielle teoretiske utgangspunkt. Her starter en innsamling av empiri/ data slik at man kan finne fram til spesifikke mønsteret, som kan gjøres om til teori eller generelle begreper (Johannessen, et al., 2016, s 47). Dette er en tilnærming som er hensiktsmessig å bruke, da prosjektet formål er helsepersonell sine erfaringer rundt vold, trusler, arbeidsmiljø og alkoholavtaler. Dette prosjektet er ikke ute etter å generalisere fenomenene, men hjelpe avdelingen med å få til tidlig intervensjoner ved uro/utagering, og hvordan man kan samarbeid med ledelse, slik at vi kommer fram til hvordan man samarbeider, for å trygge ikke bare ansatte med også pasienter.

Formålet med prosjektet kan påvirke relasjonen mellom informantene og forskeren da formålet er å forstå meningen om noe og prøve å endre på noen ved å iverksette kartleggingsverktøy som kan gi økt trygghet på arbeidsplassen så er semistrukturert intervju en god måte å samle inn datamateriale på. Det er viktig at deltakeren føler seg trygg i situasjonen slik at intervjuene vil bli utført i kjente omgivelser for deltakere, to av intervjuene ble utført på det lokale biblioteket.

Selv om det var en del mennesker rundt oss så var det ro rundt oss og vi fikk utført intervjuet uten større forstyrrelser og et intervjuene ble utført hjemme hos informantene. Før man startet på intervjuene så hadde vi en samtale om løst og fast i hverdagen. Ved oppstart av intervjuet så gikk vi igjennom samtykkeskjemaene og jeg forsikret meg om at informantene forsto at det å delta er frivillig. I disse tre intervjuene så gikk flyten i samtalerne veldig grei, informantene kom med mye informasjon og jeg opplevde at jeg ofte ikke behøvde å stille de tillegges spørsmålene jeg hadde skrevet ned. Prøveintervju ble utført slik at jeg kunne få en oversikt om spørsmålene måtte justeres litt. Det ble utført til sammen 5 intervju som produserte til sammen 30 sider med datamateriale som er tatt med i oppgaven. Ved et intervju så opplever jeg at en person som har jobbet med psykisk syke og rusavhengige siden 2013 aldri har vært utsatt for vold eller trusler, dette fant jeg interessant, kan dette ha noe med informantens atferd og holdninger å gjøre!

Men igjen dette intervjuet ga meg en ide om jeg hadde stilt riktig spørsmål, mens i de to andre så hadde de opplevd alvorlige hendelser med fysisk vold. Selv om all vold og trusler er alvorlige, så var ene tilfelle i intervjuet meget alvorlig og kunne medført dødsfall hos ansatte om den ansatte hadde vært alene med pasienten, andre tilfelle kunne ha medført hjerneskade om pasienten hadde brukt full kraft. Jeg renskrev alle intervjuene etter hverts om de var ferdig, på denne måten hadde jeg alt friskt i minnet.

Avdeling en er en avdeling for 23 pasienter, både langtids og korttidsplasser, der hvor pasienten har en avhengighetsdiagnose og somatisk lidelse. De skal være selvstendig og klare mest mulig selv. Målet er ikke å bli rusfri, men at de kan ha livskvalitet selv om de inntak alkohol.

Avdeling to er en avdeling med 52 plasser fordelt over 3 etg. Der har de pasienter som bruker illegale stoffer, alkoholikere og eldre somatiske pasienter. Avdelingen er organisert slik fordi at man ikke skal glemme den somatiske biten når man jobber med ruspasienter. Avdelingen har et vidt spenn innenfor aldre, 42 til 74 år. De er organisert slik at her skal man kunne nyte alkohol i fellesarealet, om det er snakk om illegale stoffer, så må de innta dette på rommene sine. Personalet tilrettelegger med å gi rent brukerutstyr slik at man forhindre infeksjon fra brukt brukerutstyr. Og på denne måten så har fortsatt personalgruppen en viss kontroll over rusinntaket.

3.8.1 Transkribering

Transkribering er en lang og tidskrevende prosess, men under denne prosessen så blir en kjent med datamaterialet sitt. Man leser igjennom, gjøre seg notater og man ser etter mønstre og meninger skriver Braun & Clark (2022). Videre er transskribering en metode som brukes til å oversette fra tale til skrift. Det ble brukt lydopptak under intervjuene, ved å bruke lydopptak så kan man huske ting som skjedde under intervjuet. Jeg kunne fokusere mer på informanten enn å måtte være nødt til å skrive ned alt som blir sagt. Det kan være små nyanser i stemmen, mimikken informantene hadde og/elle kroppsspråket informantene hadde under intervjuet. Jeg har valgt å transkribere intervjuene selv etter hvert intervju samme dag eller dagen etter, da det fortsatt er frisk i minne. Her hørte jeg på intervjuene flere ganger, noen av informantene hadde dialekt, noe jeg synes til tider var en utfordring. Ved transkribering og for å ivareta informantene anonymitet, så ble datamaterialet transkribert i bokmålsform. Der informantene nevnte andre med navn, så ble det byttet ut med andre ord som for eksempel: Fagleder, seksjonsleder. Og på denne måten så ble informantene og tredjeparts anonymitet ivaretatt. Der hvor informantene brukte gjentakelser og småord som «eeee» «eh» osv. ble utelatt. Samtidig som kommentarer fra intervjuerens som «ja, jeg forstår» eller «mhm» fjernet. Det ble totalt med prøveintervjuet transkribert 5 lydfiler som hadde en varighet på en 180 minutter og produserte 30 A-4 sider med datamaterialet som ble brukt. Under transkriberingen var jeg oppmerksom på sammenheng, meninger, likheter og kontraster som var med på å beskrive informantene opplevelse av vold, trusler, samarbeid og arbeidsmiljø som er formålet med mitt prosjekt.

3.9 Analyse

I møte med informanten som delte raust sine erfaringer og opplevelser. Der informanten delte av sin livsverden, gjør meg ydmyk og takknemlig. Det er viktig at jeg forvalter informantens erfaringer med respekt, og finne en analysemetode som kan ivareta denne informasjonen på best mulig måte.

Å analysere data har to hensikter skriver Johannessen, et al (2016). Der den en er og organiserer data etter tema, der forskeren systematiserer, redusere og ordner datamaterialet. Det bidrar til et godt grunnlag for analyse uten at en mister informasjon som er viktig for analysen. Hensikt to er å analysere og tolke, her utvikles det fortolkninger og perspektiver på den informasjonen som kommer fra datamaterialet, gjennom kommunisering der man har identifisert temaene og mønstre som er i datamaterialet. Etter et kvalitativt intervju sitter man ofte igjen med mye datamateriale, og det kan være vanskelig å se sammenheng i dette datamaterialet, vi leser tekster på tre forskjellige måter, bokstavelig, fortolkende og refleksiv.

Grunnmuren til studiet er fenomenologisk tilnærming så ble det viktig å finne en analysemetode som bygger på en fenomenologisk filosofi. Det finnes mange ulike metoder for å analysere kvalitativ data på. Og grunnet min manglende erfaring på forskerfeltet ble det viktig å ta en analyse metode som kunne gjøre analyse håndterbar og grundig der jeg ivaretok informantene sine erfaringer, meninger og opplevelser.

3.10 Tematisk analyse

Jeg har valgt å bruke tematisk analyse (TA) da denne analysemetoden ikke er bundet opp mot et bestemt teoretisk rammeverk, man kan se på TA som er paraply for hvordan man tilnærmer seg for å analysere datamaterialet mitt på.

Tematisk analyse er fleksibel noe som kan gjøre det vanskelig å konsentrere seg om hvilket aspekt man skal sette søkelyset på. Braun og Clark skriver i artikkelen «Using Thematic ...» (2006) at denne metoden var kritisert for å være for åpen og for vag og var sjeldent anerkjent, MEN mye har endret seg siden den gangen.

I boken *Thematic analysis* (2022) av Braun og Clark så skriver de at denne analyse metoden er nå blitt anerkjent. Samtidig som denne analysemetoden vil gi deg en tilgjengelig og sterk metode for nye forskere på et grunnleggende nivå (Braun & Clark, 2022 2022. s 4). Braun og Clark har noen ganger blitt beskyldt for å være metodologer der de prioriterer overholdelsen av prosedyrer som en oppskrift som må følge nøyaktig, men de mener at kvalitativ forskning er mer som et eventyr som ofte er rotete, organisk, komplekst og omstridt. De viser til at refleksiv TA kan sees på som en tur eller et eventyr som har skjulte stier og overraskende avsløringer som ikke kan forutses på forhånd (Braun og Clark, 2022, s 11). Som Braun, Clark & Hayfield (2019) sier så er refleksiv TA som et kompass som guider meg igjennom eventyret mitt, og refleksiv TA er hvordan Braun og Clark (2022) snakker om hvordan man tilnærmer seg TA. Hvilket betyr at jeg som forsker må ha en kritisk refleksjon over min rolle som forsker og ovenfor min forskningspraksis. Refleksiv TA er bare en metode innenfor hvordan man tilnærmer seg TA på, men de analytiske og fortolkende verktøyene som refleksiv TA bidrar til at man produsere analysen fra relativ enkle deskriptive fortellinger, til mer kompliserte, teoretisk innebygde.

Braun & Clark (2022) deler analysemetoden deles inn i seks faser: 1. Gjør deg kjent med dataene dine 2. Koding 3. Søke etter temaer 4. gjennomgang av temaer 5. definere og navngi temaer 6. Utarbeide rapporten.

3.10.1. Bli kjent med datamaterialet

Etter å ha gjennomført intervjuer og jeg var ferdig med å transkribere de, så leste jeg gjennom intervjuene flere ganger slik at jeg ble kjent med innholdet på ny måte. Dette krevde engasjement, et våkent blikk og god tid, slik at jeg kunne se et mønster og identifisere mangfoldet i datamaterialet, transkribering hadde produsert sider med informasjon.

I denne prosessen så skal jeg da se om datamaterialet kan bidra til å skape en mening. Selv om denne prosessen er tidskrevende så er det en viktig fase i analysen, den skal bidra til at jeg som forsker får en dypere kjennskap og forståelse for det datamaterialet som er innsamlet. Meningen er å se på datamaterialet som informasjon, til å se informasjonen som kan bidra til å svare på mitt prosjekt problemstilling og forskningsspørsmålene. Underveis

ble det gjort notater i margen (Braun & Clark 2022. s. 42-43). Dette er en fase som jeg opplevde som overveldende og alt føles ut som et evig kaos, samtidig som det er viktig at man ikke tar for lett på denne prosessen og at en bruker god tid.

3.10.2. Koding

Før en begynner med koding så er det viktig å forstå at i forhold til refleksiv TA, så utgjør kodene den minste enheten i analysen, kodene fanger opp spesifikke betydninger i datamaterialet mitt, betydninger som var relevante for forskningsspørsmålene mine. Selv om kodene i refleksiv TA fokuser på enkeltstående ideer, så betyr det ikke at de ikke har dybde - dette fordi koding er mer enn bare å redusere detaljene i datamaterialet. Kodene er med på å gi en oppfatning av det som er av analytiske interesse i datamaterialet, altså en viss tolkning (Braun & Clarke. 2022. s. 52). Koding er en prosess som forteller hvordan jeg jobber med datamaterialet i denne fasen, der hvor koder og kodeetiketter er utfallet. Når jeg engasjer meg i denne fasen på en grundig og streng måte, så vil kodene forberede meg for neste fase i analysen. Kodingsprosessen gikk ut på at jeg måtte lese hvert intervju nøye, jeg merket av segmenter som jeg mente hadde en betydning og som jeg mente var relevante for mine forskningsspørsmål med en kodeetikett. Noen segmenter i datamaterialet hadde ingen relevans for mine forskningsspørsmål, disse ble merket i forskjellige koder. Dette fordi et ord kan ha forskjellige betydning ut fra hvor i datamaterialet det står, derfor måtte jeg bruke flere kodeetiketter slik at jeg fikk tak i mangfoldet av betydningen av segmentet av datamaterialet.

Det er ingen rett eller galt måte å kode på, for til syvende og sist kommer den an på formålet med oppgaven og forskningsspørsmålene (Braun & Clark, 2022 s. 54). Merket at når jeg lese om koding så ble jeg forvirret av disse forskjellige ordene som ble brukt og hvor viktig det var at jeg klarte å holde orden på hva disse ordene betydde. Det å ha en systematisk kodeprosess er viktig av to forskjellige grunner: innsikt og strenghet. Innsikt går på at å jobbe systematisk så vil det gi meg innsikt i datamaterialet, dermed så blir analysen dypere, den ble mer interessant og mindre åpen. Selv om dette var en tidskrevende prosess, så forhindret denne prosessen at jeg ikke hoppet framover i prosessen og utviklet temaer. Strenghet sikret at jeg har et systematiske engasjement med meninger og mønster på tvers av datamaterialet, slik at temautviklingen ble kraftigere og mer detaljert (Braun & Clark,

2022 s. 54). Prosessen innenfor refleksiv TA er organisk og åpen, den starter uten noen liste eller ide om hvilken koder som skal være med (Braun & Clark, 2022 s 54). Jeg synes det var vanskelig å ha en induktiv eller deduktiv tilnærming, da jeg alltid har med meg min faglig bakgrunn og perspektiver, hvem jeg er former måten jeg legger merke til datamaterialet og hvordan jeg leste og tolket det.

3.10.3. Søk etter temaer

Nå skal jeg gå fra koder til temaer, her der det viktig å gå i dybden på datamaterialet, man identifiserer og redefinerer til mindre grupper. Kodingen fra forrige fase ble sorter inn i ulike overordnet temaer som ble vurdert opp mot forskningsspørsmålene og her ble en mer deduktiv tilnærming benyttet. Braun og Clark (s 79) sier noe om at denne fasen er som en vei i et eventyr, der vi finner, mister og finner veien igjen. Så uansett hvor jeg var i starten av mitt prosjekt så vil denne prosessen ta meg ut på sideveiene og trekke meg i forskjellige retninger. Det er ingen rett eller galt vei til slutten av endepunktet, man må regne med tilbakesporing og endringer i denne fasen. Selv om denne fasen i analysen fremkaller både usikkerhet og rot, så gis analysen også frihet, kreativitet og lekenhet. Ved å starte temautvikling så kan det være en fordel om man tenke: hvor vil denne reisen ta meg, og ikke gå rett til: hvordan kommer jeg til endepunktet (pragmatiske). Jeg gjenkjente mange av beskrivelsene og kunne sette de opp mot egen praksiserfaring.

For at jeg skulle kunne var åpen for informantene sine beskrivelser og løfte de, må jeg være min forforståelse bevisst og sette den til siden. Dette gjøres for at det er deres beskrivelser som ligger til grunne for mine tolkninger og kategorisering av tema. Jeg satt med mye datamateriale og det mente at jeg var nødt til å gi slipp på en del av datamaterialet. Jeg slet litt med denne delen av prosessen, og hadde lett for å hoppe altfor fort fram til overordnet temaer. Det var etter en veiledningstime at noe av prosessen falt på mer på plass, jeg klarte å hold meg mer tekstnært. Samtidig sa veileder at det kan være en fordel å ha forskningsspørsmålene i tankene under denne prosessen, samme som Braun og Clark skriver om (s, 90). De tar videre opp dette med at jeg ikke skal lete etter et direkte svar på forskningsspørsmålene, men at jeg har i tankene hva min interesse for emnet er. Ved flere anledninger var jeg nødt til å forlate denne prosessen og gjør noe annet for så komme

tilbake og se på datamaterialet på nytt. Som Braun og Clark (s, 114) skriver så må valgene være gjennomtenkte, rasjonelle og rimelig istedenfor følelsesmessige eller spontane.

Eksempel på koding og definering av temaer.

