



MAP- instruktørers erfaringer med selvregulering og
aggresjonsproblematikk i psykisk helsevern

Sylvi Lilledrange

VID vitenskapelige høyskole

Masteroppgave

Master i helsefremmende relasjonsarbeid

Antall ord: kappe 8080, vitenskapelig artikkel 5000

16.mai 2022

Forord

Jeg sitter på kjøkkenet som har vært kontoret mitt i skrivetida og kjenner på en glede over å ha klart å fullføre denne masterstudien. Forord ble til for jeg har behov for å takke mine studievenninner. Gro, Ann Elin & May Rita har blitt gode venner for livet! Vi har støttet hverandre gjennom fag og fritid og delt gleder, frustrasjon, opp og nedturer. Nå kan vi endelig snart møtes som normalt og feire at vi klarte dette sammen!

Min mann, Geir, har vært en urokkelig klippe og min store motivator. Han har vist sin sanne glede i å se andre lykkes og er en ener i å gjøre andre gode og få ut sitt uforløste potensial. Han har hele tiden sagt at «nå er det din tur». Tusen takk for oppmuntring og it- support, kjære.

Masterforløpet startet med campussamling. Så ble resten av skoletiden preget av pandemi og undervisning på Zoom. Selve masterprosjektet er en ren «CovidMaster». I utgangspunktet var det en ny erfaring og noe man skulle tro ikke var mulig å gjennomføre. Det viste seg at vi har vært tilpasningsdyktige. Både studenter, lærere og deltakere. Jobbhverdag og fritid har måttet fungere på pandemiens premisser, og da måtte studiene følge etter. Pandemi har skapt praktiske utfordringer og en del frustrasjon. Det er energikrevende i seg selv å jobbe og studere samtidig, og pandemi gjorde dette ekstra anstrengende. VID har gjort sitt beste for å tilrettelegge for masterstudentene. Vi var første kull ut, så litt «learning by doing» har det blitt. VID er et sted som tar godt vare på studentene sine og har høy faglig kvalitet og krav. Takk til ansatte og medstudenter ved VID.

Avslutningsvis vil jeg takke mine veiledere. Øyvind Lockertsen fra MAP og OsloMet & Lise Beyene fra VID. Dere har vært klokkeklare i de pedagogiske tilbakemeldingene og stødige veivisere i den akademiske verden. Jeg har lært mye av dere og har satt stor pris på tonen dere imellom og respekten for hverandre. Trekantsamtaler på Zoom har gått kjempefint. Tusen takk for hjelpen og samarbeidet! Thomas Nag, leder av MAP- nasjonalt, ønsker jeg å takke for hjelp og tilrettelegging. Du ga meg masse positiv støtte i oppstarten og hadde stor tro på ideen min og prosjektet. Du har bidratt med din oversikt over MAP nasjonalt og internasjonalt, MAP- instruktører og ordnet biveileder fra MAP. Takk for ditt smittende engasjement.

Sylvi Lilledrange. Stavanger, 08. mai 2022.

Sammendrag

Bakgrunn for valg av tema er at selvregulering er en del av Møte Med Aggresjonsproblematikk, MAP. MAP er et opplæringsprogram anbefalt av Helsedirektoratet som ønsker å forebygge og håndtere aggresjon og vold i psykisk helsevern. Pasienter med aggresjons- og voldsproblematikk er tidvis en utfordring i psykisk helsevern som kan påføre helsebelastninger hos de ansatte. Selvregulering kan bidra til å redusere pasienters aggressive følelsesuttrykk og forbygge negative opplevelser som frykt, sinne, krenkelser og fornærmelser.

Hensikten med studien var å utforske hvordan MAP- instruktører erfarer selvregulering og aggresjonsproblematikk med utgangspunkt i følgende problemstilling: *Hvordan erfarer MAP- instruktører forutsetninger for, og betydningen av selvregulering i samhandling med pasienter med aggresjons- og voldsproblematikk i psykisk helsevern?*

Studien hadde et kvalitativt eksplorerende design. Det ble brukt semistrukturerte intervju med seks strategisk utvalgte MAP- instruktører. Datamaterialet ble analysert etter inspirasjon fra systematisk tekstkondensering.

Resultatene viser at selvregulering styrker selvrefleksjon og profesjonalitet. Bevissthet og kjennskap til egne følelser og reaksjoner er viktige forutsetninger for selvregulering. Selvregulering har positiv innvirkning på kommunikasjon og teamarbeid. Planlegging av tilnærming til ulike situasjoner som oppstår, er viktig for helsepersonells opplevelse av trygghet og kontroll og blir motvekt for stress.

Diskusjonen drøfter resultatene i lys av Baumeisters teorier om selvregulering som energibrønn og muskel.

Konklusjonen er at selvregulering sørger for mer helsefremmende forhold for ansatte i psykisk helsevern med tanke på håndtering av aggresjon og vold. Helsepersonell må ivareta egen helse og basale behov som søvn, restitusjon og ernæring. Selvreguleringsprosesser kan bidra til å redusere helsepersonells fysiske og psykiske belastninger i relasjonsarbeid med aggresjonsproblematikk i psykisk helsevern.

Nøkkelord: Den moralske muskel, energibrønn, helsefremmende, MAP instruktør, psykisk helsevern, selvrefleksjon, selvregulering, profesjonalitet, teamarbeid.

Abstract

The background for the choice of topic is that self-regulation is part of the Management of Aggression Programme (MAP). MAP is a comprehensive training programme recommended by the Norwegian Directorate of Health that aims to prevent and manage the risk of aggression and violence in mental health care. Inpatient aggressive and violent behaviour are sometimes a challenge in mental health care and can impose health burdens on staff. Self-regulation may contribute to reduce patients' aggressive emotional expressions and prevent staffs' negative experiences such as fear, anger, abuse and insults.

The aim of the study was to explore MAP instructors' experiences with self-regulation and inpatient aggressive and violent behaviour. The following study issue was developed: *How do MAP- instructors experience prerequisites for, and the importance of self-regulation in interaction with inpatient aggressive or violent behaviour in mental health care?*

In this qualitative explorative designed study, semi-structured interviews were developed with six strategically selected MAP- instructors. The data was analysed based on inspiration from systematic text condensation.

Results show that self-regulation strengthens self-reflection and professionalism. Awareness and knowledge of one's own feelings and reactions are important prerequisites for self-regulation. Self-regulation affects communication and teamwork positively. Planning of approach to various scenarios are important for the staffs' experience of safety and control and becomes a counterweight to stress.

Results are discussed based on theories on self-regulation as energy well and muscle.

The conclusion is that self-regulation contributes to increased health-promoting conditions in mental health care regarding the management of aggression and violence. Healthcare staff must attend to their own health, recovery and basic needs such as sleep and nutrition. Self-regulation processes might contribute to reduce healthcare staffs' physical and psychological stress in relational work with inpatient aggressive and violent behaviour within mental health care.

Keywords: Energy well, health promotion, MAP instructor, Mental health care, self-reflection, self-regulation, professionalism, teamwork, the moral muscle.

Innhold

1. Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.1.1 Begrunnelse for problemstilling	2
1.2 Hensikt med studien og problemstilling.....	2
1.3 Studiens kontekst	3
1.4 Kappens struktur	4
2. Teoretisk rammeverk	5
2.1 Begrepsavklaring	5
2.2 Opplæringsprogrammet MAP (Møte med aggresjonsproblematikk)	5
2.3 Samhandling og møtet med aggresjonsproblematikken	6
2.4 Selvregulering	7
2.4.1 Personlig kontroll	7
2.4.2 Baumeisters teorier om selvregulering	7
2.5 Tidligere forskning om selvregulering	9
3. Metode	11
3.1 Vitenskapsteoretisk retning.....	11
3.2 Design	11
3.3 Rekruttering og utvalg	11
3.3.1 Rekruttering	12
3.3.2 Strategisk utvalg.....	12
3.4 Datainnsamling	12
3.4.1 Kvalitative individuelle intervju	13
3.4.2 Gjennomføring av intervjuene.....	13
3.5 Transkripsjon	14
3.6 Dataanalyse	14
3.6.1 Forforståelse	15
3.7 Etske aspekter.....	15
3.8 Metodiske overveielser- forskningsprosjektets troverdighet	16
3.8.1 Gyldighet (validitet)	16

3.8.2 Pålitelighet (reliabilitet)	17
3.8.3 Overførbarhet	17
4. Oppsummering av funn	18
4.1 Selvregulering handler om selvrefleksjon og personlig ansvar for rollen profesjonell miljøterapeut	18
4.1.1 Erkjenne egne følelser og kroppslige reaksjoner	18
4.1.2 Tid til å gjenvinne kontroll over seg selv	18
4.1.3 Konstruktive tilbakemeldinger fra kolleger	19
4.2 Selvregulering handler om å fungere godt sammen som team	19
4.2.1 Skape rom for planlegging og samarbeid	19
4.2.2 Trenings- og erfaringskompetanse øker rasjonell kapasitet	19
4.2.3 Ledelse og god kommunikasjon reduserer kaos	20
5. Diskusjon	21
5.1 Selvregulering som energibrønn	21
5.2 Selvregulering som en muskel	22
6. Konklusjon	24
6.1 Implikasjoner for praksis	24
6.2 Implikasjoner for videre forskning	25
Litteraturliste	26
Vitenskapelig artikkel	30
Vedlegg 1: Tidsskriftets forfatterveiledning- krav til manuskripter	54
Vedlegg 2: Godkjenning NSD	58
Vedlegg 3: Intervjuguide	60

1. Innledning

Masteroppgaven presenterer hvordan selvregulering spiller inn på relasjonsarbeid med aggresjons- og voldsproblematikk i psykisk helsevern.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet selvregulering er hentet fra opplæringsmaterialet Møte Med Aggresjonsproblematikk, MAP. Dette inngår i studiens teoridel. Utviklingen i psykisk helsevern de seneste årene har vært økende krav om mindre inngripende tiltak overfor pasienter med aggresjons- og voldsproblematikk. Det forankres i myndighetenes anbefalinger og Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven, 1999). Det stilles allerede strenge kriterier blant annet til bruk av tvangsmidler i ny Tvangsbegrensningslov som etter ekstra høringsrunde ble gjort gjeldende i mars, 2022 (NOU, 2019). Aggresjon og vold er periodevis en stor utfordring og belastning i relasjonsarbeidet i psykisk helsevern (Arbeidstilsynet.no, Hammer et al., 2021, HelseDirektoratet.no). Ansatte risikerer å påføres fysiske skader gjerne i tillegg til psykiske belastninger som følge av trusler om vold mot egen person eller familiemedlemmer (Hammer et al., 2021, Bjørkly, 2001, Bjørkly, 2018). Andre aspekter er relasjonsslitasjen som aggresjon og vold representerer, både for ansatte og pasienters pårørende (Isdal, 2017). Dette kan være krevende å jobbe med (Isdal, 2017). Siden 2019 har selvregulering fått økt oppmerksomhet via MAP. Målet med opplæring i MAP er å forhindre vold, forebygge aggresjon og sørge for at pasienter og personal kjenner seg trygge (Nag et al., 2019). Opplæring i selvregulering har som mål å gi innsikt i kroppens fysiologi og aktivering i møtet med aggresjon og vold. Det gir kunnskap om hvordan egne følelser og reaksjoner kan påvirke samspillet og utfallet av aggressive hendelser og muligheter for å anvende stressdempende og selvregulerende teknikker (Harris & Meland, 2019). Selvregulering er ansett som sentral kompetanse for å forebygge og håndtere aggresjon og vold (Haugvaldstad & Husum, 2016). Tidligere forskning finner blant annet at forutsetninger for helsefremmende arbeidsforhold kan være at aggresjon og vold nettopp forebygges, dempes eller håndteres (Hammer et al., 2021). Det er urovekkende om helsepersonell tilpasser seg tøffe arbeidsforhold med konsekvenser som skadelig høy toleranse for trusler og vold (Hammer et al., 2021). Aggresjon på arbeidsplassen utgjør uansett en betydelig utfordring relatert til potensiell innvirkning på helsepersonells mentale og fysiske velvære. Følelsesregulering kan lindre

negative effekter og belastninger av eksponering for aggresjon i jobbsammenheng (Niven et al., 2012). Overnevnte forutsetninger og utfordringer vurderes overførbare til en studie blant MAP- instruktører. Det vil kunne dekke et kunnskapshull for forskning på den ferske MAP- modellen, og selvreguleringsens omdømme (Nag et al., 2021). Effekt av det opplæringsprogrammet som er foretrukket som nasjonal metode, bør evalueres (Nag et al., 2021). Opplæring i voldsforebygging krever mye tid og ressurser og det er viktig med kunnskap om hvordan dette påvirker brukerne av metoden (Haugvaldstad & Husum, 2016). Det vurderes derfor relevant og aktuelt å utforske om MAP- modellen med avgrensning til selvregulering, er på riktig vei med tiltak og undervisningsmaterieell som kan avlaste vedvarende utfordringer i relasjonsarbeidet knyttet til aggresjons- og voldsproblematikk i psykisk helsevern (Nag et al., 2019, Hammer et al., 2021, Nag et al., 2021).

1.1.1 Begrunnelse for problemstilling

Sentralt i MAP står forståelsen av at aggresjon og vold oppstår i et samspill mellom mennesker og selvregulering er sentral i disse møtene (Harris & Meland, 2019). Pasienter utøver vold og aggresjon oftest i forbindelse med grensesettingssituasjoner som kan oppstå på skjermingsavsnitt som en del av frihetsinnskrenkelsen (Bjørkly, 2018). Psykisk helsearbeideres evne til å regulere egne følelser og opplevelse av stress i kritiske situasjoner, kan avgjøre måten ansatte møter pasienten på og påvirke pasientens stressnivå (Hammer et al., 2021). MAP sprer kunnskap om hvordan helsepersonell kan forholde seg funksjonelt og rasjonelt i situasjoner der pasienten viser sterke følelsesuttrykk. Tillit til egne ferdigheter og arbeidskolleger vil kunne bidra med opplevelse av større trygghet i arbeidshverdagen (Harris & Meland, 2019). Psykisk helsearbeidere vil bli bedre rustet til å forebygge, deeskalere og mestre aggresjon og vold på en funksjonell måte. Dette vil ivareta både pasient- og personalsikkerheten (Hammer et al., 2021).

1.2 Hensikt med studien og problemstilling

Studien ønsker å utforske erfaringer fra samhandling med pasienter med aggresjons- og voldsproblematikk i psykisk helsevern siden MAP ble implementert i 2019. Studien vil undersøke hvordan MAP- instruktører erfarer selvreguleringsferdigheter og vurderer innflytelsen på samhandling med aggressive og voldelige pasienter. Hensikten med studien blir å utforske erfaringene fra praksis så langt. Videre søkes kunnskap om selvregulering kan

bidra til mer helsefremmende arbeidsforhold relatert til aggresjon, trusler og vold i psykisk helsevern (Arbeidsmiljøloven, 2005, § 4-3).

Utgangspunktet var følgende problemstilling:

Hvordan erfarer MAP- instruktører forutsetninger for, og betydningen av selvregulering i samhandling med pasienter med aggresjons- og voldsproblematikk i psykisk helsevern?

1.3 Studiens kontekst

Studien utforsket praksisfeltet rundt innledende elementer blant MAP- instruktører med erfaring fra skjermingsavsnitt i spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern. Pasienter skjermes av behandlingsmessige årsaker, eller av hensyn til andre pasienter på egnede skjermingsavsnitt i sengepostene (Psykisk helsevernloven, 1999, § 4-3). Et skjermingsavsnitt har sikkerhetsmessige forsterkede omgivelser som medfører vesentlige endringer i omgivelsene (Norvoll et al., 2015). Det kan dreie seg om sparsom møblering, men i forsterket og robust materiale, ingen tv eller annen begrenset tilgang til stimuli som blader, bøker og/ eller fellesskap med andre. Dette vil for mange fremstå «nakent» (Norvoll et al., 2015). Det skal fattes vedtak om skjerming dersom det vedvarer over 12/24 timer eller når pasienten motsetter seg det (Psykisk helsevernloven, 1999, § 4-3). Skjerming er valgt som studiens kontekst fordi den favner pasienter med alvorlige sinnslidelser, gjerne kombinert med rusmisbruk som forbindes med høyere risiko for forekomst av aggresjon og vold (Bjørkly, 2001, Bjørkly, 2018). Skjerming er den intensive behandlingsfasen (Bjørkly, 2018). Fra spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern er det videre valgt skjermingsarbeid fra akuttposter og sikkerhetsposter til studiens kontekst. I akuttposter er pasientene døgninnlagte og en stor andel av innleggelsene skjer som øyeblikkelig hjelp. Det foreligger henvisninger fra fastlege eller legevakt. Akuttposter tar i hovedsak imot pasienter til observasjon og utredning (Store medisinske leksikon.no). Pasienter som refereres til i denne studien er over 18 år.

