



Uit

NORGES  
ARKTISKE  
UNIVERSITET

Institutt for helse- og omsorgsfag

# Vold på jobb i hjemmebasert psykisk helsetjeneste

## Hel-3902

*En kvalitativ studie*

**Ole Johan Olsen**

*Masteroppgave i psykisk helse oktober 2016*

**Antall ord 19700**



## **SAMMENDRAG**

**Bakgrunn:** Jeg har i mange jobbet år som psykiatrisk sykepleier i det kommunale psykiske helsevernet med mennesker som er psykisk syke. Min interesse for valgt problemstilling har utviklet seg gjennom arbeidet med mennesker med psykisk sykdom og utfordrende situasjoner der vold og trusler blir utøvd. Min nysgjerrighet har vokst relatert til hvorfor dette skjer og hva det gjør med personalet som blir utsatt for vold og trusler. Motivasjon og interesse for å gjøre en studie av denne problematikken har kommet gjennom erfaringer gjort i arbeidet med pasienter som også har utøvd vold og trusler. Det å skulle gi omsorg og hjelp til pasienter som også kan være aggressive, kan gi store faglige utfordringer.

**Hensikt:** Er å bidra til økt forståelse og kunnskap om hvilke utfordringer psykiatriske sykepleiere møter i situasjoner med vold og trusler.

**Metode:** Ut fra valgt problemstilling, er en kvalitativ metode hensiktsmessig for å belyse tematikken i studien. Deltakerne i studien er alle psykiatriske sykepleiere som jobber i hjemmebasert psykisk helsetjeneste. Datainnsamlingen er utført ved bruk av semistrukturerte intervjuer ved hjelp av intervjuguide. Analysen er gjort ved bruk av kvalitativ innholdsanalyse.

**Funn:** Studien viste at erfaringskunnskap og personlige egenskaper som sykepleierne besitter har betydning når de møter vold og trusler. Videre viser studien at relasjonsfokus har betydning for muligheten til å kunne forebygge aggresjon. Funn i studien viser også utfordringer ved grensesetting og at sykepleierne erfarer ubehag ved å være i situasjoner der de blir utsatt for trusler og vold. Det var også funn når det gjelder manglende rutiner vedrørende sikkerhet og oppfølging etter hendelser med vold og trusler.

**Konklusjon:** Psykiatriske sykepleiere som jobber i hjemmebasert psykisk helsetjeneste møter også pasienter som er alvorlig psykisk syke. Selv om flertallet av pasientene som trenger oppfølging i kommunal regi ikke er truende eller voldelige, vil det være et visst antall pasienter som kan være truende og bli voldelige. Dette er gjerne pasienter med en alvorlig psykisk lidelse, ofte kombinert med rus. Relasjonsfokus og erfaringskunnskap sto sentralt hos sykepleierne sammen med dialog i møte med aggressive pasienter. Kollegastøtte og støtte fra ledelsen var viktig for et trygt arbeidsmiljø.

**Nøkkelord:** Psykiatriske sykepleiere, erfaringer, vold, relasjoner, grenser, oppfølging, sikkerhet.

## **SUMMARY**

**Background:** I have worked for many years as a psychiatric nurse in municipal mental health care with people who are mentally ill. My interest for the chosen issue has evolved through working with people with mental illness, and challenging situations where violence and threats are exercised. My curiosity has grown related to why this happens and what it does with the staff who are exposed to violence and threats. Motivation and interest to make a study of this issue has come through experience gained in working with patients who have practiced violence and threats. To provide care and assistance to patients who may also be aggressive can provide great professional challenges.

**Purpose:** Is to promote greater understanding and knowlegde of the challenges psychiatric nurses face in situations of violence and threats.

**Method:** A qualitative methodology was chosen to appropriate illustrate the theme of the study. Participants in the study are all psychiatric nurses who work in home-based mental health services. Data collection was conducted using semi-structured interviews. Analysis was done using qualitative content analysis.

**Results:** The study showed that experiential learning and personal qualities that nurses possess significant when they face violence and threats. These factors are important and establish a better condition for appropriate handling of these situations. This study also showed that relational focus is important for the ability to prevent aggression. Findings of the study also shows challenges by setting limits and nurses experiencing own discomfort at being in situations where they are exposed to violence and threats. There were also findings about the lack of procedures for safety and follow-up after incidents of violence and threats.

**Conclusion:** Psychiatric nurses working in home-based mental health service home situation also meet patients who are severely mentally ill. Although the majority of patients who need follow-up in municipal auspices are not threatening and became violent, there will be a certain number of patients that can be threatening and violent. These are a certain number of patients with severe mental illness often combined with intoxication. Relational focus and experiential learning was central among nurses with dialogue in the face of aggressive patients. Colleague support and support from management was important for a safe working environment.

**Keywords:** Psychiatric nurses, experience, violence relationships, limits, monitoring, Security

## **FORORD**

Det å skrive en masteroppgave er en lærerik prosess med opp- og nedturer underveis. For meg har det vært en lang og utfordrende skriveprosess som har tatt lengre tid enn planlagt. Men endelig er oppgaven slutført og klar for innlevering. Det har vært interessant å få lov til å skrive om valgt tema og få muligheten til å reflektere sammen med sykepleierne som jobber i kommunal psykisk helsetjeneste. Vold og trusler mot ansatte er et område som må være i fokus hele tiden. Det er krevende å jobbe innenfor sektorer som har denne problematikken nesten daglig. Det krever mye kunnskap både personlig og faglig for å kunne være rustet som sykepleier til å møte utfordrende atferd fra pasienter.

Jeg vil takke Førsteamanuensis Gunn Pettersen, for gjennomlesning av oppgaven og konstruktive tilbakemeldinger som har vært til stor hjelp for meg. Jeg vil også takke Professor Anne-Grete Talseth for gode tilbakemeldinger på oppgaveseminarene vi har hatt. Det samme vil jeg gjøre til mine medstudenter.

Så vil jeg til rette en stor takk til gode arbeidskollegaer som har oppmuntret meg underveis i skriveprosessen. Til slutt vil jeg takke min datter Hilde for tålmodighet med meg gjennom hele skriveprosessen.

Ole Johan Olsen

Tromsø, september 2016

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1.0 INNLEDNING .....</b>  | <b>6</b>  |
| 1.1 Bakgrunn for valg av forskningsområde .....                                    | 6         |
| 1.2 Presentasjon av problemstilling .....  | 7         |
| 1.3 Formål.....  | 7         |
| 1.4 Oppgavens oppbygging .....   | 7         |
| 1.5 Begrepsavklaring .....   | 7         |
| 1.5.1 Hjemmebasert psykisk helsetjeneste .....                                     | 7         |
| 1.5.2 Vold.....  | 8         |
| 1.5.3 Erfaringskunnskap .....  | 9         |
| 1.5.4 Pasient.....   | 10        |
| <b>2.0 TIDLIGERE FORSKNING OG TEORETISKE PERSPEKTIV .....</b>                      | <b>11</b> |
| 2.1 Innledning.....  | 11        |
| 2.2 Tidligere forskning .....  | 11        |
| 2.2.1 Allmenn vold innenfor helsesektoren .....                                    | 11        |
| 2.2.3 Psykiatriske sykepleieres erfaringer med truende og voldelige pasienter..... | 13        |
| 2.3 Teoretiske perspektiver .....  | 14        |
| 2.3.1 Forståelse av vold og trusler hos psykisk syke pasienter.....                | 14        |
| 2.3.2 Forståelse av grensesetting og utfordrende atferd .....                      | 14        |
| <b>3.0 VITENSKAPSTEORETISK PERSPEKTIV.....</b>                                     | <b>15</b> |
| 3.1 Hermeneutikk og fenomenologi .....   | 15        |
| <b>4.0 METODE .....</b>  | <b>17</b> |
| 4.1 Metodisk tilnærming .....  | 17        |
| 4.1.1 Det kvalitative forskningsintervju .....                                     | 17        |
| 4.2 Rekruttering av informanter .....  | 18        |
| 4.3 Intervjuguide.....   | 19        |
| 4.4 Gjennomføring av intervjuene.....  | 19        |
| 4.5 Transkribering .....   | 21        |
| 4.6 Analyse av datamaterialet.....   | 22        |
| 4.7 Min forforståelse .....  | 23        |
| 4.8 Ethiske overveielser.....  | 24        |
| <b>5.0 PRESENTASJON AV FUNN.....</b>   | <b>26</b> |
| 5.1 Å ha relasjon til pasienten når det skjer vold og trusler .....                | 26        |
| 5.1.1 Relasjon med en truende pasient.....   | 26        |
| 5.2 Eget ubehag ved å møte vold og trusler .....                                   | 27        |
| 5.2.1 Skyld- og skamfølelse ved å bli utsatt for vold.....                         | 28        |
| 5.3 Forebygging av vold og trusler.....  | 28        |
| 5.3.1 Dialog med pasienten.....  | 28        |
| 5.3.2 Grenser.....   | 29        |
| 5.3.3 Personlige egenskaper .....  | 29        |
| 5.4 Oppfølging av ansatte.....   | 30        |
| 5.4.1 Debriefing etter hendelser med trusler og vold .....                         | 30        |
| 5.4.2 Opplæring .....  | 31        |
| 5.4.3 Ivaretagelse av egen sikkerhet .....   | 31        |

|   |           |
|---|-----------|
| 5.4.4 Rutiner.....  | 32        |
| 5.4.5 Arbeidsmiljø.....   | 32        |
| <b>6.0 DISKUSJON AV FUNN I STUDIEN .....</b>                        | <b>34</b> |
| 6.1 En helhetlig forståelse av funnene i studien .....              | 34        |
| 6.2 Å ha relasjon til pasienten når det skjer vold og trusler ..... | 35        |
| 6.3 Eget ubehag ved å møte vold og trusler .....                    | 36        |
| 6.4 Forebygging av vold og trusler.....                             | 37        |
| 6.5 Oppfølging av ansatte.....                                      | 41        |
| 6.6 Metodiske vurderinger.....                                      | 45        |
| 6.6.1 Validitet.....  | 45        |
| 6.6.2 Relevans .....  | 47        |
| 6.6.3 Refleksivitet.....  | 48        |
| <b>7.0 AVSLUTNING.....</b>  | <b>50</b> |
| 7.1 Oppsummering .....  | 50        |
| 7.2 Konsekvenser for praksis .....                                  | 52        |
| 7.3 Veien videre.....   | 52        |
| <b>REFERANSELISTE.....</b>  | <b>55</b> |
| <b>VEDLEGG .....</b>  | <b>58</b> |

## **1.0 INNLEDNING**

### **1.1 Bakgrunn for valg av forskningsområde**

Jeg har i mange jobbet år som psykiatrisk sykepleier i kommunalt psykisk helsevern med mennesker som er psykisk syke. Min interesse for valgt problemstilling som er hvordan psykiatriske sykepleiere erfarer situasjoner der de blir utsatt for vold og trusler fra pasienter i hjemmebasert psykisk helsetjeneste. Min nysgjerrighet har vokst relatert til hvorfor dette skjer og hva det gjør med personalet som blir utsatt for vold og trusler. Motivasjon og interesse for å gjøre en studie av denne problematikken har kommet gjennom erfaringer gjort i arbeidet med pasienter som også har utøvd vold og trusler.

Det å skulle gi omsorg og hjelp til mennesker med psykisk sykdom, gir mange og ofte store faglige utfordringer. For ansatte som jobber innen psykisk helsevern kan det oppleves veldig tøft personlig å bli utsatt for vold og trusler, og det er ofte de føler redsel samtidig som de skal ha en relasjon til personen som har utøvd vold. De kommunale psykiske helsetjenestene kjennetegnes av langvarig oppfølging av personer med psykisk sykdom som kan innebære et livsløp. Dette fordrer mye fokus på tillit og samarbeid over tid.

I rapporten til Svanlund (2009), som omhandler vold og trusler i offentlig sektor, rapporteres det at 17 prosent av sykepleiere oppgir at de har blitt utsatt for trusler og vold. Ifølge Alfarnes et al. (2015) har helsepersonell innenfor psykisk helsevern en forhøyet risiko for å bli utsatt for vold og trusler. Dette bekreftes også i rapporten til Arbeidstilsynet (2009), som omhandler vold og trusler på arbeidsplassen, der det fremgår at helse- og sosialsektoren er en av de mest utsatte når det gjelder risiko for ansatte for å bli utsatt for trusler og vold. Ifølge rapporten er psykiatri og hjemmetjeneste to av sektorene der ansatte ofte erfarer å bli utsatt for trusler og vold i forbindelse med arbeidet. I levekårsundersøkelsen fra 2011 (Vrålstad, 2011), som har sammenlignet ulike yrker og der sykepleie er et av yrkene, fremkommer det at 19 prosent av sykepleierne svarer at de har blitt utsatt for vold og trusler i løpet av det siste året. Ifølge undersøkelsen kan dette settes i sammenheng med at sykepleiere og andre helsearbeidere har tett og langvarig oppfølging av pasienter. Undersøkelsen peker videre på at sykepleierne er den gruppen som også rapporterer om at de føler seg psykisk utmattet når det kommer hjem fra jobb, og de forklarer det med tidspress, stor arbeidsbelastning og vold og trusler om vold. Ifølge WHO (2002) representerer vold og trusler mot ansatte i helsesektoren om lag 25 prosent av all vold som utøves mot ansatte i arbeidslivet totalt sett både nasjonalt og internasjonalt.

## **1.2 Presentasjon av problemstilling**

Jeg har valgt følgende problemstilling som jeg vil belyse i denne oppgaven:

*«Hvordan erfarer psykiatriske sykepleiere situasjoner der psykisk syke pasienter utøver vold og trusler i hjemmebasert psykisk helsetjeneste?»*

## **1.3 Formål**

Det er et ønske at denne studien kan gi økt forståelse og kunnskap om situasjoner der pasienter er voldelige mot sykepleierne, hvordan disse situasjonene med vold fra pasienter blir møtt og hva som har vært hensiktsmessig håndtering.

## **1.4 Oppgavens oppbygging**

Oppgaven er delt inn i seks kapitler. I kapittel to er det en presentasjon av tidligere forskning. Det vil også i dette kapitlet være en redegjørelse for det teoretiske rammeverket som benyttes i diskusjon av funn. I kapittel tre vil det vitenskapsteoretiske grunnlaget bli presentert. Valg av metodisk tilnærming som svar på studiens problemstilling samt en redegjørelse av egen forforståelse av tematikken i oppgaven, etiske perspektiver, datainnsamling og analyse vil bli presentert i kapittel fire. Kapittel fem vil omhandle presentasjon av empiriske funn. Kapittel seks vil omhandle diskusjon av funn mot tidligere forskning, teori og min egen forforståelse samt metodiske vurderinger av studien.

I kapittel sju vil jeg gjøre en oppsummering av studien og noen tanker rundt studiens implikasjoner for praksis, og til slutt vil jeg løfte frem noen områder for videre forskning.

## **1.5 Begrepsavklaring**

### ***1.5.1 Hjemmebasert psykisk helsetjeneste***

Det å gi tilbud til hjemmeboende med psykiske lidelser, er en forholdsvis ny fagteneste i kommunene. Lov om helsetjeneste i kommunene ble innført i 1984 og ble en lovpålagt tjeneste for kommunene (Fjørtoft, 2012). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern som kom i 1999 er en viktig styrking i lovsform, og er med på å regulere tilbudet som kommunene er pålagt å gi. Dette gjelder også lov om kommunale helse- og omsorgstjenester som kom i 2001 samt lov om pasient- og brukerrettigheter fra 1999. De nevnte lovene danner grunnlaget når det gjelder plikter og rettigheter i tilbud fra hjemmetjenestene, både den somatiske og psykisk helsetjenesten. Opptappingsplanen for psykisk helse ble gjennomført i årene 1998–2008 (Fjørtoft, 2012). Bakgrunnen for opptappingsplanen var å få styrket tilbudet innenfor psykisk helse, spesielt i kommunene. Da de store institusjonene ble



besluttet nedbygd på 1980–1990-tallet, og personer som hadde hatt tilbud der flyttet ut i kommunene, sto det ikke noe tjenesteapparat klart til å kunne gi forsvarlig oppfølging innenfor psykisk helse. Opptrappingsplanens sentrale mål var å styrke dette tilbudet for å kunne gi mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer hjelp slik at de kunne bo hjemme (Fjørtoft, 2012). Det er også blitt mer vanlig å organisere den kommunale tjenesten innenfor psykisk helse og rus som en helhetlig tjeneste fordi det ofte er sammensatte behov i begge gruppene.

Hjemmeboende med psykiske lidelser er ingen homogen gruppe ifølge Fjørtoft (2012). Denne gruppen består av mennesker som har ulike psykiske lidelser og i alle aldre. Innenfor hjemmebasert psykisk helse kan man møte hele spekteret av psykiatriske diagnoser. En økende gruppe er pasienter som har en psykisk lidelse og samtidig et behandlingstrengende rusmisbruk – de såkalte dobbelt diagnose-pasientene som samtidig også er hjemmeboende.

### **1.5.2 Vold**

Verdens helseorganisasjon (WHO, 2015) defineres vold som «bruk av fysisk eller annen makt mot seg selv, en annen person, grupper eller mot et samfunn, der slik maktbruk resulterer eller kan med stor sannsynlighet resultere i fysisk skade, død, psykisk skade, feilutvikling eller nød».

Det finnes flere definisjoner av begrepet vold. En av de definisjonene som er mye brukt, er Per Isdals definisjon: «Vold er enhver handling rettet mot en annen person, som gjennom at denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker, får denne personen til å gjøre noe mot sin vilje eller slutte å gjøre som den vil» (Isdal, 1998:36). Vold blir her sett på som en handling, og handlingen har et mål om å påvirke andre personer.

Ifølge Bjørkly (1997) kan vold beskrives som atferd som har til hensikt å påføre skade på en annen person.

- Bjørkly beskriver aggresjon som «atferd som har til hensikt å påføre fysisk skade på et annet individ».
- Ifølge Bjørkllys definisjon av aggresjon og vold, er aggresjon ofte forstadiet til at vold blir utøvd.
- Hummelvoll (2012) snakker om et aggresjonskontinuum som kan illustreres som en linje. Den ene enden representerer den ytterste form for aggresjon som er vendt innad mot personen selv, mens den andre enden representerer raseri som den sterkeste

opplevelsen av sinne der individet kan ha problemer med å klare å kontrollere det. Resultatet av dette kan bli at vold oppstår. Dette kan skje på grunn av en serie frustrasjoner og belastninger som har vært over lengre tid, og da kan en gitt situasjon utløse vold. Ifølge (Hummelvoll, 2012) kan lignende reaksjoner ses hos personer som er psykotiske og ikke i stand til å mestre situasjonen.