Informant	Segmenter fra datamaterialet	Koder	Tema	Overordnet tema
2	«Jeg sa til en meget beruset pasient at pasienten ikke fikk være til stede under måltidet, grunnet medpasienter skulle få matro, slaget kom som lyn fra klar himmel. Det traff meg i ansiktet, jeg sto med ryggen til og så ikke at pasienten kom. Jeg ble ikke møtt av personalet den kvelden i det hele tatt. Jeg fikk ikke noe støtte, ingenting ble gjort, ble stående veldig alene og ingen støtte av vaktlaget»	Rutiner rundt vold og trusler (vernegrep, plassering i rom). Ingen støtte av Personalet. Det er noen som skyr konflikter, de burde i hvert fall gått på kurs som jeg føler kan være litt utrygge å jobbe med	Hvilken erfaring og kompetanse har de ansatte til håndtering av vold og trusler. Hva slags holdninger har den ansatte. Sikre et godt og trygt arbeidsmiljø.	Vite hvordan en skal håndtere vold og trusler. Viktigheten med støtte fra ledelsen. Viktigheten med kollegastøtte. Har en ansatte sine holdninger noe med hvordan vi møter en pasient.

Tabell 1

3.10.4. Gjennomgang av temaer

I forrige fase ble det jobbet med å utforske og prøve å sette samme grupper knyttet til tematikker (Braun & Clark, 2022, s, 97). Denne fasen innebærer at jeg går igjennom og raffinerer de temaene som jeg har valgt som utgjør utgangspunktet for dette trinnet. Selv om jeg har mye datamateriale, så var det ikke mulig å beholde alt. Det jeg så var at noen informanter kom med fyldige beskrivelser, og andre med få bekræftende ord. Jeg jobbet videre med å finne sitater i datamaterialet som beskrev temaene på en fyldig og beskrivende måte. I denne fasen så tar man en validitetssjekk på kvaliteten og omfang av de temaene som er valgt. Dette for at de skal videreutvikles, slik at man ender opp med datamaterialet som kan være med å besvar problemstilling.

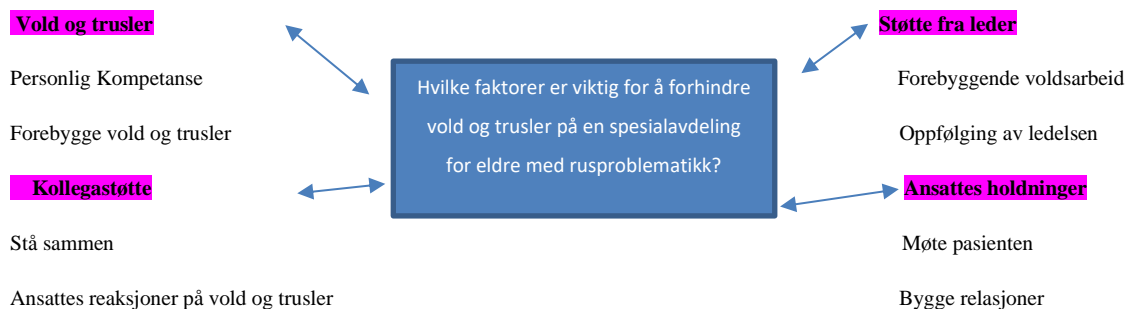
3.10.5. Definere og navngi temaer

Her ble temaene ytterligere utviklet ved å definere det mønsteret som viste seg i forrige fase. Dette er som et sammendrag der omfanget blir skissert, avgrenset og en kommer til

kjernen i selv teamet (Braun & Clark, 2022, s, 108). Her laget jeg meg et tankekart i Word format, der jeg lette etter likheter. Jeg så etter sammenhenger og kjernen i datamaterialet. Dette gjorde jeg for at jeg lettere kunne ha oversikten og definere innhold for hvert tema (Braun & Clark, 2022 s, 211). Her finner en ut hva som er spesielt med de forskjellige sitatene, og hva tilfører dette teamet analysen sin helhet. Jeg endte opp med fire overordnet temaer og åtte undertemaer etter at jeg hadde redusert de fra 12 undertemaer. Beskrivende ord som ikke møtt av personalet, ikke noe støtte, ingenting ble gjort, ble stående veldig alene ble satt under temaet «viktigheten med kollegastøtte».

Jeg ble stående med fire temaer som «kollegastøtte», «vold og trusler», «støtte fra leder» og «Ansattes holdninger».

Tematisk tankekart



Tabell 2

3.10.6. Utarbeide rapporten

Braun og Clark (2022, s 119) sier at denne fasen er som en reise til fremmede steder, fram til nå er alt jeg har skrevet historier som jeg fint kan fortelle mine venner og familie. Fokuset til forskeren blir mer rettet mot det «offentlig rom», og prosjektet leses av mennesker som ikke har vært involvert i prosjektet. Og uansett om oppgaven er skrevet for publisering eller for en avhandling eller forskningsoppgave så skal den tematiske analysen fortelle den kompliserte historien om mine innsamlede data på en slik måte at leseren blir overbevist av dens verdi og gyldighet.

Denne fasen begynte når jeg har et sett med utarbeidede temaer, som er endelig analysert og det er skrevet en rapport. Uansett det å lese datamateriale sitt fortolkende, betyr at man ønsker å forstå den dype meningen i hver enkelt informant sitt intervju (Johannessen et al, 2016, s, 171). Det å være helt nøyaktig i hva fortolkningsanalyse innebærer spesielt når den detaljen varierer fra studie til studie er vanskelig. Induktiv tematisk analyse er en god måte å finne ut hva slags spørsmål jeg bør stille av det innsamlede data jeg har, og hva slags analytiske påstander jeg bør søke i.

3.11 Mulige fallgruver i Tematisk analyse

Tematisk analyse er en enkel form for kvalitativ analyse, den krever ikke det samme som detaljerte teoretiske og tekniske kunnskap som tilnærminger som andre analyse metoder har. Dette gjør det relativt enkelt og gjennomfører en god TA, selv som en nybegynner i TA på kvalitative data. Men samtidig er det en del ting som kan resulterer i dårlig analyse, så i denne delen identifisere vi de potensielle fallgruvene, i håp om at de kan unngås (Braun & Clark, 2006). Første fallgruve er manglende evne til faktisk analysere datamaterialet i det hele tatt, det er ikke et utvalg av utdrag med analytisk kommentar som bare eller primært parafaserer innholdet. Det er en illustrasjon av analytiske poeng forskeren gjør om datamaterialet. Fallgruve to er bruken av datainnsamlingsspørsmålene fra f.eks. intervjuet som «temaer» rapporteres, da har man ikke utført analytisk arbeide på tvers av hele datasettet. Tredje fallgruven tar for seg en svak eller lite overbevisende analyse, der man ser at temaene ikke fungerer, det kan være for mye overlapping mellom temaene. Og det kan være at temaene ikke er internt sammenhengende og konsistente. Aspekter rundet temaene bør henge sammen rundt en sentral ide eller et konsept. Fjerde fallgruven dukker opp når det er et misforhold mellom dataene og de analytiske påstandene, forsker må sørge for at tolkningene og analytiske punkter stemmer overens med datamaterialet. Det er også viktig at man vurderer andre åpenbare alternative avlesninger i datamaterialet, eller at en unnlater å vurdere variasjoner i det som blir produsert. Det er sjelden en ser et mønster i datamaterialet.

Femte og siste fallgruve innebærer et misforhold mellom teori og analytiske påstander, eller mellom forskningens spørsmål og hvilken form for TA som brukes. En god TA må sørge for at tolkningen av datamaterialet er i samsvar med det teoretiske rammeverket. Det vil si at om en jobber innenfor erfaringsramme, vil du vanligvis ikke komme med påstander om sosiale konstruksjoner i forskningsemnet.

3.11.1 Studiets troverdighet

For at en studie skal være troverdig, så er det viktig at datamaterialet og tolkning blir utført på en riktig og forsvarlig måte. I følge Thagaard (2018) så brukes begrepene reliabilitet, validitet og overførbarhet for å bedømme studiens troverdighet. Så i dette kapitlet presenterer jeg hvilke vurderinger som ble gjort, og hvilket valg som ble tatt underveis.

3.11.2 Reliabilitet og Validitet

Reliabilitet er ofte forbundet med kvantitative studier, og det tar utgangspunkt i om en annen forsker ville ha kommet fram til samme resultat ved å bruke samme metode (Thagaard, 2018, s 187). I en kvalitativ studie så er det ikke målbart på samme vis, da man er ute etter å undersøke et fenomen man ikke skjenner så godt eller som vi ønsker å forstå mer. Ved å gi leser en konkrete beskrivelser av hvordan man har gått fram for å utvikle data, så kan studiet bli mer troverdig/pålitelig (Thagaard, 2018, s 188). Ved å gjøre forskningsprosessen transparent, som innebærer å gi en detaljert beskrivelse av forskningsstrategier og analysemetoder bidrar til styrking av reliabiliteten (Silverman, 2014:84; Thagaard, 2018, s 188). Dette har blitt gjort ved å gi en detaljert beskrivelse av transkribering prosessen, intervjuguiden og gjennomføring av datainnsamling, samtidig som jeg har prøvd å være så transparent som mulig. Thagaard (2018, s 188) tar opp at jo flere forskere som deltar i prosjektet så kan det bidra til at det styrkes studiens reliabilitet, at man på den måten får frem flere synspunkter. Da jeg har jobbet alene med prosjektet, så har jeg delt prosjektet med min veileder. Reliabiliteten kan også styrkes ved å vise et tydelig skille på primærdata (informantenes sitater), og forskers egne tolkninger av resultater (Seale, 2007). Jeg hadde et prøveintervju med en arbeidskollega, dette ble utført slik at jeg kunne spisse mine spørsmål bedre. Her tenkte jeg at jeg kanskje burde endre kriteriene for å delta i intervjuet, men samtidig tenkte jeg at det kan bidra til at jeg går glippe av datamateriale som

kan være viktig for utfallet av prosjektet, noe jeg synes det gjorde. Videre ble transkribering utført etter hvert intervju på avdeling en. På avdeling to som ikke er i samme by som jeg bor, ble det utført to intervjuer rett etter hverandre, som medførte at transkribering ble utført et par dager etterpå. En annen viktig ting innenfor reliabilitet er hvordan relasjonen informantene kan påvirke datainnsamlingen, og hvilke tolkninger som kommer fram (Thagaard, 2018, s 188-189). Da jeg jobber på avdeling nr en så har jeg kjennskap til informantene og deres erfaringer, men på avdeling to var det fagleder som valgt ut hvem jeg skulle intervju. Intervjuene ble mer som en samtale mellom informant og meg. Og samtalene gikk lett og selv om man jobbet mot samme mål, så jobbet man veldig forskjellige.

Validitet referer til prosjektets funn og tolkninger, samt gyldigheten av det som forskeren har kommet fram til (Thagaard, 2018, s 189). Silverman (2014) sier noe om at validiteten kan styrkes ved å vektlegge teoretiske gjennomsiiktighet (transparens), som betyr at man beskriver teoretiske ståsted som er grunnlaget for forsker sine tolkninger, og at man viser til hvordan analysen gir grunnlag for konklusjoner og tolkninger forsker har kommet fram til. Validiteten styrkes også gjennom en gjennomgang av analyseprosessen kritisk, en annen person kan spille djevelens advokat. Forsker kan også prøve ut alternative perspektiver, se om man får samme relevante forståelse. Dette kan være med på å forsterke forsker sine tolkninger ved å vise at alternativ tolkninger er mindre relevante (2018, s, 189). Malterud (2017, s 23) skriver at man skiller mellom intern og ekstern validitet, der hvor intern er om beskrivelse og vurderinger som forsker gjort stemmer med virkeligheten, og ekstern handler om overførbarhet. Under intervjuene har jeg måtte stille oppfølgingsspørsmål for å være helt sikker på at jeg har forstått riktig, og dermed unngår man misforståelser, f.eks. «*kan du utdype det*». Videre var jeg oppmerksom på å spørre informantene på nytt, eller at jeg gjentok informantens svar om jeg var usikker på noe, to av intervjuene hadde dialekt som jeg til tider synes var vanskelig å forstå. Her så jeg meg nødt til å spørre om flere ting, samtidig som transkriberingen her ble utfordrende for meg, samt transkriberingen ble overført til bokmål av årsaker som anonymitet. Ved slutten av hvert intervju ble det utført en oppsummering, der hvor informanten fikk mulighet å rette på noe som ikke stemte.

En annen ting som kan ha en medvirkning til styrking av prosjektet gyldighet, var at prosjektet var delvis anonymisert, med det så mener jeg at avdelingssykepleier på en

avdeling, (visste at jeg skulle intervju, men ikke hvem) og fagleder på avdeling to var klar over hvem som deltok, da det var fagleder som plukket ut hvem som skulle delta. Men opplevde at på begge avdelingene så var informanten veldig fritt talene. Et aspekt til som kan bidra til å øke validiteten ved datamaterialet, er at det ble brukt lydopptak som transkriberingen er basert på. Slik at man kan få en bekreftelse på hva informantene har sagt, samtidig som intervjuguiden var formulert med både spørsmål og oppfølgingsspørsmål.

3.11.3 Overførbarhet

Ekstern validitet går på om resultat kan generaliseres (Thagaard, 2018, s 19). Generalisering er ofte knyttet til kvantitativ forskning, i innenfor kvalitativ forskning er det nesten umulig å generaliser en sak. Slik at i kvalitativ forskning brukes overførbarhet (Mason 2018:235-243; Miles et al. 2014:311-315; Thagaard, 2018, s 19). Slik at begrepet overførbarhet er om overføre kunnskap istedenfor å generalisere resultat. Når det kommer til overførbarhet innenfor kvalitativ forskning, så spiller studiets utvalg en viktig rolle, samtidig som det henger sammen med relevansspørsmålet (Malterud, 2018, s 24). Prosjektets utvalg bestå av 3 damer og en mann, prøveintervjuet var også en dame, som har en del felles opplevelser, oppfatninger og meninger uavhengig av kjønn. Overførbarhet som Thagaard (2018) forklarer er om studiens resultater kan gjelde i andre sammenheng, noe som støttes av Malterud (2018) som referer til at resultatene kan bidra til å gi innsikt til andre som kan dra nytte av dem.

3.11.4 Forskningsetiske retningslinjer

Helsinkideklarasjonens (1964) som omhandler etiske retningslinjer, brukes stort sett over hele verden når det kommer til forskningsetikk, denne ble revidert sist i 2013. Slik at prinsipper som konfidensialitet, frivillighet og informert samtykke er styrt ut fra Helsinkideklarasjonen. Prosjektet er sendt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) da den inneholder personopplysninger. Prosjektet har referanse nummer 446459 og ble godtatt fra NSD 14.10.2022 (Vedlegg nr 1). Etter at det ble godkjent så sendt jeg informasjonsskriv til avdelingssykepleier og fagleder (Vedlegg nr 3). All informasjon om deltakerne som personopplysninger ble låst inn i safe, og lydopptak ble lagret på en PC som er passord beskyttet. Dette for å kunne ivareta konfidensialiteten. Under analyse og

transkriberingsfasen så ble informantenes navn fjernet og de fikk en kode, slik at det var bare et tall i de skrevne dokumentene. Lydopptak vil bli slettet etter avtale med Personvernforordningen den 01.06.2023. Et forskningsprosjekt som inkluderer mennesker, må ha informert og fritt samtykke fra informantene for å kunne startet og gjennomføre datainnsamlingen (Helseforskningsloven § 13, 2008). Informert samtykke betyr at informantene får informasjon om studiet overordnende formål, samt informasjon om mulig risiko og fordeler ved å delta i et forskningsprosjekt. Forsker skal forsikre seg som at informantene deltar frivillige, og de skal informeres om deres rett til å trekke seg fra å delta uansett når under prosjektet. Derfor er det viktig at forsker forsikret seg at informantene har fått all informasjon og at de har forstått hva det betyr. Denne informasjon ble gitt til informantene både muntlig og skriftlig (Vedlegg nr 4).