Sikkerhetsposter ivaretar pasienter på et forsterket sikkerhetsnivå. Det kan innbefatte pasienter på dom (Psykisk helsevernloven, 1999, kap. 5). Dette er pasienter som er rettskraftig dømt til behandling i psykisk helsevern. I andre tilfeller kan pasienter med voldelig atferd i akutt fase henvises til opphold ved sikkerhetspost, fra for eksempel akuttposter. Det har da ofte vært skader på personal eller andre pasienter forut for

henvisningen, eller historikk på forhøyet voldsrisiko. Sikkerhetspostene har forsterket bemanning per pasient for å kunne ivareta sikkerheten for personal og pasienter ut ifra et akutt eller vedvarende forhøyet voldspotensiale (Psykisk helsevernloven, 1999, kap. 4A). Studiens kontekst skal gi lesere kjennskap og forståelse for deltakernes arbeidsforhold og studiens forutsetninger (Johannessen et al., 2016).

1.4 Kappens struktur

Etter innledning presenteres studiens teoretiske rammeverk i kapittel 2. Det innledes med begrepsavklaring før teori om opplæringsprogrammet MAP, selvregulering og tidligere forskning. Deretter vil studiens metode, fremgangsmåte og metodiske overveielser gjennomgå i kapittel 3. Studiens resultater oppsummeres i kapittel 4 siden de er grundig presentert i vitenskapelig artikkel. Kapittel 5 diskuterer Baumeisters teori om selvregulering opp mot resultater. Kapittel 6 inneholder konklusjon før kapittel 7 med implikasjoner for praksis og kapittel 8 om implikasjoner for videre forskning. Kappen avsluttes med referanseliste før vitenskapelig artikkel og vedlegg.

2. Teoretisk rammeverk

2.1 Begrepsavklaring

Psykisk helsearbeider

Helsepersonell i psykisk helsevern som jobber med å fremme og bedre enkeltmenneskers psykiske helse. Hensikten er å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft, bistå i prosesser som utvikler opplevelser av sammenheng og muligheter for å mestre hverdagens utfordringer (Andersen, 2019).

Psykisk helsevern

Med psykisk helsevern menes spesialisthelsetjenestens undersøkelser og behandling av mennesker med psykiske lidelser, samt den pleie og omsorg dette krever (Psykisk helsevernloven, 1999).

Aggresjon

Definisjonen av aggresjon dreier seg om skremmende atferd som rettes mot andre (Bjørkly, 2001, Bjørkly, 2018, Nag et al., 2019). Den kan uttrykkes som truende sinneutbrudd, alvorlige voldstanker eller fiendtlige holdninger. Aggresjon kan skape frykt uten at vi kan si om det er hensikten (Bjørkly, 2001, Bjørkly, 2018). På samme måte kan det være uklart om hensynsløs og risikabel atferd er overveid eller impulsiv. Det kan være viktig å forstå om handlingen kan knyttes til ulike motiv som eksempelvis spenningsreduksjon, hevn, ønske om kontroll eller opplevd frykt. Det skilles mellom sinne som naturlig, ønsket følelse og aggresjon som uønsket handling (Isdal, 2017).

Vold

Definisjonen av vold er faktisk, forsøk på eller trusler om fysisk skade på annen person (Bjørkly, 2001, Bjørkly, 2018, Nag et al., 2019).

2.2 Opplæringsprogrammet MAP (Møte med aggresjonsproblematikk)

MAP er et helhetlig opplæringsprogram i forståelse, forebygging, håndtering og oppfølging av aggresjons- og voldsproblematikk i helse- og sosialsektoren (Nag et al., 2019). Det er utarbeidet en standardisert, kunnskapsbasert og kvalitetssikret opplæring av helsepersonell. Prosjektet har vært støttet av helsedirektoratet og beskrevet i nasjonal helse- og sykehusplan 2020-23. Programmet eies av de fire regionale helseforetakene og er anbefalt i nasjonale faglige råd for forebygging og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern siden 2019

(Helsedirektoratet.no). MAP bygger på en modell der det utdannes MAP- ressurspersoner til MAP- instruktører som driver opplæring der de jobber til daglig. Dette er et frivillig verv. For å bli godkjent MAP-instruktør må en ti-dagers instruktørutdannelse bestås. Sluttproduktet for instruktørutdanningen er at instruktørene skal være i stand til å holde MAP- grunnkurs, undervise i de ulike modulene i MAP, samt kunne vedlikeholde denne kompetansen ved sine arbeidsplasser (Nag et al., 2019). Opplæringsprogrammet MAP består av følgende kapitler:



Figur 1- MAP- modellen (Nag et al., 2019).

2.3 Samhandling og møtet med aggresjonsproblematikken

Teorikapitlene i MAP- modellen beskriver hvorfor arbeidet med å redusere vold er komplekst og må tilnærmes fra flere hold (Nag et al., 2019). En av de viktigste forutsetningene er å øke kvaliteten på de daglige samspillene mellom pasienter og personal og legge til rette for minst mulig grad av krenkelse og avmakt for pasientene (Nag et al., 2019, Lillevik & Øien, 2017). Teori om avmaktens uttrykk gjennom krenkelser sier noe om hvordan aggresjon og vold kan oppstå (Bjørkly, 2001, Bjørkly, 2018, Nag et al., 2019, Lillevik & Øien, 2017). MAP og selvregulering ønsker å legge til rette for forståelse og reduksjon av konfliktgrunnlaget og tilføre profesjonell og nødvendig handlingskompetanse når aggressive og/ eller truende situasjoner oppstår (Nag et al., 2019). Det kan ses på som en prosess med identifiserbare elementer, men også en fremgangsmåte som inkluderer standardiserte

intervensjonskomponenter av ferdigheter som kan læres. Tilnærmingen må tilrettelegges hver enkelt pasients behov (Nag et al., 2019). Å redusere vold og tvang handler om mer enn å bare unngå et destruktivt samspill (Nag et al., 2019). Det handler om god behandling og om å legge til rette for et helsevesen som skal være trygt for begge parter (Hammer et al., 2021). Teori fra helsefremmende perspektiv (Lim et al., 2017) vil supplere og inkludere pasientens medbestemmelse. NOU- rapporten om tvangsbegrensingsloven (NOU 2019:14) og høringen om faglige råd for forebygging og riktig bruk av tvang (Helsedirektoratet.no) taler begge for økt selvbestemmelse i psykisk helsevern.

2.4 Selvregulering

Selvregulering kan defineres som evnen til å endre egne tanker, følelser, handlinger og prestasjoner for å opprettholde balanse og normal fungering (Harris & Meland, 2019). Begrepet stammer i stor grad fra beslutningsteori (Kahnemann & Klein, 2009) og beslutninger avhenger av samme energiresurs som brukes til selvregulering (Baumeister, 2022).

2.4.1 Personlig kontroll

Selvregulering handler om å opprettholde personlig kontroll over følelser og kroppslige reaksjoner og verbale og ikke-verbale ferdigheter (Harris & Meland, 2019). Selvregulering forutsetter at psykisk helsearbeidere er oppmerksomme på, og i stand til å kontrollere hvordan de fremstår og identifiserer følelsesmessige tegn. Dette gjelder spesielt egne, men også andres følelser og det dynamiske forholdet mellom følelser, tanker, valg og handlinger (Harris & Meland, 2019). Bruk av samhandlingsforståelse vektlegges for å skape trygghet og tilstrekkelig tillit slik at utforsking og problemløsning blir mulig. Aggresjon og vold kan forebygges med en kombinasjon av denne type forståelse av samspill og spesifikk tilnærming som styrker relasjoner og helsepersonells evne til selvregulering (Haugvaldstad & Husum, 2016, Nag et al., 2019).

2.4.2 Baumeisters teorier om selvregulering

Roy Baumeister er en amerikansk forsker, professor og sosialpsykolog. Selvregulering er tidlig beskrevet i forskning og teori og Baumeister bygger sine teorier på blant annet Banduras arbeid (Muraven et al., 1998). Albert Bandura er mest kjent for læringsteori som handler om at atferd læres og hvordan det skjer (Bandura, 1991). Banduras arbeid samlet

atferdsmessige og kognitive komponenter der han oppsummerte at «mennesker er i stand til å kontrollere sin oppførsel gjennom en prosess kjent som selvregulering» (Bandura, 1991). Baumeister har vært innflytelsesrik med sitt arbeid om selvregulering. Han utviklet sammen med andre kolleger tre modeller for selvregulering designet for å forklare sin kognitive tilgjengelighet: Selvregulering som kunnskapsstruktur, styrke eller dyktighet (Muraven & Baumeister, 2000). Baumeister beskriver at selvkontroll handler om å endre seg selv med å regulere tanker, følelser, impulser og ønsker i forbindelse med oppgaveytelse (Baumeister & Vohs, 2016). Selvkontroll er overførbart til selvregulering som handler om å styre atferd mot en gitt standard om hvordan noe kan eller bør være. Selvregulering betyr dermed å endre atferd basert på en regel, verdi eller ideal (Baumeister & Vohs, 2016).

Selvregulering som energibrønn

Sentral er ideen om at en del av selvet er et lager av energi som brukes til å utøve kontroll som gir en ny og annerledes visjon av menneskets natur (Baumeister & Vohs, 2016). Selvreguleringsprosesser knytter sammen kropp og sinn og nåtid med fortid og fremtid. Selvregulering handler om å motstå fristelser med bevisste valg og over et bredt spekter av daglige aktiviteter (Baumeister, 2012). Baumeister hevder at intelligens og selvkontroll er de to trekkene som forskere har kommet fram til er mest ønsket for å leve et lykkelig, vellykket og nyttig liv (Baumeister & Vohs, 2016). Baumeister finner at folk bruker selvkontroll ganske ofte. Mye av dette dreier seg om å motstå ønsker, behov og impulser. Selvregulering skjer i fire grener. Det starter gjerne med tanker, så følelser og humør, deretter impulser og ytelse (Baumeister & Vohs, 2016). Baumeister poengterer at selvregulering koster energi. Tester viste at nye forsøk rett etter et annet, selv i en ny gren, kunne resultere i dårligere resultat enn om de ikke hadde forsøkt tidligere. Stressforskning har funnet at indre styrke kreves for å gjenta noe på tross av nedslående resultat, inkludert selvdisiplin til å holde ut i stedet for å slutte for å gjøre noe mer behagelig (Baumeister, 2012). Energibrønnen blir forutsetning for selvregulering. Mange tilsynelatende urelaterte ting knyttes dermed sammen som å utsette å tisse, motstå å røyke, drikke, spise, jobbe litt lenger og begrense aggresjon (Baumeister & Vohs, 2016). Viljestyrke til å holde ut stressende oppgaver er også individuell og begrenset og brukes av samme energibrønn (Baumeister & Vohs, 2016).

Selvregulering som en muskel

Baumeister sammenligner evnen til selvregulering med en muskel som blir sliten (Baumeister, 2012). Kapasiteten til selvregulering avtar utover dagen, spesielt om den har vært slitsom og stressende. Baumeister viser til hvor lett dietter ødelegges om kvelden, eller andre vaner man prøver å bryte (Baumeister, 2012). «Selvreguleringsmuskelen» blir ikke bare trøtt ved at den mister makt rett etter bruk, den blir også sterkere ved trening (Baumeister, 2012). Dette gir også effekt på energibrønnen ved at læring påvirker til å spare på energien og ikke bruke alt med en gang. Det kan sammenlignes med hvordan barn og voksne disponerer kreftene på lengre turer. Barn har ikke erfart og lært hvordan man sparer på kreftene på samme måte som voksne. Muskler kan bli slitne, men ikke fullstendig utmattet. På den måten kan en prestere bra selv om man er sliten dersom det er en overbevisende eller gyldig grunn til stede. På samme måte kan man holde tilbake om man forventer påfølgende krav (Baumeister, 2012). Glukose er hjernebrensel som gir energi til hjerneaktivitet og andre kroppslige aktiviteter (Baumeister & Vohs, 2016). Dette kom fram av et av Baumeisters forsøk som gikk «galt». De som ikke hadde viljestyrke til å unngå å spise fristende ting, hadde likevel bedre selvkontroll på andre ting like etter, og forskerne fant sammenheng med inntak av kalorier. Alle hadde dårlig ytelse på selvkontroll med lavt blodsukker (Baumeister & Vohs, 2016). Det krever i tillegg mer energi å ta modige avgjørelser enn trygge, men viljestyrken kan styrkes gjennom selvkontrolløvelser (Baumeister, 2012). Selvkontroll kalles «den moralske muskel» for den gir kraft til å gjøre det som er riktig (Baumeister, 2012). Automatiske tankerekker krever lite energi, mens logiske resonnement krever disiplinert mental innsats (Kahnemann & Klein, 2009). Valg og beslutninger kan også svekke selvreguleringen og motsatt. Initiativet kan også falle. Kroppen administrerer den begrensede ressursen viljestyrke for å håndtere fristelser og kriser. Man bør derfor kjøre jevnt for å unngå problemene. Det anbefales stabile og pålitelige arbeidsvaner med viljestyrken for å unngå skippertak (Baumeister, 2012). Ifølge Baumeister benyttes fysisk og mental energi til å nå sine mål (Baumeister, 2012).

2.5 Tidligere forskning om selvregulering

Det finnes mye forskning på selvregulering. Litteraturhenvisninger fra MAP- manualens kapittel 6 om selvregulering, har med flere artikler og drar paralleller til mindfulness (Arch & Craske, 2006, Broderick, 2005, Feldman et al., 2010, Hölzel et al., 2011, Meland, 2016,

Salmon et al., 2019, Shapiro et al., 2006, Tang et al., 2015). Kort oppsummert er mindfulness den grunnleggende menneskelige evnen til å være fullt til stede, klar over hvor vi er, hva vi gjør og ikke altfor reaktiv eller overveldet av hva som skjer rundt oss (Meland, 2016). Dette kan overføres til selvregulering og målet for ønsket tilnærming til pasienter, og andre (Harris & Meland, 2019). Relasjonsarbeid med aggresjon og vold innebærer risiko for potensielt skadelige effekter på helsepersonell som kan være omfattende, inkludert ulike negative psykiske og fysiske symptomer (Goldblatt et al, 2020). Artikkelen omtaler hvordan ansatte regulerte følelsesmessige reaksjoner under disse hendelsene: (1) Manglende evne til å håndtere følelsesregulering. (2) Følelsesregulering ved å distansere seg/ frakoblingstaktikk. (3) Følelsesregulering ved hjelp av rasjonalisering. (4) Følelsesregulering via bruk av organisatoriske ressurser og (5) kontrollere følelser ved undertrykkelse. Helsepersonell som opplevde dissonans mellom sine faglige forventninger og følelsesmessige reaksjoner på pasienters vold, rapporterte å bruke ulike følelsesreguleringsteknikker. De klarte å opptre kompetent og profesjonelt. De som ikke opplevde slik dissonans, følte kontroll over sine følelser. Andre opplevde imidlertid intens følelsesmessig oversvømmelse og klarte ikke å regulere følelsene. Studien råder til å utvikle helsepersonells bevissthet om mulige følelsesmessige konsekvenser av voldshendelser. Både for seg selv som mennesker og for intakt yrkesfunksjon. I tillegg anbefales videreutvikling av opplæringsprogrammer for helsepersonell for å takle voldelige pasienter og opprusting av formell og uformell organisasjonsstøtte (Goldblatt et al., 2020). En studie med simulering av agiterte pasientmøter og helsepersonells reaksjoner, fant skjerpet rolleansvar, styrket selvbilde og selvsikkerhet. Videre bedre evne og utnyttelse av evnen til å forberede seg til kritiske situasjoner. Opplysning på «selvaretakelse» økte oppmerksomheten og forebygget utmattelse og utbrenthet. Studien konkluderer med at en «flernivåtilnærming» er nødvendig i arbeidet med vold og aggresjon fra et ansattperspektiv (Stewart & Reeves, 2020). Dette sammenfaller med ideologien bak MAP- manualen (Nag et al., 2019).

3. Metode

Masterprosjektets problemstilling egner seg for kvalitativ metode da den vil finne svar på erfaringer og opplevelser (Thagaard, 2018). Metodekapittelet gjør rede for hva som er gjort i studien for å komme fram til forskningsdata og hvordan disse er forvaltet (Thagaard, 2018). Det er gjort et forarbeid med litteratursøk (Johannessen et al., 2016).

3.1 Vitenskapsteoretisk retning

Studien står i fenomenologisk- hermeneutisk tradisjon. Fenomenologiske undersøkelser er beskrivende. Antagelser, forventninger og forforståelse legges vekk slik at fenomenet/ temaet i seg selv skal bli klart (Thomassen, 2006, s 171). Sentralt er fenomenet som synlig og meningsbærende i en erfaringsverden. Vi er ikke ute etter dypere meninger (Thomassen, 2006, s. 161). Hermeneutikk betyr å fortolke og mening finnes som deler av og i en helhet, som analyse av datamaterialet (Thomassen, 2006, s. 157). For å bedre forstå mennesker og deres samhandling blir hermeneutikkens oppgave å redegjøre for hva forståelse er (Thomassen, 2006). Settes disse retningene sammen endres oppfattelsene til at fenomenologiske analyser blir fortolkende fordi en beskrivelse ifølge hermeneutikken, er en fortolkning (Thomassen, 2006, s. 161). Konklusjonen er at vi ser en situasjon ut ifra den tidligere kunnskapen vi har. Temaet som studeres eller fortelles fra erfaring, blir mulig å beskrive. Dette blir et steg inn i framtiden, mens fortiden gir egenskaper til å uttrykke fenomenet og skape forskjellige nye forståelsesmåter og fortolkninger (Thagaard, 2018, s. 36, 37, 40).