Vold deles ofte inn i følgende kategorier (Isdal, 1998):

- Fysisk vold – enhver fysisk handling som skader eller kontrollerer et annet menneske. Det kan for eksempel være slag, spark, lugging, biting, bruk av kniv, dytting, binding, kvelertak, klyping eller angrep med ulike gjenstander.
- Psykisk vold – bruk av ord, stemme, handling eller mangel på handling som kontrollerer, skader eller krenker en annen. Det kan være utskjelling, trusler, isolering, sårende kritikk, ydmykelser, fremsetting av uriktige anklager eller forhør.
- Seksuell vold – utføres ofte for å krenke, ydmyke og kontrollere et annet menneske. Det kan være uønsket seksuell berøring, påtvunget seksuell aktivitet, smertefull aktivitet, voldtekt o.l. Den seksuelle volden kan være svært psykisk nedbrytende fordi den rammer det mest private og intime hos et menneske.
- Materiell vold – vold som går utover gjenstander, som å knuse eller ødelegge vinduer, dører, kaste gjenstander (også på noen), rive i stykker ting (f.eks. klær) eller rasere inventar. Hvis personen tidligere har utøvd fysisk vold, vil den materielle volden virke skremmende og lammende.
- Latent vold – vold som innebærer frykten for å bli utsatt for det igjen. Risikoen for ny vold kan styre alt den voldutsatte gjør uten at det foreligger en ny trussel om vold. Det å ha opplevd vold gjør at man vet at det kan skje igjen.  
Med vold og trusler i denne studien menes fysisk vold som slag mot hodet, dytting og klyping. Psykisk vold erfarte sykepleierne som utskjelling, sårende bemerkninger og trusler om å skade sykepleierne fysisk eller noen i nettverket til sykepleierne.  
Sykepleierne erfarte også situasjoner der ting ble kastet og knust

### ***1.5.3 Erfaringskunnskap***

Erfaring er utledet av det tyske ordet «erfahren» som betyr å reise gjennom eller å utforske (Karlsson, 2014). Erfaring henspeiler på betydningen av å erfare og er den kunnskap eller viten man for gjennom egne opplevelser. Den greske filosofen Aristoteles fremholdt at det fantes tre former for kunnskap; teoretisk, praktisk og erfaringsbasert (Karlsson, 2014).

Aristoteles hevdet at disse tre kunnskaps formene var likeverdige og like viktige for menneskets utvikling.

Erfaringskunnskap kan sette deg som sykepleier i stand til å se den enkelte pasient i en større sammenheng og gi en handlingsberedskap. Denne kunnskapen kan være et viktig verktøy som psykiatriske sykepleiere bruker i hjemmebasert omsorg når de møter utfordrende pasient-situasjoner, men det må kombineres med personlig evne hos sykepleieren til å fortolke sinnstemninger, følelsesuttrykk og kroppsspråk på en hensiktsmessig måte. Ifølge Schibbye (2002) handler det om å forstå hva som er årsaken til andres væremåte, men for å klare det må man forstå hva som skjer hos en selv og med egne reaksjoner. Betydningen av lang erfaring kombinert med kompetanseheving blant sykepleiere minsker forekomsten av aggresjon og vold, viser funn i undersøkelsen til Deans (2004). Erfarne sykepleiere har utviklet evne og kunnskap på en måte som gjør dem i stand til å fange opp pasientens behov på et tidligere tidspunkt, noe som kan være med på å forhindre at pasienten utagerer. Dette blir bekreftet i studien til Delaney og Johnson (2006).

#### ***1.5.4 Pasient***

Jeg har valgt å bruke begrepet «pasient» i denne oppgaven, selv om det ikke er full enighet i fagmiljøene hvorvidt det skal betegnes «pasient» eller «bruker». Respondentene i undersøkelsen anvender både «pasient» og «bruker» under intervjuene.

## **2.0 TIDLIGERE FORSKNING OG TEORETISKE PERSPEKTIV**

### **2.1 Innledning**

Forskning på vold og aggresjon i psykisk helsevern har en økende interesse i samfunnet. Forståelsen for å få mer kunnskap om hvorfor aggresjon og vold skjer er satt mer på dagordenen i helsesektoren og andre sektorer i samfunnet. Det er blitt et sterkere fokus innenfor psykisk helsevern på å forebygge aggresjon og vold for at disse situasjonene skal kunne håndteres på en hensiktsmessig måte, og redusere forekomsten av aggresjon og vold i psykisk helsevern. Vold mot helsepersonell er også en del av den offentlige debatten. Forskning viser at vold mot ansatte nok er mer vanlig enn det man har trodd. Det er gjort endel studier som omhandler helsepersonells erfaringer med å møte vold fra pasienter innen psykisk helsevern både i Norge og internasjonalt. Blant annet en kunnskapsoversikt som er gjort i Sverige som viser økt risiko for å bli utsatt for vold for de som jobber innenfor psykisk helsevern (Rap 2011:16) og en norsk studie gjort innenfor sikkerhets psykiatrien av Holtskog (2011).

Fokus i denne studien er forskning som er gjort på psykiatriske sykepleieres erfaringer med situasjoner som har utløst vold fra pasienter som er psykisk syke. For å få oversikt over eksisterende forskning, har jeg søkt i flere databaser med internasjonal forskning samt en norsk. Jeg søkte internasjonale databaser som CINAHL, PubMed, SweMed+ OG PsycINFO. Jeg brukte søkeord som «violence against nurses in mental health care», «psychiatric nurses», «experience with violence among nurses» og «community mental health care and nursing». Disse søkeordene ble brukt i ulike kombinasjoner. Den norske litteraturbasen jeg har brukt er oria. Av ulike søk som jeg har gjort fikk jeg treff på 21 studier som hadde en viss relevans i forhold til tematikken i min studie to av studiene var relevante i forhold til studiens fokus og problemstilling.

### **2.2 Tidligere forskning**

#### ***2.2.1 Allmenn vold innenfor helsesektoren***

I en studie fra Sverige av Soares (2000) ble det påvist at 85 prosent av ansatte innen psykisk helsevern hadde blitt utsatt for vold og trusler på arbeidsplassen. Disse funnene blir bekreftet av Atawneh et al. (2003), som fant at 86 prosent av sykepleiere hadde opplevd ulike former for voldelige hendelser i sitt arbeid som sykepleier.

I en studie fra England av Nolan et al. (1999) rapporteres det at 50 prosent av ansatte som jobber innen psykisk helsevern har opplevd vold i løpet av tiden de har jobbet der.

I en studie fra New Zealand gjort av Baby, Glue og Carlyle (2014) beskrives psykiatriske sykepleieres erfaringer med å bli utsatt for overgrep fra pasienter. Hovedfunnene i denne studien er knyttet til konsekvenser av vold og hva som kan være utløsende faktorer for at pasienter begår vold. Sykepleierne i studien rapporterte om fysiske skader som kutt, hodeskader, dislokasjoner og blåmerker. Det fremkom også psykiske skader etter vold som var av det alvorlige slaget, som bl.a. posttraumatisk stresslidelse. Sykepleiernes erfaringer var at de viktigste utløsende faktorene var psykisk lidelse, rusmisbruk og manglende evne til kontroll over utfordrende situasjoner. Studien peker videre på at rettsapparatet må erkjenne at vold mot sykepleiere også er brudd på menneskerettigheter, og at vold ikke bør bli tolerert som del av arbeidet innen psykisk helsevern.

Cutliffe (1999) har i sin studie sett på hvordan sykepleiere kan gi omsorg som er med på å redusere frekvensen av vold, noe som ifølge Cutliffe (1999) kan være positivt både for sykepleierne og tjenesten. Hovedmålet i studien til Cutliffe (1999) har vært å undersøke sykepleieres erfaringer med opplevd vold begått av personer med psykisk sykdom. Videre antyder forfatteren betydningen av det å bli eksponert for voldshendelser og sykepleiernes evne til å håndtere hendelsene terapeutisk har betydning, samt at oppfølgingen av sykepleierne etter hendelser påvirker dette forholdet.

En studie gjort av Murphy (2004) i England undersøkte hvordan sykepleiere som jobbet innen psykisk helsevern vektla faktorer som utløste vold fra pasienter. Funnene i denne studien understreker viktigheten av voldshistorikk til pasienten, men også magefølelsen til sykepleierne, samt at klinisk skjønn er viktig i vurdering av om vold kommer til å skje. Sykepleierne vektla ifølge Murphy (2004) mer det kliniske blikket og skjønnnet enn andre standardiserte metoder for vurdering.

### **2.2.2 Plassering av eget arbeid**

I forskningen som belyser sykepleieres erfaringer med å bli utsatt for trusler og vold fra pasienter som er psykisk syke viser seg gjort innenfor spesialist helsetjenesten og konteksten sikkerhet og akuttpsykiatrisk avdelinger. Videre synes det som mye av forskningen er gjort av sykepleieres erfaringer med å møte vold og trusler i sikkerhets psykiatrisk avdelinger, der pasienter behandles for voldsproblematikk og psykisklidelse. Til forskjell fra pasientgrupper som følges opp innenfor sikkerhets og akuttpsykiatrisk avdelinger, så er denne studiens fokus på pasienter som kan være truende og utøve vold innenfor konteksten hjemmebasert psykisk helsetjeneste.

### ***2.2.3 Psykiatriske sykepleieres erfaringer med truende og voldelige pasienter***

Holtskog gjorde i 2011 en kvalitativ studie blant psykiatriske sykepleiere som jobbet innenfor regionale sikkerhetsavdelinger. Hensikten med studien var å få kunnskap om hvilke tiltak som kunne forebygge voldelig atferd hos pasienter og redusere tvangsbruk ved regionale sikkerhetsavdelinger. Sykepleierne i studien ga uttrykk for utfordringer og at det kunne være en belastning å jobbe med pasienter der muligheten for å bli utsatt for vold var til stede. Sykepleierne erfarte at den bygningsmessige utformingen hadde betydning for å forebygge vold hos pasienter. Sykepleiernes erfaring var også at det var viktig med bygningsmessig tilrettelegging og fysiske rammer slik at sikkerheten kunne ivaretas. Videre kom det frem i studien til Holtskog (2011) at sykepleierne erfarte samspillet i personalgruppen som viktig for at de skulle ha mulighet til å håndtere høy voldsrisiko med begrenset tvangsbruk. Dette ble satt i sammenheng med samarbeidet med pasientene og at det var nok kompetanse i personalgruppen. Sykepleierne i studien erfarte at den personlige tryggheten hver enkelt hadde var av stor betydning.

Lintvedt (2011) viser til en studie av Walsh og Clarke (2003), som i sin studie viser at sykepleierne opplevde verbale trusler som mer belastende enn mindre fysiske angrep. Årsaken til dette kan ifølge forfatterne være at verbale trusler forekom daglig, og var rettet mot sykepleiere på en måte som ble en belastning for den enkelte.

Mye tyder på at rusmisbruk øker faren for tilbakefall av psykose (Melle, 2001). Pasienter med rusmisbruk og psykotiske symptomer har en forhøyet risiko for voldelig atferd. Det er også funnet en sammenheng mellom alvorlig psykisk lidelse eller personlighetsforstyrrelser av antisosial art og rusmisbruk som kan gi en økt risiko for vold (NOU 2010:3). Vold ved bruk av sentralstimulerende midler kan også være et resultat av økt aggressivitet i forbindelse med psykose eller personlighetsforstyrrelse med affektive symptomer (Palmstierna, 2013). Amfetamin øker irritabilitet på grunn av økt aktivering, og kan gi økt forekomst av psykosesymptomer og paranoiditet som resultat. Den tydeligste sammenhengen mellom rus og vold er funnet ved bruk av alkohol sammenlignet med bruk av sentralstimulerende midler, ifølge Hoaken og Stewart (2003). Sykepleiere i hjemmebasert psykisk helsetjeneste erfarer også å møte på utfordrende situasjoner hos pasienter som i tillegg til sin psykiske lidelse også har et rusmisbruk som kan gi økt aggressivitet og en uforutsigbar atferd (Fjørtoft, 2012).

## **2.3 Teoretiske perspektiver**

### ***2.3.1 Forståelse av vold og trusler hos psykisk syke pasienter***

Forståelse av vold og trusler fra psykisk syke pasienter kan forklares med at det er et forsvar mot en opplevelse av ubehag eller trusler som kommer til uttrykk. Krøvel, Rishovd og Rør (1997) fremholder at aggresjon er et mellommenneskelig fenomen, en form for kommunikasjon på samme måte som andre ytringer og avspeiler sider av vår indre verden. Hvis vi klarer å forstå at det kan ha sammenheng med pasientens indre verden, kan det være lettere å møte disse reaksjonene. Cullberg (2001) hevder at det å gå til fysisk angrep når en person har vrangforestillinger eller hallusinasjoner, er en mestringsstrategi for en psykotisk pasient og en måte å mestre angsten på som kan være et resultat av psykose.

### ***2.3.2 Forståelse av grensesetting og utfordrende atferd***

Grensesetting er en form for tilbakemelding fra omgivelsene på formen atferden uttrykkes og at den er uønsket ifølge (Hummelvoll, 2012). Grensesetting vil stå sentralt i regulering av en persons atferd tilpasset den sosiale kontekst. Mange pasienter med psykisk sykdom kjennetegnes av tap av kognitiv, følelsesmessig og atferdsmessig kontroll eller en frykt for å miste kontrollen. Et mål for behandling for disse pasientene som har redusert kontroll på egen atferd, er å hjelpe pasienten til å finne eller etablere bedre selvkontroll. Manglende grenser kan være med på å øke angst og indre uro hos den enkelte. I dette perspektivet kan grenser være et virkemiddel som er med på å skape indre struktur og stabilitet hos individet. Grensesetting kan ha mange ulike former. De vanligste typer for grenser kan innebære korrigerende av pågående atferd, avslag på ønsker, korrigerende av verbale uttrykk og bruk av fysisk makt. Terapeutisk er balansen mellom årsak til grensesetting og omfanget av reaksjonen som ble iverksatt viktig. Hummelvoll (2012) er opptatt av at når grensesetting er nødvendig å iverksette, må det ikke være med hensikt å straffe pasienten eller demonstrere makt overfor den andre.

### **3.0 VITENSKAPSTEORETISK PERSPEKTIV**

#### **3.1 Hermeneutikk og fenomenologi**

Jeg har valgt en tilnærming til problemstillingen som er inspirert av en hermeneutisk og fenomenologisk forståelse. Det betyr at jeg i denne studien ønsker å forstå hvordan psykiatriske sykepleiere erfarer det å møte situasjoner med vold og trusler fra pasienter i psykisk helsevern som bor hjemme. Det hermeneutiske prinsippet for fortolkning er delt opp i flere prosesser. Disse kan inngå i en sirkel, der tekstens fortolkning har utgangspunkt i en ofte uklar og intuitiv forståelse av teksten mellom helhet og deler av teksten som fortolkes og settes sammen til en ny helhet, og det kan åpne opp for en dypere forståelse ifølge Kvale og Brinkmann (2014). Heidegger og Gadamer er kjente representanter for hermeneutikken de fremholder at individet er et fortolkende og forstående vesen (Sharma, 2009). De sentrale perspektivene innen hermeneutikken er forståelseshorisont og hermeneutisk sirkel.

Forståelseshorisont kan beskrives som erfaringer, oppfatninger og forventninger vi har på et gitt tidspunkt, men ikke har oppmerksomhet mot. Fordommer er den bakgrunnsforståelsen som forskeren har i møte med psykiatriske sykepleiere og deres opplevelser av vold og trusler fra pasienter. Det siste sentrale perspektivet i hermeneutikken er den hermeneutiske sirkel, som kan forklares med at vi forstår «delene» ut fra «helheten» og «helheten» ut fra «delene».

Min forståelse har endret seg underveis i forsker prosessen fra helhet til deler i en sirkelbevegelse. Det har skapt et nytt helhetsinntrykk som igjen har påvirket min forståelse og tolkning av delene som datamaterialet har fortalt meg når det gjelder sykepleiernes opplevelser av utfordrende situasjoner med vold og trusler.

Ved å ha en hermeneutisk tilnærming som forsker, betyr det samtidig at det er vilje til å utfordre sine fordommer og forståelser. Dette fordi bevissthet om egen forståelse kan åpne opp for muligheten for ny forståelse (Gadamer, 2003).

For å kunne studere menneskers erfaringer, kreves fortolkning fra forskerens side fordi det ikke vil være mulig å ha direkte tilgang til en annen persons livsverden ifølge Polit og Beck (2012). Dette betyr at jeg som forsker forstår deltakernes livsverden på bakgrunn av min egen livsverden. Livsverden er den verden slik vi opplever og møter den i dagliglivet og slik den fremtrer i den umiddelbare og middelbare opplevelse og er uavhengig av alle forklaringer (Kvale og Brinkmann, 2014). Livsverden kan også forstås som den erfaringsbaserte verden vi lever våre liv i og som gir mening og har betydning for oss (Sharma, 2009).



Ifølge Bengtsson (2006) anvendes gjerne en fenomenologisk tilnærming innen helsefaglig forskning når fokuset er respondentens erfaringer. Innen kvalitativ forskning er fenomenologien mer et begrep som peker på en interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra deltakernes egne perspektiver og beskrive verden slik den oppleves av mennesker, og at den virkelige virkeligheten er den mennesker oppfatter (Kvale og Brinkmann, 2014). Fenomenologien tilbyr et begrepsapparat som gir mulighet for å skildre førstehåndserfaring, følelser og handlinger i en kontekst.

For å kunne forstå hvilke utfordringer psykiatriske sykepleiere møter i situasjoner der de blir utsatt for vold og trusler, må jeg ha tilgang til deres livsverden siden deres livsverden inneholder deres fortolkninger av situasjonene. Det å ha med det fenomenologiske perspektivet, gjør at livsverdenen til informantene vil være sentralt.

Å studere livsverdenen innebærer studie av erfaringene som sykepleierne formidler. Bengtsson (2006) sier at gjennom kommunikasjon, samhandling og aktiv deltakelse kan jeg få en tilgang til andre menneskers livsverden som vil være grunnlaget for adgangen til erfaringene. Språket vil være sentralt siden den andre gjennom språket kan gi uttrykk for sine erfaringer av konkrete fenomener. Da kan språket fungere som bindeledd mellom egen og sykepleiernes livsverden ved at jeg har mulighet til å spørre sykepleierne om deres personlige erfaringer med situasjoner der vold og trusler fra pasienter finner sted og hvilke utfordringer de opplever i disse situasjonene.

## **4.0 METODE**

### **4.1 Metodisk tilnærming**

Det er valgt kvalitativ metode for å kunne svare på studiens problemstilling. Det å ha en kvalitativ tilnærming i forskningen betyr ifølge Kvale og Brinkmann (2014) å prøve å beskrive verden slik informantene opplever den.

Metodologisk står hermeneutikken og fenomenologien i motsetning til et positivistisk syn på individuelle erfaringer. Der positivismen ofte forbindes med en kvantitativ metode, har jeg valgt en hermeneutisk og fenomenologisk tilnærming som vitenskapsteoretisk grunnlag for denne studien og valgt en kvalitativ tilnærming til problemstillingen. Problemstillingen for denne studien ønsker å undersøke psykiatriske sykepleieres erfaringer når de møter pasienter som kan være truende eller utøve vold

Ifølge Tjora (2010) vil en kvalitativ undersøkelse kunne belyse hvordan sykepleierne som jobber i hjemmebasert psykisk helsetjeneste erfarer situasjonene med trusler og vold både kroppslig og emosjonelt.