Alle intervjuene gikk etter planen, informanter fra eget arbeidssted så ja til å delta med en gang. Som skrevet tidligere i oppgaven så ble de to andre informantene funnet av fagleder på avdeling to. Uansett så ble det ved hvert møte informasjonsskrivet og samtykkeskjema gått igjennom før signering. Og de ble spurt om fortsatt ønsket å delta. Thagaard (2018, s 167) sier at i studier med få informanter så er de etiske hensyn mer utfordrende, dette fordi de lett kan kjenne seg igjen i teksten og hvordan de blir framstilt. Derfor er det viktig at jeg som forsker er tekst nær og forholder meg til de som blir sagt.

3.11.5 Anonymitet og konfidensialitet

Forsvarlig forskningspraksis har noen viktige grunnprinsipper som anonymitet og konfidensialitet. Informantene har rett til beskyttelse av sitt privatliv og at det er viktig at utformer teksten på en slik måte at informantene sine identitet tilsløres (Thagaard, 2018, s 205). Dette innebærer at alt privat og identifiserbare data ikke avsløres, informantene navn og arbeidssted er ikke nevnt og anonymisert. Her ble navn og arbeidssted fjernet, navn ble byttet ut med tall. Samt at jeg nevner ikke hvor i landet avdelingene ligger, og at intervju med dialekt ble oversatt til bokmål.

Jeg har kun referert til personellet i teksten. Informantene fikk informasjon i form av samtykkeskjema og informasjon om hva intervjuene gikk ut på. Intervjuene ble tatt på Office

365 som VID anbefalte på en bærbar pc som er passord beskyttet, transkriberingen av intervjuene ble låst inne i en safe kun jeg har tilgang.

4.0 Presentasjon av funn

I dette kapitlet vil presentere de funn av vesentlige trekk i informantenes erfaringer og opplevelser av vold og trusler. Etter at jeg var ferdig med analysen satt jeg igjen med fire overordnet og en rekke undertemaer som jeg tenker belyser informantens erfaringer og opplevelser av vold og trusler. Følgende tema ble valgt: Vold og trusler, støtte fra ledelsen, kollegastøtte, og ansattes holdninger.

4.1 Vold og trusler.

Under dette temaet så var samtlige informanter enige om at vold ikke er akseptabelt og ikke burde forekomme. Samtidig påpekte de at vold er en del av hverdagen når man jobber med ruspåvirket og psykisk syke mennesker. Det var delte meninger om hvordan man skulle håndtere vold og trusler. Samtlige informanter har vært utsatt for vold i en eller annen form, noen mer alvorlige enn andre. På avdeling to så er det merkelig nok lite utagering sier informantene. Informant fire sier følgende:

«Det er null toleranse for vold og for de som utøver vold, så skal det være en konsekvens. Det blir samtaler, der det tas opp hva som skjedde og at konsekvensen blir slik og slik. For vold skal ikke være akseptabelt for medpasienter eller ansatte. Det skal ikke skje, men det skjer».

4.1.1 Personlig kompetanse og erfaringer

Gjennom intervjuene kom det fram at helsepersonell er nødt til å være oppmerksom på de risikoforholdene som kan påvirke pasientene, risiko forhold som frustrasjon, avmakt, tidligere voldsatferd, psykoser, delir og ruspåvirkning. Samtidig som at personalet har en forståelse og kunnskap rundt dette, kunne bidra til å forhindre en del av utageringen. En ting som ble nevnt av fire informanter var dette med ens egen sikkerhet, noen hadde lært dette gjennom å ha gått på kurs. Mens noen hadde erfart dette og i ettertid var bevist på hvordan man for eksempel plasserte seg i et rom når en pasient var aggressiv.

Alle informantene har vært utsatt for vold og trusler på en eller annen måte, ikke nødvendigvis på nåværende arbeidssted, men i sin yrkeskarriere. Informant to utdypet dette slik:

«Mer kompetanse innenfor feltet er noe jeg virkelig ville ha ønsket. Det er altfor lite kompetanse.. Det er noen som skyr konflikter. De burde i hvert fall gått på kurs, som jeg føler kan være litt utrygge å jobbe med»

4.1.2 Forebyggende arbeid i vold og trusler

Samtlige informanter snakket om forebyggende arbeid når det kom til vold og trusler. Og det er nødt til å være forankret i ledelsen om man skal lykkes med forebyggende arbeid, og ledelsen er nødt til å være tett på avdelingen. Det kom fram at ting starrer jo på toppen og om ledelsen feiler så blir det en frustrasjon hos personalet, de vil ikke klare å få til de god og faglige tiltakene som kanskje trenges. Det er med å skape trygghet for ansatte og pasienter når personalet kan dette med forhindring av eskalering av en hendelse og hvordan de skal jobbe med deeskalering tiltak og at dette kom gjennom opplæring og oppfølging.

Når det kom til det å forebygge vold og trusler så var avdelingene uenigheter om hva som ville fungere. Et av tiltakene som ble nevnt var alkoholavtaler som for avdeling en var et av de bedre tiltak som var iverksatt. Når man fikk til en alkoholavtale mellom pasienten og avdelingen, så de en redusering ikke bare i vold og trusler, men også fall. Der de tidligere hadde hatt mange voldelige hendelser så ble avdelingen roligere når pasienten fikk alkoholavtaler. Andre medpasienten som tidligere hadde isolert seg på rommene sine, da de var redde, begynte å komme ut og sitte sammen og spise og snakke sammen. Men at det var viktig at avtalen ble respektert av begge parter. Avtalene er skriftlige på avdeling en, mens avdeling to hadde mer muntlige variant. Dette hadde de for at det skjedde endringer ofte i forhold til dagsformen til pasientene. Slik at det ble vanskelig å holde en avtale skriftlig.

Avtalene ble styrt ut fra økonomien til pasientene, slik at alle avtaler er forskjellige.

Informant to utdypet dette slik:

«Alkoholavtaler er liksom det viktigste tiltak vi har satt i gang, det er jo bare alfa omega. Det er det beste for pasientene og for ansatte».

Avdeling to var mer opptatt av det miljøterapeutiske og at pasientene fikk en så normal hverdag som mulig. Der jobbet de for at pasienten skulle være aktive. Pasientene var med på å mate fuglene og dyrene, og de rydder og vasker burene. De hadde bingokvelder og dro på fotballkamper og så at pasientene hadde det bedre når de ble tatt ut av sine vante

omgivelser. Da hadde de et annet fokus og ansatte ble kjent med pasientene på en annen måte. Pasientene virket mer lystbetonte og de snakket om livene sine på en annen måte enn inne på institusjonen. Informant 5 sier følgende:

«Når vi får de ut på ting, så har de ikke samme smerter og plager som de ellers har. De har da mer fokus på gleder og andre ting. For ofte blir man tolket at om en er på en institusjon, så skal man snakke om slikt som er tøft, når de er ute så åpner de seg på en annen måte».

En annen ting som ble tatt opp var dette med å få rapporter i forkant av ankomst av ny pasient, ikke bare hadde avdelingene forskjellige meninger om dette, men det var også delt mening innad i avdeling en. Der informant to mente at de må lese seg opp på rapporter om pasienten, det ble snakket om å innføre BVC eller SJA før en pasient hadde kommet fordi pasienten hadde en voldshistorikk fra tidligere. Mens informant tre sier noe om at ofte så stemte ikke rapportene og at hen heller ville møte pasienten med blanke ark. Avdeling to syntes det var viktig å møte en pasient med så blanke ark som mulig, selvfølgelig ville de vite det om det var kjent voldshistorikk der, men det ble bare ord. Informant fem sier følgende:

«Vi tar ikke ROS analyse i forkant av våre pasienter, vi tenker at vi må bli kjent med de først. Vi får inn pasienter som har slitt i mange år. De er kjenninger av politiet».

4.2 Støtte fra ledelsen

Noe som fram i alle intervjuene var det med støtte fra ledelsen og hvor viktig det var, skal man lykkes med noe på en avdeling så er det nødt til å være forankret i ledelsen. Det er når ledelsen er en del av personalgruppen at man føler trygghet og at man blir ivaretatt.

Avdeling to sier noe om at fagleder og seksjonsleder er der for å støtte de så lang som mulig, de lar oss «drive» avdelingen. Men at døren var alltid åpen og det var et godt og trygt sted for å gå å drøfte ting. Avdelingen opplever at de ofte beveger seg i grå sonen, og da er det trygt å ha noe å diskutere med. Informant fem beskrev sine ledere på følgende måte:

«Jeg tror ikke det finnes nok superlativer om fagleder og seksjonsleder. De er helt råde, de er helt særegent i hvordan de lar oss drive avdelingen. Det er ofte ... De kommer ikke og sier at du må gjøre slik eller slik, de fungerer som regulatorer og som en trygghet viss det er ting jeg

lurer på. Ting som jeg vil drøfte, ofte er vi i grå soner, hva er etiske riktig å gjøre, hva en burde gjøre. Hva kan en gjøre og da er det veldig greit å ha noen å drøfte det med».

Avdeling en har en annerledes oppfattelse av støtte fra ledelsen, de følte at døren alltid sto oppe og at nåværende leder var kunnskapsrikt når det kom til det teoretiske rundet for eksempel skademelding etter en hendelse og var en grei samtale partner. Men var ikke like aktiv når det kom til å gi støtte ved en hendelse, det var ikke alltid dette ble tatt opp. De savnet den hverdagslige støtten.

4.2.1 Oppfølging av leder etter en voldshendelse

Et annet tema som dukket opp i intervjuene var dette med oppfølging av leder, enten det gjaldt vold og trusler eller om det var et behov for å drøfte etiske dilemmaer. Det å få en god oppfølging etter en hendelse med vold og trusler var en viktig faktor hos informantene. Og at leder visste hva som skulle gjøre etter en hendelse som å skrive avvik og sende skademeldinger medført at informantene følte seg ivaretatt. Men det var litt forskjell på hva den enkelte avdelingen mente om den oppfølgingen de fikk.

Avdeling en fortalte at det hadde vært flere hendelser som ikke var blitt fulgt opp av leder eller at det var mangelfull oppfølging i ettertid. De snakket om at når en alvorlig hendelse ikke tas opp og drøftes så kan dette påvirke arbeidsmiljøet og de ansatte føler på tapt tillitt til ledelsen. Og at det å få en oppfølging etter en hendelse gjør at en ikke føler seg ensom, men at en blir sett og hørt. Informant to sier følgende:

«Fikk et kraftig slag i ansiktet. Det synes jeg var ganske tøft, og oppfølgingen etterpå. Jeg skrev et avvik og skademelding til et en eller annen etat. Husker ikke hvilken etat. Sjefen tok meg inn til en kort samtale, That`s it. Var ikke store oppfølgingen».

I sitatet over så kunne informanten fortelle at det gikk omtrent fire uker før hen mottok en telefon samtale fra en psykiatrisk sykepleier, men som hen sa at nå har det gått for lang tid til at jeg skal begynne å snakke om dette. Mens for informant tre så var det veldig viktig at leder har forståelser for at vi ansatte er individuelle individer, slik at alle har behov for forskjellige oppfølging av ledelsen. Informanten tre sier noe om at hen følte det litt rart at leder hadde spurte hen om hen ikke heller burde vært hjemme, hen hadde et behov for å komme tilbake til jobben. Ses i følgende sitat fra informant tre:

«Jeg er ikke en person som sitter hjemme og tenker, jeg ville ikke sitte hjemme og tenkt at jeg kunne ha dødt. Jeg er ikke en slik person».

Videre sier informanten tre noe om at det ble skrevet både avvik og skademelding. Det var oppfølging i form av samtale med Skytta to ganger i fellesstuene, der alle ansatte var og vi tok opp forskjellige ting.

Avdeling to har en ganske annen mening rundt dette med oppfølging av ledere, de har merkelig nok lite utageringer til å jobbe med ustabile alkoholikere og psykisk syke mennesker. Her var behovet mer for drøfting i forhold til de etiske dilemmaene som dukket opp. De fortalte at fagleder og seksjonsleder var meget tett på de ansatte og pasientene. De har kontor begge to midt i avdelingen slik at de er lett å få tak i når det er noe som burde tas opp. De følte seg komfortable nok til å ta opp det meste med fagleder og seksjonsleder, de mente de var gode samtalepartnere som utfordret personalet. De snakket om at de fungerte mer som regulatorer enn ledere, de lot personalet drive avdelingen. Men at døren var alltid oppe slik at de kunne komme og snakke med de uansett hva det gjaldt. Noe som også gir ansatte trygghet i sine jobber. De jobbet for at personalet skulle ha det godt på jobben. Informant fem sier følgende om sine ledere:

«Jeg tror ikke det finnes nok superlativer om dem. De er helt råde, de er helt særegent i hvordan de lar oss drive avdelingen. De kommer ikke og sier at du må gjøre slik eller slik. De fungerer som regulatorer og som en trygghet viss det er ting jeg lurur på»

4.3 Kollegastøtte

En annen ting som informantene var enig i var viktigheten med kollegastøtte enten det gjaldt etter en hendelse eller når en avgjørelse som var tatt. Selv om avdeling to ikke har like mange episoder med vold og trusler som avdeling en. Så opplevde begge avdelingene en del verbalt utageringer, der personalet ble kalt mye stygt og at dette heller ikke er greit. Men som avdeling to sier, det å jobbe med psykisk syke og rusbrukere er meget utfordrende og det er forventet at det kommer en del ufine kommentarer. Og at man må tenke at de er syke og ruset. At man bare må overhøre det, de mener det jo egentlig ikke. Når vi ikke er lojale til hverandre og står i situasjonen med pasientene, så blir det utrygge rammer og dette kan medføre atferds utfordringer.

Avdeling en nevner det å daglig høre negative kommentarer påvirker en person over tid, dette gjør noe med psyken til den ansatte og det er like viktig å snakke om som en fysisk hendelse er. Det å kunne ha en debrifing om hendelsen kan bidra til at personen får snakket ut og blir ferdig med det, slik at en slipper å ta det med seg hjem. Samtidig som de mente at det er den som ble utsatt for vold sin opplevelse og at vi alle reagere forskjellige. Informant to forteller:

«Det traff meg i ansiktet, jeg sto med ryggen til og så ikke at pasienten kom mot meg. Jeg føler at jeg ikke ble møtt av personalet den kvelden i det hele tatt. Jeg fikk ingen støtte, ingenting ble gjort, ble stående veldig alene og ingen støtte av vaktlaget».

Samtidig sier informant tre i intervjuet at hen fikk utrolig god støtte, trygghet og skjerming etter en ganske alvorlig hendelse, der en pasient prøvde å kvele hen. Dette var ut fra samme avdeling. Informant tre sier:

«Etter hendelsen så følte jeg at der er fine folk der som kan passe på meg, eller de passer på hverandre. Det er dyktige folk selv om det er forskjellige nivå. Men de er dyktige og som man kan stole på og føle seg trygg. Denne tryggheten fant jeg etter det som skjedde»

Avdeling en går med alarmer, noe avdeling to ikke gjør. På avdeling en har det vært noen episoder der pasienter har kastet kniver og glass etter personalet, slik at de har låsbare skap for skarpe gjenstander og glasstøy. De går med alarm for at de fort kan tilkalle hjelp og de opplever at både faste og ekstra vakter respondere på disse. Dette er med på å skape en trygghet for de ansatte. Mens på avdeling fortalte informant fire at om det trenges alarmer, så burde kanskje ikke pasienten være på denne avdelingen og en burde se etter andre tjenestetilbud til pasienten.

4.3.1 Det å stå sammen

En annen ting som ble nevnt under intervjuene av samtlige informanter var det med å være samstemt/samkjørt. Det vil ikke si at alle var enige i hva som var bestemt, men når det først var bestemt en ting så var man lojal mot dette. Man gjør tilnærmet likt, og på den måten så skaper ansatte en struktur og forutsigbarhet som er bra for både ansatte og pasienter. Om alle er lojale mot hva som er bestemt, slik at pasientene ikke har mulighet til å «shoppe» hos

andre tjenesteytere. Man unngår å få de snille og de slemme pleierne. Informant fem sier følgende:

«De kan oppleve at personalgruppen som framkaller en utagering, fordi vi ikke her er samkjørt og gjør forskjellige ting. Men jeg føler meg ganske lojal opp mot andre kollegaer og om vi er uenige, så er vi lojale. Er noe bestemt, så gjør vi slik. Dette er med på å skape en kontinuerlig mot pasientene.»