3.2 Design

Det er benyttet eksplorativt design som er det samme som utforskende design (Kvale et al., 2015). Utforskende design passer for å lære mer om et tema som selvregulering. Som del av MAP- opplæringsmaterialet er effekten av selvregulering beskrevet som et utforsket emne (Nag, T. 2021).

3.3 Rekruttering og utvalg

Studiens deltakere kalles for utvalg og er nøye valgt til studien for å gi datamateriell som skal hjelpe med å besvare problemstillingen (Thagaard, 2018).

3.3.1 Rekruttering

Studien trengte deltakere med formalkompetanse. Derfor ble MAP nasjonalt kontaktet for tilgang til ytterligere MAP- instruktører enn de som var kjent fra før i eget helseforetak. Deltakerne er forankret i MAP sitt utdanningsopplegg som MAP- instruktører (Nag et al., 2019). De har gjennomgått et ti-dagers instruktørkurs. Generelle MAP- kurs er på to dager (Nag et al., 2019). Deltakerne ble rekruttert til masterprosjektet via e-post. De fikk lik invitasjon, men lite informasjon om studien før de eventuelt takket ja til å bli med. Senere signerte deltakerne samtykkeskjema (Thagaard, 2018, Forskningsetikk.no). Intervjuform som fysisk eller digitalt møte, tid og sted ble avtalt med individuelle hensyn (Thagaard, 2018).

3.3.2 Strategisk utvalg

Inkluderingskriterie i tillegg til å være MAP- instruktør var sykepleier- eller vernepleierbakgrunn. Det tilstreber noenlunde lik utdanning og faglig ansvar. Det viste seg at utvalget også hadde mastergrader. Videre inkluderingskriterie var lang og bred klinisk erfaring fra relasjonsarbeid med aggresjons- og voldsproblematikk. Derfor ble utvalget av MAP- instruktører hentet fra akuttposter og sikkerhetsposter. Det ble med tre kvinner og tre menn i studien med bredt aldersspenn fra sent tyveårene til tidlig sekstiårene. Det ble også med minst en representant fra alle landets regionale helseforetak (Johannessen et al., 2016). Seks deltakere sikret et rikt beskrivende datamateriale. En kvalitativ studie med seks grundige skildringer av et fenomen, vil kunne tåle om noen på et tidspunkt vil trekke seg fra studien (Thagaard, 2018). Forsker hadde kjennskap til tre av deltakerne. Relasjonene er profesjonelle fra jobbkontekster som MAP- arbeid og alarmsituasjoner. Ekskluderingskriterie for studien var MAP- instruktører uten sykepleier- eller vernepleierutdanning. De har ikke ansvar for tvangsmidler, deltar ikke i behandlingsavgjørelser eller har avdelings- og pasientansvar på samme måte (Psykisk helsevernloven, 1999, § 4-8, Helsepersonelloven, 1999).

3.4 Datainnsamling

Det strategiske utvalget er foretatt for å sikre at deltakerne tilhører samme kontekst. Dette var viktig for å få riktige og nyttige data om selvregulering. Kontekst har betydning for å samle data som er relevante for å svare ut problemstillingen (Johannessen et al., 2016). MAP- instruktører besitter formell ekspertkompetanse på temaet, og i tillegg kjennskap til

praksis lenge før MAP ble implementert. Det vil gi grunnlag for kritisk tilnærming til temaet selvregulering (Thagaard, 2018).

3.4.1 Kvalitative individuelle intervju

Kvalitative individuelle intervju ble foretrukket metode når ulike arbeidssted og stor geografisk spredning hos deltakerne var uforenelig med gruppeintervju (Thagaard, 2018, s. 53). Individuelle intervju fikk fram historier og erfaringer som deltakerne hadde forberedt. Deltakerne tok utgangspunkt i en opplevd situasjon med aggresjon og vold der potensialet for tvangsmidler hadde vært til stede. Situasjonen ble rammen for et semistrukturert intervju med videre muligheter for oppfølgingsspørsmål og spontanitet (Thagaard, 2018, s. 90-92). Intervjuguide er vedlegg 3.

3.4.2 Gjennomføring av intervjuene

Det var satt av tid til en kort introduksjon før selve intervjuet startet. Prøveintervjuene viste at det var rom for dette. Det var også en tilbakemelding som ble videreført til hovedintervjuene for å skape en trygg og hyggelig atmosfære (Thagaard, 2018). De to prøveintervjuene hadde som funksjon å beregne tiden, kontrollere om spørsmålene var relevante og forståelige, teste opptaksfunksjonen og hvordan det opplevdes om forsker tok notater (Thagaard, 2018). Sistnevnte ble vurdert som en smakssak. De to som deltok i prøveintervjuene hadde ulik opplevelse av noteringen. Den ene opplevde det som at det h*nsa var viktig, mens den andre ble distraheret av det og tenkte at forsker så for mye bort. Forsker valgte likevel å gjøre noen diskrete notater underveis for å sikre viktig informasjon og kommentarer til videre arbeid (Thagaard, 2018). Deltakerne møtte godt forberedt. De fikk utlevert intervjuguiden på forhånd med det formålet. Taushetsplikten ble sondert innledningsvis før vi begynte (NSD.no). Intervjuene foregikk fysisk eller digitalt via Zoom og Skype. Digitale deltakere bekreftet at de satt på et sted der uvedkomne ikke kunne høre det som ble sagt. Det ble satt av rikelig med tid på 1,5 time, men deltakerne benyttet gjennomsnittlig 45 minutter. Dette varierte lite mellom de fysiske og digitale intervjuene. Som intervjuer ble det faktisk lettere å bare lytte når intervjuet foregikk digitalt. Mulig det kan henge sammen med økt skjerpet tilstedeværelse når noe uforutsett kan oppstå med teknologien og du i tillegg snakker med personer du ikke har møtt før. De fysiske intervjuene var med personer som var kjent fra kursvirksomhet og alarmsituasjoner i samme klinikk. Det krevde litt forberedelse, siden kjennskap til deltakere kan være en kilde for påvirkning og

forutinntatthet (Thagaard, 2018). Oppmerksomheten var rettet på det deltaker sa og gjorde, mer enn på meg eller tidligere relasjon. Intervjuguiden hadde åpne spørsmål for å unngå svar som deltakerne kunne tenke at forsker var ute etter. Målet var å fremstå distansert for ikke å lede deltakere inn på svar som kunne være påvirket av mine spørsmål eller personlig engasjement (Thagaard, 2018). Fysiske intervju gjorde det mulig å legge til rette for en koselig atmosfære med kaffe, kjeks og lys, men de digitale intervjuene var også hyggelige. De forløp lett og ledig og uten tekniske utfordringer. Forsker forsikret seg underveis om at egne oppfattelser stemte overens med deltakernes meninger og hensikt (Johannessen et al., 2016). Forsker jobbet ut ifra et åpent sinn og en dynamisk tilnærming til intervjusituasjonene (Johannessen et al., 2016). Deltakerne ble takket for deltakelsen og påminnet sine rettigheter som deltakere (Thagaard, 2018, Forskningsetikk.no). Det var viktig at ingen skulle føle seg forpliktet utover intervjuet. Deltakerne ble forsikret om at det å trekke seg var sett på som greit og en rettighet, og at forsker var tilgjengelig for eventuelle spørsmål på et senere tidspunkt (Thagaard, 2018, Forskningsetikk.no).

3.5 Transkripsjon

Datamaterialet ble transkribert ordrett fra lydopptakene (Thagaard, 2018). Det ble brukt mobilapp til opptak, Nettskjema- diktafon (Nettskjema.no). Oversettelse fra tale- til skriftspråk er en prosess som kan svekke data. Stemmeleie og nonverbalt språk utelates og for eksempel ironi eller følelser kan gå tapt (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 187). Etter transskribering var intervjuet strukturert og egnet for analyse. Transskripsjon var en tidkrevende prosess. Den forgikk hjemme uten tilhørere og anonyme transkripsjoner ble vektlagt (Thagaard, 2018).

3.6 Dataanalyse

Analysemetoden er inspirert av Malteruds (2018) systematiske tekstkondensering og benyttet for å redusere data til mening og betydning. Analysemetoden deles i 4 trinn:

1. Helhetsinntrykk- fra kaos til foreløpige temaer: Forsker gjorde seg kjent i datamaterialet og det deltakerne hadde fortalt. Det ble tusjet i ulike farger og nyanser for å skape oversikt. Fargesystemet ble brukt for å gjenkjenne og systematisere datamaterialet. Et eksempel er at et foreløpig tema ble markert i nyanser av gult. Gult markerte det som handlet om fysiske og psykiske reaksjoner.

2. Meningsbærende enheter- bruk av koder: Datamaterialet ble grundig gjennomgått flere ganger for å sortere og finne hva som var felles. De ulike fargene og nyansene var betydningsfulle for å kunne kode.
3. Kondensering fra kode til mening. Innholdet i de meningsbærende enhetene ble sammenfattet under ett begrep. Utsagnene til deltakerne fikk betydning i form av tema.
4. Syntese- sammenfatning fra kondensering til beskrivelse av meninger, begreper og resultater: Rekontekstualisering- puslebitene ble satt sammen på nytt i kategorier. «Gullsitater» ble laget på bakgrunn av det deltakerne sa for å poengtere mening. De ble også sortert i kategorier.

(Malterud, 2018, s. 97-116).

Analysen pågikk konstant mellom spørsmål og svar, data og teori (Malterud, 2018). Dette ble sett i sammenheng med den hermeneutiske sirkel hvor det er en kontinuerlig prosess av frem og tilbake mellom deler og helhet for en stadig dypere forståelse av meningen (Thagaard, 2018).

3.6.1 Forforståelse

Forskers profesjon er sykepleie med 21 års erfaring fra psykisk helsevern og akuttpost. Dette utgjør en sterk forforståelse. I tillegg baseres forforståelsen på positiv erfaring og god kjennskap til studiens tema fra den perioden det ble kalt for Terapeutisk Mestring av Aggresjonsproblematikk, TMA. Forsker har egenerfaring fra implementering av MAP-modellen på eget arbeidssted. Det var viktig å legge til rette for årvåkenhet og respekt for helt andre innspill og erfaringer fra deltakerne. En tydelig forforståelse om prosjektets tema trenger ikke være negativt så lenge en tilstreber å være objektiv som saklig, upersonlig og upartisk. I tillegg bør man ha et åpent sinn og bevisst kritisk tilnærming som å lete etter det motsatte av det en selv tror (Thagaard, 2018). Valg underveis i forskningsprosessen er ikke vektet av forforståelsen. De er foretatt ut ifra vurderinger til fordel for studien eller etter råd fra veiledere (Thagaard, 2018).

3.7 Ethiske aspekter

Det er unngått å forske ved egen arbeidsplass for å avverge etiske problemstillinger som forutinntatthet, påvirkning, taushetsplikt og konfidensialitet (Thagaard, 2018, s. 60-61).

For ett år siden ville studien vært vanskelig å gjennomføre blant MAP- instruktører med tanke på anonymitet. Det begynner nå å bli så mange utdannede MAP- instruktører i Norge at slik anonymisering er mulig (Sifer.no/ MAP). Pasienter innen psykisk helsevern kan være en ekstra sårbare gruppe. De belastes gjerne i tillegg med negativ ladet omtale og stigma (Lillevik & Øien, 2017). Det tar prosjektet og artikkelen hensyn til. Det var viktig å ivareta taushetsplikt og deltakernes anonymitet (Thagaard, 2018, s. 24). Alle deltakere og særlig historiene om pasienter, er på alle måter anonymisert. Deltakerne signerte skriftlig samtykke, deltok frivillig og kan trekke seg når som helst i prosessen (Thagaard, 2018). Innsamlede data ses på som sensitive opplysninger, oppbevares forsvarlig og lagres kun på bestemt tid (Thagaard, 2018, NSD.no). Lydfiler har kortvarig vært lagret på sikret mobil- app (Nettskjema.no). Transkriberte intervju er fullstendig anonymisert og inneholder ingen navn og pasientene er referert til som h*n. Ingen deltakere eller pasienter er beskrevet på en måte som gjør det mulig å gjenkjenne vedkommende. Hverken alder, bosted, arbeidssted, diagnose eller lignende er nevnt. Transkripsjonene ble likevel lagret på kryptert minnepinne og utskrifter av disse til bruk i analysen ble oppbevart hjemme i en liten safe med kodelås (Thagaard, 2018). Ingen sensitive opplysninger er sendt til veiledere via e-post. NSD mottok søknad om personopplysninger på grønt nivå, prosjektskisse og intervjuguide og godkjente prosjektet uten krav om endringer, referansenummer 710937. Redegjørelse for anonymisering av både deltakere og pasienteksempler ble vektlagt i søknaden. Prosjektet behandlet ikke personopplysninger (NSD.no). Informasjonsskriv fra NSD- standard, informasjon om prosjektet og intervjuguide ble vedlagt invitasjonen til studiens deltakere, men som nevnt ikke før de hadde sagt ja til å delta (Forskningsetikk.no).

3.8 Metodiske overveielser- forskningsprosjektets troverdighet

3.8.1 Gyldighet (validitet)

Forsker har underveis i prosjektet sjekket at det som skulle undersøkes, faktisk er det som har skjedd (Johannessen et al., 2016). Eksempelvis kontrollerte forsker egne oppfatninger opp mot deltakerne underveis i intervjuene (Drageset & Ellingsen, 2010). Utførelse og dokumentasjon av intervju, transskribering og dataanalyse er foretatt etter gjeldende krav for kvalitativ metode (Thagaard, 2018, Johannessen et al., 2016). Det er underveis foretatt forskervalideringer med veiledere som har godkjent framgangsmåter og dokumentasjon. Hensikt, kontekst og perspektiv er forklart slik at leser selv har mulighet til å vurdere

gyldigheten (Johannessen et al., 2016). Forsker har hatt et åpent sinn og lett etter motsatte bevis eller negative tilfeller i studien (Drageset & Ellingsen, 2010). Resultatene vurderes til å være relevante og gyldige (Johannessen et al., 2016).

3.8.2 Pålitelighet (reliabilitet)

Forsker har tilrettelagt for nøyaktighet rundt de praktiske forhold gjennom hele forskningsprosessen (Johannessen et al., 2016). Lydopptakene hadde god lyd kvalitet, transkribering foregikk ordrett og anonymt og analyseprosessen gjennomgikk flere runder for kvalitetssikring av veiledere. Det har vært oppmerksomhet på eventuelle feilkilder og forsker har fremstilt studiens fremgangsmåte på en transparent måte fra start til slutt (Drageset & Ellingsen, 2010, Johannessen et al., 2016). Kreative innspill og variasjon vurderes ikke å ha gått på bekostning av pålitelighet (Johannessen et al., 2016). Bekreftbarhet og objektivitet styrker studiens gyldighet og pålitelighet. Resultatene framkommer av forskningen og ikke forskers subjektive meninger og holdninger. Andre forskere vil kunne etterprøve resultatene med lignende studier. Fortolkningene underveis i intervjuene støttes av deltakerne og styrker bekreftbarhet (Johannessen et al., 2016).

3.8.3 Overførbarhet

Overførbarhet dreier seg om resultatene har gyldighet utover utvalget og konteksten og om de er relevante og anvendbare i andre situasjoner (Johannessen et al., 2016). Selv om utvalget representerer psykisk helsearbeidere med formalkompetanse, vil resultatene kunne gjenkjennes i andre kontekster (Nag et al., 2021, Harris & Meland, 2019, Johannessen et al., 2016). Overførbarhet styrkes av at resultatene også kan være relevante og anvendbare for andre yrkesgrupper som utfordres av aggresjons- og voldsproblematikk (Baumeister & Vohs, 2016, Harris & Meland, 2019, Niven et al., 2012). Mening som tolkes ut ifra resultatene vil kunne gi innsikt av betydning (Johannessen et al., 2016). Deltakerne representerer de fire helseforetakene i Norge nettopp med tanke på overførbarhet utover utvalget (Johannessen et al., 2016).

4. Oppsummering av funn

Resultater viste to hovedkategorier av MAP- instruktørers erfaringer med selvregulering i samhandling med pasienter med aggresjons- og voldsproblematikk. De oppsummeres med underkategorier og tilhørende *gullsitat*.

4.1 Selvregulering handler om selvrefleksjon og personlig ansvar for rollen profesjonell miljøterapeut

4.1.1 Erkjenne egne følelser og kroppslige reaksjoner

Gullsitat:

Det handlet mye om å akseptere at vi vil opptre uhensiktsmessig på et eller annet tidspunkt og at vi skal snakke om sviktende selvregulering de gangene vi opptrer uprofesjonelt.

Resultatet forteller at selvregulering starter med å bli bevisst egne følelser og reaksjoner. Kroppsspråket er avgjørende for å fremstå konfliktdempende. Personlige og private forhold er med på å forstyrre evnen til selvregulering. Et blikk innover i seg selv var en viktig del av selvreguleringsprosessen. Selvrefleksjon og erfaringsbasert kunnskap var viktig for å kunne trene opp evnen til selvregulering. Selvregulering styrket kommunikasjonsferdigheter som videre bevarte profesjonaliteten.