#### ***4.1.1 Det kvalitative forskningsintervju***

Ut fra valgt problemstilling er kvalitativt forskningsintervju hensiktsmessig og egnet til å få frem empiri. I følge Kvale og Brinkmann (2014) så er målet med det kvalitative forskningsintervjuet å prøve å forstå hvordan informantene opplever sin hverdag.

Forskningsintervjuet er et samspill mellom to parter og foregår som en samtale som omhandler tema av felles interesse (Kvale og Brinkmann, 2014). I intervjuet skapes kunnskap i et samspill mellom intervjuer og den intervjuedes synspunkter. Denne intervjuformen er friere, og tillater at informantene kan slippe til med sine tanker og erfaringer med hensyn til temaet som berøres. I denne studien, som omhandler hvordan psykiatriske sykepleiere erfarer å bli utsatt for vold og trusler, vil intervjuet gi forskeren innsikt i sykepleiernes tanker og refleksjoner om temaet.

Intervjuformen som er valgt i studien, er semistrukturerte. Denne formen for intervju er verken en åpen samtale eller samtale med utgangspunkt i et spørreskjema. I denne formen for intervju brukes en intervjuguide som fokuserer rundt noen konkrete tema og kan inneholde forslag til spørsmål, ifølge Kvale og Brinkmann (2014). Intervjuformen søker å få frem kvalitativ kunnskap som er uttrykt i et språk som er allment, og har som mål å få frem nyanserte beskrivelser av de erfaringer som psykiatriske sykepleiere har formidlet gjennom

deres fortellinger i intervjuene. Sykepleierne oppfordres til å gi så nøyaktige beskrivelser av sine erfaringer som mulig. Forskerens oppgave er å følge opp informantenes beskrivelser med oppfølgingsspørsmål som kan gi en dypere forståelse av det fenomenet som undersøkes.

#### **4.2 Rekruttering av informanter**

For å få til et strategisk utvalg i kvalitative studier er det ifølge Tjora (2010) hensiktsmessig og velge deltakere som vil uttale seg på en nyansert måte om fenomenet som omhandler forskningen. Inklusjonskrav i studien var følgende:

- De skulle jobbe som psykiatriske sykepleiere i hjemmebasert omsorg.
- De skulle ha 4–5 års erfaring fra fagfeltet og ha erfaring med vold og trusler.
- De skulle ha hatt oppfølgingsansvar for flere brukere over tid.

Grunnen til at psykiatriske sykepleiere ble valgt, var at denne faggruppen representerer en sentral faggruppe innenfor det psykiske helsefeltet – både i førstelinjen, men også i spesialisthelsetjenesten. De har ofte den koordinerende rollen for pasient oppfølging samt veiledningsansvar for andre faggrupper. De har spesifikk kunnskap og erfaring, men også sykepleieperspektivet blant annet, sykdom, helse og omsorg som kan bidra til å belyse studiens problemstilling.

Som ledd i rekruttering av informanter for gjennomføring av intervjuene, ble det laget et informasjonsskriv om studien (vedlegg 1). Dette skrevet ble sendt til lederen for psykisk helsetjeneste i aktuell kommune. Det ble også tatt telefonkontakt med lederen før informasjonsskrivet ble sendt. Det var leder av psykisk helsetjeneste som forespurte aktuelle kandidater om de ønsket å bidra som informanter i studien. Da det var avklart hvem som hadde sagt seg villig til å være med i studien, ble det sendt ut informasjonsskriv med vedlagt temaguide (vedlegg 3) og samtykkeskjema (vedlegg 2) til alle fire informanter.

Intervjuene er tatt opp på lydopptaker, transkribert til tekst og analysert. Det transkriberte materialet er makulert i henhold til retningslinjer fra Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD). Lydopptakene er også slettet i henhold til krav fra NSD.

Rundt en uke etter at informasjonsskrivet ble sendt ut, ble det tatt kontakt med lederen for psykisk helsetjeneste for å avtale tidspunkt for intervju med informantene som hadde samtykket til å delta i studien. Intervjuene ble gjennomført i løpet av en uke. Lederen viste stor fleksibilitet, og intervjuene kunne gjennomføres på arbeidsplassen til informantene og i deres arbeidstid. Tidspunktet for intervjuene fikk den enkelte informant bestemme.

### **4.3 Intervjuguide**

Det ble utarbeidet en temaguide (vedlegg 3) til bruk i gjennomføringen av intervjuet. Guiden beskriver hvordan intervjuet er tenkt gjennomført, og den ble grunnlaget for intervjuene.

Jeg hadde utarbeidet en intervjuguide med fire hovedspørsmål med utgangspunkt i studiens problemstilling. Jeg startet med et åpningsspørsmål hvor jeg oppfordret informantene til å fortelle fritt om sine erfaringer og opplevelser av vold og trusler. Åpningsspørsmålet som ble brukt i alle intervjuene var: «*Kan du fortelle meg om situasjoner der du har blitt utsatt for vold eller trusler i jobben din som psykiatrisk sykepleier?*» Åpningsspørsmålet er viktig, fordi det danner grunnlaget for en god og hensiktsmessig innledning på intervjuet ifølge (Kvale og Brinkmann, 2014).

Det viste seg gjennom intervjuene at informantene hadde klare oppfatninger rundt dette spørsmålet, noe som skapte en god start på selve intervjuet. Oppfølgingsspørsmålene som var utformet i intervjuguiden ble ikke brukt systematisk – de varierte fra intervju til intervju etter hva som var naturlig og hensiktsmessig å spørre om ut fra hva informantene vektla og viste interesse for. Det har vært viktig ikke å legge for store føringer på informantene med hensyn til hva de skulle snakke om, også ut fra forskerens erfaring fra fagfeltet siden det overraskende og uventede lett kunne bli borte. Egne synspunkter bør i så liten grad som mulig prege eller påvirke informanten.

Selv om oppfølgingsspørsmålene ikke ble fulgt systematisk gjennom intervjuene, er alle temaer som har vært av interesse å spørre om blitt berørt. Selve intervjuene har vært ønskelig å gjennomføre som en form for samtale.

### **4.4 Gjennomføring av intervjuene**

Før jeg gikk i gang med intervjuene, gjennomførte jeg et prøveintervju med en kollega. Da fikk jeg testet intervjuguiden og om de spørsmålene jeg hadde utformet var dekkende for det jeg ønsket å undersøke. Det ble gjort noen mindre justeringer av intervjuguiden etter prøveintervjuet. Siden jeg manglet erfaring som intervjuer, var det nyttig for meg å få mulighet til å prøve rollen som intervjuer, noe som jeg mener har hatt betydning ved gjennomføring av de reelle intervjuene senere. Ved at jeg hadde forsøkt meg i intervjurollen i forkant, var jeg nok litt mindre ansent og kunne ha mer fokus på selve intervjusituasjonen og deltakerne enn meg selv. Det bidro til en mer avslappet atmosfære under intervjuene.

Intervjuene med de fire informanter ble gjennomført på et av kontorene hos aktuell psykisk helsetjeneste. Der var det mulig å sitte avskjermet fra resten av avdelingen. Det ble klargjort for intervjuet rundt en time før selve intervjuet skulle finne sted. Det ble bl.a. sjekket at lydopptakeren fungerte. Før selve intervjuet ble satt i gang, ble det snakket litt om andre ting slik at det skulle være en trygg og hyggelig atmosfære i selve intervjusituasjonen. Jeg hadde ikke kontakt med deltakerne før jeg møtte dem rett før intervjuet skulle finne sted. Siden jeg hadde valgt en annen kommune å gjøre datainnsamling i, ble det en del reisevei frem og tilbake, så gjennomføringen av intervjuene ble komprimert noe mer enn opprinnelig planlagt. Jeg gjorde alle intervjuene i løpet av fem dager. Jeg hadde en dag mellom intervjuene hvor jeg fikk anledning til å reflektere over ulike perspektiver som hadde kommet frem i intervjuene. Sett med et retrospektivt blikk, ville det nok vært ønskelig med noe mer tid mellom hvert intervju.

Jeg brukte lydopptaker under intervjuene. Alle deltakerne var på forhånd informert i informasjonsskrivet om at jeg ville bruke lydopptaker, og hadde samtykket til det. Jeg valgte å bruke lydopptaker på grunn av at da visste jeg at jeg fikk med meg det som ble sagt. På denne måten kunne jeg konsentrere meg helt om deltakerne i intervjusituasjonen slik at det ble naturlig og en god stemning under intervjuet. Jeg fikk da muligheten til å stille utdypende spørsmål underveis der det var behov. Lydopptakeren ble plassert på et bord ved siden av slik at den ikke var forstyrrende under intervjuet.

Under selve intervjuene prøvde jeg å innta en litt tilbaketrukket rolle slik at deltakerne fikk stå frem og fortelle om sine erfaringer ut fra de spørsmålene jeg stilte. Jeg lot deltakerne bruke tid på å tenke gjennom det de ville fortelle om, uten å avbryte med et nytt spørsmål. Det kunne bli en liten pause hvor deltakerne ikke sa noe, men satt og tenkte seg om før de var klare til å fortelle mer. Det kunne oppleves litt utfordrende for meg å være i stillheten uten å stille et nytt spørsmål. Intervjuene har vært preget av at informantene har vist engasjement og interesse for studien. De har vært åpne og samarbeidsvillige, og har hatt et ønske om å dele sine opplevelser med å bli utsatt for vold og trusler og hvordan de har erfart disse situasjonene.

Deltakerne virket motiverte i temaet for studien, og det var tydelig at de ønsket å gi sitt bidrag ved å fortelle om sine erfaringer. Intervjuene tok fra 50 minutter til 60 minutter på det lengste. Det som jeg følte var den største utfordringen underveis i intervjuene, var når deltakerne kom inn på tema som kunne være interessant å snakke om, men som samtidig ikke var relevant for tematikken i min studie. Utfordringene for meg som intervjuer var på en balansert måte å tillate noen digresjoner med hensyn til spørsmålstillingen i studien, men samtidig dreie

fokuset til deltakerne tilbake til temaet for undersøkelsen på en god måte. Jeg kunne si underveis at jeg ønsket en utdypning av det som var blitt fortalt i en konkret situasjon, og på den måten få fokuset tilbake.

Jeg merket at min interesse ble vakt av hva deltakerne fortalte, og mener at mitt engasjement gav signaler om at det de fortalte om var viktig og hadde verdi og at det hadde betydning for deltakerne under intervjuene.

#### **4.5 Transkribering**

Etter at hvert intervju var gjennomført, noterte jeg ned noen tanker om hva det ble fokusert på under intervjuet. Jeg noterte også ned hvordan stemmingen hadde vært og hvordan selve intervjuet hadde forløpt. Hvert intervju tok rundt en time. Alle intervjuene ble tatt opp på lydbånd. Det ble skrevet noen stikkord underveis som et supplement til lydopptakene. Ifølge Malterud (2011) er det viktig å gjøre vurderinger underveis om hvorvidt det er behov for endringer i intervjuforløpet med hensyn til spørsmål og hensikt. Det ble foretatt en evaluering etter de to første intervjuene. Forskerens egen forforståelse vil jo endres litt underveis, og det er viktig i forskningsprosessen å ta inn ny forståelse og reflektere rundt dette (Løseth, 2008).

Selve transkriberingen tok lang tid, og krevde full oppmerksomhet fra min side for å få tak i mening og nyanser i det informantene hadde å fortelle. Fire intervjuer ble til sammen på 180 minutter. I en transkripsjon blir samtalen som foregikk fysisk mellom intervjuer og informant abstrahert og omgjort til skriftlig form (Kvale og Brinkmann, 2014). Intervjusituasjonen er et sosialt samspill mellom deltakerne som er til stede. Kroppsspråk og stemmeleie fremtrer direkte for de som samtaler, men dette vil ikke de som leser en utskrift av intervjuet kunne oppfatte. Spesielt ironi kan være vanskelig å gjengi i en transkripsjon, ettersom den innebærer enn viss forskjell mellom det nonverbale og det verbale språket. Lydopptaket av intervjuene er første abstraksjon av intervjusituasjonen der intervjuer og informant er fysisk til stede, og det vil bety tap av kroppsspråk som ansiktsuttrykk, gester o.l. (Kvale og Brinkmann, 2014). Transkripsjonen av intervjuene er gjort så ordrett som mulig, men for å få til et lesbart språk og at det gir mening, er for eksempel pauser, hoste og kremting utelatt. Forskerens forståelse vil endres underveis i transkriberingsprosessen, og det kan åpne opp for nye perspektiver og en interesse for nye spørsmål om emner som kunne vært stilt da intervjuet fant sted. Jeg foretok all transkripsjon selv. Ifølge Malterud (2011) er de virkelige rådataene selve intervjusituasjonen slik den forløp mellom intervjuer og deltaker.

Malterud (2011) sier videre at transkripsjon ikke kan erstatte virkeligheten. Det vil ikke være mulig å gjengi helt nøyaktig i en transkripsjon hva vi skal undersøke – det vil bestandig være en avgrenset del. Det som ikke kommer frem i en transkripsjon er selve intervjusituasjonen, som vil inneholde visuelle elementer og atmosfæren under intervjuet. Dette vil alltid gå tapt ved transkripsjon. Derfor er det en fordel at den som har foretatt selve intervjuet, også er den som transkriberer og gjør analyse. På denne måten unngår man å miste viktig informasjon ved overføring til tekst. Det er lettere å gjenkjenne og huske intervjusituasjonen hvis det er en selv som har gjort intervjuet. Da kommer inntrykkene som var der raskt tilbake, og man kan visualisere mye av det som skjedde i intervjusituasjonen.

#### **4.6 Analyse av datamaterialet**

I analysen og bearbeidingen av innsamlet data vil det i hovedsak bli brukt teorigrunnlag som presenteres av Kvale og Brinkmann (2014) og Malterud (2011).

I analysearbeidet er det viktig at forskeren er kjent med eget materiale. Dette kan oppnås ved at man leser og hører gjennom tekstene flere ganger før det gjøres markeringer og letes etter meningsbærende elementer i teksten (Sanna, 2008). Analysen skal bidra til å avdekke mening i dataene som er samlet inn. Analysen har også som funksjon å bygge bro mellom data-innsamling ved at resultater blir organisert, fortolket og sammenfattet.

Analyseprosessen kan deles i ulike deler: koding, kategorisering og begrepsdannelse. Koding vil si å knytte nøkkelord til teksten som meningsmessig henger sammen. Videre foretas en meningsfortetting, som betyr å finne temaer det snakkes om og som går igjen i teksten. Dette er ifølge Kvale og Brinkmann (2014) forkortelser av intervjupersonens uttalelser og kortere formuleringer. Det siste trinnet er meningsfortolkning, som er å sammenbinde og fortolke innholdet i teksten.

Analysearbeidet i studien startet med å lese nøye gjennom de 42 sidene med transkribert tekstmateriale for at jeg skulle danne meg en helhetlig forståelse av datamaterialet. Jeg prøvde å være bevisst min egen forforståelse, og aktivt se bort fra det jeg trodde jeg hadde kunnskap om fra før med hensyn til tema. Men det er ifølge Malterud (2011) ikke mulig å sette sin egen forforståelse helt til side. Det er viktig å være bevisst egen forforståelse for på den måten å kunne åpne opp for informasjon som datamaterialet formidler. Ved at egen forforståelse ikke er fremtredende, kan også deltakernes stemmer bli mer tydelig. Jeg prøvde å unngå å systematisere når jeg leste. Når transkripsjonen var lest, oppsummerte jeg hvilket inntrykk som dannet seg og skrev ned noen tema som jeg hadde inntrykk av at informantene var

opptatt av. Med utgangspunkt i studiens problemstilling, noterte jeg meg for følgende tema: relasjon, dialog, grenser, sikkerhet og oppfølging.

Hvert utsagn ble kodet i forhold til innhold. Forskningsspørsmålet ble utgangspunkt for organisering av datamaterialet.

I neste steg ble tekstene gjennomgått på nytt for å lete etter meningsbærende enheter som kunne si noe om betydningen av erfaring for håndtering av vold og trusler. For å ha en struktur, ble materialet organisert i koder etter hvor tekstutsagnene hørte naturlig hjemme og ga mening. Så ble disse lagt inn i en matrise. Tekstutsagnene ble sortert etter de meningsbærende temaene erfaringskunnskap, eget ubehag, relasjonsbygging, opplæring, debrifing, grenser og dialog. Så startet arbeidet med å gå gjennom teksten på nytt, og en ny koding startet ut fra de meningsenhetene som var der fra før. Så ble kodene brukt for å lage tematiske overskrifter til hver enhet som hørte meningsmessig sammen.

Når alle hovedkategoriene var på plass, startet en ny kondensering av empirien der det ble gjort sammenligninger mellom de ulike kodene i forhold til hverandre og satt opp mot hverandre. Noen koder passet inn i flere kategorier, som for eksempel at en relasjon kan passe inn i dialogen og oppfølgingen etter voldshendelser. Etter at fordelingen var gjort og alle temaer var plassert meningsmessig sammen, blir de til slutt presentert i kapittel 5.

#### **4.7 Min forforståelse**

Forskning i eget felt vil bety å være forsker innenfor eget fagfelt, som i dette tilfellet er psykiatrisk sykepleier. Det å forske i eget fagfelt kan ifølge Malterud (2011) gi både fordeler og utfordringer. Fordelen med å forske i eget felt kan være at man har en bedre forståelse for faget enn utenforstående har. Som forsker i eget felt, psykiatrisk sykepleier, vil forskeren ha kunnskap om og forståelse av fenomener som opptrer innen hjemmebasert psykisk helse-tjeneste, som f.eks. aggresjon og vold. Utfordringen ved å skulle forske i eget felt kan være å skape nok avstand slik at det åpnes opp for ny forståelse og erfaringer som informantene deler gjennom intervjuene. Utfordringene kan også være at kunnskapen om fagområdet fører til at forforståelsen blir for fremtredende slik at alt blir sett fra forskerens synsvinkel og perspektiv slik at innspill fra informantene lett kan bli oversett og ikke tatt hensyn til. Utfordringen vil da være å ikke overføre egne erfaringer på en måte som hindrer det å være åpen og se sammenhenger som trår frem i intervjuene.



Den subjektive forforståelsen til forskeren kan sperre for informantenes forståelse, og dermed virke som feilkilde som påvirker forskningsresultatet. Forforståelsen bringes inn i intervju-situasjonen gjennom tanker, væremåte og tilstedeværelse (Lintvedt, 2011).