Man diskutere om noen av den utagering man står i kommer av at personalet gjør ulike, det skaper en frustrasjon, irritasjon og uforutsigbarhet hos pasienten, det skal ikke være avhengig av vaktlaget om man sier ja eller nei til en ting. Disse avgjørelsene som er tatt skal gjennomføres av alle. Avdeling to tar opp dette med at en pasient har en avtale med fastlegen i forhold til sobril som eventuelt medisin, så er det viktig at alle ansatte er lojale mot dette. At det ikke bare gis sobril for å være snille mot pasientene. Det er viktig at pasienten også holdes ansvarlig for sin behandling. Informant fire sier:

«Samkjøring og felles forståelse er veldig viktig, for om ting skal fungere så må vi være samkjørt. Pasienten kan ikke bestemme selv hva som er best, og at man respektere de vurderinger som er tatt. Selv om jeg ikke er enig i vurderingene som er faglig vurdert».

4.3.2 Ansattes reaksjoner på en hendelse

Et tema som ble nevnt av flere informanter på en eller annen måte var dette med de ansattes reaksjon etter en hendelse, enten det gjaldt vold, trusler eller negative kommentarer. Avdeling to snakket om at jo det hadde vært tider der de hadde høye skuldre og de har lurt på hvordan de skulle lande en situasjon. Ingen av informantene mente at de hadde følt seg utrygge eller truet av en pasient, de trakk seg ofte tilbake og lot pasienten roe seg ned. De mente at det var viktig at ansatte hadde forståelser for at pasientene også kunne ha dårlige dager, og at ofte var pasientene ruspåvirket og ikke helt klar over hva de sa eller gjorde.

Avdelingen en har hatt flere hendelser der hvor pasientene har prøvde å skade ansatte enten fysisk eller gjennom ubekvemmes ord. Uansett så følte informant to at etter en hendelse der hvor hen ble slått så var det ingen aksept i personalgruppen at hen hadde behov for å prate om hendelsen. Følelsen å ikke få støtte av vaktlaget kan gjøre noe med

videre samarbeid med sine arbeidskollegaer. Følelser som å være forlatt og ensom, at en ikke blir sett og hørt var følelser som informant ble stående igjen med. Det å føle at en ikke er verdt en samtale for å få snakket ut om opplevelsen var tøff. Hen mente at det å få snakket om dette på jobben, hadde gjort at hen slapp å ta med seg dette hjem.

Informant tre sa noe om at det må være aksept for at vi alle reagerer forskjellige og det er ingen fasit på hvordan dette skal løses. Hen følt seg trygg sammen med sine arbeidskollegaer som både skjermet hen og påså at hen slapp å forhold seg til pasienten før ansatte var klar.

Informant tre forteller:

«Etter hendelsen ville pasienten snakke med meg, jeg trengte tid. Så personalet passet på at pasienten ikke fikk samtale med meg før jeg var klar for det. Som ga en trygghet. Pasienten beklaget og lovet å ikke gjøre dette igjen. Vi har i dag en god relasjon».

4.4 Ansattes holdninger

Et annet tema som kom fra var ansattes sine holdninger ovenfor pasientene spesielt etter en hendelse med vold og trusler, der de følte litt på det å gå inn til pasienten som hadde utøvet vold mot dem.

Her var det også en forskjellig på holdningene til ansatte. Avdeling to har lite utagering, men som de sier så kjenner de «gjengen» veldig godt og de er klar over hva en pasient er i stand i å gjør. Og som regle var det bare et klapp på skulderen også var ting tilbake til normalen, de følte ikke frykt for pasientene. Selv om ansattes mening og holdning var at vold og trusler, så var vold og trusler absolutt ikke var akseptabelt. Så snakket de med pasienten etterpå og da ordnet det seg som oftest.

Avdeling en som har hatt en del episoder med vold, så opplevde de som var utsatt at det var vanskelig og tøft å skulle gå inn og ha en samhandling med pasienten. De sa at de trengte tid på seg før de følte seg trygge nok til å snakke med pasienten. At de følte seg utrygge på de pasientene som hadde utøvet vold mot dem. Informant to sier følgende:

«Jeg synes det var voldt å gå inn til den pasienten, jeg gjorde det ikke helt i begynnelsen. Men har en god relasjon i dag».

De opplever også at pasienten går til verbalt angrep mot ansatte, der pasienten bare har negative kommentarer om for eksempel ansattes utseende eller kroppsvekt.

Og at ansatte synes det til tider var vanskelig å forhold seg profesjonell ovenfor pasienten, det å gå med negative kommentarer rettet mot en person gjør noe med psyken din og det påvirker en person på en negativ måte.

Noe samtlige informanter nevnte var dette med kompetanse i personalgruppen og om det var mangel på kompetanse hos enkelte så kunne det medføre at enkelte følte seg utrygge og at de synes det var tøft å være på vakt sammen med de man var utrygge på. Og at ikke alle burde jobbe på en slik avdeling kom fra på begge avdelingene. Informant tre sier følgende:

«Fagkompetanse innenfor psykiatri er også viktig ved siden av rus kompetanse. Det er viktig for meg at de jeg jobber med kan jobben sin, slik at jeg føler meg trygg».

4.4.1 Møte pasienten

Et annet viktig tema som dukket opp i flere intervjuer er hvordan vi ønsker å møte en pasient. Ofte får en inn pasienten som har en ganske tøff voldshistorikk bak seg. Det kan være alt fra sonet for voldshandlinger mot helsepersonell eller sonet for mord. Eller at kommunene ikke har klart å finne et egnet sted til pasienten, slik at vi er siste utvei. Noen av informantene mente at å lese seg opp på en pasient, ikke nødvendigvis betydde så mye. De ville heller møte de med blanke ark og ta det derfra. Mens andre mente at man burde iverksette en ROS analyser før pasienten var kommet til avdelingen slik at man visste nøyaktig hva man skulle gjøre om det oppstå en utagering. Samtidig gikk det på dette med å få rapporter som stemmer.

Avdeling en opplever til stadighet at informasjonen de får stemmer ikke helt. Det kan være rapporter om mye utageringer og vold, mens når de kommer til avdelingen så er de stille og rolig og det har ikke vært noen form for utageringer, men det kan også være omvendt. Når man har lest seg opp på en pasient med voldshistorikk så skaper man seg et bilde av pasienten og allerede da har vi en negativ holdning til dem før de har ankommet avdelingen. Det blir vanskelig å bygge en relasjon til en pasient en allerede har negative holdninger til. Når man leser rapporter om en pasient så er det bare ord, det er bedre å la de komme for så å bli kjent med dem.

Informant tre sier følgende:

«Jeg stoler ikke helt på rapportene vi får, da de ofte ikke stemmer. Vi er nødt til å få pasienten og la de starte med blanke ark. Ikke henge oss opp i tidligere hendelser, det kan være mange årsaker til hvorfor det var mye utagering og vold på andre stedet».

Avdeling to mente at det å få en pasient som alle andre har gitt opp var spennende og utfordrende, de gjorde seg tanker på hvordan kan vi jobbe for å snu denne pasienten. De lot en pasient få noen dager på seg til å lande, de fikk da en god informasjon om avdelingen og hvordan de jobbet. Det de så var at pasienten ofte roet seg og aksepterte den struktur avdelingen hadde. Informant fem sier:

«Nå har vi gjort dette noe år, og når vi leser om dem, så blir det bare ord. Vi vil nesten alltid ha de som blanke ark. Slik at vi klarer å snu de».

4.4.2 Bygge relasjoner

Et tema som kom fram, er dette med å bygge relasjon til pasientene. De er i en sårbar situasjon og hvordan man både møter dem på og hvilken type relasjon vi vil ha, begynner allerede i starten av oppholdet eller innleggelsen på avdelingen. Informant fem sier følgende:

«Ofte når ruspasienten kommer til oss, så synes de at somatiske plager er tabu. Og det har litt med relasjonsbyggingen vi får med dem. Om vi skal hjelpe de med å legge inn for eksempel kateter eller får klyster i forkant av en undersøkelse og sånt. De er meget sårbare i en slik situasjon og den relasjonen man får med de da, den kan være med resten av tiden de er her. Den relasjonsbyggingen er unik»

5. Drøfting

Presentasjon av funnene viser at det å jobbe med mennesker med avhengigs- og /eller psykiatrisk diagnose ved siden av somatisk lidelser er utfordrende på mange felt. Pasienter som kommer til avdelingene, har et mer komplekst sykdomsbilde og er i behov av mye hjelp. Samtidig så ser man at avhengigheten har endret seg, der det tidligere var alkohol, så er det nå mer blandingsstoffer. Helsepersonalet hadde uti fra sin yrkesgruppe gode teoretiske og praktiske kunnskap. Når de delte sine erfaringer og opplevelser rundt dette med vold og trusler, så var det støtte fra ledelse og kollegaer, ansattes holdninger og kunnskap rundt vold og trusler som var viktig for dem. Det ble diskutert rundt dette med debrifing- og/eller etiske refleksjoner etter en hendelse med vold og trusler, slik at en ble ferdig med en hendelse. Helsepersonell jobber ut fra gitte rammevilkår, lovverk og regler, de skal gi god og forsvarlig pleie til en pasientene uansett tilstand. Historisk sett så har mennesker brukt vold og trusler gjennom tiden. Man kan bare tenke på alle historiene man har hørt i barndommen. Man har vokst opp med historier fra viktigtiden og kongesagaer som stort sett alle var barbariske historier om vold, men at den framsto som heroisk. Men å bruke vold betyr å ha kontroll over et annet menneske. Vold kan sees på som et fenomen og begrep er mangfoldig og komplekst, det er ikke heroisk i det hele tatt.

Helsepersonell har en kritisk rolle i samfunnsomsorgen, og i denne rollen så utsettes for betydelig vold og trusler. I 2014 så rapporteres det på verdens basis at om lag 36 % av sykepleiere vært utsatt for fysisk vold, og 66 % har vært utsatt for trusler. Og at det var en yrkesgruppe som var mer utsatt for vold enn helsepersonell og det var politiet (Shea et al., 2017).

Jeg har valgt følgende problemstilling: Hvilke faktorer er viktig for å forhindre vold og trusler på en spesialavdeling for eldre med rusproblematikk?

Om en skal lykkes i voldsarbeid, så er det en del faktorer som kan påvirket dette arbeidet. Det selvfølgelig flere faktorer enn de som er med i oppgaven, men jeg la meg på disse faktorene. Støtte fra leder, kollegastøtte, ansattes holdninger, og vold og trusler.

Det blir tatt opp i Melding. St nr 26 «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet» (Meld. St 26 (2015-2016), s. 13) at kommune ikke var rustet nok til å gi tilstrekkelig

helsetjeneste, til de med rus og psykiske helse. De mente at det var viktig at man satset på økt kompetanse og faglighet i kommunene innenfor feltet. Samtidig som den sier noe om at det skal ikke være avgjørende hvor en bor for å få hjelp som trengs. Det som tas opp i opptrappingsplanen for rusfeltet er viktig om man skal lykkes i voldsarbeidet, man er nødt til å heve kompetansen og kunnskapen hos ansatte og ledere.

Som opptrappingsplanen for rusfeltet (2015) viser så har satsingen gitt resultater, de så en nedgangs i ventetiden innenfor TSB (tverrfaglig spesialisert rus behandling). Samtidig så de at det var særskilte utfordringer i rusfeltet, der hvor de konkrete tiltakene og virkemidler ikke ble møtt. Videre så identifiserer denne opptrappingsplanen innsatsområder som er prioritert innenfor de sentrale samfunnsområder. De mener at dette kan gjøres gjennom videreføring av de tilbud som i dag finnes, og de kan etablere nye tiltak for å styrke kvaliteten og øke kapasiteten i rusfeltet. Planen så også at det måtte rettes en innsats i kommunesektoren, der utfordringer er størst (Prop.15 S, 2015,).

Avdelingene ble opprettet da man så at eldre med rusproblem var i behov for tettere oppfølging med ernæring, skadereduksjon tiltak, søvn og somatiske lidelser. De skulle få være et sted der det var lov å være aktiv, samtidig som de skulle møtes med respekt. Man opplevde at behovet var meget stort. Pasientene skulle bli møtt av faglig personal som hadde en forståelse rundt dette med rusproblematikk. Historisk sett så er mennesker som ruser seg, vanskelig og ustabile å jobbe med. Samtidig som man skiller mellom alkohol og illegale rusmidler. Mange endrer personlighet og atferd når de ruser seg, dette er nok hovedgrunnen til de er vanskelig å jobbe. Man kommer sjelden i en posisjon til å hjelpe dem. En del av pasientene har vært flere steder til behandling, uten at de har lykkes eller et ønsker om å bli rusfri. Disse avdelingen har det høyeste omsorgsnivå i kommunene, derfor kommer disse pasientene kommer til disse avdelingene. Som siste utvei! På avdelingene er det pasienten fra alle samfunnsklasser.

Helsepersonell har et stort ønske om å tilrettelegge for at pasientene skal ha det så godt som mulig, uansett i hvilken fasene i livet en pasient befinner seg. De står sammen med pasientens lidelser, de er til stede selv om det er meget utfordrende. Helsepersonell yter god pleie, de står ikke på sidelinjen. Når helsepersonell er nær pasienten, så observerer de og

prøver å finne tiltak som dekker de behov som pasienten har. Det er da helsepersonell tydeliggjør sin faglige kompetanse.

5.1 Støtte fra leder

En faktor som helsepersonalet mente var en medvirkende årsak til vold og trusler, var mangel på klart og tydelig lederskap og tilstedeværelse. Det var selvfølgelig delte oppfattelse av hva en god leder var. Men samtlige var enig i at god leder var meget viktig, når det komme til felles forståelser og holdninger i forhold til vold og trusler. Det er veldig vanskelig å forhold seg til dette temaet, når alle hadde forskjellige meninger om hvordan man skulle håndtere vold og trusler. Når det ikke er klare retningslinjer og rammer, så skaper dette ikke bare frustrasjon hos ansatte, men også pasientene. Som igjen laget «bråk», man kommer i en vond sirkel. En leder kan være flink på oppfølging etter en hendelse, mens en annen ikke følger opp i det hele tatt. Leder har et stort ansvar når det kommer til oppfølging av en ansatt som har vært utsatt for en voldshendelse.

Med dette så tenker jeg på hva den ene informantene sa, som har vært utsatt for slag to ganger av forskjellige pasienter. Der ene gangen fikk hen oppfølging i form av bistand til å skrive avvike og skademelding skjema som sendes til NAV og bedriftshelsetjenesten, samt en samtale med leder. Det var ikke slik at informantene var fornøyd med denne oppfølging, men følelsen av å bli sett og hørt var tilsted. Hen fikk hjelpe til det praktiske rundet hendelsen, som hen syntes var greit. Det er ikke nødvendigvis at ansatte vet hva som skal gjøre, og da er det godt med veiledning og støtte. Mens en annen leder hadde ingen form for oppfølging etter at hen fikk et slag fra en pasient. Mens denne lederen fulgt opp en annen informant etter en voldshendelse, det ble ikke skrevet skademelding, men leder hadde samtale med hen og det ble samtaler med psykiatrisk sykepleier grunnet alvoret av hendelsen.