4.1.2 Tid til å gjenvinne kontroll over seg selv

Gullsitat: *Selvregulering handlet om å hente overskudd til å ivareta andre.*

Pusteteknikkene var viktige for å kunne selvregulere og gjenvinne fysisk og psykisk kontroll. Dette ga tiden gode kår og det ble brukt lite energi på uhensiktsmessige responser. Utholdenhet for ubehag ble det viktigste. Selvregulering og profesjonalitetsbegrepet handlet om at de ubehagelige følelsene ikke skulle lekke ut ufiltrert og forurense samspillet i en arbeidskontekst. Følelser kunne skape emosjonell smitteeffekt fra dynamikker blant en eller flere som kjente at ubehaget ble for mye. Det var rom for å ha dager med nedsatt kapasitet og arbeidsoppgaver og belastninger kunne tilrettelegges. Deltakerne var opptatte av ansvaret for pasienter og hverandre. Det ble påpekt at å si «unnskyld» til en pasient eller kollega nesten var nødvendig etter enkelte episoder. Unnskyld ble omtalt som et «magisk» ord som kunne være veldig god relasjonell «medisin».

4.1.3 Konstruktive tilbakemeldinger fra kolleger

Gullsitat:

Et terapeutisk møte med aggresjon, er det motsatte av et naturlig møte med aggresjon.

Det var omsorg forbundet med å gi hverandre tilbakemeldinger om hvordan selvreguleringen fungerte, både individuelt og kollektivt. Individuell selvregulering påvirket kollektiv selvregulering. Disse tilbakemeldingene var assosiert med å lære, forebygge uønskede konsekvenser for relasjoner til andre og beskytte pasientene.

4.2 Selvregulering handler om å fungere godt sammen som team

4.2.1 Skape rom for planlegging og samarbeid

Gullsitat:

Selvregulering handlet om å koble på hjernen når den ikke vil være med, og koble av instinktene.

Planlegging av tilnærming til de ulike aggressive situasjonene skapte opplevelse av kontroll og trygghet hos ansatte som er gode forutsetninger for selvregulering. Det ble tilstrebet kontroll over seg selv før de prøvde å ta kontroll over et annet menneske. Det var aldri mulig å planlegge alt, men de «tok seg tid» og forberedte seg mentalt og fysisk siden aggressive episoder sjelden oppstår helt uten forvarsler. Planlegging ble på den måten motgift for stress og ensbetydende med bedre selvregulering. Selvregulering fikk deltakerne til å føle seg skjerpet, påkoblet og tolerante som også ga påfyll av empati og overskudd. Samarbeid basert på åpenhet, lojalitet og tillit resulterte i at alle visste teamets styrker og svakheter.

4.2.2 Trenings- og erfaringskompetanse øker rasjonell kapasitet

Gullsitat: *Man lærer mye av erfarne kolleger, spesielt husker man tryggheten.*

Erfaringskompetanse handlet om å ha eksponert seg og vært utenfor komfortsonen utallige ganger. Erfarings- og gjenkjenningsskunnskap minnet de også om at pasientene først og fremst hadde det vondt og vanskelig og gjerne benyttet sterke følelsesuttrykk uten slemme intensjoner. Pusteteknikker opplevdes for noen i starten som unaturlig og flaut å trene på, men beviste nytte i praksis. Trening og øvelser med simulering av aggresjon, kunne gi nødvendige forutsetninger for å mestre reelle situasjoner. Erfaringskompetanse bidro med verdifull kjennskap til egne reaksjoner på stress, men også kunnskap om konflikthåndtering

og kontroll over instinktive responser. Det resulterte i utholdenhet, kontroll og redusert handletrang eller hevnløst.

4.2.3 Ledelse og god kommunikasjon reduserer kaos

Gullsitat: *Jeg er ikke god for (pasientens navn) nå.*

Selvregulering hadde betydning for om alarmsituasjoner ble tydelig ledet med god kommunikasjon. Kulturforskjeller og uenigheter ble bedre håndtert når de involverte klarte å forholde seg selvregulerte. Det kunne roe situasjonen at ingen fikk behov for fysisk inngripen som videre påvirket til å bruke enda bedre tid. Tid var viktig for at pasienten skulle få oppleve å føle seg hørt, og sikre at personalet vurderte situasjonen riktig. Økt tåleevne i situasjonene kunne utløse helt andre handlingsalternativ enn for eksempel tvangsmidler. Tilstedeværelse av godt selvregulert personal kunne forebygge at aggresjon og vold oppstod i utgangspunktet når genuin trygg tilstedeværelse smittet i miljøet. I tilspissede situasjoner var det dempende at den som var i konflikt eller diskusjon med pasienten, trakk seg bort. God selvregulering bidro til bedre situasjonsforståelse, rasjonalitet og samarbeid preget av inkludering, medbestemmelse og lavt konfliktnivå.

5. Diskusjon

Delkapittelet avgrenses og diskuterer resultatene opp mot Baumeisters teorier om selvregulering (2.4.2). Hensikten med studien repeteres og den var å undersøke hvordan MAP- instruktører erfarer selvreguleringsferdigheter og vurderer innflytelsen for samhandling med aggressive og voldelige pasienter i psykisk helsevern. Problemstillingen var:

Hvordan erfarer MAP- instruktører forutsetninger for, og betydningen av selvregulering i samhandling med pasienter med aggresjons- og voldsproblematikk i psykisk helsevern?

5.1 Selvregulering som energibrønn

Resultatene bekrefter i stor grad Baumeisters teorier om selvregulering som energibrønn. Private forhold pekes ut som en av de store energityvene. Mangel på søvn og mat vil kunne forklare redusert evne til selvregulering (Baumeister & Vohs, 2016). Her vil det ikke hjelpe helsepersonell i særlig stor grad å være klokkeklare over egne fysiske og psykiske reaksjoner dersom man møter aggresjon og vold tom for energi (Baumeister & Vohs, 2016). Trenings- og praksiserfaring vil kunne være vanskelig å utnytte så lenge man ikke har klart å opprettholde energinivået i kroppen. På den ene siden vil man være robust utrustet selvreguleringsmessig om man kombinerer MAP- trening, praksiserfaring og gode forhold privat som rutiner for nok søvn, bra ernæring og stabilt privatliv. På den andre siden vil det hele kunne kollapse selvreguleringsmessig om man ikke passer på de basale behov (Baumeister & Vohs, 2016). Kjennskap til energibrønnen blir med det viktig som en del av å kunne opptre profesjonelt. Funn peker på selvrefleksjon og personlig ansvar for å forvalte profesjonalitet. Det personlige ansvaret vil være å ta tilstrekkelig vare på seg selv for å opprettholde stor nok energibrønn ut ifra de vurderinger som hver enkelt må foreta for å kunne innfri mål, motstå fristelser eller møte eventuelle kriser (Baumeister & Vohs, 2016). Det foreligger ikke funn på individuelle faktorer, men resultater viser at eksempler på mangelfull selvregulering kan stamme fra skranten energibrønn (Baumeister & Vohs, 2016). Det å bruke tid og hente overskudd vil med stor sannsynlighet også bli vanskeligere når Baumeister beskriver hvor avhengig hjernen er av glukose. Det vil videre peke mot at nedsatt kapasitet kan være resultat av suboptimalt forarbeid og forberedelse til en arbeidssituasjon. Resultater talte for aksept for dårlige dager og tilrettelegging av andre arbeidsoppgaver eller skjerming fra provokasjon, mens teori om energibrønn vil kunne forklare dette som en ren

fysisk årsak (Baumeister & Vohs, 2016). Tatt i betraktning påkjenningene aggresjon og vold medfører, vil perspektivet med energibrønn kunne gi et mer fysisk og konkret holdepunkt som for noen vil kunne bidra positivt som forklaringsmodell for evnen til selvregulering (Baumeister & Vohs, 2016). For at et team skal fungere, vil energibrønnen kunne bli et utgangspunkt før både planlegging og samarbeid. Resultatene spesifiserte at selvregulering påvirket og ble påvirket av planlegging, samarbeid og videre samspill. Ut ifra Baumeisters teorier vil da selvregulering få best arbeidsforhold dersom alle har spist, både før og i løpet av arbeidsdagen. Dette kan være et forenklet bilde som undergraver samspillet kompleksitet, men både empatieevnen og tålmodighetstanken vil kunne yte godt av påfyll av næring (Baumeister & Vohs, 2016). På den ene siden bør det kunne kjennes godt å minimere risikoen for å ta dårlige valg og beslutninger med å passe på å spise jevnlig. På den andre siden kan en så elementær tilnærming nesten være nedlatende overfor en helhetlig forståelses- og samhandlingsprosess som selvregulering er (Harris & Meland, 2019). Likevel forsterker resultater og teori hverandre og påviser et dynamisk samspill mellom individuell og kollektiv selvregulering og ikke minst forutsetninger for dette. Psykisk helsearbeidere som påtar seg utfordringer og relasjonsarbeid med aggresjon og vold, vil kunne ha nytte av kunnskap om alle små deler av en helhet som til slutt fremstår som selvregulering (Baumeister & Vohs, 2016). Likevel kan det stilles noen kritiske spørsmål til om selvregulering blir optimal bare ved å sove og spise godt. På den ene siden vil praksis være at helsepersonell må forholde seg til mange ulike emosjonelle utfordringer. Det kan være egne følelser og pasienters følelsesuttrykk (Lillevik & Øien, 2017, Isdal, 2017). På den andre siden kan det forekomme at det ikke blir tid til pauser og/ eller ivareta egne behov (DeWall et al., 2005). Selvregulering belyses som et komplekst bilde med mange elementer som bidrar positivt og negativt.

5.2 Selvregulering som en muskel

På det jevne angir resultatene at evnen til selvregulering kan trenes opp. Det vil på den ene siden forutsette at psykisk helsearbeidere har vilje til å trene. Baumeister sier at muskler blir slitne av trening, selv om de blir sterkere (Baumeister, 2012). Akkurat dette har stor betydning for å kunne forutse og ta hensyn til at enkelte kolleger kan bli utmattet av å selvregulere, noe som nettopp nedsetter evnen til ny selvregulering like etterpå (Baumeister, 2012). Resultatene forteller om hvordan bevissthet om egne tanker, følelser og

reaksjoner kan være skjerpende og selvregulerende i seg selv. Det kan på den andre siden skape mottakelighet for et bilde om selvregulering som en muskel. Forklaringsmodeller for hvorfor man mestrer eller mislykkes i selvregulering vil kunne øke forståelsen, og utvide repertoaret av tiltak (Baumeister, 2012). Dette ivaretar også personlig ansvar for profesjonalitet og teamsamarbeid. Egenskapen til å dra nytte av dette, blir å utvikle en utholdende selvreguleringsevne der hverken muskler eller energibrønn går tomme (Baumeister, 2012). Da vil mengdetrening med selvregulering gi fordeler, siden erfaring viser hva som sliter mest, gir påfyll og hva som skal til for å spare på kreftene (Baumeister, 2012). Baumeister sammenligner også selvregulering med «en moralsk muskel» som gir kraft til å gjøre det som er riktig (Baumeister, 2012). Resultater støtter teorien med beskrivelser av vonde opplevelser med å opptre dårlig selvregulert. God selvregulering med påfølgende bra håndtering av aggresjon eller vold på bakgrunn av rasjonelle og fornuftige beslutninger, ble i tråd med mål og forventninger (Harris & Meland, 2019). Streben etter moralsk standard vil kunne forsterkes både ved bruk av selvregulering og idealet om pasientenes autonomi. Baumeister anbefaler jevn arbeidsbelastning som gir best kår for moral og viljestyrke (Baumeister, 2012). Muskler jobber både ut ifra vilje og reflekser (Baumeister, 2012). Bildet kan også overføres til selvregulering. Resultater forteller at selv om hensikten er å utføre handlinger som gagnar alles beste, foregår det innimellom ikke slik. Resultatene påpeker at noe fra denne verden handler om å akseptere at på et tidspunkt vil man opptre uhensiktsmessig. Beslutninger og logiske resonnementer krever mye mer energi, viljestyrke og disiplinert mental innsats. Når resultatene fanger opp betydningen av planlegging, kan man med støtte i teori også velge å legge tøffere valg og beslutninger på et så gunstig tidspunkt på dagen som mulig (Baumeister, 2012). Det kan være tidlig på dagen og etter lunsj, i stedet for mot slutten av dagen når folk er tomme i energibrønnen og vil hjem (Baumeister & Vohs, 2016). Kroppen administrerer den begrensede ressursen viljestyrke for å håndtere fristelser og kriser og resultater kan antyde at kollektivt står man sterkere rustet enn individuelt. Planlegging og tid vil kunne sørge for jevn fart og kombinert med påfyll av næring kan det styrke forutsetningene for selvregulering (Baumeister, 2012). Et viktig aspekt er at det ikke alltid er mulig å bestemme når en vil utsette seg for «selvreguleringstrening» eller ta pauser. Arbeidsdagen byr på en del praktiske utfordringer på toppen av de relasjonelle. I tillegg til de aggressive situasjonene som kan oppstå, består arbeidsdagen av struktur og faste rutiner som krever sitt og tiden strekker ikke alltid til.

6. Konklusjon

Evne til selvregulering påvirker både individuelt og kollektivt på samhandling med pasienter med aggresjons- og voldsproblematikk. Studien har vist at selv med de nødvendige forutsetningene for selvregulering er det ikke gitt at man oppnår de ønskelige betydningene i praksis. Opplyftende er det at selvregulering kan sørge for mer helsefremmende arbeidsforhold i psykisk helsevern for ansatte som utsettes for belastningen det er å eksponere seg for aggresjon og vold. I tillegg til å håndtere negative opplevelser tilknyttet aggresjonsproblematikk, finner studien at selvregulering også handler om å ivareta seg selv og de basale behov. Evnen til selvregulering henger sammen med energiresurser i kroppen som kan utgjøre forutsetninger for selvregulering. Betydningen av selvregulering stammer fra økonomisk lite ressurskrevende prosesser. Det koster ikke penger å selvregulere og det er en utømmelig ressurs hos den enkelte så lenge det fylles på med næring, hvile og viljestyrke. Studien finner også grunnlag for å si at selvregulering innebærer at pasienter blir behandlet på en respektfull måte uavhengig av følelsesuttrykk samtidig som selvregulering kan forebygge at aggresjon og vold oppstår eller eskalerer. Dette kan redusere forekomst av tvangsmidler og forsterke bruken av mindre inngripende tilnærminger i psykisk helsevern. Studien belyser kunnskap om at selvreguleringsevnen svekkes rett etter bruk. Samtidig økes bevisstheten om at man kan og vil opptre uhensiktsmessig på et eller annet tidspunkt i en arbeidskontekst. Det kan medføre økt aksept og respekt for at man ikke skal ta evnen til selvregulering for gitt. Selvreguleringens formål med å bruke tid på utforsking og problemløsning, kan sikre pasientenes medbestemmelsesrett og reell opplevelse av autonomi, noe som i seg selv kan være aggresjonsforebyggende og relasjonsfremmende.

6.1 Implikasjoner for praksis

Anbefalinger til framtidig praksis er å videreføre eller tydeliggjøre viktigheten av at ansatte får ta seg pauser. Et ressursperspektiv som energibrønn og muskel utgjør, tilfører selvreguleringsprosessen noe fysisk. Det kan utgjøre en lunsjpause fra eller til dersom man skal vurdere hva som gikk bra eller dårlig i et tilspisset pasientmøte. Videre kan vedkommende som forsøkte å håndtere situasjonen, nettopp ha vært på en annen alarmsituasjon. Diskusjonskapittelet har vist at samme person kan ha nedsatt evne til selvregulering like etter en foregående. På den måten stiller erfaring og praksis i andre rekke, dersom fysikken kommer til kort. Dette kan være kunnskap som forsvarer rulling av

personal og prioritering av matpauser. Dette er ikke ny kunnskap, men befester hvorfor det er viktig å ivareta basale behov og være i stand til å gi og få tilbakemelding som en del av det å forbli selvregulert. Studien taler for at psykisk helsevern og pasientene er tjent med ansatte med formell kompetanse. Praksis bør legge til rette for at nyansatte får tilgang til MAP- opplæring. Også de som har vært ansatt lenge kan ut ifra denne studien argumentere for hvorfor det er viktig å friske opp gammel kunnskap og holde muskler og evnen til selvregulering i form.

6.2 Implikasjoner for videre forskning

Det vil kunne være nyttig å kartlegge faktorer for energibrønnen. Studien har resultater som sier noe om hvordan private forhold påvirker evnen til selvregulering, men det kan være interessant å indentifisere de ulike elementene for dette. Det vil nok være individuelle forskjeller i behov og oppfattelser, slik at kvantitativ metode vil kunne benyttes for å få data som kan framstilles statistisk. Når det gjelder observasjon av treningseffekt på selvregulering, kan det være krav om å følge deltakere over tid i en longitudinell studie. I tillegg til å trene på selvregulering ved tester, vil man kunne operere med ulike energibrønner for å studere påvirkning på evnen til selvregulering for å finne de ulike elementenes betydning. Annen forskning vil kunne finne svar på de mer utfordrende sidene med selvregulering og praksis som avgjør hvorfor det kan by på problemer å fremstå selvregulert. Forslag kan være hvordan kolleger fremmer eller hemmer selvregulering. Kan en pådriver for hvordan vi oppfører oss på jobb være frykt for sanksjoner etter brudd på uskrevne regler? Vil angstnivået i en avdeling påvirke selvregulering? Påvirkninger i kollegafellesskapet er spennende for videre forskning.