Ifølge Gadamer (2003) må vi klargjøre egen forforståelse først. Som jeg oppfatter Gadamer, betyr det at min forforståelse i forhold til hva jeg skal forske på må klargjøres fordi vi forstår noe eller noen på bakgrunn av noe annet. For at det temaet jeg forsker på skal få mulighet til å trå frem, må jeg være min egen forforståelse bevisst slik at det blir mulig for meg å forstå så sannferdig som mulig. Det er viktig med et kritisk blick på egen rolle som forsker, noe som vil være en forutsetning i forskningsprosessen. Dette er viktig ikke minst for å yte rettferdighet overfor dem jeg skal forske på. Det som kan skje meg som forsker hvis jeg ikke er min egen forforståelse bevisst, er at jeg kan komme til å bare ha fokus på bekreftelse av egen forforståelse ved analyse av datamaterialet. Grunntanken i sykepleien er ivaretagelse av pasientens medbestemmelse og retten til autonomi. Disse prinsippene og verdiene er veldig godt forankret hos sykepleiere, og har vært en del av min sykepleiebakgrunn. Dette vil være verdier som jeg bærer med meg, og som jeg opplever kan være utfordrende ved situasjoner der grensesetting må være veldig tydelig for pasienter som bor i sitt eget hjem. Min sykepleiebakgrunn vil også være del av min forforståelse og ha betydning for min forståelse av temaet i denne studien.

#### **4.8 Etiske overveielser**

Før datainnsamlingen ble satt i gang, ble det utarbeidet en prosjektbeskrivelse som ble sendt til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) for godkjenning av innhenting og oppbevaring av relevante data mens prosjektet pågikk. Dette på grunn av at prosjektet behandlet sensitive personopplysninger siden intervjuene ble tatt opp ved hjelp av lydbånd. Godkjenning fra NSD forelå etter ca. seks uker fra søketidspunkt. Jeg fant det ikke nødvendig å søke om godkjenning fra Regional etisk komite (REK) siden hensikten med studien ikke har vært å fremskaffe kunnskap om sykdom.

Godkjenningen fra NSD foreligger som vedlegg (vedlegg 4). Alle informantene fikk informasjonsskriv og samtykkeskjema i forkant av intervjuet. Her ble det opplyst at deltakelse i prosjektet var helt frivillig og at informantene kunne trekke seg fra prosjektet når som helst. Det ble også informert på forhånd om at intervjuene ville bli tatt opp på lydbånd og senere transkribert til tekst, at materialet ville bli oppbevart uten tilgang for andre enn intervjuer samt at lydbånd og transkribert materiale ville bli makulert i henhold til regler fra NSD etter

oppgavens innlevering. Ingen personopplysninger skulle oppgis. Alle som møtte opp til intervju har returnert samtykkeskjema ferdig utfylt.

Jeg ventet til prosjektet var bekreftet godkjent før jeg startet rekruttering av deltakere til studien. For å ivareta full konfidensialitet for alle deltakerne og deltakernes arbeidsplass, er alt anonymisert i oppgaven. Lydopptak fra intervjuene er låst ned, og det er kun jeg som har tilgang. Erfaringene som deltakerne forteller om når det gjelder å bli utsatt for trusler og vold, er tilknyttet deres erfaringer til en tredjeperson (pasienten). Intervjuguiden er utformet slik at deltakerne kan fortelle om sine erfaringer uten at de bryter taushetsplikten på noen måte.

Jeg forsøkte å være oppmerksom på at de temaene som ble tatt opp i intervjuet også kunne oppleves som belastende å snakke om for deltakerne. Det å fortelle om egne erfaringer av å ha blitt utsatt for trusler og vold, kan være veldig personlig og bli et sårbart tema for den enkelte deltaker å snakke om. Jeg prøvde å skape en trygg og avslappet atmosfære under intervjuene. Jeg prøvde å ha et lyttende og bekreftende kroppsspråk til det deltakerne fortalte. Ifølge Kvale og Brinkmann (2014) har forskeren et ansvar for mulige konsekvenser for deltakerne ved deltakelse i studien, både om det kan skade dem ved å delta eller om det vil være en fordel å delta.

## 5.0 PRESENTASJON AV FUNN

Funnene i studien blir presentert i dette kapitlet. Med bakgrunn i datamaterialet er det utviklet fire hovedkategorier med underkategorier som beskriver nyanser i forhold til den enkelte hovedkategori:

- 1) **Å ha relasjon til pasienten når det skjer vold og trusler:** Relasjon med en truende pasient; Ruset og voldelig pasient; Sykepleiernes og pasientens reaksjoner i samspill.
- 2) **Eget ubehag ved å møte vold og trusler:** Skyld- og skamfølelse ved å bli utsatt for vold.
- 3) **Forebygging av vold og trusler:** Dialog med pasienten; Grenser; Personlige egenskaper.
- 4) **Oppfølging av ansatte:** Debriefing etter hendelser med trusler og vold; Opplæring, Ivaretagelse av egen sikkerhet; Rutiner; Arbeidsmiljø.

### 5.1 Å ha relasjon til pasienten når det skjer vold og trusler

Alle informantene snakket om utfordringer de opplevde ved å være i relasjon til pasienter når de var truende og kom med trusler. Utfordringen var ofte knyttet til egne reaksjoner og følelser som følge av pasientens atferd og sykdom.

#### 5.1.1 Relasjon med en truende pasient

De fleste av informantene fortalte om egen usikkerhet ved å være i relasjon med pasienter som uttrykte sinne, var truende eller ble voldelig. Usikkerheten knyttet seg ofte til følelser av utilstrekkelighet og frykt for hva som kunne skje i situasjonen. Flere beskrev det uforutsigbare som en ekstra belastning når man var sammen med pasienten. Som en av informantene uttrykte det:

*«Jeg har ofte en "magefølelse" av at noe i situasjonen rundt en pasient kan endre seg raskt.»*

Alle informantene beskrev egen usikkerhet og egen opptreden overfor pasienten og om det kunne være med på å trigge pasienten til å bli truende og aggressiv. Det ifølge informantene en ekstra utfordring å være sammen med pasienter som var truende på grunn av psykotiske symptom og tankesett. De gav beskrivelser at de ble sliten av å være i relasjon med pasienter som var så uforutsigbare å kjenne på egen usikkerhet for hva som kom til å skje.

### **5.1.2 Ruset og voldelig pasient**

Informantene beskrev opplevelsen av å møte rusede pasienter som veldig uforutsigbart. Det var vanskelig å lese pasienten, og atferdsendringer kom gjerne raskt. Flere av informantene uttrykte at det var ekstra krevende å jobbe med pasienter som i tillegg til psykisk sykdom også ruset seg. Da kunne de ofte endre atferd til å bli truende og aggressiv. Disse situasjonene ble erfart som veldig utfordrende å møte, og det var ofte når pasienter også ruset seg at de kunne bli voldelige. En av informantene gav uttrykk for når pasienter også var ruset når de kom på hjemmebesøk så ble de alltid mer på årvåken i forhold til å observere sinnstemning hos pasienten og om pasienten gav uttrykk for aggressivitet. Informantene gav beskrivelser av erfaringer med lavere frustrasjonsnivå hos pasienter som også ruset seg i tillegg til sin psykiske sykdom. Pasientene kunne lettere bli provosert når de i tillegg var ruset å da bli truende og i noen tilfeller utøve vold.

Informantene uttrykte at de ofte ble mer på vakt når pasienten var ruset:

*«Jeg ble alltid mer anspent når jeg så at pasienten også var ruset»*

### **5.1.3 Sykepleiernes og pasientens reaksjoner i samspill**

Flere av informantene ga uttrykk for viktigheten av å ha forståelse for pasientens reaksjoner, som sinne og aggressivitet, sett fra pasientperspektivet. De mente at det var viktig å anerkjenne disse reaksjonene hos pasienten, men at de også klarte å skille mellom egne og pasientens reaksjoner. De gav uttrykk for at pasienten også hadde et behov for å få gitt uttrykk for sine frustrasjoner og bli møtt av personalet på en måte som gav grobunn for tillit. Flere av informantene uttrykte videre at det var viktig å se aggressiviteten til pasienten i sammenheng med pasientens opplevelser av angst og psykotiske symptomer. På grunn av at det da kunne være lettere å forstå situasjoner med utagering og være i disse situasjonene sammen med pasienten.

*«Selv om man kan føle på egen frykt, så er kanskje pasientens angst større og kommer til syne som aggressivitet, men vi må også tåle å se pasienten i disse situasjonene.»*

## **5.2 Eget ubehag ved å møte vold og trusler**

Alle informantene fortalte om erfaring av ubehag ved å oppleve å være i relasjon til pasienter som var truende, veldig sinte eller ble voldelige. Det å skulle være fysisk til stede sammen med pasienten kunne være vanskelig når det var mye aggresjon hos pasienten. Ubehaget var spesielt relatert til følelser som frykt og usikkerhet for hva som kom til å skje i situasjonen.

Videre gav informantene beskrivelser av reaksjoner på og bli verbalt utskjelt av pasienter som kunne føles krenkende for den enkelte.

### **5.2.1 Skyld- og skamfølelse ved å bli utsatt for vold**

Noen av informantene fortalte om at de hadde følt skam og skyld etter å ha blitt utsatt for vold. En av deltakerne fortalte om det å bli slått av en pasient som en nedverdiggende og skamfull følelse.

*«Det å få en ørefik fra pasienten uten noe forvarsel, føles nedverdiggende og på en måte også litt skamfullt.»*

To av informantene beskrev også følelsen av krenkelse av og bli verbalt utskjelt av pasienter som like nedverdiggende som å bli fysisk slått, og spesielt hvis det gikk på personlig ting som utseende, klær o.l. Det kunne også oppleves ifølge informantene som en større belastning og bli utsatt for verbale krenkelser på grunn av at de ofte forekom over tid.

Informantene ga uttrykk for at det å bli utsatt for vold fra pasienter, gjorde at de ofte tok ansvaret for det som skjedde og bebreidet seg selv for at de hadde blitt utsatt for vold. De var opptatt av egen opptreden overfor pasienten når situasjonen eskalerte, og om de kunne ha forhindret at situasjonen endte med økt aggressivitet fra pasienten.

## **5.3 Forebygging av vold og trusler**

Alle informantene ga uttrykk for at de alltid prøvde å ha relasjonens betydning for samarbeid i fokus og at de hadde en viss fleksibilitet med tanke på atferd hos pasienten. Dialog og grenser ble brukt bevisst i det forebyggende arbeidet, men det var ikke alltid at det hadde noen preventiv virkning på vold og trusler. Å grensesette pasienten ble beskrevet som et virkemiddel som både kunne ha positive og negative effekter, men grenser kunne også utløse vold eller truende atferd. Det var ifølge informantene heller ikke alltid at dialog med pasienten førte frem. Informantene var også opptatt av en felles forståelse i personalgruppen angående det å møte aggresjon hos pasienter.

### **5.3.1 Dialog med pasienten**

Informantene beskrev dialogen som et viktig verktøy som ofte ga effekt for å forebygge vold og truende atferd hos pasienter. Informantene fortalte om det å være anerkjennende i dialogen med pasientene som betydningsfullt og noe som gjorde at pasientene følte seg trygge og akseptert ut fra sin livsverden. Ved realitetsorientering gjennom dialog med pasientene når de hadde uttalte vrangforestillinger og hallusinasjoner, kunne korrigerende være med på å dempe

uro og sinne hos pasientene. Sykepleierne fortalte at selv om de prøvde å ha dialog så lenge som mulig, kunne det oppstå situasjoner som ble veldig utfordrende når reaksjonene var så sterke at det var vanskelig å nå inn til pasienten. En av informantene uttrykte betydningen av dette, men også at det kan være utfordrende å ha dialog med pasienten:

*«Det er ikke hele tiden lett å skulle prøve å få til kommunikasjon med pasienten sånn at det kan være med på å trygge og dempe atferden til pasienten. Det krever en stor grad av innlevelse og evne til å se behovet hos pasienten og ha forståelse i forhold til hvorfor pasienten har disse reaksjonene.»*

### **5.3.2 Grenser**

Grensesetting av uønsket atferd ble av informantene poengtert som en viktig del av behandlingen av pasienter med truende og voldelige atferd. Ifølge informantene kan grenser være med på å skape en struktur og gi noen rammer for ønsket atferd for pasientene med utfordrende atferd. Som en av informantene beskrev grensesetting:

*«Det kan være krevende å sette grenser i hjemmet til pasienten, fordi hjemmet samtidig er pasientenes territorium.»*

De fleste av informantene var klare på at mangel på grenser kunne føre til økt utrygghet og mer aggresjon. Flere av informantene fortalte om episoder der grensesetting ga ganske kraftige motreaksjoner fra pasientene. De ga uttrykk for at det var spesielt utfordrende å skulle sette grenser når pasientene ikke aksepterte at det ble gjort. Flere av informantene beskrev viktigheten av å ikke legge opp til en maktkamp mellom seg selv og pasienten, og ende opp med å medvirke til at situasjonen eskalerte. Alle var samstemte på at det er en skjør balanse mellom grenser og motreaksjoner, og noen ganger ville det være unngåelig å få til. Som en av informantene sa det:

*«Men vi lærer hele tiden av hverandre.»*

Sykepleiere må også som fagpersoner være tydelige angående grenser for atferd.

### **5.3.3 Personlige egenskaper**

Personlige egenskaper spiller en viktig og sentral rolle i jobben som psykiatrisk sykepleier. Hvilke holdninger og verdier har den enkelte sykepleier med seg inn i jobben. Det kom frem under intervjuene at dette var noe som informantene var opptatt av og hadde synspunkter på. Informantene trakk frem at når man jobber innenfor psykisk helsetjeneste og har ansvar for oppfølging av psykisk syke pasienter, har perspektivet den enkelte sykepleier har med seg

mye å si for hvordan samarbeidet med pasienten utvikler seg. Holdninger som hver enkelt sykepleier har som menneske ble fremhevet som viktige egenskaper i jobben med mennesker, og da spesielt psykisk syke som kan være ekstra vare for kroppsspråk, stemmebruk osv. Som en av informantene bemerket, kan det i noen tilfeller være at sykepleierne var opptatt av at de som fagpersoner ikke skulle være moraliserende i sine holdninger overfor pasienten, men at de også anerkjente pasienten som menneske – uavhengig av uakseptabel atferd som voldsbruk og verbale trusler, men uten at de aksepterte handlingene til pasienten. Videre gav informantene beskrivelser av ulike reaksjoner hos personalet i situasjoner der pasienter kunne være utagerende. Noen hadde en personlig ro og trygghet med seg også når pasienter ble aggressive og det virket ofte dempende på aggresjonsnivået hos pasienten.

*«Det kan være nok at man er veldig kvass og nedlatende i tonefallet når man snakker med pasienten. Dette kan være med på å trigge verbale tilsvær eller ytterligere aggresjon.»*

## **5.4 Oppfølging av ansatte**

Psykisk helsetjeneste i aktuell kommune hadde ikke noen klare prosedyrer eller rutiner for debriefing etter hendelser der ansatte hadde vært utsatt for truende atferd eller vold fra pasienter. Det fremkom i studien at det ikke var fastlagte rutiner med hensyn til dette. Videre viste studien at tjenesten manglet en struktur for oppfølging – praksis var av mer ad hoc-karakter. Det kom frem underveis i undersøkelsen at respondentene var enige om at oppfølging av personalet etter vold og trusler burde vært organisert på en annen måte og med mer struktur enn det som var tilfelle.

### **5.4.1 Debriefing etter hendelser med trusler og vold**

Det var enighet blant informantene om at de ikke var fornøyde med oppfølgingen i etterkant av hendelser der de hadde blitt utsatt for vold og trusler fra pasienter. De fortalte om at det å bli krenket i form av verbale trusler og fysisk vold var en stor følelsesmessig påkjenning å gå gjennom, og spesielt når dette skjedde på jobb der deres funksjon var å gi hjelp til pasienter.

De savnet en mer tydelig og systematisk oppfølging fra ledelsen angående hendelser der ansatte hadde blitt utsatt for vold eller trusler fra pasienter. De etterlyste en mer synlig tilstedeværelse fra ledelsen av virksomheten når episoder skjedde.

Det å ha struktur og rutiner på oppfølging av ansatte som er blitt utsatt for vold og trusler i jobben, mente informantene er viktig for ledelsen å fokusere på og organisere.

*«Det å bli hørt og sett av sin leder når sånne ting skjer i arbeidssituasjonen, gjør at man som arbeidstaker føler seg verdsatt både som menneske, men også som ansatt i virksomheten.»*

Informantene uttrykte i undersøkelsen at selv om man er gode på å støtte hverandre når ting skjer, har man allikevel ulike behov for både oppfølging og å bli ivaretatt av ledelsen. Det at man har et system for oppfølging av den enkelte, men også personalgruppen som helhet, vil gi en erfaringsutveksling slik at den enkelte får mulighet til å sette ord på sin opplevelse og tolkning av det som skjedde. Opplevelsen av i hvilken grad hendelsen var alvorlig, vil være individuell. Men det er viktig at tjenesten har noen rammer for hva som kan aksepteres og hva som ikke kan aksepteres av atferd fra pasienter.

#### **5.4.2 Opplæring**

Fokus på nødvendig kompetanseheving i å møte aggresjon og vold fra pasienter, ble av informantene trukket frem som viktig, og en forutsetning for at personalet skulle kunne føle større trygghet i å møte pasienter som var utagerende og aggressive og som kunne utøve fysisk vold mot sykepleierne. Informantene etterspurte en bedre struktur og organisering når det gjaldt opplæring og at det var mer systematisk enn det som var praksis i tjenesten.

Faglig oppdatering og kursing er viktig i alle tjenester, og er like aktuelt i kommunal psykisk helsetjeneste som i spesialisthelsetjenesten for at de ansatte skal kunne være best mulig rustet for å utføre jobben sin på en så faglig god måte som mulig.

Informantene beskrev at de ønsket mer oppdatering og kursing i det å jobbe med pasienter som kunne være voldelige. Intern opplæring og påfyll av ny kunnskap var etter deres mening viktig å få på plass. Informantene beskrev en manglende struktur når det gjaldt kontinuerlig opplæring og kursing av ansatte.

*«Det er et savn etter mer kontinuitet og et bedre system for opplæring i forhold til voldsproblematikk fra pasienter mot ansatte i tjenesten.»*

#### **5.4.3 Ivaretagelse av egen sikkerhet**

Alle informantene ga uttrykk for behov for å føle trygghet på jobb. De mente at det hadde stor betydning for om de klarte å være i jobben. Flere ga beskrivelser som følgende:

*«Vi jobber nesten bare alene i hjemmene til pasientene og er ekstra sårbare hvis noe skulle skje, så ivaretagelse av egen sikkerhet er av stor betydning.»*



En av informantene etterspurte et bedre system for varsling hvis akutte situasjoner med vold og truende atferd oppsto i hjemmesituasjonen. Det ble påpekt at tjenesten hadde noen prosedyrer på plass, men disse var ifølge informantene ikke utfyllende nok. To av informantene savnet en type alarmsystem som kunne være til hjelp og gi bedret trygghet for ansatte hvis de ble utsatt for vold på hjemmebesøk. En av informantene uttrykte en viss usikkerhet ved å kun ha mobiltelefon tilgjengelig som eneste mulighet for å tilkalle hjelp. Informanten illustrerte dette med følgende eksempel:

*«Hva gjør vi hvis mobiltelefonen blir tatt fra oss eller ødelagt av pasienten.»*

Informantene ga uttrykk for viktigheten av å ikke ta sjanser som kunne fremprovosere situasjoner som utløste vold. Det å være intuitivt forberedt i møte med pasienten, beskrev en av informantene slik:

#### **5.4.4 Rutiner**

Informantene ga beskrivelser av manglende rutiner når det gjaldt sikkerhet for ansatte. De beskrev også at tjenesten ikke hadde på plass god nok kartlegging når det gjaldt ustabilitet og aggresjon hos enkelt pasienter som kunne føre til truende atferd og utløse vold.