Arbeidsmiljøloven:

§ 5-1 første ledd, står det «Arbeidsgiver skal sørge for registrering av alle personskader som oppstår under utførelsen av arbeid (...)». Dette er en del av HMS arbeidet og en oppgave leder ikke kan velge bort, det er heller ikke leder sin oppgave å bestemme hvilken skade som er alvorlig nok til å melde fra om. Det å sitte igjen med en følelse av å ikke bli sett og hørt, er ganske sårt for personen som ble utsatt for vold. Det kan medføre at en mister tillitt til sin

leder og at en ikke føler seg ivaretatt. Samtlige informanter var enig i at alt starter på toppen, og om ting ikke er forankret i ledelsen så vil det skape en frustrasjon og irritasjon hos de ansatte. Og det kan bidra til et dårlig arbeidsmiljø, da det kan fremme usikkerhet og utrygghet hos de ansatte. De vektla at en god leder har en tilstedeværelse og det er åpent for at ansatte kan komme til de om det er noe de lurer på noe. Ofte så følte informantene at de jobbet i «grå» soner i forhold til etiske utfordringer, og at det var godt å ha en leder som kunne gi råd og veiledning. At de var gode samtalepartnere som delte av sin kunnskap var en trygghet for ansatte.

Det å skrive skademelding og avvik er noe den ansatte ikke burde sitte alene med, da dette kan reaktivere sterke opplevelser og da er det ingen som kan gi støtte. Det skal da også sies at dette bør nødvendigvis ikke være leder som sitter sammen med den ansatte, det kan være verneombudet, tillitsvalgte eller en fra kollegastøtteordningen om arbeidsplassen har dette skriver Lillevik og Øien (2019, s 161).

Arbeidsmiljøloven § 3-1 sier noe om at ansatte som er utsatt for vold og trusler er et HMS-avvik (2005).

For å kunne ivareta de ansattes sikkerhet så gjøres dette gjennom HMS arbeid, der leder sammen med verneombud og de ansatte går igjennom de avvik som er skrevet. Dette gjøres ikke for at ansatte har lyst å ta noen for det som skjedde, men det gjøres for at man kan ta lærdom. Hva gjorde den ansatte i forkant, under og etter en hendelse, alle reagere forskjellige på vold og trusler. Det er slik man finner gode faglige tiltak som kan forebygge mot vold i framtiden. Slik at leder må tilrettelegge for at det er rom for å ta disse samtalene i personalgruppen. Det skal faktisk hold med et alvorlig avvik, og at det løftes opp i personalgruppen. Men bør ikke vente til det har gått dager, uker og ja opp til måneder for hendelsen løftes. Når det kommer til de ansattes sikkerhet, så er de ansatte beskyttet av lovverket og det er leders sin plikt så langt som mulig og beskyttes sine arbeidstakere.

Arbeidsmiljøloven:

§1-1 (a) «skal sikre at de ansatte får en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, at en ikke er utsatt for fysisk og/eller psykiske skadevirkninger».

§ 4-3 (4) «nevner at arbeidstakere skal så langt som mulig beskyttes mot vold og trusler».

Det å jobbe med ruspåvirket mennesker er til tider ganske tøft og de kan være voldelig mot både ansatte og medpasienter. Leder kan beskytte de ansatte og medpasienter på forskjellige måter. Et par informanter tok opp dette med låsbare skap slik at skarpe gjenstander som kniver er innelåst. Dette fordi pasienter har ved et par anledninger kastet kniv etter personalet. Det skal ikke være nødvendig at man må skrive mange avvik og ha lange samtaler med ikke bare leder, men også ledelsen på institusjonen for å få til dette. Dette er ikke en stor kostnad så det burde komme fort på plass, som bidrar til økt sikkerhet for personalet. Det kan føles som at det må skje en alvorlig hendelse før ansatte blir hørt til tider, som vist ovenfor. Skal en leder få til gode og faglige tiltak så er det en fordel at leder har erfaring fra rusfeltet. Det å være leder på spesialavdeling for rusavhengige er ikke det samme som å være leder på en dement avdeling. Selv om begge avdelingen har vold og trusler, så kan den ene forklares ut fra sykdomsbilde. Selv om man går ut fra en dement, psykiatrisk eller rusavdeling, så kan voldelig atferd og aggresjon være en del av hverdagen. Det er nesten forventet av helsepersonalet å bli utsatt for vold og aggresjon, når de jobber med demenssykdom, psykisk syke og ruspåvirket mennesker (Helme & Alteren, 2014).

Ene avdelingen er bygd opp slik at leder og ledelsen sitter utenfor avdelingen, de får nødvendigvis ikke alltid med seg hva som skjer på gulvet. Døren er åpen for å samtale, men det stoppet litt opp der. Det var hendelser som har skjedd som burde har vært løftet i ansatte gruppen, som aldri har blitt tatt opp. De var så absolutt ikke misfornøyde med sin leder, men de mente at ting ikke ble fulgt opp slik det burde. Det var alltid et eller annet som kom i veien og ting ble utsatt. Om dette hadde noe med hvordan institusjonen er organisasjonen på, er uvisst. Det kan det tenkes at det ikke er greit at to spesialavdelinger har en leder. Det blir fort en del brannslukningsarbeid, som igjen påvirker både ansatte og pasientene. Og så er vi tilbake til frustrasjon og irritasjon. Begge avdelinger har store utfordringer, og det krever en del ressurser. Slik at ting ble ofte utsatt.

Den andre avdelingen så har leder og seksjonsleder kontor midt i avdelingen, dette bidro at til de tett på både ansatte og pasienter. Slik at de fikk med seg hvordan stemningen på avdelingen var. Deres dører var alltid åpne, og de framsto mer som «regulatorer» enn ledelse. De kom ikke inn og sa at dere skal drive avdelingen slik eller slik. De var med på de forskjellige aktiviteter som avdelingen hadde, man ser de ofte ute i miljøet sammen med

pasientene og ansatte. Informantene hadde ikke nok superlativer for å beskrive de. Dette fordi det er de ansatte som står i de forskjellige utfordringene som dukker opp, det er ikke lederer. Lederer stolte på at ansatte driftet avdelingen forsvarlig, og ved behov så tok de kontakt. Men siden de alltid var tilgjengelig så skapte de en trygghet for personalet. Slik at de ansatte følte at de fikk støtte av ledere og de følte at leder var til stede.

Denne tilstedeværelsen var ikke bare ment for de ansatte, men de sa også at pasienten har behov for å se og snakke med ledere. Pasientene føler seg «viktig» og ivaretatt når ledere tar seg tid til dem. Pasientene ønsker å føle seg inkludert og ikke som et «problem».

Helsepersonalet vektla dette med støtte fra ledelsen som en viktig faktor når det kommer til arbeid rundt vold og trusler. Det er først når leder og ansatte har skapt en felles forståelse og holdninger for hva vold og trusler er, at man kan lykkes med forebygging og håndtering av vold og trusler. Vold og trusler er så absolutt ikke akseptabelt, men det forekommer. Ved å tilrettelegge for at de ansatte får den opplæring og faglig kunnskap og kompetanse til håndtering og forebygging av vold og trusler, gjøre at de ansatte er bedre rustet til å håndtere voldshendelser. Men det er nødt til å være forankret i ledelsen. Selv om avdelingene har regler og husordensregler så er dette noe som burde være oppe til evaluering årlig, dette fordi det kan være endring i pasientgruppen slik at enkelte regler burde endres eller kanskje fjernes.

Ifølge rapporten «Kartlegging av vold mot helsepersonell og medpasienter» fra 2017, står det at omtrent 203 000 arbeidstakere i Norge sier at de har vært utsatt for vold og trusler. Samtidig så var det en økning av voldshendelser rettet mot helsepersonell og medpasienter fra 2009 – 2013, ikke bare i Norge, men også internasjonalt. Det at antallet har sunket kan komme av at det har vært mer fokus på vold og trusler de siste årene. Men det kan også indikere at færre har meldt fra om voldshendelser, da det er forventet at helsepersonell blir utsatt for vold og trusler. Dette er ikke et problem som er et enkelt individ sitt problem, men det er et problem som angår hele arbeidsplassen (Wedervang-Resell, A et al., 2017). Leder alene kan ikke drive voldsarbeid, de er avhengig at ansatte melder fra om voldshendelser, skriver Rahm i artikkelen «Det går en grense» (2018). Det er først da en leder får jobbe forebyggende, for da vet leder hvor fokuset skal rettes mot. Dette bekreftes også hos Lillevik

og Øien (2022, s, 23). Når det kommer til forebygging så er det tre grunnprinsipper, som går ut på å bygge relasjoner, vurder situasjonen og håndter aggresjon.

5.2 Kollegastøtte

En faktor som dukket opp som en mulig påvirkning til vold og trusler var dette med kollegastøtte. Enten det var etter en vold hendelse eller en bestemmelse som ble gjort. Her følte informanten seg noe splittet, fordi man vil være en god kollega og vise sin støtte. Samtidig som de observerte at innimellom så sviktet dette, de kunne ikke si eksakt hva som sviktet. Men de mente at noen ansatte har høyere treskel for vold og trusler, eller at de bare var uenig i hva som var bestemt. Slik at de «kjører» sitt eget løp, noe som igjen skaper konflikt innad i personalgruppen. Det skaper uforutsigbarhet og utrygghet for pasienten også. Ofte så var tilbakemeldingen at de syntes synd på pasienten, de var syke mennesker som har slitt i mange år og de fortjente å ha det godt. Og de orket ikke å stå i disse kranglene med pasientene. På denne måten så fikk man de snille og de slemme av personalet, de som var lojale mot hva som var bestemt og de som kjørte sitt eget løp. Dette skaper en ustrukturert og uforutsigbar hverdag både for de ansatte og for pasientene. Dette kan medføre at ansatte føler på frustrasjon og irritasjon over at noen er illojale mot hva som er bestemt. Hummelvoll & Dahl (2012, s 265) skriver at uenighet i personalgruppen om hvordan vi best møter aggresjon er det første som må løses, ellers så møter pasientene sprikende holdninger. En annen del at denne faktoren var at om en ansatt var utsatt for vold eller trusler, hadde behov for å bli sett og hørt. Her var også informanten delt i sin holdning til vold og trusler. En avdeling mente at dette er en del av hverdagen og såpass får en tåle, mens den andre avdelingen mente at man ikke skal finne seg i alt. De var enig i at om enkelte personer har behov for å prate om hendelsen, så burde det være rom for dette. Men at dette var opp til hvert enkelte, det var ikke på systemnivå. En informant sier så opplevde hen ingen støtte fra vaktlaget etter en hendelse med slag: En pasient får beskjed om å forlate fellesområdet grunnet synlig beruselse under et måltid. Pasienten forlater fellesområdet uten noe krangle. Men pasienten kommer tilbake og når informanten snur seg mot pasienten, så får hen et kraftig slag i ansiktet.

Informantene hadde behov støtte og at de foretok en debriefing med vaktlaget, men de valgte å bagatellisere hendelsen. Hen blir stående alene i situasjonen og får ingen støtte av

vaktlaget. I dette tilfelle så var det husordensregler som den ansatte forhold seg til. De sier noe om at beruset pasienter ikke skal opphold seg i fellesområder eller være tilsted under måltidene. Dette fordi de andre pasientene skal få matro, pasienten som er beruset kan spise på rommet sitt. Pasienten hadde et meget ufint språk og laget mye støy. De andre på vaktlaget valgte å overse pasienten sin atferd, og lot pasienten være i fellesområdet under måltidet. Dette er en husordensregel som avdeling en ofte ser at den brytes, ofte fordi pasientene lager mye støy, de skriker og slår, så personalet orker ikke å ta kampen.

Det er viktig at personen som er blitt utsatt for vold og trusler faktisk får den hjelpen som hen er i behov av, det å bli utsatt for vold og trusler påvirker oss. Og når en ikke får snakke om dette, så tar en med seg frustrasjon, frykt, redsel og sinne med seg hjem. Og man på sikt kan få både fysisk og psykisk belastning. De mente at dette var ikke noe å snakke om, for slikt skjer. Her ble ikke den ansattes følelser og ønsker tatt hensyn til. Når en blir stående alene i slike hendelser kan bidra til økt skadeomfang (Lillevik & Øien, 2019, s 160).

Videre har man formell og uformell støtte, når det kommer til kollegastøtte så er det den uformelle støtten. Den formelle støtten er en organisert kollegastøtte. I oppgaven så vektlegges fordi den uformelle støtten fordi ved siden av støtte fra familie og nære venner, så er støtte fra kollegaer viktig for den ut som utsettes for vold. Det er ikke alltid at vi som kollegaer behøver å si noe, men at vi gir uttrykk for at «vi støtter deg» eller at vi bare hører på hva personen har å si eller bare er der for personen (Lillevik & Øien, 2019, s 160). Dette betyr at selv om vaktlaget ikke ser på hendelsen som alvorlig, så er det en utsatte sine følelser og tanker som skal være i hoved fokus. Det å ikke få reflektert over en situasjon kan påvirke den ansatte på en negativ måte.

For at ansatte skal trives, så er et støttende og anerkjennende arbeidsmiljø viktig. Det må være rom for å diskutere utfordringer og hendelser. Det må være rom for frustrasjon og redsel uten at en skal bli møtt med negative holdninger. Gjennom samtaler om utfordringer og hendelser så får man satt ord på følelser og sin frustrasjon. Ikke bare skaper vi da et godt og åpent arbeidsmiljø, men vi skaper forutsigbarhet, oversikt og trygghet for både pasientene og ansatte.

Artikkelen «*kollegastøtteordning for helsepersonell*» (2021) sier noe om at støtte fra kollegaer kan bidra til økt emosjonell og psykologisk trygghet. Som skrevet over så fikk ikke ansatt støtte av sine arbeidskollegaer, som igjen kan påvirke den tillitten en har til sine kollegaer, men mister følelsen av trygghet og en får en dårlig relasjon. Samtidig så sier denne artikkelen noe om det å snakke om hendelsen, kan hjelpe oss til å forstå bakgrunnen for voldshendelsen. Kanskje også at lærdom i forhold til eget bidra i situasjonen. Det er ingen som har fasit på hva som fungerer. Selv om fysisk vold var en sjeldenhet, så forekom dette og det var tøft for personalet. Personalet gikk igjennom en del tanker og følelser etter en hendelse. Det å være utsatt for vold og trusler påvirker ens fysiske og psykiske helse, som igjen kan resultere i stressfravær. Og de syntes det var tøft å møte pasienten og være profesjonell i ettertid.

En annen informant var veldig klar på at det er viktig å huske at alle reagerer forskjellige, i forhold til dette med vold og trusler. En del har med egen bakgrunn å gjøre, slik at å få et slag kan forårsake traumer for den som utsettes for vold. Ut fra samme avdeling så fortalt en annen informant følgende, om en hendelse der en pasient tok kveletak på hen. Denne ansatte følte at kollegaene støtte hen opp og at hen følte seg ivaretatt rett etter, og i de påfølgende dager. Slik at hen følte seg ivaretatt av både leder og sine arbeidskollegaer. Om dette kan ha noe med vaktlaget som du jobber med er noe usikkert. Samtlige informantene sa at det er viktig at man holder seg til de retningslinjer og regler som finnes på avdelingen. Det skaper trygghet og forutsigbarhet for pasienten og personalet. Det samme gjelder også om personalet ikke er enig i hva som er bestemt, så er de nødt til å være lojale mot det, og støtte sin kollega.

Når man føler at en blir sett og forstått av sine kollegaer, så bidrar det til helsefremmende anerkjennelse. Det kan tenkes at andre tenker at denne hendelsen ikke var alvorlig og at dette får en finne seg i, men man tar hensyn til den som ble utsatt for volden. Innimellom så skal det ikke så mye som skal. Samtidig så er det viktig å tenke på en annen ting, det at ansatte blir utsatt for negative kommentarer over lang tid, så gjøre det noe med psyken til en person. Man begynner å tro på det som blir sagt. Her er det også viktig at arbeidskollegaer støtter opp og sier fra til pasientene at slik oppførsel ikke er akseptable sier en informant.