Litteraturliste

- Andersen, A. (2019, 19. oktober). *Psykisk helsearbeid*. Store medisinske leksikon.
https://sml.snl.no/psykisk_helsearbeid
- Andersson, P. (2019). Håndtering av frykt blant ansatte: vold og følelser i sikre enheter for ungdom. *Nordisk samfunnsarbeidsforskning*, 10, 158-172.
<https://doi.org/10.1080/2156857X.2019.1583598>
- Arbeidstilsynet. (2022, 05. mai). *Vold og trusler*: Oversikt.
<https://www.arbeidstilsynet.no/tema/vold-og-trusler/>
- Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern m.v. (arbeidsmiljøloven)*. (LOV-2005-06-17-62). Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/2005-06-17-62>
- Arch, J. J., & Craske, M. G. (2006). Mechanisms of mindfulness: Emotion regulation following a focused breathing induction. *Behaviour Research and Therapy*, 44 (12), 1849-1858.
- Bandura, A. (1991). Social Cognitive Theory of Self- Regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 248-287.
<http://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1991OBHDP.pdf>
- Baumeister, R. (2022, 13. april). *Research- Hjemmeside*: Oversikt.
<https://roybaumeister.com/research/>
- Baumeister, R. (2012). Self- control. The Moral Muscle. *The Psychologist. The British Psychological Society*, 25, 112-115.
<https://thepsychologist.bps.org.uk/volume-25/edition-2/self-control-%E2%80%93-moral-muscle>
- Baumeister, R. & Vohs, K. (2016). *Handbook of self- regulation. Research, Theory and Applications*. The Guilford Press. New York, London.
- Bjørkly, S. (2018). *Aggresjon og vold. Teori, analyse og terapi*. Kopinor. SBN 9788213100274
- Bjørkly, S. (2001). *Aggresjonens psykologi. Psykologiske perspektiver på aggresjon*. Universitetsforlaget.
- Broderick, P. (2005). Mindfulness and Coping with Dysphoric Mood: Contrasts with Rumination and Distraction. *Cognitive Therapy and Research*, 29 (5), 501-510.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2021, 23. september). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*: Oversikt. <https://www.forskningsetikk.no>

- DeWall, N., Baumeister, R., Stillman, T. & Gailliot, M. (2005). Violence restrained: Effects of self-regulation and its depletion on aggression. *Elsevier- Journal of Experimental Social Psychology*. [doi:10.1016/j.jesp.2005.12.005](https://doi.org/10.1016/j.jesp.2005.12.005) (uky.edu)
- Drageset, S. & Ellingsen, S. (2010). Å skapa data fra kvalitativt forskningsintervju. *Tidsskriftet Sykepleien*. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0027>
- Feldman, G., Greeson, J., & Senville, J. (2010). Differential effects of mindful breathing, progressive muscle relaxation, and loving-kindness meditation on decentering and negative reactions to repetitive thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 48 (10), 1002-1011.
- Goldblatt, H., Freund, A., Drach- Zahavy, A., Enosh, F., Peterfreund, I. & Edlis, N. (2020). Å gi helsehjelp i skyggen av vold: Varierer følelsesregulering blant sykehusansatte fra forskjellige yrker? *Tidsskrift for mellommenneskelig vold*. <https://doi.org/10.1177%2F0886260517700620>
- Hammer, J., Lian, Y. & Aas, S.A. (2021). Møte med aggresjonsproblematikk ved Blakstad, sykehus under covid-19 pandemien. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 18, 2021 (2), 214-221. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2021-02-12>
- Hammer, J., Mantila, H., Wolken, H., Lillelien, A. & Nag, T. (2021). Bedre kommunikasjonsferdigheter kan forebygge vold og trusler. *Tidsskriftet Sykepleien*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.84959>
- Harris, A. & Meland, A. (2019). Selvregulering. MAP. (ikke offentliggjort i MAP- manualen).
- Haugvaldstad, M. & Husum, T. (2016). Influence of staff's emotional reactions on the escalation of patient aggression in mental health care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 49 (A), 130-137. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.09.001>
- Helsedirektoratet. (2022, 06. mai). *Tvang- forebygging av tvang I psykisk helsevern for voksne. Nasjonale faglige råd: Oversikt*. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tvang-forebygging-av-tvang-i-psykisk-helsevern-for-voksne>
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Husum, T., Bjørngaard, J., Finset, A. & Ruud, T. (2011). Staff attitudes and thoughts about the use of coercion in acute psychiatric wards. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 893-901. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0259-2>

- Hôlzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6 (6), 537-559.
- Isdal, P. (2017). *Smittet av vold. Om sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet i hjelpeyrkene*. Fagbokforlaget.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P.A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Abstrakt Forlag.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T.M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Akademisk Forlag.
- Kahnemann, D. & Klein, G. (2009). Conditions for Intuitive Expertise. A Failure to Disagree. *American Psychologist*. <https://doi:10.1037/a0016755>
- Lillevik, O.G. & Øien, L. (2017). *Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon*. Gyldendal Forlag.
- Lim, M., Remington, G. & Lee, J. (2017). Personal recovery in serious mental illness: Making sense of the concept. *Annals of the academy of medicine, Singapore*, 49 (1), 29-31.
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- Meland, A. (2016). Mindfulness in High Performance Environments. (PhD). *Norwegian School of Sport Sciences*, Oslo, Norway.
- Muraven, M., Tice, D. & Baumeister, R. (1998). Selvkontroll som begrenset ressurs: Regulatoriske uttømmingsmønstre. *Tidsskrift for personlighet og sosialpsykologi*. 74 (3), 774–789. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.74.3.774>
- Muraven, M. & Baumeister, R. (2000). Self- Regulation and Depletion of Limited Resources: Does Self- Control Resemble a Muscle? *Psychological Bulletin*, 126 (2), 247-259. <https://doi.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.126.2.247>
- Nag, T., Kristiansen, G., Viste, L., Fotland, T., Kjærvik, K., Holtskog, T.E., Stamnes, S. (2019). MAP opplæringsmanual (1.0 ed.). SIFER. <https://sifer.no/undervisning/map-mote-med-aggresjon-og-vold-i-psykisk-helsevern/>
- Nag, T., Engen, M., Eldhammer, G. & Svenning, G. (2021). Et samlet fagmiljø står bak MAP-programmet for forebygging av vold. *Tidsskriftet Sykepleien*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.86110>

- Niven, K, Sprigg, C. & Armitage, K. (2012). Does emotion regulation protect employees from the negative effects of workplace aggression? *Journal of Work and Organization Psychology*, 22, 88-106. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2011.626200>
- Norsk Senter for Forskningsdata. (2021, 10. September). *Personverntjenester: Oversikt*. <https://www.nsd.no/personverntjenester/>
- Norvoll, R. & Pedersen, R. (2016). Exploring the views of people with mental health problems` on the concept of coercion: Towards a broader socio-ethical perspective. *Social Science & Medicine*, 156, 204-211. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.03.033>
- Norvoll, R., Ruud, T. & Hynnekleiv, T. (2015). Skjerming i akuttpsykiatrien. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. doi:10.4045/tidsskr.14.0124
- NOU 2019: 14. (2019). *Tvangsbegrensningsloven- Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten*: Helsedepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-av-nou-2019-14/id2660716/>
- Psykisk helsevernloven (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (LOV-1999-07-02-62). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-62>
- Salmon, P., Lush, E., Jablonski, M., & Sephton, S. E. (2009). Yoga and mindfulness: Clinical aspects of an ancient mind/body practice. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16 (1), 59-72.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (3), 373-386.
- Stami. Noa. (2022, 06. mai). *Temaområder. Vold og trusler: Oversikt*. <https://noa.stami.no/tema/psykososialtorganisasjon/vold-mobbing-trakkasering/vold/>
- Stewart, C. & Reeves, L. (2020). What are you afraid of? Managing Staff Fear and Anxiety With Agitated Patients. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. <https://doi.org/10.1177/1078390320902815>
- Tang, Y. Y., Holzel, B. K., & Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nat Rev Neurosci*, 16 (4), 213-225.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitative metoder*. Fagbokforlaget.

Vitenskapelig artikkel

Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid

*MAP- instruktørers erfaringer med selvregulering og
agresjonsproblematikk i psykisk helsevern*

Forfatter Sylvi Lilledrange

Født 04.08.1980

Spesialsykepleier i psykisk helsearbeid

Stavanger Universitetssykehus, akuttpost C1

Mastergradsstudent

Fjellfaret 26, 4025 Stavanger. lilledrange@lyse.net

5000 ord, 1 tabell, 1 figur. NSD, referansenummer 710937.

Sammendrag

Bakgrunn: Pasienter med aggresjons- og voldsproblematikk er tidvis en utfordring i psykisk helsevern. Møte Med Aggresjonsproblematikk, MAP, er et opplæringsprogram anbefalt av Helsedirektoratet med mål om å forebygge og håndtere aggresjon og vold. Selvregulering kan bidra til å redusere pasienters aggressive følelsesuttrykk og er et av teorikapitlene i MAP- manualen. Studiens hensikt var å utforske hvordan MAP- instruktører erfarer selvregulering i samhandling med aggressive og voldelige pasienter i psykisk helsevern.

Problemstilling: Hvordan erfarer MAP- instruktører forutsetninger for, og betydningen av selvregulering i samhandling med pasienter med aggresjons- og voldsproblematikk i psykisk helsevern?

Metode: Studien hadde et eksplorerende design med bakgrunn i semistrukturerte individuelle intervju med seks strategisk utvalgte MAP- instruktører. Datamaterialet ble analysert etter inspirasjon fra systematisk tekstkondensering.

Resultater: De fant at selvregulering styrker selvrefleksjon, profesjonalitet og samarbeid.

Diskusjon: Artikkelen diskuterer toleransevinduet (optimal prestasjon) og samspill.

Konklusjon: Selvregulering kan sørge for helsefremmende arbeidsforhold for den individuelle psykisk helsearbeider. Selvregulering skaper muligheter for å håndtere vanskelige opplevelser som frykt, sinne, krenkelser og fornærmelser.

Nøkkelord: MAP instruktør, profesjonalitet, psykisk helsevern, selvregulering, samarbeid, toleransevindu

Abstract

Background

Inpatient aggression and violence are at times a challenge within mental health inpatient services. Management of Aggression Programme (MAP), a comprehensive training program on violence risk prevention and management, is recommended by the Norwegian health directorate. Emotional awareness and self-regulation in healthcare professionals may reduce patients' aggressive expressions, and one of the chapters in MAP addresses self-regulation. The aim was to explore how MAP instructors experience interaction with patients and their aggressive or violent behaviour in mental health care. Study issue: *How do MAP- instructors experience prerequisites for, and the importance of self-regulation in interaction with inpatient aggressive or violent behaviour in mental health care?*

Methods

This explorative designed study was based on individual semi-structured interviews with six strategically recruited MAP instructors. The collected data were analysed using systematic text condensation.

Results

Results found self- regulation to deal with self-reflection, professionalism and teamwork.

Discussion

The article discusses "tolerance window" (optimal performance) and interaction.

Conclusion

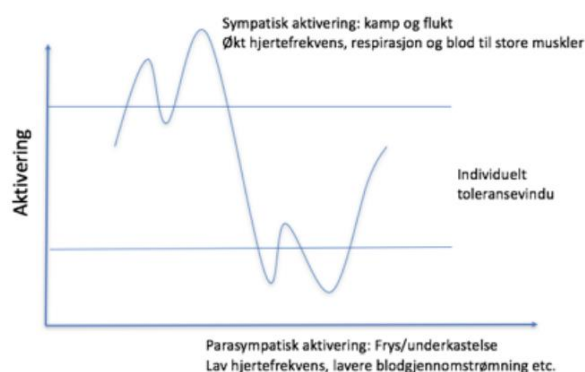
Self-regulation may provide health benefits for the individual mental healthcare professional. Self-regulation provides opportunities to deal with bad experiences such as fear, anger, abuse and insults.

Keywords: MAP instructors, mental health care, professionalism, self-regulation, teamwork, tolerance-window

Innledning

Utviklingen i psykisk helsevern de seneste årene har vært økende krav om mindre inngripende tiltak overfor pasienter med aggresjons- og voldsproblematikk. Det forankres i myndighetenes anbefalinger og Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven, 1999). Det stilles allerede strenge kriterier blant annet til bruk av tvangsmidler i ny Tvangsbegrensningslov som etter ekstra høringsrunde ble gjort gjeldende i mars, 2022 (NOU, 2019). Aggresjons- og voldsproblematikk er tidvis en stor utfordring og belastning i relasjonsarbeidet i psykisk helsevern (Arbeidstilsynet.no, Hammer et al., 2021, Helsedirektoratet.no). Siden 2019 har selvregulering fått økt oppmerksomhet via Møte Med Aggresjonsproblematikk, MAP. MAP er et helhetlig opplæringsprogram i å forebygge og håndtere aggresjons- og voldsproblematikk i helse- og sosialsektoren (Nag et al., 2019). MAP er anbefalt i nasjonale faglige råd for forebygging og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern siden 2019 (Regjeringen.no, Nag et al., 2021). Temaet selvregulering inngår i dette opplæringsmaterialet. Selvregulering kan defineres som et forsøk på å endre egne tanker, følelser, handlinger og prestasjoner for å opprettholde balanse og normal fungering (Harris & Meland, 2019). Gjennomgående inkluderer dette evnen til å regulere egne tanker, følelser og oppførsel ved å hemme impulser og reagere innenfor toleransevinduet.

Over og underaktivering som reaksjon på fare



Modell 1 - Toleransevinduet (Harris & Meland, 2019).

Toleransevinduet er en modell som beskriver området hvor man presterer optimalt mot fare og agerer innenfor overreaksjoner (fight) og underreaksjoner (freeze, flight) (Harris & Meland, 2019). Parallelt kreves det å huske og prosessere informasjon og samtidig holde og skifte fokus (Harris & Meland, 2019). Dette er betydningsfullt fordi relasjonsarbeid som innbefatter aggresjon og vold truer alt som er normalt og naturlig (Isdal, 2017). Isdal

beskriver at selvregulering i stor grad handler om å motstå kroppens naturlige forsvarsreaksjoner som fight eller flight (Isdal, 2020). Teori om selvregulering hentet fra MAP, forteller om kroppens fysiologi og aktivering i møtet med aggresjon og vold, og hvordan følelser og reaksjoner kan påvirke samspillet og utfallet av aggressive hendelser (Harris & Meland, 2019). Sentrale egenskaper hos psykisk helsearbeidere som god selvregulering og samarbeidsbasert problemløsning blir betydningsfulle i pasientarbeid med aggresjon og vold (Haugvaldstad & Husum, 2016). Haugvaldstad og Husums artikkel omhandler helsepersonells reaksjoner fra møter med aggresjon og vold, og finner blant annet frykt, sinne, utbrenthet, krenkelser og fornærmelser. Økt beredskap på hvordan helsepersonell har det og samspillet mellom ansatte og pasienter, dreier inn på selvregulerings innflytelse. De konkluderer med at innsats på emosjonell bevissthet og selvregulering hos helsepersonell igjen kan dempe pasientens aggressive uttrykk (Haugvaldstad & Husum, 2016). Andersson opplyser at helsepersonell som jobber med andres følelser forventes å kontrollere sine egne. Studien fant forutsetninger og fordeler av å beherske egne følelser og reaksjoner før helsepersonell jobbet med pasientenes utfordringer. Studien belyser også hvordan følelser og voldelig atferd posisjonerer seg over på omgivelsene (Andersson, 2019). Følelsesregulering kan forebygge negative belastninger og senskader av å utsettes for aggresjon, trusler og vold på arbeidsplassen (Niven et al., 2012). Forskning på simulering og trening av selvregulering og selvkontroll fant at dette er mulig, og gir økt selvbeherskelse som kan redusere responstrangen på provokasjoner både hos ansatte og pasienter (DeWall et al., 2005).

På bakgrunn av dette kan ett kunnskapshull være hvordan MAP som ferskt opplæringsprogram på selvregulering har fungert i praksis. Hensikten med studien var å undersøke hvordan MAP- instruktører erfarer selvreguleringsferdigheter og vurderer innflytelsen på samhandling med aggressive og voldelige pasienter i psykisk helsevern. Problemstillingen var:

Hvordan erfarer MAP- instruktører forutsetninger for, og betydningen av selvregulering i samhandling med pasienter med aggresjons- og voldsproblematikk i psykisk helsevern?

Metode

Artikkelen bygger på en kvalitativ studie som del av et masterprosjekt. Studien har benyttet et kvalitativt eksplorerende design (Kvale et al., 2015) for å avdekke MAP- instruktørers erfaringer med selvregulering i relasjonsarbeid til pasienter med aggresjons- og voldsproblematikk i psykisk helsevern. Studiens deltakere har delt erfaringer om hva de tenker har innflytelse på valg av mindre inngripende tilnærming for å løse pasientkonflikter og truende situasjoner.

Rekruttering

Deltakerne er forankret i MAP sitt utdanningsopplegg som MAP- instruktører (Nag et al., 2019). De har gjennomgått et ti-dagers kurs. Generelle MAP- kurs er på to dager (Nag et al., 2019). Deltakerne ble rekruttert til masterprosjektet via e-post. Kjennskap og henvendelse til MAP nasjonalt ga tilgang til ytterligere MAP- instruktører enn de som var kjent fra før. Alle fikk samme invitasjon til å delta, men ingen informasjon om studien før de eventuelt takket ja til å bli med. Deltakere har signert samtykkeskjema (Thagaard, 2018). Intervjuform som fysisk eller digitalt møte, tid og sted ble avtalt med individuelle hensyn (Thagaard, 2018).