Informantene beskrev en manglende struktur på dette området. Videre var erfaringer fra informantene at samhandlingen mellom ulike tjenester i kommunen ikke var god nok, og det kunne ha betydning for at episoder med aggressive og truende pasienter ikke ble informert om på en god nok måte. Dette erfarte informantene som en utfordring ved at situasjoner kunne eskalere, og derved føre til flere truende situasjoner og i noen tilfeller også vold mot personalet. Dette skjedde ifølge informantene som oftest når andre tjenester også hadde oppfølging av pasienter, og ikke kjente pasienten på samme måte som personalet i psykisk helsetjeneste.

*«Mangelfulle rutiner som gir dårlig samhandling mellom ulike tjenester kan føre til utrygghet hos noen pasienter og føre til frustrasjoner og aggressiv atferd.»*

#### **5.4.5 Arbeidsmiljø**

Erfaringene som informantene gav uttrykk for, var at de etter deres syn hadde et bra arbeidsmiljø – selv om det kunne være ulike oppfatninger om hvordan man jobbet med pasienter og hvor grenser for atferd gikk hos hver enkelt. De savnet en bedre struktur for kompetanseheving og klare rutiner i tjenesten. Jobben kunne være veldig krevende, og medføre at de kunne bli utsatt for vold og trusler av pasienter. Det kunne i perioder være ekstra belastende,

spesielt når pasienter hadde ustabile perioder med mye utagering. Dette krevde etter deres mening at arbeidsmiljøet i tjenesten måtte være trygt og at de ansatte måtte trives selv om det samtidig var utfordrende, men også at feedback fra ledelsen var til stede og at ting ble fulgt opp av ledelsen. En av informantene var opptatt av åpenhet i personalgruppen, og at alle skulle føle trygghet når de tok opp ting som hadde hendt i pasientsituasjoner.

*«Det føltes godt for meg å kunne sette ord på hendelsen jeg hadde med pasienten, som overøste meg med verbalsjikaner som gikk på meg som person. Man blir sårbar i sånne situasjoner.»*

Det å ha muligheten til å kunne snakke om sånne hendelser med kollegaer og få støtte og en refleksjon tilbake, betyr mye for trivsel, trygghet og motivasjon for den enkelte, men også for gruppen og tjenesten som helhet. Informantene i undersøkelsen var særlig opptatt av at hver ansatt også hadde et selvstendig ansvar for å medvirke til et godt arbeidsmiljø. Som en av sykepleierne sa det:

*«Et trygt og godt arbeidsmiljø er ikke bare et ledelsesansvar – alle må ha en forståelse for og være motivert til å medvirke til miljøet.»*

## **6.0 DISKUSJON AV FUNN I STUDIEN**

I dette kapitlet vil jeg diskutere funnene i studien. Jeg har valgt å diskutere hver kategori for seg, med de samme benevnelser som er brukt i presentasjonen av funnene i kapittel 5. Til slutt vil jeg ha med metodiske vurderinger av studien.

### **6.1 En helhetlig forståelse av funnene i studien**

Funn i denne studien viser at relasjonsbygging er viktig for å skape trygghet og samarbeid med pasienter. Bruk av dialog selv i utfordrende situasjoner synes å bli brukt som del av det forebyggende arbeidet av de psykiatriske sykepleierne for å hjelpe pasienten til å mestre sin aggresjon bedre og på en mer hensiktsmessig måte (Hummelvoll, 2012). Funnene viser videre at grensesetting i hjemmesituasjonen ofte oppleves utfordrende for sykepleierne, men er et viktig virkemiddel for å skape en struktur og ramme for pasientene og samarbeidet.

Funnene viser også at de psykiatriske sykepleierne møter mange utfordringer i situasjoner hvor pasientene er aggressive og blir voldelige. Sykepleierne beskriver ubehag når det gjelder egen usikkerhet og følelse av utilstrekkelighet og frykt for hva utfallet vil bli. Det kan skape problemer for sykepleierne å skulle forholde seg til pasienter når de er aggressive og i tillegg ruset. Det kan bli utfordrende å være i relasjon til pasientene og prøve å opprettholde dialogen på tross av risiko for å bli skadet selv. I disse situasjonene har det betydning for sykepleierne at de har mulighet til å jobbe sammen med erfarne kollegaer som er trygge i sin rolle som fagpersoner (Dragsten, 2013). Selv om alle har ulike grenser for hva som er akseptert pasientatferd, har de respekt for denne ulikheten hos hverandre. Sykepleierne opplever å få støtte av kollegaer.

Videre viser funn at det er viktig å bli hørt og sett av ledelsen (Henderson, 2010) etter utfordrende hendelser. Sykepleierne ga uttrykk for at de savnet en bedre oppfølging fra ledelsen enn det som var praksis i tjenesten. Som kan forstås at personalet hadde et behov for å bli sett og ivaretatt på en mer systematisk måte. Det kan være med på å bidra til bedre samhold og trygghet blant de ansatte, gjøre dem i stand til å møte lignende situasjoner bedre rustet enn før og gi en trygghet for at de blir ivaretatt av ledelsen også når vanskelige situasjoner oppstår. Når vold og trusler mot ansatte skjer, vil det ikke bare berøre den av personalet som blir utsatt. Også resten av personalgruppen vil være berørt av ting som skjer. Da kan det være viktig med en støttende holdning også fra ledelsen.

## 6.2 Å ha relasjon til pasienten når det skjer vold og trusler

Funnene i denne studien viser at de psykiatriske sykepleierne opplever usikkerhet og frykt i situasjoner der trusler og vold skjer, og det oppleves som svært utfordrende. Videre opplever sykepleierne det som vanskelig å være i relasjon med pasientene når pasienter mister selvkontrollen og opptrer truende og aggressivt.

Det kom frem i denne studien at sykepleierne erfarte egen usikkerhet i måten de opptrådte på, og om det var med på å trigge pasienten slik at situasjonen forverret seg. Det å bli utsatt for risiko for å bli skadet kan skape usikkerhet hos sykepleiere om hvordan de opptrer og samhandler med pasienten. Sykepleierne kan oppleve at det er vanskelig å være i relasjon til pasienten når vold og trusler skjer. Videre erfarte sykepleierne i denne studien det som utfordrende å finne balansen mellom nærhet og distanse til pasienten når det skjedde ved og tåle å være i relasjon med pasienten eller trekke seg tilbake. En studie av Holtskog (2011) påviser at det har stor betydning for pasienten at personalet klarer å stå i utfordrende situasjoner der aggresjon, vold og trusler skjer. Sykepleierne erfarte i studien til (Holtskog, 2011) at når sykepleierne ikke klarte å være i situasjonen, kunne det øke aggresjons- og frykt nivået hos pasienten. Erfaringene til sykepleierne i denne studien med å være i relasjon med aggressive pasienter var at hvis de klarte å signalere ro overfor pasienten, var det med på å trygge pasienten. Når egen usikkerhet ble projisert over på pasienten, resulterte det i økt utrygghet hos pasienten. Fysisk og verbal aggresjon fra pasienter er ifølge Hummelvoll (2012) de reaksjonene som oftest skaper angst og usikkerhet hos personalet. Holtskog (2011) fremholder at det kan forstås å ha sammenheng med de utfordringer psykiatriske sykepleiere møter i relasjon med pasienten og balansen mellom trygghet og distanse ut fra hvordan pasienten fremstår.

Videre var det funn i denne studien som viste at sykepleierne erfarte det ekstra utfordrende å møte pasienter som i tillegg til en psykisk lidelse også var rusavhengige, fordi disse pasientene ofte var mer uforutsigbare og med en atferd som kunne endres raskt og fremstå som veldig aggressiv. Funn i denne studien viste at sykepleierne erfarte høyere risiko for at noe skulle skje ved hjemmebesøk når pasienten i tillegg var ruset. De opplevde at relasjonen med pasienten var mer krevende.

Det samsvarer med funn i en studie innen akuttpsykiatrien i Italia av Camuccio et al. (2012) som viser at sykepleiere opplevde større frykt for pasienter med samtidig psykisk lidelse og rusmisbruk siden de var mer uforutsigbare når det gjaldt aggresjon og utagerende atferd.

Videre viser funn i denne studien at sykepleierne erfarte det som vanskelig og utfordrende å være i relasjon med pasientene fordi de ble trukket inn i pasientenes aggressive verden og at pasientene rettet sin aggresjon og vold mot dem på grunn av sin psykiske tilstand. Dette er noe også Holtskog (2011) bekrefter i sin studie, der det rapporteres om at sykepleiere bruker mye energi på å forhindre at pasienter skal utgjøre en trussel for personalet og medpasienter.

Med henblikk på tidligere forskning gjort blant annet av Holtskog (2011), kan sykepleiernes erfaringer av relasjonelle belastninger forstås som uttrykk for at deres eget selvbilde og motivasjon utfordres når de opplever å ikke lykkes i det forebyggende arbeidet med å hindre aggresjon og voldsutøvelse.

Funn i denne studien viser videre at de psykiatriske sykepleierne erfarte det som krevende å bli involvert i pasientens psykotiske og ruspåvirkede verden, som også kunne lede til psykotisk tankesett hos pasienten. De kunne oppleve projisering av psykosen i form av fysisk utagering og pasientens forsøk på kontroll ved bruk av trusler og aggressiv atferd. Dette erfarte sykepleierne som belastende siden de også ble en del av pasientens psykotiske og ruspåvirkede verden. Ifølge Cullberg (2001) kan helsepersonell som er sammen med pasienter som er psykotiske eller har psykotiske symptomer bli utsatt for risiko for å bli utslitt fordi de over tid er i relasjon til pasienter som har psykotisk tankesett.

### **6.3 Eget ubehag ved å møte vold og trusler**

Funn i denne studien viser at sykepleierne erfarte å kjenne på flere reaksjoner hos seg selv når de var i relasjoner der pasientene utagerte. Funn i denne studien beskriver videre at sykepleiere kunne oppleve en av følelse av skam ved å bli utsatt for fysisk vold som det og bli slått av pasienten, og at sykepleierne følte det som nedverdiggende å bli krenket på denne måten. Sykepleierne beskrev videre at de kunne ta på seg ansvar for at relasjonen med pasienten resulterte i at pasienten ble aggressiv og voldelig, og de kunne bebreide seg selv for egen opptreden som utløsende for økt aggressivitet hos pasienten. De kunne dessuten kjenne på avmakt i noen situasjoner der pasienten ble truende og voldelig, og de gav beskrivelser av avmaktsfølelse på grunn av at de ikke nådde inn til pasienten.

Dette kan forstås som at sykepleierne oppfattet sin rolle som hjelper verdiløs og uten mening i noen situasjoner. Opplevelse av frustrasjon og urettferdighet som helsepersonell kan erfare når de blir utsatt for trusler og blir fysisk angrepet av pasienter de ønsker å hjelpe, kan ifølge Ilnér (2011) gi en følelse av maktesløshet. Sykepleiernes reaksjoner av maktesløshet når de møter aggressive pasienter kan også ses som uttrykk for følelse av å mislykkes i relasjon med pasienten. Bimenyimana, Poggenpoel, Myburgh og van Niekerk (2009) viser til lignende funn i sin studie fra Sør-Afrika at sykepleiere som blir utsatt for aggresjon, ofte kan føle fortvilelse, håpløshet og hjelpeløshet, og de kan oppleve seg mislykkede som fagpersoner når de ikke klarer å avverge aggresjon hos pasienter.

Sykepleierne i studien gav beskrivelser av ubehag ved å bli utsatt for trusler som også involverte andre enn dem selv. Dette gjaldt spesielt hvis pasienten kom med trusler om å skade noen i sykepleierens familie eller nettverk.

#### **6.4 Forebygging av vold og trusler**

Sykepleierne i denne studien hadde et tydelig fokus på betydningen av å tenke forebygging i deres måte å jobbe med pasientene på. De var opptatt av å skape trygge rammer for samarbeidet med pasientene, noe som de erfarte var med på å dempe aggresjonen. Relasjonen mellom sykepleiere og pasienter som er psykisk syke og bor hjemme er ofte kjennetegnet av langvarig oppfølging over år. De fleste mennesker med en psykisk lidelse er ikke aggressive eller vil opptre truende i møte med helsepersonell, men likevel har personell som jobber innen psykisk helsevern økt risiko ifølge (Alfarnes et al, 2015) for å bli utsatt for vold i løpet av yrkeskarrieren. Erfaringen viser at dette gjelder de som jobber tettest og med langvarig oppfølging av pasienter med en tung psykisk lidelse, det er pasienter som kan være paranoide og aggressive, og som i tillegg til en psykisk lidelse også har et rusmisbruk. Selv om det er innen sikkerhet og akuttpsykiatri det oftest forekommer vold og trusler, møter også de psykiatriske sykepleierne som jobber i hjemmebasert psykisk helsetjeneste pasienter som er aggressive. Det kan være pasienter som er begynnende psykotiske, paranoide eller ruset. Det er ifølge Hartvig (2012) særlig schizofreni med paranoide trekk og rusmisbruk som en uheldig forsterkende faktor som kan gi økt voldsrisiko. Også voldshistorie, tvangsinnleggelse, sinneutbrudd, trusler om vold, oppløste familieforhold og tilbaketrekning fra kontakt med psykisk helsetjeneste er faktorer som bør være med i vurderingen av risiko for aggresjon og vold. Oppvekstforhold som har vært preget av vold og aggresjon samt lav frustrasjonsterskel er ifølge Hummelvoll (2012) noe man bør ta med i vurderingen.

Funn i denne studien viser at sykepleierne ikke i samme grad vektla strukturert risikovurdering ved bruk av verktøy. De var mer opptatt av intuitiv erfaringskompetanse i møte med pasienten. Det kan forstås som at sykepleierne var trygge på denne kunnskapen når de skulle gjøre vurderinger om ustabilitet hos pasienter, på grunn av at de hadde langvarige relasjoner til pasientene og kjente hver enkelt pasient godt. Til forskjell fra dette funnet i studien kommer forskning gjort blant annet av Alfarnes (2015) til en annen konklusjon.

Alfarnes et al. (2015) og Hartvig (2012) peker på betydningen av voldsrisikovurdering som viktig både for å unngå vold mot ansatte, men også for ivaretagelse av pasientene.

Et annet funn i denne studien viser at sykepleierne hadde fokus på bruk av dialog med pasientene så lenge som mulig selv i pressede situasjoner. Men det var ikke alltid at de lyktes, og pasienter som var aggressive responderte ikke på forsøk på dialog fra sykepleierne.

Sykepleierne i studien erfarte at det tillitsskapende arbeidet med pasienten ofte var avgjørende for hva som ble utfallet etter hendelsen samt hvordan dette kunne tas tilbake til pasienten for å forebygge nye episoder med vold.

Erfaringene sykepleierne har når det gjelder å ikke få kontakt med pasienten kan forstås i lys av tidligere forskning som er gjort av (Holtskog, 2011) som viser at situasjonen og pasientens mentale tilstand medfører at sykepleierne opplever at de mister kontroll over situasjonen og dialogen med pasienten.

En studie gjort av Berring og Calmer (2010) som ser på håndtering av voldelige situasjoner i psykiatrien, peker på relasjonsfokus og dialog med pasienten som viktig å være seg bevisst – og ikke bare på at pasienten kan være farlig. Det kan gi risiko for at det blir skapt avstand til pasienten, og pasienten kan føle seg avvist slik at en mer voldelig atferd kan bli konsekvensen. Personalet bør ha en klar filosofi på hvordan de skal møte vold og trusler slik at det kan forebygges og forhindres så ofte som mulig. Personalet bør ta utgangspunkt i en forståelse (Hummelvoll, 2012) av hvilke grunnleggende behov pasienten ikke får dekket som leder til aggresjon og vold. Personalet bør jobbe aktivt med å forstå pasientens situasjon og hvordan den oppleves for pasienten.

Funn i denne studien viser at sykepleierne beskrev personlige egenskaper som en viktig faktor når det gjaldt å forebygge aggressiv atferd og voldsutøvelse. Funn viser videre at de personlige egenskapene til den enkelte sykepleier har betydning i utfordrende situasjoner, og

noen sykepleiere klarer bedre enn andre å beholde roen og tryggheten til å være i disse situasjonene som er preget av mye aggressivitet fra pasienter.

Sykepleierne erfarte at trygghet og evne til å se pasientens situasjon utviklet seg med økt kunnskap og klinisk erfaring. Det å jobbe bevisst med seg selv og sin egen innsikt når det gjelder hvordan man som fagperson opptrer i møte med pasienter, vil være med på å øke den personlige kompetansen som sykepleiere er avhengige av å besitte når de skal jobbe med mennesker i ulike faser av deres liv. Denne kompetansen er like viktig å ha i jobben med psykisk syke. Almvik og Borge (2005) sier at det er viktig for hjelperen å jobbe med seg selv og sine personlige reaksjoner på atferd fra pasientene.

Dette viser også funn i studien til Gulbrandsøy (2014), som påviste at sykepleierne i studien trakk frem erfaring og egenskaper hos sykepleiere som viktige for å kunne være mer forberedt på at utagering kunne skje.

Sykepleierens tolkning av både nonverbale og verbale signaler kan føre til at det oppstår sosial distanse og avstand til pasienten, og dette kan ha motsatt effekt enn ønsket. Dette kan igjen være grobunn for aggresjon og fiendtlighet fra pasienten hvis sykepleierens tolkning av pasienten gir signaler om at sykepleieren ikke er bekvem i relasjonen og dialogen med pasienten (Jakobsen, 2012). Individuelle forvarsler på endring av atferd vil være forskjellig fra person til person ut fra hvilken situasjon pasienten befinner seg i. Det å ha muligheten til å bli kjent med pasienten over tid, vil ofte være avgjørende for å kunne gjøre adekvate tolkninger av signaler hos pasienten og kunne treffe hensiktsmessige tiltak ut fra oppstått situasjon ifølge (Jakobsen, 2012).

Dette kan tolkes som at sykepleierne reflekterte over egen praksis og var opptatt av på hvilken måte de møtte pasientene når de var sinte, frustrerte eller ble voldelige, samt at egenskaper hos hver enkelt fagperson også kan bidra til å dempe aggresjonen ved å skape trygghet eller trigge situasjonen. Videre reflekterte sykepleierne over evnen til å se pasientens behov, hvilke faktorer det er som pasienten frustreres over og at sykepleierne må klare å se og lytte til pasientens subjektive oppfatninger og syn på problemet samt bruke denne forståelsen sammen med sin fagkunnskap om aggresjon. Ved å ha evne til å ta pasientens perspektiv, vil sykepleierne ifølge Hummelvoll (2012) få like mye innsikt som teoretisk kunnskap. For at god omsorg og behandling skal oppnås til mennesker med aggresjons- og voldsproblematikk, må det en helhetstenkning til rundt pasientens situasjon. Det må være fokus på hvordan man kan hjelpe pasienten til å få utløp for sinne og aggresjon på en måte som ikke skader andre.