En annen tema som samtlige informanter snakket om var dette med alkoholavtaler, og hvordan disse avtalene muligens hadde en medvirkende årsak til reduisering i vold hendelser. Ikke bare hadde de en påvirkning i vold og trusler, men avdelingene så også en reduisering i fall og skader. Det var noe forskjellige praksis på avdelingene, men begge hadde avtaler i en eller annen form.

Avdeling en har skriftlige avtaler, disse avtalene går ut på utlevering av alkohol til faste tider i løpet av dagen. Avdelingen har seks faste utleveringer pr dag. Antallet hver enkelt pasient får stå i den skriftlige avtalen Her står det også hva skal alkohol pasienten skal ha. Alt var ut fra pasienten egen økonomi. Personalet oppretter konto på vinmonopolet om det er sterk øl, vin eller sprit som pasientene drikker. Andre har konto på Matleveranser AS, dette er pasienter som drikker ordinær øl. Videre så bestiller personalet det som pasientene skal ha, når der kommer til vinmonopolet så henter også personalet alkoholen. Mens bestilling fra butikk så kommer det på døren. Deretter oppbevares alkoholen på et låsbart rom og ved utlevering så signeres det for utlevert. Som de ansatte sa så var dette det beste tiltaket som avdelingen startet med, pasientene får sin alkohol, de slipper å jakte på alkohol. Pasient som hadde flere voldelig episoder, roet seg og man har ikke sett en voldshandling etter at pasienten fikk avtale.

Avdeling 2 har muntlige avtaler. Dette fordi det endret seg veldig ofte, slik at de så på en skriftlig avtale som uhensiktsmessig. Det ble for mange endringer, pluss at det kunne gå på dagsformen til pasientene. Enkelte pasienter klarte fint å administrere alkoholen jevnt utover uken selv. Personalet visst hva hver enkelt pasient drikker og siden de har en bil knyttet til institusjonen så drar de ut og kjøper alkohol en gang i uken. Her kom det også fram at det er viktig med faglig kunnskap og kompetanse rundet dette med helse og hva som var forsvarlig å gi av drikke. Mange av pasienten har somatiske lidelser og har drukket i mange år. Slik at de tåler mindre enn tidligere, og det er det ikke sikkert pasienten er enig i. En informant sier at de har en pasient som får en promille på over 3 etter en drink, grunnen til dette er leversvikt.

Frustrasjon hos pasienten kan dukke opp når det er ulike forståelser og ulike holdninger hos personalet. Informantene sa noe om å være lojal til hva som er bestemt, fører til at pasientene ser at personalgruppen er samkjørt. Man får en mer forutsigbarhet og struktur

på avdelingene. En informant forteller om en pasient som har avtale med fastlegen rundet dette med Sobril som eventuelt medisiner ved uro, så lenge pasienten holder seg unna alkohol. Og at det er personalet som tar den avgjørelsen. Informanten sier videre at enkelt bare gir en tablett Sobril, selv om pasienten er synlig beruset og skal ikke ha, i henhold til avtale med fastlegen. Da dukker det opp en konflikt i ansatte gruppen. De fleste mente at pasienten fint kunne vente til rusen var på vei ut av kroppen, før pasienten fikk sin Sobril. Samtlige sier at det er greit å være uenige i hva som er bestemt, og det er slik man får til de gode faglige diskusjoner rundet en pasient. Pasienten finner fort ut om det er splittelse i ansatte gruppen og da «shoppe» de hos andre tjenesteytere. Og noen ansatte har yndlinger som de ikke klarer å si nei til. Men om alle ansatte er lojale mot hva som er bestemt og holder seg til dette så skaper det forutsigbarhet for pasienten. Pasientene vet hva som er lov og hvordan de skal forhold seg. Informantene er enige at det ikke finnes en fasit, på det å jobbe med ruspåvirket mennesker. Og alle har sine meninger om hva som er rett og galt. Men at om ting var bestemt så støtte man sin kollega ovenfor pasientene, uansett hva en selv mente. Ansatte som blir utsatt for vold og trusler kan få store og psykiske skadevirkninger, samtidig som omfanget av volden kan gi store utfordringer i arbeidsmiljøet. Det å bli stående alene i en slik situasjon, kan gi flere typer følelser til den som ble utsatt. En får en følelse av ensomhet og urettferdighet som en av informantene sa. Uenighet og inkonsistente holdninger skaper engstelse og usikkerhet hos pasientene, pasienten kan føle situasjonen som truende og dermed kommer utageringen.

Den som utsettes for vold kan få en følelse av at usårbarheten blir ødelagte eller kraftig redusert. Det å bli stående alene i en situasjon påvirker den som utsettes for vold. Om det er mangle på støtte fra leder eller kollegaer, så føler en at en blir stående alene og ikke blir sett. Det er en vond følelse av ensomhet og ikke bli trodd for hvordan en opplever volden eller trusselen. Lillevik og Øien (2019, s 152) sier noe om hvilke reaksjoner en ansatt som har vært utsatt for vold eller tusler kan oppleve. Noen reaksjoner kommer nærmest med en gang, sinne, sterk redsel, angst, gråt, muskelspenninger og skjelvinger, psykisk lammelse og maktløshet er eksempler på slike reaksjoner. Mens noen reaksjoner kan komme etter hvert som for eksempel unngåelse atferd, sosial isolasjon søvnvansker, selvbepreidelse og skam er reaksjoner som kan dukke opp. Det at en arbeidskollegaer uttrykker «du har opplevde noe ille, og det synes vi ikke noe om» og «vi er her for deg» og «vi støtter deg» gir

helsefremmende anerkjennelse. Det kan også være en beskyttende faktor i forhold til utvikling av traumereaksjoner. Øien og Lillevik (2022, s 91) skriver om viktigheten med å være til stede for den som har vært utsatt for vold for å forhindre traumereaksjoner, på den måten føler personen at hen blir møtt og det kan være lettere å være på jobben. Om den som var utsatt prater eller ikke er opp til denne personen, du kan være en god lytter eller respektere tausheten. En må ikke bagatellisere hendelsen ved å si «det var ikke så farlig» eller komme med utsagn som «du skulle vært litt mer forsiktig» fordi vi alle opplever vold og trusler forskjellige. Følelsen som ansatte sitter igjen med kan sammenlignes litt med den følelsen ansatte har ovenfor pasientene. Man har ingen tillitt og man vil ikke forholde seg til pasienten. Det kan bli vanskelig å rette på denne relasjon mellom ansatte når en føler at tillitten er brutt. Det blir ganske tøft å være på jobb når man ikke har tillitt til sine arbeidskollegaer, man blir utrygg.

5.3 Ansattes holdninger.

En annen faktor som informantene snakket om var dette med de ansattes holdninger, og hvordan vi møter en pasient. Hvor viktig det var at vi møtte dem med respekt og verdighet. Samtidig som man må huske at disse avdelingene ikke er avrusning eller rusfrihet avdelinger. Man skal kunne nyte alkohol uten å bli møtt med negative holdninger og kommentarer. Enkelte informanter tar opp dette med gode rapporter, og at de kan være avgjørende for hvordan vi møter en pasient. En informant bringer opp eksempler som: Rapport i forkant av innkomst til en pasient: Pasienten har sonet en straff på 3 måneder grunnet vold mot helsepersonell eller pasienten har sittet inne for mord. Eller når det rapporteres om mange voldshendelser på den avdeling som pasienten kommer fra, uten at det gis gode forklaringer på hvordan volden oppsto. Ansatte snakket om ufullstendig rapporter påvirker hvordan en møter en pasient, man blir utrygg som igjen påvirker våre holdninger ovenfor en pasient.

Nå skal det sies at ikke alle rapporter er feil før innkomst, men de opplever at de ofte ikke stemmer på avdeling en. Selv når personalet spør direkte om dette med vold og trusler, så får de som oftest feil tilbakemeldinger. Hva som er årsaken til dette er vanskelig å vite. Men oftest kommer det fram etter en stund, at alt er prøvd ut og pasientene ikke passer inn noe steder. De faller liksom mellom «stolene». Og at flere institusjoner har sagt nei til å ta de

imot grunnet historikken til pasientene. Og at de ofte hadde høyeste omsorgsnivå i kommunen som tilsvarer institusjon, med døgn bemanning.

Informantene var enige i at rapporter man får i forkant ofte bare er ord. Og det er sjeldent det står noe om hvordan pasienten har utagert. Det er viktig å huske at å lese rapporter er veldig fint og bra, men det kan gi et feil bilde av hendelser og pasienten. Og om man skal kunne bygge gode relasjoner så er det viktig at de møtes med et åpent sinn og med blanke ark. De snakket om hvor spennende det var å få en pasient som alle andre hadde gitt opp, og de var ivrige i å få pasienten inn på avdelingene. Hva skulle til for at avdelingene skulle klarer å snu en «vanskelig» pasient. Skal en kunne bygge gode relasjoner med pasienten, så er det greit å ikke møte dem med negative holdninger, men møter de som man ville ha møtt et hvert annet menneske.

Holdningsendring hos personalet er ofte en lang og tung prosess, men uansett så er leder nødt til å være en del av dette arbeidet. Samtidig kan det tenkes at kulturelle forskjeller har noe med hvordan man forholder seg til disse pasienten. En med annen bakgrunn kan tenke at det å dele ut alkohol er feil, og om de unngår å dele ut så har de gjort en god gjerning. Uten å tenke på at pasienten er i aktiv rus, og dette kan fort bli en utagering. Slik at ved ansettelse så burde dette med holdninger i forhold til rus komme opp. Det er ikke sikkert at alle burde jobbe på en slik avdeling.

Samtidig så burde de ansatte tenke over at ofte får de inn yngre personer med rusproblematikk. Ene avdelingen har en pasient som bare er i 30 årene. Denne pasienten har uttalt, om denne avdelingen ikke hadde eksistert, så hadde jeg ikke vært i live i dag. Pasienten hadde fått faste arbeidsoppgaver, hen følt at hen har en betydning at noen ser hen sine ressurser og å være en del av samfunnet igjen.

Dette handler om å respektere pasienten som et mennesker, se potensielt og ressurser hos pasienten og ikke bare problemer. Helsepersonellet valgte å se på dette som en positiv utfordring, de jobbet med å finne de riktige tiltakene sammen med pasientene. Her ble de hørt og sett, samtidig som de får respekt for sin avhengighet. Istedenfor for å bli møtte negative holdninger og stigma, så møtet de anerkjennelser og respekt. Videre kan det tenkes at pasienten ennå ikke har truffet riktig helsepersonell og avdeling ennå. Når de får en

forståelse for hvordan disse avdelingene driftes, så endrer gjerne pasienten holdning etter noen dager. Dette gjelder selvfølgelig ikke alle pasientene, enkelte er bare misfornøyd og det blir vanskelig å få til en relasjon. Og uansett hvor ofte man byttet på personalet så fikk man ikke til dette med relasjonsbygging.

Mange av pasienten har ikke kontakt med pårørende slik at ofte ble de ansatte nærmeste for pasientene. Det var de som var der i god og vonde dager, de sto sammen med pasientene og ga sin støtte. Samtidig er dette en relasjon som ikke alltid er bra for pasienten og helsepersonellet. Det kan gjøre samarbeide med andre tjenesteytere vanskelig. Dette båndet kan bli for tett og pasienten blir avhengig av den ene ansatte, noe som gjør at pasienten blir stående i en sårbar situasjon. Pasienten kan være utrygg på andre personalet og føler at de blir sviktet.

5.4 Vold og trusler

Når det skal jobbes med vold og trusler, så er det å jobbe forebyggende en god start. Det er leder og ledelsen på institusjonen som har ansvar at dette temaet blir satt på dagsorden, videre skal de følge opp tiltak og utføre evalueringer av de tiltak som iverksettes. På denne måten slipper en å drive med «brannsløking». Ledelsen plikter å lage en konkret tiltaksplan i samarbeid med de ansatte og deres tillitsvalgte, verneombudet sin oppgave er å påse at ledelsen følger opp sine forpliktelser etter arbeidsmiljøloven.

Alle informantene hadde opplevd vold, trusler eller aggresjon på en eller annen måte. Og de mente at faktorer som kunnskap og kompetanse i forebygging og håndtering av vold og trusler, var viktig for å lykkes i voldsarbeid. Vold er å kontroll over et annet menneske. Vold og trusler defineres på flere måter av forskjellige forfattere og forskere. Det er mye mer enn bare den som forstås som straffbar. Det kan også være utskjelling, uønsket seksuell oppmerksomhet eller fysisk angrep. Vold og trusler kan være alt fra store og alvorlige hendelser til de mindre alvorlige og hyppige hendelser. Samtidig som det er viktig at man vet at det finnes forskjellige former for som beskrevet i kapitel 2

Isdal og Arbeidstilsynet har skrevet hvordan de definerer vold og trusler.

«Vold og trusler er hendelser hvor arbeidstakeren blir utskjelt, utsatt for uønsket seksuell oppmerksomhet fra tredjepart eller angrepet i situasjoner som har forbindelse med dere

arbeid, og som innebærer en åpenlys eller antydningstrussel mot deres sikkerhet, helse eller velvære» (Arbeidstilsynet, 2009).

Per Isdal (2000) sin definisjons tar utgangspunkt i at vold utøves for å kontrollere hensikt.

«Vold og enhver handling rettet mot en annen person som gjennom at denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker, får denne personen til å gjøre noe mot sin vilje eller slutter å gjøre noe den vil»

Aller viktigste tiltakene i voldsarbeid, enten det er forebyggende eller håndtering av vold og trusler, så er avdelingene nødt til å definere hva slags atferd som skal toleranse på avdelingene. Og hva slags tiltak skal iverksettes. Ansatte har forståelse for at jobbe med vold og trusler, er ganske tung og tøft.

Da man jobber med ganske så ustabile og syke mennesker. Men det betyr ikke at personalet skal finne seg i alt fra pasientene. En del av dette går på vanlig folkeskikk og atferd, en annen del på faglighet. Dette kan løses ved å ha fagdager der vold og trusler er temaet, og tar disse diskusjonene slik at det blir en felles forståelse og holdning i forhold til voldsarbeid.

Skal personalet forebygge mot vold og trusler så er det viktig at de har fått den opplæringen som trengs. Og denne opplæring er noe alle bør få før ansettelse, og det må være fokus på dette via personalmøter. De må vite om de forskjellige teknikkene som kan brukes, som for eksempel plassering i et rom eller holde avstand til en aggressiv pasient. På den måten ivaretar du både din egen sikkerhet samtidig som en ivaretar pasienten. Når opplæring er gitt så kan man gå inn tidligere med intervensjoner for å roe ned en pasient. Men at alle teknikker utøves med så mye respekt og skånsomt som mulig. Et eksempel er der en pasient ble frustrert over at pasienten ikke fikk permisjon, pasienten sto og skrek og laget mye uro på avdelingen. Pasienten kastet en varm kopp kaffe etter personalet. Her lykkes personalet å roe ned pasienten ved å bruke miljøsensitivitet. Som betyr at en er til stede og er oppmerksom på pasienten. De sto samlet og støttet hverandre. Ansatte hadde her den kompetansen til å forhindre at det utviklet seg til noe mer (Lillevik, Øien, 2022, s 41).

Aasnes & Johansen (2016) sier noe om at det er mange årsaker til en utagering, men at det bunnar i at en pasient føler på frustrasjon, desperasjon, frykt og/eller avmakt. Disse følelsene, da spesielt avmakt, er knyttet opp mot følelser, det beskriver en personer som

mangler kontroll eller evner til å få gjennomslag på en situasjon. Dette kan være om en pasient føler på forskjellsbehandlet eller at hjelpen de får ikke er tilstrekkelig nok.