Strategisk utvalg

I tillegg til å være utdannede MAP- instruktører, har deltakerne master i sykepleie eller vernepleie som tilstrebet noenlunde lik utdannelse og faglig ansvar. Videre inkluderingskriterie var lang og bred klinisk erfaring fra relasjonsarbeid med aggresjons- og voldsproblematikk. Dermed ble MAP- instruktører valgt fra akutt- og sikkerhetsposter. Ekskluderingskriterie var MAP- instruktører uten sykepleier- eller vernepleierutdanning. De har ikke ansvar for tvangsmidler eller deltar i behandlingsavgjørelser på samme måte (Psykisk helsevernloven, 1999, § 4-8). Det ble med tre kvinner og tre menn i studien med aldersspenn fra sent tyveårene til tidlig sekstiårene. Forsker lyktes med å få med en representant fra alle landets regionale helseforetak. Seks deltakere sikret et rikt beskrivende datamateriell. En kvalitativ studie med seks grundige beskrivelser av et fenomen, vil kunne tåle om noen på et tidspunkt vil trekke seg fra studien (Thagaard, 2018). Forsker hadde

kjennskap til tre av deltakerne. Relasjonene er profesjonelle fra jobbkontekster som MAP-arbeid og alarmsituasjoner.

Datainnsamling

Kvalitative individuelle intervju

Kvalitative individuelle intervju ble foretrukket metode når ulike arbeidssted og stor geografisk spredning hos deltakerne var uforenelig med gruppeintervju (Thagaard, 2018, s. 53). Individuelle intervju fikk fram historier og erfaringer og deltakerne tok utgangspunkt i en opplevd situasjon med aggresjon og vold der potensialet for tvangsmidler hadde vært til stede. Situasjonen ble rammen for et semistrukturert intervju med videre muligheter for oppfølgings spørsmål og spontanitet (Thagaard, 2018, s. 90-92).

Det var satt av tid til en kort introduksjon før selve intervjuet startet. Prøveintervjuene viste at det var rom for det, og en tilbakemelding som ble videreført for å skape en trygg og hyggelig atmosfære (Thagaard, 2018). Deltakerne møtte godt forberedt. De fikk utlevert intervjuguiden på forhånd med dette formålet. Taushetsplikten ble presisert innledningsvis før intervjuet begynte. Intervjuene foregikk fysisk eller digitalt via Zoom og Skype. De fysiske intervjuene var med personer som jeg kjenner fra kursvirksomhet og alarmsituasjoner i samme klinikk. Det krevde litt forberedelse, siden kjennskap til deltakere kan være en kilde for påvirkning og forutinntatthet (Thagaard, 2018). Oppmerksomheten var rettet på det deltaker sa og gjorde, mer enn på meg eller tidligere relasjon. Intervjuguiden hadde åpne spørsmål for å unngå svar som deltakerne kunne tenke at forsker var ute etter. Spørsmålene tok utgangspunkt i en opplevd situasjon hvor deltakerne hadde benyttet selvregulering. Det ble spurt om hva som fungerte og ikke, og hva som er utfordrende og nyttig med selvregulering. Det var også et spørsmål om deltakernes oppfatninger av lovverket rundt tvangsmidler. Det ble tatt med da håndtering av aggresjon og vold også må vurderes opp mot bruk av eventuelle tvangsmidler. Under intervjuet var målet var å fremstå distansert for ikke å lede deltakere inn på svar som kunne være påvirket av forskers spørsmål eller personlige engasjement (Thagaard, 2018). De digitale intervjuene med ukjente deltakere forløp lett og ledig uten tekniske utfordringer. Intervjuene ble tatt opp på mobilapp,

Nettskjema- diktafon (Nettskjema.no). Deltakerne ble takket for deltakelsen og påminnet sine rettigheter som deltakere (Thagaard, 2018, forskningsetikk.no).

Dataanalyse

Før analysen av datamaterialet startet, ble intervjuene transkribert fra lydopptakene (Thagaard, 2018). Oversettelse fra tale- til skriftspråk er en prosess som kan svekke data. Stemmeleie og nonverbalt språk utelates og for eksempel ironi eller følelser kan gå tapt (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 187). Etter transskribering var intervjuene strukturert og egnet for analyse. Fullstendig anonyme transkripsjoner ble vektlagt (Thagaard, 2018). Analysemetoden er inspirert av Malteruds (2018) systematiske tekstkondensering og benyttet for å redusere data til mening og betydning. Den deles i 4 trinn:

- 1 Helhetsintrykk- fra kaos til foreløpige temaer: Forsker gjorde seg kjent i datamaterialet og det deltakerne hadde fortalt. Det ble tusjet i ulike farger og nyanser for å skape oversikt. Fargesystemet ble brukt for å gjenkjenne og systematisere datamaterialet. Et eksempel er at et foreløpig tema ble markert i nyanser av gult. Gult markerte det som handlet om fysiske og psykiske reaksjoner.
- 2 Meningsbærende enheter- bruk av koder: Datamaterialet ble grundig gjennomgått flere ganger for å sortere og finne hva som var felles. De ulike fargene og nyansene var betydningsfulle for å kunne kode.
- 3 Kondensering fra kode til mening. Innholdet i de meningsbærende enhetene ble sammenfattet under ett begrep. Utsagnene til deltakerne fikk betydning i form av tema.
- 4 Syntese- sammenfatning fra kondensering til beskrivelse av meninger, begreper og resultater: Rekontekstualisering- puslebitene ble satt sammen på nytt i kategorier. «Gullsitater» ble laget på bakgrunn av det deltakerne sa for å poengtere mening. De ble også sortert i kategorier.

(Malterud, 2018, s. 97-116).

Analysen pågikk konstant mellom spørsmål og svar, data og teori (Malterud, 2018). Dette ble sett i sammenheng med den hermeneutiske sirkel hvor det er en kontinuerlig prosess av

frem og tilbake mellom deler og helhet for en stadig dypere forståelse av meningen (Thagaard, 2018).

Etiske betraktninger

Studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD), referansenummer 710937. Godkjenningen er basert på skriftlig informert samtykke fra alle forskningsdeltakerne (Johannessen et al., 2016). Forsker har forholdt seg til generelle forskningsetiske retningslinjer og prinsipper (Forskningsetikk.no).

Resultater

Resultater viste to hovedkategorier av MAP- instruktørers erfaringer med selvregulering i samhandling med pasienter med aggresjons- og voldsproblematikk. De presenteres med underkategorier og tilhørende *gullsitat*.

Hovedkategori 1	Hovedkategori 2
Selvregulering handler om selvrefleksjon og personlig ansvar for rollen profesjonell miljøterapeut	Selvregulering handler om å fungere godt sammen som team
Underkategori 1 med gullsitat	Underkategori 2 med gullsitat
Erkjenne egne følelser <i>Det handlet mye om å akseptere at vi vil opptre uhensiktsmessig på et eller annet tidspunkt og at vi skal snakke om sviktende selvregulering de gangene vi opptrer uprofesjonelt.</i>	Skape rom for planlegging og samarbeid <i>Selvregulering handlet om å koble på hjernen når den ikke vil være med, og koble av instinktene.</i>
Tid til å gjenvinne kontroll over seg selv <i>Selvregulering handlet om å hente overskudd til å ivareta andre.</i>	Trenings- og erfaringskompetanse øker rasjonell kapasitet <i>Man lærer mye av erfarne kolleger, spesielt husker man tryggheten.</i>
Konstruktive tilbakemeldinger fra kolleger <i>Et terapeutisk møte med aggresjon, er det motsatte av et naturlig møte med aggresjon.</i>	Ledelse og god kommunikasjon reduserer kaos <i>Jeg er ikke god for (pasientens navn) nå.</i>

Selvregulering handler om selvrefleksjon og personlig ansvar for rollen profesjonell miljøterapeut

Erkjenne egne følelser og kroppslige reaksjoner: Følelser kunne potensielt påvirke kroppsspråket i stor grad. Selvregulering spilte hovedrollen for å formidle et rolig og konfliktdempende kroppsspråk. I «fightmodus» beskrev deltakerne å miste perspektivet og det overordnede målet. Deltakerne poengterte at evnen til selvregulering kunne forstyrres av personlige og private forhold. Søvn, ernæring, familieforhold, dagsform, sykdom og arbeidsmiljø ble nevnt av faktorer som påvirket følelser og forutsetninger for selvregulering. Deltakerne omtalte selvregulering som et blikk eller speil innover i seg selv. Det kunne reflektere noen mangler og påvise individuelle forbedringspotensial for relasjonskompetansen. Individuell selvregulering skjedde mer eller mindre bevisst og egenskapen var mulig å trene opp. Selvrefleksjon ble oppgitt som et betydelig innslag for personlig utvikling og evne til selvregulering.

Det handlet mye om å akseptere at vi vil opptre uhensiktsmessig på et eller annet tidspunkt og at vi skal snakke om sviktende selvregulering de gangene vi opptrer uprofesjonelt.

Flere savnet dette blikket inn i seg selv som nyutdannede. Deltakerne opplevde fysisk og psykisk ubehag på ulike måter i møtet med aggressive, truende eller voldelige pasienter. De erfarte at bevisstgjøring om kroppslig og mentalt ubehag og påfølgende reaksjoner, hadde økt forståelsen og anerkjennelsen av disse prosessene. Deltakerne hadde vært i truende situasjoner før og forstått at redsel og skjelvninger var normalt. Denne delen av jobben ble beskrevet som ekstrem sport hvor de skulle prøve å være selvregulerte i Formel 1. Selvregulering ble grunnlaget for å kunne håndtere fysisk og psykisk ubehag som ga mindre responstrang og redusert behov for å ta igjen overfor pasientene. Deltakerne rapporterte at de unngikk å respondere på uhensiktsmessig irritasjon og krenkelse. De sa til seg selv at nå er jeg hissig eller redd, og passet på at det ikke påvirket stemmen eller ansiktet for å opprettholde et konfliktdempende kroppsspråk. Selvregulering økte andelen ord og handlinger som var tilsiktete og valgt ut ifra det som en ønsket å gjennomføre eller oppnå. Reaksjoner på provokasjon ble dermed kontrollert i stor grad. Oppsummert var erfaringene at profesjonaliteten ble satt mindre på prøve og kom tydelig fram i situasjonene.

Tid til å gjenvinne kontroll over seg selv: I akutte situasjoner kunne pusteteknikker i stor grad bidra til å gjenvinne fysisk og psykisk kontroll. Samtidig med å lindre kroppslig og mentalt ubehag, klarnet tankene. Tiden kunne utnyttes effektivt til å vurdere situasjonen og selvregulering ble beskrevet som forutsetning for gode prioriteringer. Selvregulering ga tiden gode kår. Det skapte et fokus på her og nå som opprettholdt bruk av god tid gjennom seansen. Deltakerne brukte minimalt med energi på egne uhensiktsmessige responser. De formidlet at utholdenhet for ubehag var vel så viktig som en konkret løsning for konflikten. Selvregulering ble beskrevet som kognitiv omformulering og ganske naturstridig oppførsel i unaturlige kontekster. Pusten var erfart som uopphørlig ressurs og enkeltfaktor med stor nytteverdi for å kunne selvregulere og holde ut ubehaget. Selvregulering og profesjonalitetsbegrepet handlet om at de ubehagelige følelsene ikke skulle lekke ut ufiltrert og forurene samspillet i en arbeidskontekst. Deltakerne merket at kunnskap om selvregulering påvirket oppmerksomheten for egen kapasitet og innflytelse på relasjonsferdigheter. Deltakerne beskrev eksempler fra arbeidssituasjoner hvor de hadde vært både godt og dårlig selvregulert. Det å være selvregulert i en profesjonell hjelpekontekst, gjorde at de hadde mer relasjonsfremmende og relasjonshelende egenskaper. De klarte å være tilgjengelige, påkoblet og oppmerksomt til stede i menneskemøtene.

Selvregulering handlet om å hente overskudd til å ivareta andre.

I forbindelse med dager med nedsatt kapasitet, ønsket de å bli akseptert som «bare» et menneske og fikk tilrettelagt arbeidsoppgaver og belastninger. «I dag tåler jeg ikke all verdens». Noen fortalte at de hadde handlet enten med ord eller handlinger ut ifra egne følelser eller reaktivering. Følelser kunne skape emosjonell smitteeffekt fra dynamikker blant en eller flere som kjente at ubehaget ble for mye. Deltakerne var opptatte av ansvaret for pasienter og hverandre. Flere påpekte at å si «unnskyld» til en pasient eller kollega nesten var påkrevd etter enkelte episoder. Unnskyld ble omtalt som et «magisk» ord. Det å beklage kunne være veldig god relasjonell «medisin».

Konstruktive tilbakemeldinger fra kolleger: Individuelle forutsetninger for selvregulering gjorde utslag i kollektiv samhandling og kolleger påvirket hverandres evne til selvregulering. Det dreide seg om personlig kjemi og hvordan mennesker generelt påvirker

hverandre positivt og negativt. Slike erkjennelser kunne utgjøre mentalt overskudd eller underskudd i en arbeidskontekst. Selvregulering var erfart som en viktig enkeltfaktor for et vellykket og profesjonelt møte med aggresjonsproblematikk.

Et terapeutisk møte med aggresjon, er det motsatte av et naturlig møte med aggresjon.

Kolleger som fungerte bra sammen, og som kunne gi og motta tilbakemeldinger på en god måte, var viktige forutsetninger for å kunne mobilisere og benytte god aggresjonshåndtering. Tidvis måtte gruppen være speil for personal som ikke merket at de var utenfor toleransevinduet. Deltakerne formidlet hvor personlig og vanskelig det kunne være å både få og gi en slik tilbakemelding. Mot til begge deler og egenskaper som å trekke seg fra en konflikt, krevde en trygg person. Det var viktig å vurdere tid og sted, men alltid gjennomføre en slik tilbakemelding. Det veide tungt å forvalte læringspotensialet og vise omsorg for kollegaen, men helst forbygge uønskede konsekvenser for relasjonen til andre og beskytte pasientene.

Selvregulering handler om å fungere godt sammen som team

Skape rom for planlegging og samarbeid: Det ble presisert at jo større muligheter for planlegging, jo større opplevelse av kontroll og trygghet. Det igjen påvirket evnen til god selvregulering, også i situasjoner hvor man jobbet individuelt. Deltakerne formidlet holdninger om å tilstrebe kontroll over seg selv før de prøvde å ta kontroll over et annet menneske. Det var aldri mulig å planlegge alt, men de «tok seg tid» og forberedte seg mentalt og fysisk siden aggressive episoder sjelden oppstår helt uten forvarsler. Noen trakk seg mentalt tilbake for å få et overblikk. Andre dro ut tiden med å snakke med pasienten på en måte slik at kollegene rundt forstod at her tar vi oss tid til å snakke mer og handle mindre. Det skapte rom for å planlegge og velge strategi.

Selvregulering handlet om å koble på hjernen når den ikke vil være med, og koble av instinktene.

Forutsetninger for vellykket planlegging var at de involverte erkjente det som opplevdes utrygt eller vanskelig. Slik kunne det foretas tilrettelegging og prioriteringer. Planlegging ble på den måten motgift for stress og ensbetydende med bedre selvregulering. For noen var det å tenke at de hadde god tid, selvregulerende i seg selv. Selvregulering fikk deltakerne til

å føle seg skjerpet, påkoblet og tolerante som også ga påfyll av empati og overskudd. Samarbeid basert på åpenhet, lojalitet og tillit resulterte i at alle visste teamets styrker og svakheter. Innrømmelser om å bli redd i utrygge situasjoner, ikke mestre den eller opptre uprofesjonelt, ble profesjonelt mottatt og styrket samholdet.

Trenings- og erfaringskompetanse øker rasjonell kapasitet: Det krevde praksiserfaring for å erverve kompetanse til å handle fornuftig og rasjonelt i situasjoner med aggresjon og vold. Erfaringskompetanse handlet om å ha eksponert seg og vært utenfor komfortsonen utallige ganger. Erfarings- og gjenkjenningskunnskap minnet deltakerne likevel om at pasientene først og fremst hadde det vondt og vanskelig og gjerne benyttet sterke følelsesuttrykk uten nødvendigvis vonde intensjoner. Dette bidro til noenlunde lik situasjonsforståelse som igjen påvirket til bedre kollektiv selvregulering. Empatibegeret og tålmodighetstanken krevde konstant påfyll. Pusteteknikker opplevdes for noen i starten som unaturlig og flaut å trene på, men beviste nytte i praksis. Trening og øvelser med simulering av aggresjon, kunne gi nødvendige forutsetninger for å mestre reelle situasjoner. Erfaringskompetanse bidro med overlegen kjennskap til egne reaksjoner på stress, men også kunnskap om konflikthåndtering og grep om instinktive responser. Det resulterte i utholdenhet, kontrollopplevelse og redusert handletrang. Generelle erfaringer med selvregulering var mindre behov for å ta fysisk kontroll over pasienten som forårsaket ubehag og trussel, både individuelt og kollektivt. Noen tenkte tilbake i tid og innrømte at de hadde gått de rundt og «sprutet bensin på bålet i hytt og helvete». Det handlet ikke om vonde intensjoner, men om mangel på bevissthet og kompetanse.