Et annet funn i denne studien viste at sykepleiere også opplevde grensesetting som utfordrende i hjemmesituasjonen.

Samtidig kan mangel på grenser føre til uklare rammer for hvor skillelinjene for akseptabel atferd går. Grenser fungerer som en tilbakemelding fra omgivelsene til pasienten, og kan være med på å skape trygghet og forutsigbarhet for pasienten. Men grensesetting kan føre til motreaksjoner fra pasientene, noe sykepleierne erfarte skjedde når pasientene ikke var mottakelige for grenser og svarte med verbale trusler og økt aggressivitet som kunne utløse fysisk vold. Når dette skjedde og pasienten ble truende og fysisk utagerende, erfarte sykepleierne det som krevende situasjoner å være i sammen med pasienten. Det kan være vanskelig å tenke klart og kommunisere på en hensiktsmessig måte når man blir stresset og kanskje føler frykt i situasjonen. Hummelvoll (2012) peker på noen generelle råd som kan være til hjelp i situasjoner der pasienten blir utagerende:

Det kan være å klargjøre forventninger til pasienten på en positiv måte og anerkjenne reaksjonene som pasienten har, men oppfordre pasienten til å gi uttrykk for disse reaksjonene uten å bruke makt. Disse tilnærmingene vil hindre at personalet avviser pasienten, og de signaliserer at de anerkjenner pasientens rett til å bli sint så lenge det ikke gir destruktive utslag og påfører skade på personalet, andre eller inventaret (Hummelvoll, 2012). Fysisk grensesetting kan være vanskelig å gjennomføre i hjemmesituasjonen når man jobber alene som sykepleier.

Det å skulle sette grenser for pasienten kan oppleves som vanskelig, for man må samtidig finne den rette balansen slik at pasienten opplever å bli ivaretatt. Når grenser må settes for pasienten, bør det være i en klar og tydelig form. Sykepleierne var opptatt av måten grensesetting ble gjort på og hvilken tilnærming de hadde i disse situasjonene. De poengterte at selv om pasienten utagerte kraftig, var det viktig å klargjøre overfor pasienten hva som kunne aksepteres fra personalets side ut fra hensynet til pasienten selv, men også i forhold til personalets sikkerhet. Lillevik (2009), fremholder at det å gi pasienten noen handlingsvalg som et alternativ til å bruke vold kan være med på å dempe atferden og voldsreaksjonen.

Ifølge Hummelvoll (2012) har personalet en forpliktelse til å ivareta pasienten når atferden endrer karakter og blir uoversiktlig med hensyn til sikkerhet både for pasienten og personalet som er til stede. Det er nok vanlig at det kan være en viss uenighet i personalgruppen om på hvilken måte grenser skal settes og hvilke virkemidler som er hensiktsmessige. Det er ifølge (Hummelvoll, 2012) viktig at det er felles forståelse blant personalet rundt grensesetting, hva

som kan aksepteres og hva som ikke er akseptabel atferd. Før grensesettingen finner sted, må den tydeliggjøres for pasienten, ellers vil det være vanskelig å forstå for pasienten. Det kan igjen lede til ytterligere aggresjon og vold. Det man må prøve å unngå i situasjoner hvor grenser er nødvendig overfor pasienten, er at det blir en maktkamp mellom sykepleieren og pasienten.

Det kan nok ofte oppleves på denne måten av pasienten. Noen pasienter vil ha lav terskel for grensesetting, og kan reagere med å vise aggresjon og vold som motreaksjon på slik grensesetting. Dette kan trigge pasienten til enda kraftigere reaksjoner og føre til vold, noe som kanskje ikke ville skjedd hvis det hadde vært en annen tilnærming til grensesettingen.

På bakgrunn av disse funnene i studien kan det forstås som at sykepleierne har med seg pasientperspektivet og er bevisst på omsorgen for pasienten samtidig som de setter grenser. De prøver bevisst å unngå at det blir en maktkamp med pasienten som kan skape mer aggressivitet. Det er viktig at grensesettingen ikke oppleves som en maktdemonstrasjon eller straffereaksjon (Hummelvoll, 2012).

## **6.5 Oppfølging av ansatte**

Funn i denne studien viser at sykepleierne etterspurte en klar struktur for systematisk gjennomgang av hendelser der ansatte hadde blitt utsatt for verbale trusler og fysisk utagering fra pasienter. Sykepleierne savnet også mer kompetanse til å møte aggresjon og vold.

Kollegastøtte ble av sykepleierne vektlagt som viktig. Det å snakke med kollegaer om hendelser der trusler og vold var blitt fremsatt, var ofte med på å sette ting i perspektiv og starte prosessen med å sortere ut sykepleiernes reaksjoner. Erfaringene sykepleierne hadde med støtte fra kollegaer gir forståelse av at det hadde stor betydning i personalgruppen. Sykepleierne uttrykte videre at det å oppleve støtte fra sine kollegaer, ga dem større trygghet til å møte lignende situasjoner igjen.

Tidligere forskning, blant annet av Krøvel et al. (1997), fremholder at det er viktig å samles rett etter en hendelse mens inntrykkene ennå er «ferske» for å få satt ord på hvilke opplevelser og reaksjoner som den enkelte har vært gjennom. Her kan man ta imot erfaringer og innspill fra andre i personalgruppen som har erfart lignende episoder tidligere. Denne betydningen bekreftes også i studien til Hammerlin og Kristoffersen (2001), som har undersøkt vold og trusler mot ansatte i kriminalomsorgen. De viser til funn i sin studie at det er viktig for ansatte

å få muligheten til å snakke og vise omsorg, men også å kunne snakke om de faglige sidene ved det som skjedde.

Andre funn i denne studien viser at sykepleierne savnet en systematisk gjennomgang etter hendelser der ansatte var blitt utsatt for verbale trusler og fysisk vold. Sykepleierne etterspurte en oppfølging fra ledelsen av tjenesten på en mer strukturert måte enn hva som var praksis. Lignende funn rapporterer også Henderson (2010) i sin studie der respondentene beskrev manglende oppfølging etter vold mot sykepleiere fra pasienter.

Det vil være behov for en samlet gjennomgang av hendelsesforløpet av ledelsen for tjenesten, og denne gjennomgangen bør være av en mer systematisk karakter og er hensiktsmessig å gjøre etter noen dager ifølge (Pedersen, 2014). Det vil som regel være naturlig at det er lederen som har ansvaret for gjennomføringen. På den måten gis det også et signal fra ledelsen om at de tar dette på alvor og er interessert i å ivareta de ansatte. Det bør være en klar struktur under gjennomgangen. I en gruppe har personalet muligheten til å strukturere hva de har opplevd, og sammen med andre integrere egen erfaring med andres som et tillegg til egen erfaring (Pedersen, 2014).

Et annet funn i studien viser at sykepleierne etterspurte mer kompetanse når det gjaldt å møte vold og trusler fra pasienter. Sykepleiernes erfaring i denne studien var at når de klarte å opptre med ro og trygghet overfor pasienter som var sinte og utagerende, ga det ofte en dempende effekt på aggressiv atferd hos pasientene.

Ifølge Dragsten (2013) kan frykt, sinne eller angst redusere evnen til konfliktløsning og bidra til økt risiko for utagering hos pasientene. Disse funnene er i samsvar med funn som Jakobsen (2012) gjorde i sin studie som viser til at utrygge ansatte kan gi en økning i voldsepisoder. Jakobsen sier videre at ansatte med en positiv og sikker holdning lettere vil få positive følelser i situasjoner og være bedre rustet til å dempe aggresjon. Men det fordrer kunnskap og god opplæring av de ansatte, samt at de har mulighet for å drive simulering av situasjoner de kan møte når det gjelder trusler og vold.

Det kom frem som funn i studien at sykepleierne var opptatt av egen sikkerhet i situasjoner hvor de var på hjemmebesøk og møtte aggressive pasienter som var truende og ble fysisk utagerende. Sykepleierne beskrev ivaretagelse av egen sikkerhet som viktig når de var hjemme hos pasienter som var aggressive. Det kunne oppleves av sykepleierne som veldig krevende å være i relasjon med pasienter som var sinte og uttrykte mye aggresjon. Spesielt

utfordrende var det når pasienter som var veldig aggressive ikke var mottakelige for dialog eller samarbeid disse situasjonene erfarte flere av sykepleierne som uforutsigbare, det skapte ofte usikkerhet hos sykepleierne når det gjaldt egen sikkerhet og om de ville bli skadet. Dette erfarte sykepleierne spesielt i situasjoner der utageringen eskalerte. Sykepleierne beskrev egen opptreden som viktig, og ofte som avgjørende for om de ble skadet eller ikke. Ifølge sykepleierne prøvde de alltid å holde dialogen med pasienten i gang, selv om dette i noen tilfeller ikke førte frem. Sykepleiernes erfaring med å være i relasjon med pasienter når ting eskalerte var at når de klarte å beholde en ytre ro, hadde det ofte en dempende effekt på den verbale eller fysiske utageringen fra pasienten. Sykepleierne ga beskrivelser av erfaringer med å tolke signaler pasienten sendte ut, noe de ble mer oppmerksom på etter hvor mye kunnskap og erfaring den enkelte hadde. Det kan forstås som at sykepleierne var opptatt av å bruke klinisk skjønn i møte med pasienten. Det kunne være at pasienten var veldig anspent når de kom på besøk eller hadde forandret stemmeleie og brå bevegelser. Dette kunne ifølge sykepleierne være *varslingssignaler*, som de burde ta på alvor og forberede seg på at noe kunne endre seg raskt. Det kunne få betydning for ivaretagelse av egen sikkerhet. Når slike tegn var til stede hos pasienten, prøvde de å få pasienten til å gi uttrykk for hva som kunne være årsak til frustrasjonen og sinnet, men uten at det fremprovoserte ytterligere reaksjoner. Sykepleierne pekte på at dette ikke alltid førte frem slik at dialogen med pasienten stoppet opp.

I Arbeidstilsynets veileder fra 2009, der fokuset er på vold og trusler på arbeidsplassen, vises det til arbeidsmiljøloven med hensyn til hvilket ansvar arbeidsgiver har og hvilke rettigheter arbeidstaker har. Arbeidsmiljøloven (Lovdata, 2015) stiller følgende krav i § 4-3 Krav til det psykososiale arbeidsmiljøet:

*«(4) Arbeidstaker skal, så langt det er mulig, beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre.»*

Ifølge Hummelvoll (2012) må man også være forberedt på at noe av frustrasjonene og sinnet blir projisert over fra pasienten til en selv. Som jeg forstår (Hummelvoll, 2012) er det da viktig for sykepleierne å ikke gi tilsvarende på denne projiseringen med eget sinne, siden det kan forsterke aggresjonen og utløse mer angst og frykt hos pasienten på en måte som kan ende med fysisk vold. Dette kan sette deres sikkerhet i fare, og risikoen for å bli skadet øker. Ut fra funn i denne studien kan det forstås som at sykepleierne var bevisste på egen opptreden når de

møtte aggressivitet hos pasienter, og at de prøvde å finne balansen mellom hensyn til egen sikkerhet og forståelse og ivaretagelse av pasientens situasjon og behov.

Det er viktig i virksomheter som opplever vold og trusler mot ansatte at det rettes fokus på hva som kan gjøres for å forebygge slike hendelser. Det vil alltid være en viss risiko for å bli utsatt for vold og trusler fra pasienter. I virksomheter som ofte opplever volds- og trussel episoder, kan det få et «hverdagslig» preg gjennom en holdning om at det er en del av jobben å bli utsatt for vold. Dragsten (2013) fremholder i sin studie at noen av respondentene ikke betraktet voldsepisodene som alvorlige, selv om de oppgir skader, tap av eiendeler og sykefravær. Dragsten stiller spørsmålet om dette har blitt en naturlig del av hverdagen i jobben.

Funn i denne studien var tilbakemeldinger fra sykepleierne om bedre oppfølging etter episoder med vold og trusler fra pasienter. Sykepleierne trakk også frem økt kunnskap med hensyn på å møte vold og aggresjon fra pasienter. Dette var etter deres mening av stor betydning for hvordan de skulle kunne ha forutsetninger for å møte voldssituasjoner som oppsto. HMS-arbeid er nøkkelen til å lykkes med å skape et godt arbeidsmiljø også i de hjemmebaserte tjenestene, og dette arbeidet må være godt forankret i ledelsen av virksomheten. Det samme gjelder samsvaret mellom ressurser og arbeidsoppgavenes omfang og kompleksitet ifølge (Arbeidstilsynet, 2008).

Svanlund (2009) fremholder at forekomsten av vold og trusler kan ha sammenheng med faktorer som begrenset bemanning, erfaring og kompetanse hos ansatte til å skape gode relasjoner til pasientene, noe som gjør at de blir mer utsatt for voldsepisoder.

Hvordan den enkelte brukte språket, ble trukket frem av sykepleierne som viktig for hvordan gruppen oppfattet pasientene og det kan skape usikkerhet blant personalet hvis det ikke er en bevissthet i bruk av språket gjennom reflektert tilnærming, det kan føre til at beskrivelser av pasienter bygger mer på antakelser og myter enn det som faktisk er reelle observasjoner og erfaringer ifølge (Berring & Calmer, 2010). Tilnærmingen kan lett bli unyansert, og personalet tillegger pasienten egenskaper som det ikke er grunnlag for.

Det er uheldig at beskrivelser av pasienter er basert mer på myter og antakelser enn på faglige observasjoner og vurderinger. Myten om den «aggressive» pasienten kan føre til unødvendig uro og usikkerhet blant personalet. Resultatet kan bli at personalet fokuserer mindre på relasjonen til pasienten og mer på rammer for sikkerhet. Dette kan da skape distanse i

relasjonen til pasienten, noe som kan føre til at pasienten føler seg dårlig ivaretatt og svarer med endret atferd (Berring & Calmer, 2010).

Når personalet har mulighet til systematisk refleksjon, gjør det at de kan se situasjonen fra flere sider og få delt erfaringer med hverandre (Berring & Calmer, 2010), noe som kan gi læringseffekter til å gjøre dem bedre rustet når de møter vold og aggresjon på nytt. Det å sette refleksjon i system kan være med på å fremme en bedre balanse og et mer nøytralt syn, og åpne opp for nye perspektiver og tolkninger av pasientens handlinger. Hvis resultatet av refleksjonen gir en mer samlet forståelse av hva som skjedde og om håndteringen av situasjonen ble utført hensiktsmessig, har gruppen som helhet oppnådd å skape fundament for felles forståelse og praksis som kan skape og bevare et godt faglig miljø.

Schön (2001) mener at refleksjon er en nødvendig del av en handling, og er opptatt av hvordan dette gjøres i praksis. Videre påpeker Schön at refleksjon er særlig viktig for profesjonsutdanningene. Sett i lys av (Schöns, 2001) forståelse og bruk av begrepet refleksjon etter en handling, er min forståelse at sykepleierne gjør det i denne studien ved at de prøver å reflektere over egne reaksjoner og hvordan de møtte pasientene når de var aggressive eller truende. Ved å bruke refleksjon som sykepleierne anvendte i praksis, kan det være med på å gi ny læring og tilnærming til møtet med aggresjonen.

## **6.6 Metodiske vurderinger**

Malterud (2011) beskriver tre ulike begreper i kvalitetssikringsprosessen i kvalitative studier: validitet, relevans og refleksivitet. Jeg vil ta for meg begrepene og drøfte forskningsprosessen i forhold til disse.

Som uerfaren forsker kan det være utfordrende å klare å holde fokus og holde den nødvendige distansen til eget fagfelt slik at forskerens egen forståelse ikke kommer til syne i så stor grad at det forstyrrer tolkningen av det informantene formidler og vektlegger. Dette er viktig å ta hensyn til som forsker i fremtidige prosjekter.

### **6.6.1 Validitet**

Studiens mål har vært å få frem sykepleiernes egne tanker, erfaringer og kritiske refleksjoner omkring det å møte vold og trusler. I følge Malterud (2011) handler validitet om å stille spørsmål ved kunnskapens gyldighet ved å presentere en systematisk metode bruk i datainnsamling og analysen på en måte som kan gi transparens og kan etterprøves av andre.

Det er gjort i oppgavens metodekapittel, og er med på å gi leseren mulighet til å følge prosessen fra innsamling av data til presentasjon av funn.

Denne studien, som er en masteroppgave, har sine begrensninger når det gjelder omfang. Dette fremkommer i oppgavens avgrensede problemstilling og antall respondenter i studien. Med et så lite utvalg som fire personer, kan det være vanskelig å gi absolutte eller endelige konklusjoner i denne studien, det er heller ikke målet men en kvalitativ studie kan bidra til en dypere forståelse av tema eller forskningsområde.

Utvalget er stort nok til å ha mulighet til å belyse nyanser av problemstillingen. Utvalget i denne studien består av en mann og tre kvinner med en viss variasjon i alder og erfaring i yrket. Ved å ha en variasjon i alder og erfaring i yrket, har jeg hatt en forventning om en bredere variasjon av perspektiv og forståelse av problemstillingen. Det er ikke tatt hensyn til kjønnsforskjeller blant deltakerne i analysen av funn.

Informantene i denne studien har et retrospektivt perspektiv gjennom å beskrive erfaringer fra situasjoner som har skjedd. Ifølge Malterud (2011) vil erfaringer og opplevelser bli fremstilt som historier eller deler av historier, noe som er grunnlaget for empirien i materialet i en kvalitativ studie. Kritikken av denne formen for intervju er faren for at mennesker ikke klarer å huske eksakt hva som skjedde når det gjelder opplevelser fra fortiden.

Ifølge Stenøien (2000) kan det stilles spørsmål ved om man kan stole på at informanter gir korrekt informasjon når de forteller fra fortiden. På den annen side hevdes det at det kan være en hensiktsmessig metodisk vurdering å knytte intervjuene til konkrete situasjoner og erfaringer. Historiene som blir fortalt kan åpne opp for ny forståelse og kunnskap, og gi grunnlag for analyse. Erfaringene gjenoppleves når historien fortelles på nytt, og det kan gi grobunn for ny forståelse og nye perspektiver. Selv om informantene ikke husker alt helt eksakt, trenger ikke fortellingen være mindre sann enn den situasjonen som opprinnelig fant sted. Jeg som forsker vil være opptatt av de tema historiene beskriver. I møtet mellom forsker og informanter utvikles nye deler av fortellingen som vil være preget av tid, atmosfære og sted. Forskeren blir også en aktiv deltaker i utviklingen av fortellingen dette krever ifølge Malterud (2011) stor grad av refleksivitet og validitet.

Alle intervjuene i studien ble gjennomført i løpet av en uke, og tid til kritisk refleksjon over egen rolle som intervjuer ble ikke tilstrekkelig med tanke på mulige forbedringer mellom hvert intervju. Rollen som intervjuer var ny, og mangel på erfaring kan ha påvirket kvaliteten

på dataene, ved at det for eksempel ikke ble stilt oppfølgingsspørsmål der det ville vært naturlig. Kvale og Brinkmann (2014) fremholder at kunsten til å stille oppfølgingsspørsmål ikke kan spesifiseres på forhånd, men krever en aktiv og fleksibel oppfølging av de svarene som informantene gir.