Slik at man ser at vold ofte skjer med grensesetting. Som man ser i episoden der en ansatt ble slått fordi hen opprettholder husordensreglene. Pasient følte seg urettmessig behandlet fordi, ofte så valgte personalet å overse denne type atferd. Og plutselig følte pasienten «straff» fordi en ansatt opprettholder de husordensreglene som er for å skjerme både medpasienter og ansatte. De fortalt om episoder som kom som «lyn fra klar himmel» til der de så at volden kom. Episodene kunne være alt fra små hendelser til kveletak. De mente at om en har kunnskap og kompetanse i forhold til de ulike fasen, så kunne man gå inn tidligere inn slik at en høylytthet ikke eskalerte, til truende atferd og fysisk vold.

De så ved flere tilfeller, at det ofte var hensiktsmessig å la pasienten være i fred. At det gikk over av seg selv. Men at de prøvde å skjerme andre pasienter så langt det var mulig. Alle har et ønske om å være inkludert i de sosiale sammenheng, de liker å bli sett og hørt. Det var delte meninger om det å innføre kartleggings skjemaer hadde hensikt eller virket forebyggende. Det virker da neste som at personalet forventet at det skulle komme en utagering, og at de var klarer for å gripe inn. Og dette for pasienten var kommet til avdelingene. Dette kan komme av at de ville møte pasienten med blanke ark og begynne å bygge relasjon til dem. Og at de har aksept for at det at alle har dårlige dager, dette må få gjelder for pasienten også. Det at de har tatt noen «feil» valg i livet burde de ikke bli straffet for. Samtidig som det er viktig å huske at å framstå som autoritær og kontrollerende kan føre til vold i ren frustrasjon fra pasienten sin side.

Pasientene kan oppleve en avmakt som meget ydmykende og sårende situasjon. Ofte møter vi pasienten etter at de har vært mange år i helsevesenet, de har liten til ingen tillitt til helsepersonell. De føler at de ikke blir hørt og at de har vært en kasteball i systemet i flere år. Hvordan vi møter pasientene kan være avgjørende for videre relasjoner mens de er hos oss. Alle mennesker liker å bli sett og hørt for den personen de er, og at de føler seg inkludert i fellesskapet. Når vi lytter til pasienten kan vi nå inn til pasientens selvoppfattelse og pasientens problem (Hummelvoll & Dahl, 2012, s 40).

Enkelt mente også at uansett hva en lærer og trener på, så er det ikke sikker at en husker dette når de først havner i en hendelse. Dette kan komme av at ved trening så føler en seg trygg uansett, fordi en vet at kollegaene ikke ønsker å skade en. Men når det kom til en hendelse med en pasient, så var frykt og utryggheten et faktum. Det samme gjør det å møte pasientene med utydelighet og lite forutsigbarhet, det skaper en frustrasjon hos pasientene. Pasienten og ansatte trenger struktur og forutsigbarhet. Når denne opplæringen er gitt til personalet så er de rustet til å vurdere situasjoner tidligere i forløpet, så kan de iverksette tiltak tidlig og forhindre at det utvikler seg til fysisk vold. Dersom personalet samarbeider og klarer og håndterer volden på en god måte, så kan det medvirke at man kan forebygge framtidig voldsepisoder.

Kompetanseheving var noe ansatte etterspurte, slik at de var bedre rustet til å ivareta disse pasienten. De så at pasienten som kom til avdelingene, hadde et langt mer komplekst sykdomsbilde enn tidligere. Slik at pleiebehovet og kompetanse behovet var stort. Dette krever kompetanseheving innenfor somatikk, rus og psykisk helse. Slik at de kunne gi helhetlig og faglig forsvarlig helsehjelp til dem. Og for å kunne føle seg trygg i sitt arbeid så er det viktig at alle som jobber med disse pasientene får denne opplæringen slik at de blir kompetent til å jobbe med dem.

«Violence and aggression in psychiatric inpatient care in Sweden: a critical incident technique analysis of staff description»(Pelto-Piri et al., 2020). Her bekreftes det ansatte sier om fysisk og psykisk helse påvirkes når en utsettes for vold og trusler. Og at det er viktig at man gjenkjenner tegn på aggresjon tidlige slik at man kan bruke deeskaleringsteknikker for å forhindre eskalering av aggresjonen. Og det får en gjennom opplæring.

Kompetanse kan være både profesjonell og personlig. Profesjonell kompetanse sier noe om at vi er kompetente yrkesutøvere, juridisk betyr dette at en har rett eller myndighet til å utføre en spesifikk oppgave. Man kan knytte det opp mot skikkethet, som innebærer at en har kunnskap og ferdigheter til å utføre den oppgaven f.eks. sette sprøyte. Personlig kompetanse referer til egenskapene hos en person, den handler om hvem vi er og kommer fram i samspill med andre. Slik at man kan si at kompetanse er summen av hvem vi er. Videre kan man si at dette handler også om egnethet (Lillevik & Øien, 2019, s 134).

At de har kunnskap som for eksempel: ikke snu ryggen til en ruset pasient som var irritert, dette lærte en av informantene på den tunge måten, etter å ha mottatt en slag i ansiktet. Det at ansatte har kunnskap som handler deeskalering. Hvordan en skal møte en aggressiv pasient, ansattes atferd og plassering i et rom er bare ideer på hva ansatte kan bevisst gjøre for å forhindre en utagering. Det ble etterspurt mer opplæring ikke bare i forhold til forebygging og håndtering av vold og trusler, men også på rusfeltet og psykisk helse.

Det er når ledelsen og de ansatte har felles forståelse og holdninger i arbeidet med vold og trusler, at man kan lykkes i å forhindre vold og trusler. Hvor skal ansatte sette grensen, hva skal de finne seg i, er ting som ansatte og leder må komme fram til.

Det er ikke akseptabelt med vold og trusler, men viktig at personalet forstår at det skjer. Men som flere av informantene sa, så er vold en sjelden gang, men trusler var nærmest en hverdagskost. Det må jevnlig trening på teknikker og faglig påfyll til. Når en er bedre rustet til tidlig intervensjoner, og at personalet er trygge nok til å stå i disse episodene sammen med pasientene. Informantene sa noe om at dette er et kontinuerlig arbeid som det må jobbes med hele tiden, og ikke bare en gang i året om en skal lykkes. Men det er viktig at leder og ansatte får en felles forståelse og holdninger rundt voldshåndtering. Det er viktig å forstå at vold vil mest sannsynlig alltid forekomme i en eller annen form sa informantene. Det er det som er utfordringene å jobbe med ruspåvirket mennesker, som også har psykisk lidelser. Lillevik og Øien (2022) tar opp dette med forståelse for at volden ofte har en mening, og at det er derfor viktig at personalet har forståelse, kunnskap og kompetanse i forhold til hvordan den skal håndteres. Slik at de er bedre rustet til å håndtere vold og trusler. Samtidig så kan det tenkes at selv med opplæring og kunnskap, så kan det være at man glemmer alt dette når det kommer til en hendelse. Det å trene med en arbeidskollega vil aldri kunne bli det samme som en reel hendelse.

Det å jobbe med miljøterapeutiske tilnærming med pasientene kan være både avmaktreduserende og aggresjonsdempende, selv om avdelingene har noe typisk miljøterapeutisk tradisjon, kan man likevel arbeid ut fra en miljøterapeutisk tenkning og prinsipper. Hvordan en jobber med miljøterapi spør hva slags tilnærming man har. Det kan være atferdsanalytiske tilnærming det en ønsker endring av atferd, til humanistisk tilnærming som har fokus på pasientens autonomi (Lillevik, Øien, 2019, s 76-77).

Waage og Thorkildsen (2022) skriver at alle mennesker vil ha likeverdige relasjoner, at man blir sett på som et normalt menneske. Et menneske uten at historikken og sykdomsbilde overskygger alt. I artikkelen så snakket det mye om kjærlighet og at dette kan bety flere ting. Omsorg ovenfor et sykt menneske er også en form for kjærlighet, om en har reel omsorg for noen så merkes dette hos pasienten. At man framstår som ekte og naturlige fremmer relasjonsbygging med pasientene. Videre er det viktig å tenke at det er i fredstid man bygge relasjoner, dette bidrar til å skape forutsigbarhet, strukturert og et inkluderende miljø som bidrar til å fremme pasienten sine sosiale aktiviteter.

Det å jobbe miljøterapeutisk er å skape rammer og muligheter slik at hver enkelt pasient kan jobbe med sin forandring. I denne tenke måten så ligger både psykologiske, sosial og pedagogiske ambisjoner. Avdelingene har noe forskjellige meninger i forhold til dette å jobbe miljøterapeutisk der hvor avdeling to drar ut på fotballkamper eller bare kjører en tur, de tar pasientene ut av sin kontekst. Pasientene følte at de var verdig de ansatte sin tid og oppmerksomhet. Man ble mer likestilt. Noe som igjen gjør at pasienten har et annet fokus og man kan snakke om normale ting, ikke bare det som er vondt og følelsesmessig tøft å prate om. De har mer fokus på glede og andre ting. De følte seg som en del av samfunnet. Noe som også gjorde at relasjonsarbeid ble lettere. Personalet ser pasienten sine ressurser og ikke dem sitt problem.

Mens avdeling en synes det er veldig viktig at man opprettholder de regler og rammer som er på avdelingen, det er lav toleranse for å sette grenser. Det kan være en av årsakene til at avdeling en har mer vold hendelser enn avdeling to. Skal man arbeid miljøterapeutisk så er enhver handling en gjennomtenkt og ingen ting er overlatt til tilfeldigheter. Den har en funksjon den skal gi pasientene rammer og trygghet.

6. Konklusjon

Denne studien forteller noe om helsepersonell sine erfaringer i forhold til vold og trusler. De sier også noe om hvilke faktorer de anser som viktig for videre arbeid i voldsarbeid. Det gjelder for både forebyggende og håndtering av vold og trusler. Samtidig så viser den at en aldri blir ferdig med dette arbeidet, dette er noe som det må jobbes kontinuerlig. Det er kun på den måten at personalet kan føle seg trygge. Det finnes to avdelinger som er med i prosjektet i Norge, selv om de så smått begynner å opprette flere og flere. Men som det vises så er leder og ledelsen en viktig del av det forebyggende voldsarbeidet. Og når leder og ledelse ikke har erfaring og kompetanse innenfor rusfeltet, så blir det vanskelig å jobbe med voldsarbeid.

Jeg tenker at ansatte, leder og ledelsen fra avdeling en, burde dra på studietur til avdeling to. Selv om begge avdelingene jobber med rusavhengig, så var det veldig forskjellig i hvordan man jobbet. Avdeling to hadde en helt annen holdning og åpenhet rundt dette med rus, både lovlig og illegale.

7 Litteraturliste:

Arbeidstilsynet (u.å.) Vold og Trusler. Hentet 14.04.2023 fra [Vold og trusler - Arbeidstilsynet](#)

Arbeidsmiljøloven (2005) *Arbeidsmiljøloven* (LOV-2005-06-17-62). Lovdata. [Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. \(arbeidsmiljøloven\)](#)

Braun & Clark. (2006). *Using thematic analysis in psychology*.

Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: A practical guide*. SAGE.

Braut, G-S. (2022). Helsefremmende relasjoner. I *Store medisinske leksikon*.

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2014) *Helsinkideklarasjonen*. Hentet fra [Helsinkideklarasjonen | Forskningsetikk](#)

Hedlund, M., Ingstad, K., & Moe, A. (2021). 1. God helse – Kunnskap for framtidens kommunehelsetjeneste. I M. Hedlund, K. Ingstad, & A. Moe (Red.), *God helse* (s. 09–19). Universitetsforlaget. <https://doi.org/10.18261/9788215042985-2021-01>

Helme, R., & Alteren, J. (2014). Aksepterer vold på jobben. *Sykepleien*, 12, 40–42. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2014.0155>

Helsedirektoratet (2018, 25 april). Voldsrisikoutredning. Hentet 12.04.2023.

Hummelvoll, J. K., & Dahl, T. E. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. udg). Gyldendal akademisk.

Helseforskningsloven (2020) *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. (LOV-2020-12-04-133) Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/LOV2008-06-20-44>

Johannessen, A, Tufte, P, A, & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5 utgave). Abstrakt forlag AS.

Kommunens strategiske forskningsorgan. *Sluttrapport februar 2019 til Helseomsorg21-Rådet*. Hentet 12.01.2023 fra [KS-ksf-rapport-F43-interaktiv.pdf](#)


Krogh, T. (2014). *Hermeneutikk: Om å forstå og fortolke* (2. utgave). Gyldendal Akademisk.

Lillevik, O-G & Øien, L. (2012). Miljøterapeutisk praksis i forebygging av vold. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 9(3).

Linaker, Busch-Iversen. (2018). Brøset Violence Checklist. *Helsedirektoratet*.

- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag: En innføring* (4. utg). Universitetsforlaget.
- Meld. St 26 (2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet*. Helse og omsorgsdepartement.
- Meld. St 47 (2008) *Samhandlingsreformen, rett behandling - på rett sted-til rett tid*. Helse og omsorgsdepartement.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) Lov om pasient- og brukerrettighetsloven (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/LOV.199907.02.63>.
- Prop.15 S, Helse- og omsorgsdepartementet, 71 (2015) (testimony of Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)).
- Pelto-Piri, V., Warg, L.-E., & Kjellin, L. (2020). Violence and aggression in psychiatric inpatient care in Sweden: A critical incident technique analysis of staff descriptions. *BMC Health Services Research*, 20(1), 362. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05239-w>
- Store norske leksikon (u.å) *Holdninger*. Hentet 12.12.2022 Hentet fra. [holdning – Store norske leksikon \(snl.no\)](https://snl.no/holdning)
- Shea, T., Sheehan, C., Donohue, R., Cooper, B., & De Cieri, H. (2017). Occupational Violence and Aggression Experienced by Nursing and Caring Professionals: Occupational Violence and Aggression. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(2), 236–243. <https://doi.org/10.1111/jnu.12272>
- Store Norske leksikon. (u.å.). *Arbeidsmiljø*.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse* (5 utgave). Fagbokforlaget.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis: Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag* (1. utgave). Gyldendal Akademisk.
- Ukom (2021) *Kollegastøtte for helsepersonell*. Hentet 13.12.2022. [Kollegastøtteordning for helsepersonell - Ukom](#)
- Wedervang-Resell, A, Østraat, I,E, Haga, M, Klinkenberg, E, & Berglund, K. (2017). Kartlegging av vold mot helsepersonell og medpasienter. *Helsedirektoratet, IS-2618*.
- Aasnes, M., & Johansen, J. (2016). Hvordan unngå vold? *Sykepleien*, 10, 52 54. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.59083>

Vedlegg nr 1

 Sikt

[Meldeskjema](#) / [Relasjonskompetanse i rus og psykisk helsetjeneste](#) / [Vurdering](#)

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer 446459	Vurderingstype Standard	Dato 14.10.2022
----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------

Prosjekttittel
Relasjonskompetanse i rus og psykisk helsetjeneste

Behandlingsansvarlig institusjon
VID vitenskapelige høyskole / Fakultet for helsefag / Fakultet for helsefag Oslo

Prosjektansvarlig
Ingebjørg Haugen


Student
Berit Jægtvik

Prosjektperiode
15.06.2022 - 01.06.2023

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 01.06.2023.

[Meldeskjema](#) 

Kommentar
Personverntjenester har vurdert endringene registrert 13.10.2022.

Vi har registrert at det gjort noen endringer i intervjuguide og informasjonsskriv, samt i beskrivelsen av utvalget. Endringene har ingen betydning for vår vurdering av personvernisikoen i prosjektet.

Vi minner om at deltakerne har taushetsplikt, og anbefaler at de oppfordres i forkant av intervjuene til å omtale sine erfaringer på en måte som ikke gjør enkeltpasienter identifiserbare på grunnlag av kombinasjoner av bakgrunnsopplysninger eller situasjonsbeskrivelser.

Det er dermed vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet fortsatt vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg. Behandlingen kan fortsette.

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

Lykke til videre med prosjektet!