Man lærer mye av erfarne kolleger, spesielt husker man tryggheten.

Ledelse og god kommunikasjon reduserer kaos: I alarmsituasjoner utpekes en leder som skal styre og delegere for å opprettholde trygghet og kontroll. Det ble den med avdelingsansvaret, kom først i situasjonen og/ eller kjente pasienten best. Ingen alarmsituasjoner hadde noen fasitløsning. Deltakerne fortalte om tidvis store forskjeller innenfor et og samme sykehus fra møter mellom ansatte fra avdelingene på alarm. Det kunne komme til uttrykk ulike holdninger, erfaringer, kompetanse og affekter. Pasientene kunne være kjent av flere, siden pasientene gjerne byttet avdeling etter hvor det var kapasitet. Det kunne medføre ulike meninger om tilnærming. Deltakerne betegnet dette

som kulturforskjeller. Alarmsituasjoner fremstod nokså kaotiske til tider, og slike kulturforskjeller kunne skape ekstra gnisninger og utfordringer. Selvregulering kunne tilrettelegge for åpenhet og samarbeid som ble gitt som forutsetninger for god kommunikasjon og ledelse. Deltakerne tilstrebet respekt mellom personal, pasient og leder uansett følelsesuttrykk. Deltakerne henviste til selvregulerte kolleger som den trygge rammen og økt opplevelse av kontroll. Det kunne roe situasjonen at ingen fikk behov for fysisk inngripen som videre påvirket til å bruke enda bedre tid. Økt tåleevne i situasjonene kunne utløse helt andre handlingsalternativ enn for eksempel tvangsmidler. Tilstedeværelse av godt selvregulert personal kunne forebygge at aggresjon og vold oppstod i utgangspunktet når genuin trygg tilstedeværelse smittet i miljøet. I tilspissede situasjoner var det dempende at den som var i konflikt eller diskusjon med pasienten, trakk seg bort.

Jeg er ikke god for (pasientens navn) nå.

Det kunne spille andre gode som en med bedre relasjon til pasienten, mer overskudd eller rett og slett fjerne den pasienten var sint på. Slike valg krevde rasjonelle vurderinger og reduserte emosjonell smitteeffekt av negative følelser. God kontroll på egne følelser og impulshandlinger gjorde det mulig å utnytte overskuddet til å tenke klart og ta funksjonelle avgjørelser. Leders rolle og evne til å styre situasjoner ble påvirket av affektkontroll. Sviktende selvregulering kunne bety at frykten tok over og påvirket andre, enten som over- eller underreaksjoner. Det kunne resultere i at det ble iverksatt unødvendig fysisk håndtering ut ifra redsel eller sinne, og ikke ut ifra et reelt trusselbilde eller voldspotensial. Deltakerne hadde også erfart i lederrollen at teamet var klare til å gå lengre enn nødvendig eller frøs i situasjoner som kunne sette dem selv eller andre i fare. Avgjørelser generelt tatt i affekt kunne skape kaos og improvisasjon, nettopp fordi de var resultat av impulsive responser. Deltakerne formidlet at individuell selvregulering påvirket kollektiv selvreguleringen og dermed samarbeid og utfall av situasjonene. De erfarte at god selvregulering bidro til bedre situasjonsforståelse og rasjonalitet. Leders oppgave ble enkel når gruppen var samkjørt og selvregulert. Selvregulering påvirket toleransen for fremmede holdninger og andre løsningsforslag enn det en selv var vant med eller tenkte var riktige. Gode evner til selvregulering påvirket til kommunikasjon, ledelse og gruppedynamikk med fokus på inkludering, medbestemmelse og lavt konfliktnivå.

Diskusjon

Hensikten med studien var å undersøke hvordan MAP- instruktører benytter selvreguleringsferdigheter og vurderer innflytelsen på samhandling med aggressive og voldelige pasienter i psykisk helsevern. Problemstillingen var:

Hvordan erfarer MAP- instruktører forutsetninger for, og betydningen av selvregulering i samhandling med pasienter med aggresjons- og voldsproblematikk i psykisk helsevern?

Selvrefleksjon, profesjonalitet og teamarbeid har stor nytteverdi i å bevisstgjøre og håndtere følelser og kroppslige reaksjoner tilknyttet relasjonsarbeid med aggresjon og vold.

Selvregulering bidrar videre til rolig og rasjonell håndtering av pasientene.

Toleransevinduet- optimal prestasjon

Selvregulering er vist som lite ressurskrevende økonomisk og lett tilgjengelig. Dette kan utgjøre en forskjell i relasjonsbehandling og tilfredsstillende håndtering av aggresjon og vold siden MAP er et sterkt kompetansemiljø som sikrer videre trening og opplæring av psykisk helsearbeidere (Nag et al., 2019). Resultatene forteller at selvregulering i stor grad handler om å ta et ærlig og kritisk blikk innover i seg selv. Optimal prestasjon ser med det ut til å kreve innsikt, selvrefleksjon og vilje til å jobbe ut ifra personlige egenskaper og forutsetninger (Haugvaldstad & Husum, 2016). Videre opprettholder resultatene at toleransevinduet er dynamisk og individuelt (Harris & Meland, 2019). På den ene siden utvider trening og mestring toleransevinduet. Det innebærer likevel at psykisk helsearbeidere må ivareta seg selv og være villige til å gjennomføre selvransakelse, vedlikeholdstrening og utbedringer (Haugvaldstad & Husum, 2016). På den andre siden viser resultater at privatlivets utfordringer kan redusere toleransevinduet brått og brutalt. Dårlig søvn, lite mat og/ eller hodepine kan slå bein under grunnlaget trening og tidligere mestring har lagt (Harris & Meland, 2019). Redusert toleransevindu betyr at man tåler mindre påkjenninger. I en arbeidskontekst vil det kunne medføre at man blir irritert på pasienter eller kolleger. Videre klarer man ikke å skjule følelser og reaksjoner som ved et bredere toleransevindu og bedre selvregulering (Harris & Meland, 2019). Resultatene påpeker bevisstgjøringen selvregulering forutsetter rundt helhetsbildet man trenger for å beregne optimal fungering, men at bevisstgjøring genererer en del overskudd i seg selv (Haugvaldstad

& Husum, 2016). Dette skaper aksept for at mennesker ikke alltid fungerer på topp (DeWall et al, 2005). Selvrefleksjon over rollen som profesjonell miljøterapeut omfatter et betydelig personlig ansvar. Resultatene favner dette og metastudier gir evidens som kan lede diskusjonen inn på skyldspørsmålet i konfliktnivået med pasienter (Nag et al., 2019, Hammer et al., 2021, Hammer & Meland, 2019). Resultatene bekrefter at helsepersonell har følt seg skyldige i at konflikter både har eskalert og endt med fysisk håndtering. Dette er ikke et argument for at pasienter skal få utsette ansatte for aggresjon og vold, men et poeng som belyser forpliktelsen helsepersonell har til å tilrettelegge for den beste utgaven av seg selv (Harris & Meland, 2019). Samtidig forsvarer resultatene at selvregulering bidrar til å gi seg selv mindre mental juling og utvider følelsesreglene på det jevne (Andersson, 2019). På en side handler det om aksept og toleranse for egne følelser, men videre for reaksjoner og kraften dette har på omgivelsene (Harris & Meland, 2019). Resultatene beskriver hvordan kunnskap om toleransevinduet og stressdemping opprettholder profesjonalitet, samtidig som psykisk helsearbeidere kan fremstå mer som seg selv når man opplever reell kontroll. Det befrikr kravet om å ta på seg en «maske» eller «skjold» (Niven et al, 2012). Avstanden mellom den profesjonelle og mennesket bak, ser ut til å minske og bidrar i seg selv stressdempende. Det handler om at selvregulering både bearbeider og håndterer påkjenninger av fare direkte, og samtidig forebygger negative belastninger av relasjonsarbeid med aggresjon og vold (Harris & Meland, 2019, Niven et al., 2012). Likevel krever selvregulering innsats og egenskaper som å omsette lærdom i praksis. Det er ikke nok å lese teori, gjennomføre et todagers kurs og forvente umiddelbare relasjonelle resultater. Bredt toleransevindu og god selvregulering er heller ikke permanent. Vellykket selvregulering forutsetter erfaring, trening og vilje til å eksponere seg for ubehag (Harris & Meland, 2019). Resultater markerer at investert tid, planlegging og samarbeid kan redusere gapet mellom frykt og mot. Frykt ser ut til å generere store personlige begrensninger og fra mot kan selvregulering tilrettelegge for mestring og fleksibilitet (Harris & Meland, 2019).

Samspill

Utgangspunktet for samsillet er at følelser posisjonerer seg over på omgivelsene (Nag et al, 2019, Andersson, 2019). Resultatene løfter fram hvordan selvregulering bidrar til bevissthet rundt de ansattes bidrag. Det inkluderer smitteeffekt av både positiv og negativ stemning.

Resultatene presenterer refleksjoner om selvregulerings betydning for skjevheten i maktbalansen mellom pasienter og helsepersonell som bidrar til redusert behov for å beskytte egen posisjon i profesjonell kontekst (Dewall, 2005). Ydmykhet for egen påvirkning kan gi samspill mindre preget av forsvarsstrategier og korrigerende. Det kommer frem av resultatene at selvregulering skaper bedre kommunikasjon. Samspillet blir både hyggeligere og mer konstruktivt (Hammer et al., 2021). Resultatene viser at selvregulering krever enkel tilrettelegging og benytter allerede tilgjengelige ressurser i en sengepost. Samtidig utnyttes både tid og kompetanse mer effektivt og medfører mindre belastninger på de ansatte (Nag et al., 2019). Relasjonelle gevinster kan oppstå når et team benytter selvregulering og bedrer forutsetningene for samarbeid og planlegging (Haugvaldstad & Husum, 2016), slik resultatene antyder. Resultater viser også at selvregulering kan forebygge at aggresjon og vold oppstår og hindre ytterligere eskalering (Nag et al., 2019). På den ene siden kan selvregulering være prosessen helsepersonell trenger for å velge mindre inngripende tiltak og redusere forekomst av tvangsmiddelbruk (NOU 2019: 14). Det er enestående resultater med tanke på at problemløsningen ligger hos helsepersonellens atferd og ikke pasientenes (Nag et al., 2019, Hammer et al., 2021, Haugvaldstad & Husum, 2016). På den andre siden vil det kunne medføre endringer i arbeidsforhold og belastning (Niven et al., 2012). Videre kan nedgang i turnover antas når problemstillingen snus på hodet. For det første viser resultatene at selvregulering genererer større grad av trygghet og kontroll som kan utgjøre markante endringer til mer optimistiske holdninger og tilnærming til aggresjon og vold. I stedet for å peke på utfordringene pasientene representerer, speiles egne bidrag til konfliktoppretholdelse og resultater starter og forutsettes hos de ansatte (Harris & Meland, 2019). For det andre vil sannsynligvis helsepersonell bli værende i en jobb som de liker og mestrer. Resultatene beskriver at mestringsfølelse bygger på fysisk og mentalt overskudd, genuin trygghet og godt samarbeid (Haugvaldstad & Husum, 2016). Resultater erklærer at kollektiv vellykket håndtering av aggresjon og vold styrker samholdet som kan sannsynliggjøre ringvirkninger utover jobberelatert samspill. Stressmestring vil kunne videreføres til privatlivet. Resultatene peker mot at selvregulering påvirker ensidig positivt. Tilværelsen generelt ser ut til å kunne preges mindre av stress, negative følelser og fysiske plager (Harris & Meland, 2019, Haugvaldstad & Husum, 2016, Niven et al., 2012, Andersson, 2019). En arbeidskontekst med redusert opplevelse av redsel og mistriivsel, vil kunne kreve mindre innhenting av overskudd og restitusjon privat (Niven et al., 2019). Selvregulering kan

gi helsegevinst hos den enkelte. Utover å forbedre forutsetningene for god forebygging og håndtering av aggresjon og vold, kan det se ut til at selvregulering blir helsefremmende på bakgrunn av å redusere stress, negative psykiske og fysiske plager og dermed forebygger utbrenthet (Isdal, 2020). Resultater viser at vonde erfaringer som frykt, sinne, krenkelser og fornærmelser har selvregulering gitt mulighet å håndtere. Helsegevinsten ligger ikke i å fjerne eller undertrykke ubehag og følelser, men i større grad akseptere de og regulere de ned til et nivå hvor man fortsatt fungerer (Harris & Meland, 2019). Selvregulering kan bidra til at ansattes helsetilstand justeres. Det fordrer å jobbe med seg selv før man gir omsorg til andre, men kan likevel resultere i bedre egenomsorg (Haugvaldstad & Husum, 2016).

Metodiske overveielser- studiens styrker og begrensninger

Studiens validitet styrkes av at ingen deltakere har trukket seg (Johannessen et al., 2016). Det kan bygge opp under antakelser om interesse for temaet og studiens relevans. Videre baseres ikke resultatene ensidig på simulerings- og kurserfaring, men reelle erfaringer fra praksis som i tillegg kan sammenlignes før og etter implementering av selvregulering og MAP. Utvalget viser ingen skjevfordeling i kjønn og alder. Det kunne svekket studien dersom data var ensidig fordelt ut ifra kvinner, menn, unge eller eldre. Utvalget er strategisk fra alle landets helseforetak og styrker videre validitet, reliabilitet og overførbarhet siden det sikrer data over et større spekter av eventuell variasjon (Johannessen et al., 2016). Deltakerne har god oversikt over eget helseforetak som validerer resultatet og styrker overførbarhet. Deltakerne visste ikke om hverandre og hindrer kontaminasjonseffekt (Johannessen et al., 2016). Reliabilitet styrkes av resultater hentet inn blant MAP- instruktører. De besitter formell ekspertkompetanse innen fagfeltet. Resultatene vil derimot gjerne ikke være overførbare til resterende psykisk helsearbeidere på bakgrunn av «eliteresultater» som kan gi et skjevt bilde av selvreguleringens påvirkning for jamvekten av psykisk helsearbeidere. Resterende psykisk helsearbeidere gjennomgår som nevnt et todagers kurs i MAP. Instruktørene har i tillegg til tidagers kurs, ansvar for intern opplæring og bruker kunnskapen sin gjerne både oftere og på andre måter. De har opparbeidet seg kompetanse som sannsynligvis sitter mer i «ryggmargen» enn de som ikke utøver selvregulering like ofte eller like bevisst (Nag et al., 2019). Situasjonen for øvrig kan være at noen ansatte ikke har fått tilstrekkelig opplæring eller på andre måter ikke opplever samme forutsetninger og

betydning av selvregulering. Utvalgets ekskluderingskriterie kan ha medført at forsker har gått glipp av erfaringer fra praksis, men gruppen ble vurdert til ikke å være studiens erfaringskilde. De vil likevel kunne bruke selvregulering. Begrensningene utvalget kan representere, ble veid opp mot at deltakerne skulle ha så likt faglig ansvar og bakteppe som mulig, komme fra samme kontekst og ha den beste kompetansen i landet (Johannessen et al., 2016). Det kan diskuteres om det er en begrensning at intervjuguiden ble delt ut på forhånd. Forsker opplevde å få gode svar og deltakerne var virkelig godt forberedt til intervjuene. De visste uansett hva intervjuet skulle dreie seg om siden de var invitert som MAP- instruktør. Deltakerne hadde erfaring fra egne masterprosjekt som kan øke bevissthet rundt slike påvirkningsfaktorer for og imot. En svakhet med å dele ut intervjuguiden på forhånd, kan være at det har lagt en demper på de spontane refleksjonene og uttalelsene. Likevel veier det opp når tiden til rådighet ble utnyttet så effektivt og ga et solid datamateriale. Datamaterialet er samlet inn med et så åpent sinn som mulig og på en saklig og upartisk måte (Thagaard, 2018). Likevel kan min forforståelse ha påvirket innholdet i intervjuene og videre analysen av informantenes utsagn (Thagaard, 2018). Planene har endret seg underveis og forsker har vurdert at forforståelsen ikke har vektet slike avgjørelser eller andre deler av prosessen. Utvalget ble også annerledes enn opprinnelig antatt, slik at forsker beveget seg i ukjent miljø hvor forforståelsen hadde lite å si (Thagaard, 2018).