Sett i ettertid kunne mer tid mellom hvert intervju gitt mulighet for mer refleksjon over egen rolle som intervjuer. For at analysen av kvalitative data skal bli vellykket, må forskeren ha mulighet til å analysere og reflektere over fenomener som kommer frem i studien på en forsvarlig måte. Resultatene troverdighet avhenger også av hvor godt kategoriene beskriver dataene i studien. Det meste av datamaterialet er inkludert i analysen fordi jeg mener at det meste av datamaterialet gir mening med hensyn til problemstillingen i studien. Noe som innebærer at kun en liten del av datamaterialet er utelatt fra analysen.

Tilbake meldinger jeg har fått i analyseprosessen når det gjelder min tolkning av datamaterialet. Har hatt betydning for validiteten på studien, fordi jeg da fikk innspill som hjalp meg til å se flere mulige tolkninger av dataene. For at påliteligheten til de funn som er kommet frem i studien skal øke, har jeg valgt å ta med direkte sitater i presentasjonen av funn. Dette vil også tydeliggjøre overfor leseren hvordan data og kategorier er utformet.

Studiens spørsmål retter seg mot hvilke erfaringer psykiatriske sykepleiere har gjort når de møter pasienter som er aggressive og kan være voldelige i hjemmesituasjonen. Med utgangspunkt i valgt problemstilling, forsikret jeg meg om at informantenes erfaringer var knyttet til konkrete situasjoner der de hadde vært sammen med aggressive og voldelige pasienter. Det ble gjort ved å spørre om dette i det innledende spørsmålet i intervjuguiden.

### **6.6.2 Relevans**

Studiens relevans handler om hva kunnskapen kan brukes til (Malterud, 2011). Funnene som presenteres i denne studien kan være med på å bidra til økt forståelse og kunnskap om hvordan psykiatriske sykepleiere opplever å møte vold og trusler fra pasienter i hjemmebasert omsorg. Studiens funn kan være med å bidra til å øke kvaliteten på oppfølging av pasienter i hjemmebasert omsorg som er truende og utøver vold ved å systematisk arbeide med å møte disse utfordringene. Relevans er ifølge Malterud (2011) knyttet til studiens generaliserbarhet, altså i hvor stor grad studiens resultater kan overføres til andre tjenester eller grupper. Utvalget i denne studien begrenser seg til kun psykiatriske sykepleiere, men jeg mener at det er en sannsynlighet for at resultatene kan ha en overførbarhet til å gjelde andre yrkesgrupper som jobber med pasienter som kan være aggressive og utøve vold. Kliniske sosionomer og vernepleiere som



jobber innen psykisk helsevern utfører mange av de samme oppgavene som psykiatriske sykepleiere. Andre yrkesgrupper med en annen fagbakgrunn kan ha et annet perspektiv, så resultatene kunne blitt annerledes hvis utvalget i denne studien hadde vært sammensatt på en annen måte.

Denne studien er gjennomført innenfor konteksten hjemmebasert psykisk helsetjeneste i kommunehelsetjenesten. Selv om denne pasientgruppen bor hjemme, finner jeg det sannsynlig at studien kan ha en overførbarhet til spesialisthelsetjenesten både innen akuttpsykiatrisk og sikkerhetspsykiatriske avdelinger hvor de behandler pasienter som også er aggressive, voldelige og ruset. Selv om denne pasientgruppen innen hjemmebasert psykisk helsetjeneste er lite voldelig, vil det være en liten andel som er truende, har mye aggresjon og blir voldelige. Flertallet er personer med psykisk sykdom, og en viss andel er også rusavhengige.

### ***6.6.3 Refleksivitet***

Refleksivitet omhandler ifølge Malterud (2011) forskerens forståelse og tolkning. Det er viktig å være bevisst eget utgangspunkt i forskningsprosessen, altså at forskeren klarer å utfordre sine fordommer, kunnskap og erfaringer han har med fra tidligere. For at forskningen skal få frem noe annet enn det som er kjent, er det nødvendig å ha en fleksibel og åpen tilnærming slik at det gir plass for kritiske refleksjoner og konklusjoner underveis i prosessen. Dermed blir det mulig for leseren å kunne forstå på hvilken måte forskeren kom frem til konkrete resultater.

Min bakgrunn som psykiatrisk sykepleier, med erfaring fra hjemmebasert psykisk helsetjeneste, har påvirket fokuset og utformingen av problemstillingen for denne studien. Min forforståelse har hatt betydning for valg av det teoretiske perspektivet som er grunnlaget for analysen og diskusjon av funn. Forforståelsen har påvirket min fortolkning av datamaterialet.

Funnene i studien er blitt diskutert i en sammenheng mellom min egen forforståelse og det teoretiske perspektivet for studien. Jeg finner det sannsynlig at det har hatt betydning for studiens funn. Selv om jeg har prøvd å være bevisst min forforståelse i forskningsprosessen, finner jeg det sannsynlig at den har hatt innflytelse på prosessen.

Siden jeg selv er psykiatrisk sykepleier og har jobbet innen hjemmebasert psykisk helse-tjeneste i mange år, har jeg hatt mulighet til å forske i eget fagfelt – noe som ifølge Malterud (2011) kan være en styrke i den forstand at det kan gi innsikt og forståelse for utfordringer som berører forskningsfeltet. Det kan samtidig være en utfordring å forske i eget fagfelt når det gjelder å skape nødvendig distanse til forskningsprosessen. For å skape distanse til eget

fagfelt som forsker, valgte jeg å gjennomføre studien i en annen kommunal psykisk helse-tjeneste. Min vurdering har vært at jeg da ville være bedre i stand til å fordomsfritt undersøke de fenomener som trår frem.

## 7.0 AVSLUTNING

### 7.1 Oppsummering

Denne studien har prøvd å belyse de erfaringer og utfordringer som psykiatriske sykepleiere møter i situasjoner der pasienter kan være truende og voldelige overfor sykepleierne i hjemmebasert tjeneste. Studiens utvalg har bestått av fire psykiatriske sykepleiere, som alle jobber i hjemmebasert psykisk helsetjeneste. Datainnsamlingen har foregått gjennom semi-strukturerte intervjuer med intervjuguide.

Resultatene i studien viser hvor utfordrende det kan være å gi omsorg til pasienter som har en volds- og aggresjonsproblematikk. Det er krevende for sykepleierne å være sammen med og holde ut i relasjonen med pasientene, som kan være begynnende psykotiske og projisere sin virkelighet over på sykepleierne. På grunn av pasientens mentale tilstand, kan sykepleierne bli utsatt for aggresjon og trusler om vold. Egne reaksjoner som frykt og usikkerhet og følelsen av å miste kontroll over situasjonen er utfordringer som sykepleierne møter. De er ekstra sårbare når de møter truende pasienter i hjemmesituasjonen, der de som oftest er alene med pasienten. Sykepleierne kan oppleve det som vanskelig å finne balansen i relasjonen med pasienten når det gjelder autonomi i hjemmet og grenser for atferd.

Sykepleierne utfordres også av at pasientene kan ha en annen virkelighetsoppfatning enn dem selv. Det medfører at sykepleierne kan ha utfordringer med å forstå pasientenes virkelighetsoppfatning og det kan være vanskelig for sykepleierne å forholde seg til pasienten og å ha pasientens perspektiv. For å kunne forstå pasienten må sykepleierne ha en empatisk innstilling og evne. Det kan samtidig være belastende for sykepleierne å ha nærhet til pasientens virkelighetsoppfatning, som kan være preget av aggresjon, trusler og fysisk utagering på grunn av psykotiske symptomer eller rus. Det medfører at sykepleierne blir slitne av å være i relasjon med pasientene og må ha mulighet til distanse til pasienter for ikke å bli utbrent i en ofte langvarig relasjon. Det er ofte et dilemma for sykepleierne at det å distansere seg fra relasjonen med pasienten kan bidra til økt aggresjon fordi pasienten føler seg avvist. Denne studien viser at det er spesielt krevende for sykepleierne å finne balansen mellom distanse og nærhet i relasjonen med pasienter som fremstår som truende og voldelige.

Utfordringer som sykepleierne erfarer når pasienter har behov for grensesetting, men ikke er enige i dette, er at de kommer med motreaksjoner. Sykepleierne møter også på utfordringer når de ikke klarer å opprettholde dialogen med pasientene, noe som kan resultere i økt aggresjon og utagering. Dialogen blir av sykepleierne trukket frem som en viktig del av det

forebyggende perspektivet de jobber etter for at pasienten skal klare å håndtere egen aggresjon. Pasientens tilstand, sykepleiernes opplevelse av å ikke ha kontroll over situasjonen samt egen usikkerhet og frykt kan gjøre det vanskelig å ha dialog med pasienten, noe som kan føre til at situasjonen utvikler seg til fysisk utagering og voldsbruk fra pasientens side.

Studien viser at sykepleierne kan komme i et etisk dilemma når de må vurdere å trekke seg bort fra pasienten. De er usikre på hva det vil ha å si for relasjonen til pasienten på lang sikt. Sykepleierne erfarte også at det kunne være tvil hos dem hvor grensen for pasientens autonomi gikk når det gjaldt evne til å mestre egen aggresjon.

Sykepleierne blir også utfordret på felles forståelse og samarbeid med kollegaer når det er ulike oppfatninger om hvilke grenser som skal gjelde for pasientene som bor hjemme. Dette gir utfordringer for målet om en felles faglig forståelse i tjenesten. Erfaringskunnskap er trukket frem av sykepleierne som en viktig del av det å skulle møte trusler og vold fra pasienter. Det kan derfor oppleves som en ekstra belastning å arbeide sammen med kollegaer som er uerfarne og ikke trygge i sin rolle, og som kan projisere sin egen utrygghet over på kollegaer. I tillegg vil også pasientens projiseringer av egen aggresjon og utrygghet være til stede. Støtte fra kollegaer kan utebli hvis det er ulike oppfatninger om hva som er hensiktsmessige tiltak overfor pasienten, og dette kan føles ekstra belastende og føre til at sykepleieren kan begynne å tvile på sin egen vurdering.

Sykepleierne og andre ansatte møter også ekstra belastninger ved at de ikke føler seg godt nok ivaretatt etter hendelser der de er blitt utsatt for trusler eller pasienter som har vært så aggressive at de har blitt voldelige. Erfaringene sykepleierne har etter episoder med trusler og vold, er lite systematisk oppfølging fra ledelsen. Selv om sykepleierne erfarer kollegastøtte etter hendelser med trusler og vold, er det et behov i personalgruppen for bedre oppfølging fra ledelsen av tjenesten.

Under arbeidet med denne studien har det blitt klart for meg hvilke utfordringer sykepleierne møter og hvor stort ansvar de har når de blir involvert i situasjoner hvor de blir truet eller utsatt for fysisk vold fra pasienter som bor hjemme. Det står stor respekt av arbeidet de psykiatriske sykepleierne og annet helsepersonell utfører i kommunal psykisk helsetjeneste. Underveis i arbeidet med denne studien har jeg fått ny forståelse av hvorfor sykepleierne har det forebyggende perspektivet så sterkt i fokus og betydningen erfaringskunnskap og personlige egenskaper har for hvordan relasjonen med pasientene utvikler seg. Dette kan være med på å forebygge aggresjon, men også dempe i situasjoner der aggressiviteten øker.

Dialogen, som sykepleierne var opptatt av, blir et viktig verktøy for å bygge tillit og trygghet inn i relasjonen med pasientene også når de er sinte, frustrerte og utagerende. Grenser for pasientens atferd blir brukt på en måte som ivaretar omsorgen for pasientene, selv om pasientene ikke alltid vil være enige i denne vurderingen.

## **7.2 Konsekvenser for praksis**

Funnene i denne studien viser at det er viktig for sykepleierne å ha støtte fra kollegaer. Men like viktig er det at de føler seg ivaretatt og fulgt opp av ledelsen etter hendelser der de har blitt utsatt for truende atferd og fysisk vold. Videre er det viktig at de har muligheten til kompetanseheving når det gjelder å møte aggresjon og vold fra pasienter som bor hjemme. Det virker som det er av stor betydning for sykepleiernes trygghet i disse situasjonene. Støtte fra ledelsen og kollegaene kan være med på å redusere belastningen den enkelte sykepleier føler i møte med hjemmeboende pasienter som kan være truende og utøve vold.

På bakgrunn av studiens funn kan det være flere perspektiver det kan være hensiktsmessig å fokusere på i arbeidet med å forebygge situasjoner der aggresjon oppstår. Det vil være av betydning å prøve å utvikle større trygghet blant personalet når de møter aggressive pasienter. Den felles kunnskapen som allerede finnes hos personalet må utvikles videre, slik at relasjonen med pasientene skaper enda mer tillit og kan gi personalet en sterkere posisjon til å dempe aggressiv atferd hos pasientene. Et annet fokus som synes å ha betydning, er tydelighet med hensyn til akseptabel atferd og hvordan sykepleierne presenterer seg selv overfor aggressive pasienter.

## **7.3 Veien videre**

Det er behov for videre forskning på hvordan helsepersonell i det kliniske feltet møter de utfordringer som fremkommer i denne studien. Det kunne vært interessant å forske på hvilke erfaringer som er gjort i situasjoner der pasienters aggresjon ikke tiltok samt hvilke faktorer helsepersonell mener har vært virksomme i arbeidet med truende og aggressive pasienter, kan det være med på å gi et bidrag til kunnskap om hvordan man kan jobbe forebyggende mot vold og trusler fra pasienter.

For å kunne øke kunnskapen og forståelsen av hva som utløser aggresjon og vold hos pasienter i hjemmebasert psykisk helsetjeneste, men også i psykisk helsevern generelt, er det nødvendig med videre forskning både på erfaringer som helsepersonell har gjort. Men også

pasientperspektivet er viktig å få mer kunnskap om, noe som kan være med på å gi en økt forståelse og innsikt i hva som skjer i disse situasjonene.

Vold og trusler mot sykepleiere representerer et betydelig problem både nasjonalt og internasjonalt. Undersøkelser viser blant annet at sykepleiere er den yrkesgruppen som er mest utsatt for vold og trusler sammenlignet med andre yrker (Vrålstad, 2011). Denne oppgaven har forsøkt å belyse betydningen av erfaringskunnskap som psykiatriske sykepleiere har og hva det har å si for deres evne til å møte vold og trusler i sin jobb i hjemmebasert omsorg. Forskning har i liten grad berørt vold og trusler i hjemmebasert psykisk helsetjeneste. Studien kan være et bidrag i arbeidet med å møte vold og trusler, men også arbeid med rutiner for oppfølging av ansatte etter hendelser der de har blitt utsatt for vold og trusler. Studien peker på noen utfordringer som små, kommunale psykiske helsetjenester kanskje har når det gjelder god struktur for opplæring i håndtering av utfordrende atferd fra pasienter som bor hjemme. Det er behov for bedre rutiner for sikkerhet og risikovurdering og samarbeid på tvers av tjenester. Selv om det alltid vil være en viss risiko forbundet med å jobbe innen psykiske helsetjenester, også de hjemmebaserte, vil det være viktig å ha fokus på godt HMS-arbeid både med hensyn til ivaretagelse av ansatte og deres arbeidshverdag, men også av hensyn til pasientene.

Studien av psykiatriske sykepleieres erfaringer med å bli utsatt for vold og trusler fra pasienter prøver å finne ut hvordan sykepleierne som jobber innen hjemmebasert psykisk helsetjeneste erfarer disse situasjonene. Gjennom refleksjoner har sykepleierne delt av sine erfaringer og opplevelser når det gjelder det å skulle møte utfordrende atferd hos pasienter som bor i egen bopel. Sykepleiernes stemme kommer frem i studien. Målet med studien var å få frem erfaringer og tilnærminger som sykepleierne anvendte for å møte vold og trusler. Dette ble til gjennom samtale og refleksjon, noe studien fikk frem.

Gjennom drøftingen viser studien utfordringer, men også muligheter som sykepleierne møter ved å skulle møte utfordrende atferd i hjemmebasert tjeneste. Informantene har fått anledning gjennom undersøkelsen til å fritt kunne dele sine synspunkter og tanker omkring betydningen av erfaringskunnskap, relasjonsbygging, dialog, egne reaksjoner og hva det har å si for deres forståelse og evne til å tåle utfordrende situasjoner. Lillevik og Øien (2010) er opptatt av at kvaliteter hos hjelperen kan ha betydning for hvordan samarbeidet med pasienten utvikler seg. Personlige egenskaper vektlegges av sykepleierne som vesentlig for hvordan hver enkelt ansatt møter og håndterer ulike situasjoner der sykepleierne også kan bli utsatt for vold eller trusler. Personlige egenskaper bør kanskje vektas mer enn tidligere. Erfaringskunnskapen som

psykiatriske sykepleiere har er av stor verdi, som spesielt nytilsatte og andre faggrupper bør ta  
få del i.

## REFERANSELISTE

- Alfarnes, S.A., Bygdås, T.M., Wiik, L., Brække, A., Nguyen, L., Bjørnstad, M. & Haug, D.E. (2015). Forebygg trusler og vold mot ansatte i psykisk helsevern <https://psykologisk.no/2015/06/forebygging-av-trusler-og-vold-mot-ansatte-i-psykisk-helsevern/> [Lesedato 06.09.2015].
- Almvik, A. & Borge, L. (2005). *Tusenkunstnerne: Muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid* (3. utg.). Oslo: Fagbokforlaget.
- Arbeidstilsynet (2008). *Prosjektrapport: «Rett hjem» – kampanje i hjemmetjenesten. Hjemmetjenesten – døgnåpen, tidløs og slitesterk: Tanker og tall etter fem år med Rett hjem.* <http://www.arbeidstilsynet.no/binfil/download2.php?tid=97811> [Lesedato 11.09.2015].
- Arbeidstilsynets publikasjoner Best. Nr. 597 (2009). *Vold og trusler på arbeidsplassen. Forebygging, håndtering og oppfølging.* <http://www.arbeidstilsynet.no/binfil/download2.php?tid=103760> [Lesedato 16.09.2015].
- Atawneh F.A., Zahid, M.A., Al-Sahlawi, K.S., Shahid, A.A. & Al-Farrah, M.H. (2003). Violence against nurses in hospitals: prevalence and effects. *British Journal of Nursing*, 12(2), 102–107. Doi: 10.12968/bjon.2003.12.2.11049.
- Arbetsmiljø verket (2011). *Hot och våld inom vård och omsorg. Rapport 2011:16.* <http://www.av.se/publikationer/rapporter/> [lesedato 30.09.2016.].
- Bengtsson, J. (2006). *Å forske i sykdoms- og pleierfaringer.* Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Berring, L.L. & Calmer, J. (2010). Håndtering af voldelige situationer i psykiatrien – en model for kollegial støtte. *Sygeplejersken* (18), 54–58. <http://www.dsr.dk/Sygeplejersken/Sider/SY-2010-18-54-1-Psykiatri.aspx> [Lesedato 16.09.2015].
- Bjørkly, S. (1997). *Aggresjon og vold.* Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Camuccio, C.A., Chambers, M., Välimäki, M., Farro, D. & Zanotti, R. (2012). Managing distressed and disturbed patients: the thoughts and feelings experienced by Italian nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(9), 807–813.
- Cutcliffe, J.R. (1999). Qualified nurses lived experience of violence perpetrated by individuals suffering from enduring mental health problems: a hermeneutic study. *International Journal of Nursing studies*, 36(2), 105–116.
- Cullberg, J. (2001). *Psykoser – et humanistisk og biologisk perspektiv.* Oslo: Universitets forlag.
- Deans, C. (2004). The effectiveness of a training program for emergency department nurses in managing violent situations. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 21(4), 17–22.
- Delaney, K.R. & Johnson, M.E. (2006). Keeping the unit safe: mapping psychiatric nursing skills. *Journal of the American Psychiatric Association*, 12(4), 198–207. Doi: 10.1177/1078390306294462.
- Dragsten, Frode (2013). Vold og Trusler på jobben en hverdagslig sak”. *Fontene*.(7): 54-57. <http://fontene.no/fagartikler/voldp%C3%A5jobbenenhverdagligsak221432> [Lesedato- 15.08.2015].
- Bimenyimana, E., Poggenpoel, M., Myburgh, C. & van Niekerk, V. (2009). The lived experience by psychiatric nurses of aggression and violence from patients in a gaunting psychiatric institution. *Curationis*, 32(3), 4–13.