Vedlegg nr: 2

Alkoholavtale

Det inngås en alkoholavtale mellom og avdeling 1 A ved



Klokkeslett for utdelinger: Sett kryss

Kl 1100

Kl 1330

Kl 1530

Kl 1730

Kl 2030

Kl 2200

Hva slags alkohol deles ut: Skriv for. eks vodka eller sterk øl

Sprit:

Øl:

Vin:

Alkoholen skal nytes inne på beboer rom og ikke ute i felles arealet. Det skal heller ikke deles med andre.

.....

.....

Signatur pasienten

Signatur til TA/PK eller fagsykepleier

Vedlegg nr: 3

Informasjonsskriv til ledere

Bakgrunn og formål

Jeg skal gjennomføre et masterprosjekt ved Vitenskapelig høgskole (VID) i Oslo. Tema for prosjektet er gode og helsefremmende relasjoner og har problemstillingen:

«Hvordan danne gode og helsefremmende relasjoner blant ansatte på en spesialavdeling for eldre med rusmisbruk, når arbeidshverdagen preges av uforutsigbarhet rundt vold og trusler?»

Formålet for prosjektet er å forstå hvordan ansatte forstår helsefremmende relasjoner, og hvordan ansatte bygger gode og helsefremmede relasjoner når man opplever verbalt og fysisk utagering, samtidig vil jeg se på rutineene avdelingen har for å forebygge utagering og hvordan det påvirker arbeidsmiljøet.

Grunner til denne undersøkelsen er at det finnes liten forskning på helsefremmede relasjoner blant ansatte innenfor spesialavdelinger med rusmisbruk i kommunale sykehjem, og jeg mener at dette prosjektet kan bringe nyttig kunnskap som kan brukes i flere kommunale sykehjem.

Jeg tar ikke for meg pasientene og dem sitt perspektiv grunnet tidsrammen på prosjektet.

Hva innebærer det å delta i studiet?

Ut fra visse kriterier har jeg valgt to kommunale sykehjem i to forskjellige kommuner, der jeg ønsker å utføre individuelt intervju av tre informanter på hvert sted:

- Ansatt i kommunalt sykehjem
- Jobbe med rus og psykisk helsetjenesten
- Yte hjelp til eldre med et langvarig og skadelig inntak av rusmidler og ha en somatisk lidelse.

Intervjuene vil jeg foreta, og alle informanter vil bli intervjuet en gang, tema for intervjuene vil være helsefremmende relasjoner blant ansatte og hvordan dette påvirker arbeidsmiljøet. Det finnes få slike avdelinger i Norge, selv om den ene avdelingen har pasienter som bruker illegale stoffer så tenker jeg at de får samme spørsmål på begge avdelingene. Alle personalopplysninger vil bli behandlet konfidensielt og innsamlet datamaterialet vil bli anonymisert slik at man ikke kjenner igjen enkeltpersoner.

Intervjuene vil bli tatt opp på bånd, all innsamlede datamaterialet og lydopptak vil bli slettet ved prosjektet er avsluttet.

Frivillige deltakelse

Informantene deltar frivillig og kan når som helst trekke sitt samtykke uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger til personen som trekker seg vil da anonymiseres og slettes.

Om du gir klarsignal for prosjektet, vennligst undertegn samtykkeerklæringen på siste side som du får en kopi av.

Skulle du ha noen spørsmål om prosjektet så ta kontakt når som helst.

Studien vil bli sendt inntil Personvernombudet for forskning, (NSD) Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Med vennlig hilsen

Berit Jægtvik

Ravnkollbakken 89

0971 Oslo

Tlf privat: 988 65 162. Tlf jobb: 23 43 32 20

E- e-post: Privat: bejag@hotmail.com Jobb: berit.jagtvik@sy.e.oslo.kommune.no

Vil du delta i forskningsprosjektet

” Relasjonskompetansen i rus og psykisk helsetjeneste”

Jeg heter Berit Jægtvik og er masterstudent ved Vitenskapelig høgskole (VID) i Oslo med studieretning: Helsefremmende relasjonsarbeid, samt er ansatt som spesialsykepleier på en avdeling for eldre med rusmisbruk. I dette informasjonsskrivet får du informasjon om prosjektet samt spørsmål om å delta som informant i et individuelt intervju.

Formål

Formålet med mitt prosjekt er å utforske hva den enkelt ansatte legger i ordet relasjoner, hvordan det jobbes med relasjoner på din avdeling, hvordan bygger dere gode og helsefremmende relasjoner i en tøff og uforutsigbar hverdag med andre ansatte, slik at det man føler seg trygg og ivaretatt på jobb. Hvilke rutiner har avdelingen ved en utagering? Hvordan blir arbeidsmiljøet påvirket av de ansattes relasjoner og hvordan påvirker dette våre relasjoner ovenfor pasientene, om relasjonen mellom ansatte er dårlig.

Alle innsamlet data vil kun bli brukt i dette prosjektet og vil bli slettet når masteroppgaven er levert og bestått.

Prosjektet inngår i en masteroppgave.

Problemstilling:

««Hvordan samarbeid med ledelsen for å skape et godt og trygt arbeidsmiljø i forhold til vold og trusler?»»

Forskningsspørsmål hovedpunkter er:

- 1) Hvordan danne god og helsefremmende relasjoner blant arbeidskollegaer?
- 2) Kan du beskrive en hendelse med vold og trusler på arbeidsplassen din
- 3) Tidligere erfaringer med vold og trusler
- 4) Hvordan har dette påvirket deg i privatlivet og arbeidslivet

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Vitenskapelig høgskole (VID) er ansvarlig for prosjektet ved veileder Ingebjørg haugen.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg kunne tenke med å spørre deg om du ønsker å delta i et intervju i mitt prosjekt, jeg er ute etter personer som har bred og lang erfaring innenfor rus og psykisk helse.

Inkluderingskriteriene for å være med er at en må være ansatt i kommunalt sykehjem, jobbe innenfor rus og psykisk helse-tjeneste og at de yter hjelp til eldre som har et langvarig og skadelig inntak av rusmidler og har en somatisk lidelse.

Som forsker har jeg taushetsplikt, om det under intervjuet kommer fram vonde følelser så burde en ta kontakt med helsehjelp eventuelt bedriftshelsetjenesten.

Hva innebærer det for deg å delta?

Metoden som blir brukt i denne masteroppgaven er kvalitativ metode, som bygger på teorier om menneskelige erfaringer og fortolkninger, videre er denne metoder godt egnet der hvor det finnes lite forskning. Jeg har valgt å bruke individuelt intervju, å utføre intervju er med på å gi fylldig og detaljert beskrivelser av det som undersøkes, intervjuet kan fort oppfattes som en samtale som har struktur og at det er en hensikt med samtalen. Mitt intervju vil ta utgangspunkt fra en overordnet intervjuguide, der vi kan bevege oss fram og tilbake i samtalen.

- Et intervju vil vare i ca. en times tid, notater og lydopptak blir slettet når prosjektet er ferdig, levert og bestått.
- Alle som deltar, vil få dette skrive som inneholder litt informasjon om prosjektet og hva jeg ønsker å finne ut av.

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.

Det å delta i intervju vil ikke påvirke ditt arbeidsforhold på avdelingene.

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.

- Prosjektansvarlig ved Vitenskapelig høgskole (VID) Oslo og studenten har tilgang til materialet
- For å sikre anonymiteten til deltakerne så vil hver enkelt få en kode som lagres på egen navneliste, som vil være adskilt fra øvrig data material, slik at man verner om personopplysninger. Transskrift etter intervju vil lagres på minnepenn som slettes når masteroppgaven er over, levert og bestått.
- Lydopptak vil lagres på Office 365 eller på lydopptaker fra VID, som blir slettet når masteroppgaven er over, levert og bestått.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes når prosjektet er godkjent rundt 1. juni 2023. Innsamlet data som personopplysning vil bli slettet når prosjektet er avsluttet og bestått. Under prosjektet vil hver enkelt deltaker få tildelt en kode slik at personopplysninger blir anonymisert og de vil bli oppbevart avskilt fra hverandre. Lydopptaket vil bli oppbevart i Office 365.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Vitenskapelig høgskole 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:

- Vitenskapelig høgskole ved Ingebjørg Haugen, e-post: ingebjorg.haugen@vid.no.
- Vårt personvernombud: Nancy Yue Liu, e-post: nancy.yue.lie@diakonhjemmet.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

Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Eventuelt student Berit Jægtvik

Samtykkeerklæring

Samtykke kan innhentes skriftlig (herunder elektronisk) eller muntlig. NB! Du må kunne dokumentere at du har gitt informasjon og innhentet samtykke fra de du registrerer opplysninger om. Vi anbefaler skriftlig informasjon og skriftlig samtykke som en hovedregel.

- Ved skriftlig samtykke på papir, kan du bruke malen her.
- Ved skriftlig samtykke som innhentes elektronisk, må du velge en fremgangsmåte som gjør at du kan dokumentere at du har fått samtykke fra rett person.

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Relasjons kompetanse i rus- og psykiske helse-tjeneste», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- Ønsker å delta i individuelt intervju

Tillater å bruke lydopptak

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Intervjuguide

Mitt navn er Berit Jægtvik og er masterstudent ved Vitenskapelig høgskole (VID) i Oslo, med studieretning Helsefremmende relasjonsarbeid. Jeg er ansatt som spesialsykepleier ved en avdeling for eldre rusmisbrukere i kommunen.

Jeg vil takke for at du har sagt ja til å bli intervjuet i mitt masterprosjekt.

Formål med prosjektet:

Jeg ønsker å få innblikk i dine opplevelser og erfaringer rundt dette med å danne gode og helsefremmende relasjoner blant ansatte i en tøff og uforutsigbar hverdag, og hvordan det påvirker din relasjon til pasientene. Og om det er noen rutiner rundt utagering og oppfølging etter en utagering.

Da starter jeg lydopptaket.

Praktisk informasjon:

Du kan unnlate å svare på spørsmål eller avbryte intervjuet dersom du ikke ønsker å fortsette når som helst under intervjuet, da blir all datamaterialet fra deg slettet og ikke brukt i prosjektet.

Som skrevet i informasjonsskriv så vil jeg benytte meg av lydopptak og notater under intervjuet, bruk av lydopptak gjør at jeg kan ha mer fokus på samtalen enn på å skrive ned alt, mulig jeg noter om det dukker opp noe som jeg ønsker å følge opp senere i intervjuet. All innsamlet data vil bli transkribert og slettet når prosjektet er ferdig levert og bestått.

Jeg vil starte med å stille noen konkrete spørsmål om din alder og erfaring:

- Hvilken bakgrunn har du, sykepleier, hjelpepleier og assistent?
- Hvor mange år har du jobbet innenfor rus og psykisk helsetjenesten?
 - o Hvor mange år som faglært, og hvor mange år som ufaglært?
- Hvor mange år ved den aktuelle arbeidsplassen?

Jeg er ute etter hvordan dere danner gode og helsefremmende relasjoner blant arbeidskollegaer, så vil jeg spørre deg om:

- Hvordan er relasjonene mellom de ansatte på denne arbeidsplassen?
- Hvordan vil du bygge relasjoner til din arbeidskollega?
- Hvordan blir arbeidsmiljøet påvirket dersom det er dårlig relasjon blant ansatte?

Kan du fortelle om en hendelse, vold og trusler på arbeidsplassen din som du har vært utsatt for, for å sikre personens du forteller om sin anonymitet er det viktig at du ikke nevner personlige opplysninger som navn, kjønn, alder, sykdomstilstand på personen.

Har du vært utsatt for flere, så velg en som er typisk eller en som du opplevde som spesielt viktig.

- Hva tenker du er grunnen til at det skjedde?
 - o Oppfølgingsspørsmål, kan hendelsen være relatert til tidligere hendelser samme dag/uke eller kom den som lyn fra klar himmel?
- Kunne du har gjort noe annerledes?
- Hvorfor håndterte du denne saken slik du gjorde?
- Fikk du bistand av dine arbeidskollegaer når du sto oppe i situasjonen?
- Var du forberedt på at pasienten kunne være truende/voldelig?
- Tenker du at dine arbeidskollegaer kunne ha informert om hendelsen annerledes?
 - o Oppfølgingsspørsmål: om det ble gitt god rapport om hendelsen

Jeg vil stille noen utdypende spørsmål, kan være du har vært inne på det allerede, men ønsker å høre mer om det.

- Hvilken grad opplever du at tidligere erfaringer, kompetanse og opplæring har påvirket din opplevelse av situasjonen?
- Har du tidligere vært utsatt for vold og trusler på jobb?
 - o 1-5 ganger i året____, 10 ganger eller mer_____.
 - o Alvorlig hendelser ____ mindre alvorlige hendelser_____.
- Er det gitt opplæring knyttet til håndtering knyttet til vold og trusler på arbeidsplassen?
- Hvordan ble du ivaretatt og fulgt opp etter hendelsen du har nevnt tidligere i intervjuet?
- Kunne iverksetting av ROS analyse ved mottak av nye pasienter eller ved urolige pasienter bidratt til nedgang i utageringer?
 - o Ville det å utføre en SJA i starten av vekten der det er rapportert om utagering, ha gjort at du handlet annerledes?
 - o Ville en utføring av SJA ved hver hendelse medføre forebygging av trusler og vold?
- Har bemanningens fagkompetanse en betydning for hvordan hendelsen ble håndtert?
- Hvor stor betydning har inngåelse av avtaler (utdeling av alkohol til pasienter) hatt på arbeidsmiljøet?

Vi mennesker blir påvirket av hendelser som skjer både i arbeidslivet og/ eller i privatlivet.

- Har din relasjon til leder og kollegaer hatt betydning for din opplevelse av situasjonen?

- Har relasjonen til pasienten en betydning for din opplevelse av hendelsen, og har din relasjon endret seg etter hendelsen til denne pasienten?
- Opplever du at hendelsen påvirket jobben din og dine relasjoner til øvrige ansatte?
- Tenker du at det er fysiske forhold på arbeidsplassen som kunne vært bedre, i forhold til sikkerhet til både ansatte og pasientene?
- Hvordan er mulighetene for å få varslet andre ansatte, når det oppstår en situasjon der en er i behov for assistanse?
- Tenker du at det er viktig at man er samkjørt og har felles forståelse i en personal gruppe? Kan du begrunne det?

Da har jeg ikke flere spørsmål til deg, er det noe du vil tilføye?

Da slår jeg av lydopptaket.

Vedlegg nr: 6

Brøset Violence Checklist (BVC); Pasienten skåres ved hvert skift av f.eks. primærpleier senest to timer etter starten på skiftet. Se for øvrig veiledning i prosjektmappe. Fravær av symptom/atferd gir 0 poeng, observert endring i eller tilstedeværende atferd skåres med 1 poeng. F.eks. er pasienten vanligvis forvirret vil dette gi skåre 0, men øker forvirringen gis skåre 1. Totalskåre (SUM) er summen av en vertikal kolonne.

Da	dag den	2000		
		Dag	Kveld	Natt
Forvirret				
Initabel				
Støyende atferd				
Verbale trusler				
Fysiske trusler				
Slag, spark etc. mot gjenstander				
SUM				
Si natur				



SIKKER JOBBANALYSE (SJÅ):

**RISIKOANALYSE AV SITUASJONEN FØR ARBEIDET/OPPDRAGET
PÅBEGYNNES**

Hvilke oppgave/oppgaver skal utføres:

Ny pasient

Annet, beskriv:

Pasient opplysninger

Navn:

Epikrise/ informasjon:

Hvilken informasjon er tilgjengelig? Har vi informasjon som er bekymringsfull? Har vi kunnskap om vedkommende som vurderes problematisk?

Hvilke ressurser trenges?

Er risikoen akseptabel eller er det nødvendig med nye risikoreducerende tiltak?
Planlegg aktiviteten sammen med kolleger og leder.

Vurdert risiko:

Grønn (Lav)

Gul (Middels)

Rød (Høy)

02.12.19

Tiltak:

Oppsummering.

Gul (Middels)

Rød (Høy)

Hvordan forløp situasjonen?

Vurdert resultat:

Grønn (Lav)

Kommentar:

02.12.19