Implikasjoner for praksis og videre forskning

Praksisfeltet vil kunne ha nytte av økt fokus på selvregulering. Det fordrer formell kursvirksomhet og jevnlig vedlikehold av ferdigheter med interne treninger i regi av MAP- resurspersoner og instruktører (Nag et al., 2019). Ledere må tilrettelegge for dette. Studien peker på forutsetninger for selvregulering og at disse er dynamiske og individuelle. Det vil være formålstjenlig om praksis utnytter slik kunnskap til den enkeltes beste. Selvregulering benyttes i andre situasjoner enn kun i møtet med aggresjon og vold og vil kunne bidra til økt overskudd til arbeidshverdagen. God tilrettelegging for kunnskap og ferdigheter om selvregulering vil kunne redusere utryktheten som debatten om å fjerne mekaniske tvangsmidler kan skape (NOU 2019: 14). Resultatene viser at selvregulering er en tilnærming som kan tilrettelegge for mindre bruk av tvang og mer fokus på mindre inngripende tiltak overfor aggressive og voldelige pasienter. Selvregulering kan være overførbart til andre yrker

som utfordres av aggresjon og vold som barnehagepedagoger, lærere, barnevern, politi, kriminalomsorg, tollvesen og andre justis- og inspeksjonsmyndigheter. Det kan være vanskelig å isolere de virksomme elementene for mer helsefremmende arbeidsforhold i en kvalitativ studie (Johannessen et al., 2016). Det kan være aktuelt å foreta kvantitativ forskning på bakgrunn av resultatene for å måle hver enkelt faktor (Johannessen et al., 2016). En Longitudinell studie vil i tillegg kunne følge utvikling og endring over tid angitt for de bestemte gruppene, gjerne med en kontrollgruppe. Det vil gi etiske utfordringer om kontrollgruppen inkluderer pasienter fordi de kan utsettes for unødig stress og dårligere behandling (Nag et al., 2019). Benyttes simuleringsbasert kontrollgruppe kan det igjen få betydning for generalisering (Johannessen et al., 2016). Videre forskning vil kunne utforske om det er risiko forbundet med å utvikle for stor grad av selvregulering eller toleranse for det ubehagelige som aggresjon og vold. Det kan være grunnlag for bekymring dersom underreaksjoner forekommer i mange sammenhenger eller om helsepersonell opptrer selvregulert eller profesjonelt i privat setting. Forskning tilknyttet resiliensfeltet vil kunne bruke resultatene for å avdekke hva som avgjør et menneskets evne til å være fleksibel, robust og tilpasningsdyktig og hvordan pasientsikkerheten best kan ivaretas (Jeppesen, 2020, Wiig et al., 2020). Resiliens handler om motstandsdyktighet i møte med risiko og uventede hendelser. Evne til å tilpasse seg uventede endringer i pasientens forhold og-/eller i omgivelsene er viktige forutsetninger for et optimalt behandlingsforløp (Jeppesen, 2020, Jeppesen & Wiig, 2020, Wiig et al., 2020, Wiig, 2021).

Konklusjon

Studien viser at selvregulering bidrar til mer helsefremmende arbeidsforhold i psykisk helsevern når det kommer til håndtering av aggresjon og vold. Relasjonsarbeidet preges mindre av følelser og kroppslige reaksjoner. Studien har belyst at selvregulering gir muligheter for å håndtere vonde erfaringer som frykt, sinne, krenkelser og fornærmelser. Forutsetninger for selvregulering innebærer individuelle forskjeller, mens betydningen av selvregulering formidles som ensidig positiv for samspillet med kolleger og pasienter. Selvregulering utvikler kommunikasjonsferdigheter som forsterker tilnærming med mindre inngripende tiltak overfor aggressive og voldelige pasienter, og kan med det redusere bruken av tvangsmidler. Utfordringer med aggresjon og vold i psykisk helsevern vil sannsynligvis ikke forsvinne fordi følelser er så involvert og rammet i psykisk sykdom og livskriser.

Selvregulering vil kunne håndere sterke følelsesuttrykk på en god måte og innenfor et akseptabelt belastningsnivå for de som er satt til å gjøre denne jobben.

Litteraturliste

- Andersson, P. (2019). Håndtering av frykt blant ansatte: vold og følelser i sikre enheter for ungdom. *Nordisk samfunnsarbeidsforskning*, 10 (2), 158-172.
<https://doi.org/10.1080/2156857X.2019.1583598>
- Arbeidstilsynet. (2022, 05. mai). *Vold og trusler*: Oversikt.
<https://www.arbeidstilsynet.no/tema/vold-og-trusler/>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2021, 23. september). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*: Oversikt. <https://www.forskningsetikk.no>
- DeWall, N., Baumeister, R., Stillman, T. & Gailliot, M. (2005). Violence restrained: Effects of self-regulation and its depletion on aggression. *Elsevier- Journal of Experimental Social Psychology*, 43, 62-76. [doi:10.1016/j.jesp.2005.12.005](https://doi.org/10.1016/j.jesp.2005.12.005) (uky.edu)
- Hammer, J., Mantila, H., Wolken, H., Lillelien, A. & Nag, T. (2021). Bedre kommunikasjonsferdigheter kan forebygge vold og trusler. *Tidsskriftet Sykepleien*.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.84959>
- Harris, A. & Meland, A. (2019). Selvregulering. MAP. (ikke offentliggjort i MAP- manualen).
- Haugvaldstad, M. J. & Hususm, T. L. (2016). Influence of staff's emotional reactions to the escalation of patient aggression in mental health care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 49 (A), 130-137. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.09.001>
- Helsedirektoratet. (2022, 05. mai). *Tvang- forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne*: Oversikt.
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tvang-forebygging-av-tvang-i-psykisk-helsevern-for-voksne>
- Isdal, P. (2017). *Smittet av vold. Om sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet i hjelpeyrkene*. Fagbokforlaget.
- Isdal, P. (2020, 19. november). *Medfølelsens pris- hva gjør jobben med oss? Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid*. Foredrag- Jobbe med vold. Krisekonferansen 2020. https://napha.no/per_isdal_smittet_av_vold
- Jeppesen, E. (2020). Prehospital pasientsikkerhet og resiliens. *Stiftelsen Norsk Luftambulansse. SHARE- Center for Resilience in Healthcare ved Universitetet i Stavanger*. <https://nkt-traume.no/2020/12/prehospital-pasientsikkerhet-og-resiliens/>

- Jeppesen, E. & Wiig, S. (2020). Resilience in a prehospital setting- a new focus for future research? *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 28:104. <https://doi.org/10.1186/s13049-020-00803-z>
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P.A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Abstrakt Forlag.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T.M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Akademisk Forlag.
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- Nag, T., Kristiansen, G., Viste, L., Fotland, T., Kjærvik, K., Holtskog, T.E., Stamnes, S. (2019). MAP opplæringsmanual (1.0 ed.). SIFER. <https://sifer.no/undervisning/map-mote-med-aggresjon-og-vold-i-psykisk-helsevern/>
- Nag, T., Engen, M., Eldhammer, G. & Svenning, G. (2021). Et samlet fagmiljø står bak MAP-programmet for forebygging av vold. *Tidsskriftet Sykepleien*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.86110>
- Niven, K, Sprigg, C. & Armitage, K. (2012). Does emotion regulation protect employees from the negative effects of workplace aggression? *Journal of Work and Organization Psychology*, 22, 88-106. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2011.626200>
- NOU 2019: 14. (2019). *Tvangsbegrensingsloven- Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten*: Helsedepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-av-nou-2019-14/id2660716/>
- Psykisk helsevernloven (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (LOV-1999-07-02-62). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-62>
- Regjeringen. (2022, 05. mai). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2021-2023: Oversikt*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/?ch=1&msclid=76735b02cd5611eca1aff4e87fad3d9b>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitative metoder*. Fagbokforlaget.
- Universitet i Oslo. (2022, 15. september). *Nettskjema. Spørreskjema, påmeldinger og bestillinger: Oversikt*. <https://nettskjema.no>

Wiig, S. (2021, 02. desember). *Resiliens i helsetjenesten (RiH)*. Universitetet i Stavanger.
<https://www.uis.no/nb/forskning/resiliens-i-helsetjenesten>

Wiig, S., Aase, K., Billett, S., Canfield, C., Røise, O., Njå, O., Guise, V., Haraldseid-Driftland, C., Ree, E., Anderson, J.E. & Macrae, C. on behalf of the RiH- team. (2020). Defining the boundaries and operational concepts of resilience in the resilience healthcare research program. *BMC Health Services Research*. 20:330.
<https://doi.org/10.1186/s12913-020-05224-3>

Vedlegg 1: Tidsskriftets forfatterveiledning- krav til manuskripter

Alle manuskripter som sendes inn for vurdering til Tidsskrift for psykisk helsearbeid (TPH) må være skrevet i tråd med kravene som er beskrevet her. Manus som **ikke** er i tråd med de følgende retningslinjer, vil bli avvist.

Redaksjonen ønsker å unngå tingliggjørende og sykeliggjørende språk og begrepsbruk og oppfordrer alle forfattere til en kritisk gjennomgang av språk og begrepsbruk i egne tekster før de sendes til redaksjonen. Generelt ønsker vi å understreke at manuskripter til tidsskriftet skal fokusere på psykisk helsearbeid. Redaksjonen ønsker at forfattere bruker dette begrepet som fellesbetegnelse for det arbeidet som gjøres i psykisk helse-feltet. Ellers ber vi om at forfatterne bruker de offisielle betegnelse på tjenestene – for eksempel "psykisk helsevern".

Vitenskapelige artikler, vitenskapelige essay og fagartikler skal inneholde inntil 5 000 ord, inkludert litteraturliste, noter, tittel, nøkkelord, forfatterinformasjon og sammendrag på norsk og engelsk. Gode eksempler, essay og fortellinger skal inneholde inntil 3 000 ord. Kritisk blikk og bokanmeldelser skal inneholde inntil 1 500 ord.

Alle tekster leveres i fonten Times New Roman, skriftstørrelse 12, linjeavstand 1,5.

Tidsskriftet benytter tre grader av overskrifter: Artikkelens tittel/undertittel, avsnittstittel og undertittel. Forfattere skal levere manuskripter med ren tekst. Dette betyr ingen bruk av innrykk, tabulator, fet skrift, understrekning, punkter og lignende, verken i teksten eller i overskrifter.

Alle manuskripter skal inneholde en tittelside med:

- Forfatternavn og yrkestittel
- Fødselsår
- Nåværende utdanning og arbeidssted
- Adresse
- E-postadresse
- Tittel på teksten
- Hvilken sjanger
- Antall tegn brukt i manus og antall tabeller og figurer.

Krav til vitenskapelige artikler, vitenskapelige essay og fagartikler

Alle fagartikler og vitenskapelige artikler skal inneholde:

- Kort norsk sammendrag på inntil 100 ord.
- 4–6 nøkkelord på norsk og engelsk.
- Litteraturreferanser, alfabetisk ordnet etter APA 7. versjon – se eget punkt.
- Engelsk versjon av det norske sammendraget på inntil 100 ord og tittelen på artikkelen. Dette skal plasseres etter det norske sammendraget.
- Alle artikler, både vitenskapelige og fagartikler, skal oppgi referansenummer fra behandlingen i REK eller NSD. Dette skal oppgis på tittelsiden, ikke i teksten.

Forfattere som ønsker å publisere i TPH må garantere at manuskriptet ikke er under vurdering i et annet tidsskrift. Dersom innsendt artikkel har blitt publisert tidligere i et nasjonalt eller internasjonalt tidsskrift, skal dette opplyses om ved førstegangskontakt med TPH. Kilden skal også oppgis i tekstens innledning med referanse i litteraturlisten.

Vitenskapelige artikler

Vitenskapelige artikler kan utformes i ulike genre. De som er basert på egne undersøkelser, kan organiseres etter overskriftene Bakgrunn, Metode (studiens design, utvalg, datainnsamling, dataanalyse og forskningsetikk), Funn, Diskusjon og Konklusjon.

Vitenskapelige manuskripter vil først bli vurdert av redaktør med tanke på relevans og kvalitet. Dersom manuskriptet vurderes som relevant og av tilstrekkelig kvalitet, vil det bli vurdert av to fagfeller. Forfatter kan foreslå en uhildet fagfelle, men redaksjonen er ikke forpliktet til å benytte seg av denne. Tidsskrift for psykisk helsearbeid praktiserer dobbelt anonym fagfellevurdering, det vil si at verken forfatters eller fagfellers identitet gjøres kjent for partene.

Vitenskapelige essay

Essay skal ha en fortellende form. Sjangeren er både en undersøkelsesmetode og en litterær metode, og dette forventes reflektert i teksten. Formen er gjerne assosiativ og sirkulær, og

teksten *kan* være skrevet i første person entall. I motsetning til en vitenskapelig artikkel, er ikke essayet bygd opp med innledning, drøfting og konklusjon, men teksten skal ha en rød tråd som går igjen gjennom hele manuskriptet. Tema skal omhandle psykisk helsearbeid, og være av vitenskapelig karakter. Forfatteren må gjerne være personlig, men ikke privat i teksten. Allmenngyldige tema, hvor gjenkjennelse er et sentralt element er viktig. Teksten skal bære preg av en dialogisk struktur.

Vitenskapelige essay vil, i likhet med vitenskapelige artikler, først bli vurdert av redaktør med tanke på relevans og kvalitet. Dersom manuskriptet vurderes som relevant og av tilstrekkelig kvalitet, vil det bli vurdert av to fagfeller. Forfatter kan foreslå en uhildet fagfelle, men redaksjonen er ikke forpliktet til å benytte seg av denne. Tidsskrift for psykisk helsearbeid praktiserer dobbelt anonym fagfellevurdering, det vil si at verken forfatters eller fagfellers identitet gjøres kjent for partene.

Fagartikler

Fagartikler vurderes av redaksjonen med tanke på relevans, innhold og form. Fagartiklene skal i særlig grad tilby perspektiver, forståelse, erfaring og viten med praktisk relevans.

Målgruppen er praksisfeltet.

På tittelsiden skal forfatterne angi om artikkelen ønskes vurdert som en vitenskapelig artikkel eller som en fagartikkel.

Det er redaktøren som til slutt avgjør om en fagartikkel, vitenskapelig artikkel eller vitenskapelig essay kan publiseres.

Tabeller og illustrasjoner

Redigerbare tabeller laget i Word plasseres på riktig sted i manus. Figurer og andre illustrasjoner markeres i teksten med fortløpende siffer. Disse vedlegges manus som separate dokumenter. Tidsskriftet ønsker **ikke** bruk av fot- eller sluttnoter i manus.

Medforfatterskap

For medforfatterskap kreves at en oppfyller Vancouverreglene. Det vil si at medforfatter(e) har bidratt med idé, planlegging og utforming eller analyse og innsamling eller fortolkning av data, har medvirket ved utarbeidelse eller kritisk innholdsmessig revidering av manuskriptet og godkjenning av det endelige manuskriptet. Bidrag skal være vitenskapelig redelig og følge gjeldende lover og etiske retningslinjer (se for eksempel <http://www.etikkom.no/>).

Litteraturhenvisninger i teksten

Ved henvisninger i selve teksten skrives forfatterens navn og årstall for publisering i parentes, eksempel: (Sundelin, 1987 – **det skal være komma mellom forfatter og årstall**). Hvis det er tre eller flere forfattere, skal du kun bruke førsteforfatter etterfulgt av «et al.,». Ved direkte sitat føres forfatter, årstall og sidetall rett etter sitatet, eksempel: (Andersen, 2007, s. 12). Henvisninger til flere verk føres på **følgende måte**: (Andersen, 2007; Waaktaar, 2000). Se ellers: <https://sokogskriv.no/referansestiler/apa-7th.html>.

Referanseliste

Referanselisten skrives til slutt etter hovedteksten. Tidsskriftet bruker 7. utgave av referansesystemet til Publication Manual of the American Psychological Association (APA). Se nettstedet over som gir en god innføring i hvordan referanser føres i dette systemet.

Publiseringsetikk

Redaksjonen er opptatt av at det som publiseres i tidsskriftene, er av høy faglig kvalitet og følger internasjonale etiske standarder for vitenskapelig publisering. Tidsskriftet følger retningslinjene til [Committee of Publication Ethics \(COPE\)](#).

Vedlegg 2: Godkjenning NSD

Vurdering 21.09.2021

Referansenummer 710937

Prosjekttittel Masteroppgave

Behandlingsansvarlig institusjon VID vitenskapelige høgskole/ Fakultet for helsefag Oslo

Prosjektperiode 03.09.2021 - 20.05.2023

Dato 21.09.2021

Type Standard

Kommentar

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 21.09.2021 med vedlegg. Behandlingen kan starte. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger, særlige kategorier av personopplysninger om seksuelle opplysninger frem til 20.05.2022. LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a. For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2). PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen: • om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen • formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål • dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate,

relevante og nødvendige for formålet med prosjektet • lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet. DE REGISTRERTES RETTIGHETER NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20). Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned. FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon. MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde:

[https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-](https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema)

[personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema](https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema) Du må vente på svar fra NSD før

endringen gjennomføres. OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge ved planlagt avslutning

for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet i tråd med den

behandlingen som er dokumentert. Kontaktperson hos NSD: Olav Rosness, NSD Lykke til

med prosjektet!

Vedlegg 3: Intervjuguide

INTERVJUGUIDE

Problemstilling

Hvordan erfarer MAP- instruktører forutsetninger for, og betydningen av selvregulering i samhandling med pasienter med aggresjons- og voldsproblematikk i psykisk helsevern?

Spørsmål til semistrukturert intervjuguide:

1. Kan du fortelle om en situasjon hvor du brukte MAP/ selvregulering for å forebygge bruk av tvangsmidler?
2. Når du opplever å lykkes i lignende situasjoner, kan du beskrive hva du har gjort?
3. Dersom du har erfart at det ikke har gått så bra, kan du forteller litt om hva som har skjedd i slike situasjoner?
4. Er det noe du tenker er utfordrende med selvregulering?
5. Hva tenker du kan være nyttig med selvregulering?
6. Om du tenker tilbake på denne situasjonen fra spørsmål 1, er det noe du ville gjort annerledes og eventuelt hvorfor?
7. Kan du si noe om hvordan du opplever lovverket rundt tvangsmidler (§ 4-8)?