- Fjørtoft, A.-K. (2012). *Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Gadamer, H.G. (2003). *Forståelsens filosofi, utvalgte hermeneutiske skrifter*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Gulbrandsøy, R. (2014). *Sykepleiere som utsettes for vold eller trusler om vold på arbeidsplassen: Hvilke forhold har betydning for deres håndtering av hendelsen?* Masteroppgave. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Hammerlin, Y. & Kristoffersen, R. (2001). Vold og trusler mot tilsatte i kriminalomsorgen. *Dokumentasjon og debatt*, nr. 2, 1–146. <http://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/160472> [Lesedato 11.09.2015].
- Hartvig, P. (2012). Schizofreni og vold – kan man forutsi voldelig atferd? *Tidsskrift for Den norske legeforsking*, 132(7), 849–850. Doi: 10.4045/tidsskr.12.0267.
- Henderson, A. (2010). Nurses experience of workplace violence towards effective intervention. *WorkSafeBC Focus on tomorrow*. Saskatchewan Work to live RS2006-0617.
- Hoaken, P.N.S. & Stewart, S.H. (2003). Drugs of abuse and the elicitation of human aggressive behavior. *Addictive Behaviors*, 28(9), 1533–1554. Doi: 10.1016/J.addbeh.2003.08.033.
- Hummelvoll, J.K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Iler, S.O. (2011). Når pasienten truer eller angriper. *Tidsskrift for Den norske legeforsking*, 131(9-10), 973–974. Doi: 10.4045/tidsskr.11.0468.
- Isdal, P. (1998). *Håndbok for samtalegrupper for volds- og sedelighetsdømte*. Oslo: Kriminalomsorgens utdanningscenter (KRUS). I samarbeid med fengselsbetjentene Baar Bias Dammann og Margaret Nilsen.
- Jakobsen, O. (2012). *Hvilken betydning har bruk av Brøset violence Checklist (BVC) på en akuttpsykiatrisk avdeling? En kvalitativ studie av sykepleiernes erfaring med voldsrisiko vurdering*. Masteroppgave. Høgskolen i Hedmark.
- Karlsson, Bengt. (2014). *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Volum 11. Nr. 2, 102-102. Universitetsforlaget.
- Krøvel, B., Rishovd, B.R. & Rør, E. (red.) (1997). *Vold og psykiatri – om forståelse og behandling*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lovdata (2015). Arbeidsmiljøloven: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62/KAPITTEL\\_4](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62/KAPITTEL_4) [Lesedato 19.09.2015].
- Lillevik, O.G. (2009). Tiltak mot trusler og vold. *Sykepleien*, 97(09), 62–64. DOI: 10.4220/sykepleiens.2009.0047.
- Lillevik, O.G. & Øien, L. (2010). Kvaliteter hos hjelperen som bidrar til å forebygge trusler og vold fra klienter. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 6(2), 84–96.
- Lintvedt, B.-A. (2011). *Hvordan mester sykepleiere over tid å stå i situasjoner med verbale trusler og fysiske angrep i sin arbeidshverdag på en voksen psykiatrisk akuttpsykiatrisk avdeling?* Masteroppgave. Oslo og Akershus: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Løseth, H. (2008). *Miljøpersonalets erfaringer og opplevelser med aggresjon i langvarige omsorgsrelasjoner: Hva skal man egentlig gjøre i situasjonen?* Masteroppgave. Høgskolen i Hedmark.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Baby, M., Glue, P. & Carlyle, D. (2014). «Violence is not part of our job»: a thematic analysis of psychiatric mental health nurses' experiences of patient assaults from a

- New Zealand perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(9), 647–665. Doi: 10.3109/01612840.2014.892552.
- Melle, I. (2001). Mellom to stoler: møtet med den rusmisbrukende og psykotiske pasient. *Suicidologi*, 6(3), 10–11.
- Murphy, N. (2004). An investigation into how community mental health nurses assess the risk of violence from their clients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(4), 407–413. Doi: 10.1111/j.1365-2850.2004.00727.x
- NOU, (2010). Norges offentlige utredninger. Drap i Norge i perioden 2004-2009. Departementenes servicesenter Informasjonsforvaltning. Oslo. [www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no) [lesedato 30.09.2016].
- Nolan, P., Dallender, J., Soares, J., Thomsen, S. & Arnetz, B. (1999). Violence in mental health care: experience of nurses and psychiatric. *Journal of Advanced Nursing*, 30(4), 934-941. Doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.01163x
- Palmstierna, T. (2013). *Vold og rus*. Foredrag ved sikkerhetsseminar 2013.
- Pedersen, T. (2014). *Debriefing av helsepersonell*. Presentert på konferansen Skandinavisk akuttmedisin, Oslo, Gardermoen. [www.nakos.no](http://www.nakos.no) [Lesedato 20.06.2015].
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (9. utg.). Nederland: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.
- Sanna, H.K. (2008). *Menneskesyn og verdier – utgangspunkt for selvbestemmelse? En kvalitativ studie om erfaringer fra psykisk helsearbeid i førstelinjetjenesten, sett fra et personalperspektiv*. Masteroppgave. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Schibbye, A.-L.L. (2002). *En dialektisk relasjonsforståelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sharma, P. (2009). *Hvordan opplever sykepleieren å møte aggressive pasienter? En kvalitativ studie*. Masteroppgave. Høgskolen i Hedmark.
- Soares, J.J.F., Lawoko, S. & Nolan, P. (2000). The nature, extent and determinants of violence against psychiatric personnel. *Work & Stress*, 14(2), 105–120. Doi: 10.1080/026783700750051630.
- Stenøien, J.M. (2000). *Tilbakeskuende intervju som muntlige kilder*. Nyhetsbrev nr. 28, juni 2000, Center for Kvalitativ Metodeudvikling, Aarhus Universitet, ss. 15–25.
- Svanlund, J. (2009). Vold og trusler om vold i offentlig sektor. *Fafo*, vol. 30.
- Schön, D.A. (2001). *Den reflekterende praktiker: Hvordan professionelle tænker når de arbejder*. Århus: Klim.
- Tjora, A. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal norsk forlag.
- Vrålstad, S. (2011). Arbeidsmiljø: Utdfordrende jobbhverdag i mange yrker. *Samfunnspeilet/Statistisk sentralbyrå*, 25(5–6), 41–46.
- WHO (2002). *World report on violence and health*. WHO.
- WHO (2015). <http://www.who.int/en/> [Lesedato 25.09.2015].

## **VEDLEGG**

### **Vedlegg 1**

## **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet**

**«Hvordan erfarer psykiatriske sykepleiere situasjoner der psykisk syke pasienter utøver vold og trusler i hjemmebasert omsorg?»**

### **Bakgrunn og hensikt**

Dette er spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å se på hvordan psykiatriske sykepleiere erfarer situasjoner med vold og trusler i sitt arbeid med pasienter i kommunal psykisk helsetjeneste. Hensikten med studien er å finne ut mer om hvordan disse situasjonene oppleves og erfares av sykepleierne. Dere er alle valgt ut på bakgrunn av tilhørighet innen psykisk helsefeltet som psykiatriske sykepleiere. Studien er min mastergradsoppgave i tilknytning til at jeg studerer ved institutt for helse- og omsorgsforskning ved Norges arktiske Universitet i Tromsø.

### **Hva innebærer studien?**

Jeg ønsker å intervju deg om dine tanker og erfaringer med vold og trusler fra pasienter som er psykisk syke og hvordan disse situasjonene erfares av sykepleiere. Intervjuet vil ha en varighet på ca 1 time og vil bli tatt opp på lydbånd.

### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Jeg har på forhånd meldt prosjektet til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) og forholder meg til deres regler om oppbevaring og makulering av datamateriale. Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Et fiktivt navn knytter deg til dine opplysninger. Det er kun jeg som har adgang til ditt navn og som kan finne tilbake til deg. Jeg planlegger å avlegge eksamen høst 2016. Lydbånd og utskrevne intervju vil bli makulert når studien er ferdigstilt. De opplysningene du gir meg skal jeg

analysere sammen med de andre opplysningene jeg får inn og sammen med litteratur og kildesøk vil dette danne grunnlagsmateriale i min mastergradsoppgave. Det skal ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse blir publisert.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Da vil opplysningene du da har gitt meg og ditt navn umiddelbart bli slettet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte:

**Ole Johan Olsen telefon: 93047738**

### **Rett til innsyn**

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert på deg.

Jeg håper at du finner prosjektet interessant og at du ønsker å delta. På forhånd vil jeg takke for at du er villig til å delta. Jeg vil gjerne at du fyller ut vedlagte samtykkeerklæring i vedlagte konvolutt og returnerer denne til meg innen 14 dager. Når jeg har mottatt din samtykkeerklæring vil jeg ta kontakt med deg på telefon og avtale tid og sted for intervjuet. Jeg vil så langt det lar seg gjøre prøve å få dette tilrettelagt i din arbeidstid.

## Vedlegg 2

# Samtykke til deltakelse i mastergradsprosjektet:

Hvordan erfarer psykiatriske sykepleiere situasjoner med vold og trusler i sitt arbeid med psykisk syke i hjemmebasert omsorg?

Jeg (Skriv ditt navn her).....

Har lest gjennom informasjonsskriv og samtykker herved i å delta i mastergradsprosjektet.

Det innebærer at jeg stiller meg disponibel til å møte mastergradsstudent Ole Johan Olsen... til intervju om mine erfaringer og tanker omkring håndtering av vold og trusler i arbeidet med psykisksyke i kommunal psykisk helsetjeneste.

Min deltakelse i prosjektet er frivillig og jeg mottar ingen lønn eller annen godtgjørelse for min deltagelse.

..... den..... 2014

Sted

.....  
.....

Signatur

.....  
.....

Kontaktadresse

.....  
.....

Mobilnr

e-post

.....  
.....  
Tlf jobb

e-post jobb

## Vedlegg 3

### Intervjuguide

1. Kan du fortelle om situasjoner der du har blitt utsatt for vold og trusler fra pasienter?  
(Eventuelle oppfølgingsspørsmål: Hvilke reaksjoner fikk du da? Hvordan vurderte du situasjonen? )
2. Hva opplevde du som spesielt utfordrende i disse situasjonene?  
(Egne følelser? Hvilke tanker gjorde du deg i situasjonen og etter hendelsen?)
3. Hvordan erfarte du og være i relasjon til pasienten i disse situasjonene?  
(Er det noe som kunne vært gjort annerledes? Hvilken forståelse har du av pasienten?)
4. Hvordan føler du oppfølgingen har vært etter episoder med trusler og vold?  
(Hvilke refleksjoner har du gjort deg etterpå? Har du hatt noen og diskutere med?)

## Vedlegg 4

**Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS**  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Gunn Pettersen  
Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet

9037 TROMSØ

Vår dato: 08.10.2014

Vår ref: 39989 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 23.09.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

39989

*Hvilke erfaringer har psykisk helsearbeidere gjort med brukermedvirkning i kommunen. Har dette effekt på økt evne til selvhjelp og bedret livskvalitet*

*Behandlingsansvarlig*

*UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder*

*Daglig ansvarlig*

*Gunn Pettersen*

*Student*

*Ole Johan Olsen*

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 05.05.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10

Vedlegg: Prosjektvurdering

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

*Avdelingskontorer / District Offices*

*OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no*

*TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no*

*TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no*



### Personvernombudet for forskning



#### Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 39989

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger UiT Norges arktiske universitet sine interne rutiner for datasikkerhet.

Det kan ikke framkomme opplysninger som bidrar til å identifisere 3. personer (pasienter) i intervjuer da dette vil være i strid med taushetsplikten.

Forventet prosjektslutt er 05.05.2015. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette lydopptak

## Vedlegg 6

bSide 1 av 1

### **Ole Johan Olsen**

---

**Fra:** "Olsen Ole Johan" <ole.j.olsen@uit.no>  
**Dato:** 15. september 2015 15:44  
**Til:** <ole.olsen@nordtroms.net>  
**Emne:** VS: Prosjektnr: 39989. Vold og trusler på jobb i hjemmebasert omsorg

-----Opprinnelig melding-----

**Fra:** Anne-Mette Somby [mailto:anne-mette.somby@nsd.uib.no]  
**Sendt:** 17. desember 2014 16:10  
**Til:** Olsen Ole Johan  
**Emne:** Prosjektnr: 39989. Vold og trusler på jobb i hjemmebasert omsorg

ENDRING I PROSJEKT  
Viser til endringsmelding mottatt 10.12.14.

Vi har registrert følgende endringer:

Ny tittel er : Vold og trusler på jobb i hjemmebasert omsorg  
Ny problemstilling er : hvordan psykiatriske sykepleiere håndterer vold og trusler i sitt arbeid med psykisk syke i hjemmebasert omsorg?

Vi minner om at det ikke kan framkomme opplysninger som bidrar til å identifisere 3. personer (pasienter) i intervjuer da dette vil være i strid med taushetsplikten.

Informasjonsskrivet til deltakerne er godt utformet.

Lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

--

-----  
Anne-Mette Somby  
Seniorrådgiver

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS Personvernombudet for forskning Harald Hårfagres  
gate 29, 5007 BERGEN

Tlf. direkte: (+47) 55 58 24 10  
Tlf. sentral: (+47) 55 58 81 80  
Faks: (+47) 55 58 96 50  
Email: Anne-Mette [Somby@nsd.uib.no](mailto:Somby@nsd.uib.no)  
Internettadresse [www.nsd.uib.no/personvern](http://www.nsd.uib.no/personvern)

15.09.2015

## Vedlegg 7

bSide 1 av 2

### **Ole Johan Olsen**

---

**Fra:** "Olsen Ole Johan" <ole.j.olsen@uit.no>  
**Dato:** 15. september 2015 15:53  
**Til:** <ole.olsen@nordtrolls.net>  
**Emne:** VS: 39989 Vold og trusler på jobb i hjemmebasert omsorg

-----Opprinnelig melding-----

**Fra:** [linda.ringstad@nsd.uib.no](mailto:linda.ringstad@nsd.uib.no) [mailto:linda.ringstad@nsd.uib.no]  
**Sendt:** 30. april 2015 08:13  
**Til:** Olsen Ole Johan  
**Kopi:** Pettersen Gunn  
**Emne:** 39989 Vold og trusler på jobb i hjemmebasert omsorg  
**Viktighet:** Høy

#### STATUS FOR BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til meldeskjema og personvernombudets tilråding av prosjektet.

Ifølge våre opplysninger skal ditt forskningsprosjekt nå være avsluttet.

Vi ber om at du gir oss tilbakemelding på hvorvidt datamaterialet er anonymisert via vårt statusskjema.

Dersom data ikke er anonymisert og det fortsatt er behov for oppbevaring av personopplysninger, må det gis en redegjørelse for hvorfor data ikke kan anonymiseres på nåværende tidspunkt.

Vennligst svar via følgende link:

<https://pvo.nsd.no/statusrapport/statusrapport?sid=Wi56Naz3CHy8s4FQq2p7>

Frist for tilbakemelding er 4 uker.

Har du spørsmål, ring 55 58 81 80.

Vennlig hilsen,  
Personvernombudet for forskning,  
Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

-----

#### STATUS OF THE PROCESSING OF PERSONAL DATA

We refer to the previously submitted notification form and our response letter.

According to our information, your project is now completed.

We kindly ask you to confirm that this is the case and that all personal data is now anonymous.

If further processing of personal data is necessary, we kindly ask you to state the reason for why the data cannot be made anonymous at the present time.

15.09.2015

## Vedlegg 8

bSide 1 av 2

### Ole Johan Olsen

---

**Fra:** "Olsen Ole Johan" <ole.j.olsen@uit.no>  
**Dato:** 15. september 2015 15:37  
**Til:** <ole.olsen@nordtrolls.net>  
**Emne:** VS: Prosjektnr: 39989 Vold og trusler på jobb i hjemmebasert omsorg

-----Opprinnelig melding-----

**Fra:** [anne-mette.somby@nsd.uib.no](mailto:anne-mette.somby@nsd.uib.no) [mailto:anne-mette.somby@nsd.uib.no]  
**Sendt:** 4. juni 2015 12:15  
**Til:** Olsen Ole Johan  
**Kopi:** Pettersen Gunn  
**Emne:** Prosjektnr: 39989 Vold og trusler på jobb i hjemmebasert omsorg  
**Viktighet:** Høy

#### BEKREFTELSE PÅ ENDRING

Vi viser til statusmelding mottatt 17.05.2015.

Personvernombudet har nå registrert ny dato for prosjektslutt 01.10.2015.

Det legges til grunn at prosjektopplegget for øvrig er uendret.

Ved ny prosjektslutt vil vi rette en ny statushenvendelse.

Hvis det blir aktuelt med ytterligere forlengelse, gjør vi oppmerksom på at utvalget vanligvis må informeres ved forlengelse på mer enn ett år utover det de tidligere har blitt informert om.

Ta gjerne kontakt dersom du har spørsmål.

Vennlig hilsen,  
Anne-Mette Somby - Tlf: 55 58 24 10  
Epost: [anne-mette.somby@nsd.uib.no](mailto:anne-mette.somby@nsd.uib.no)

Personvernombudet for forskning,  
Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS Tlf. direkte: (+47) 55 58 81 80

-----

#### AFFIRMATION

Referring to status report received 17.05.2015.

The Data Protection Official has registered that the project period has been extended until 01.10.2015.

We presuppose that the project otherwise remains unchanged.

You will receive a new status inquiry at the end of the project.

Please note that in case of further extensions, the data subjects should usually receive new information if the total extension exceeds a year beyond what they previously have received

15.09.2015

