



DET SAMFUNNSVITENSKAPELIGE FAKULTET
MASTEROPPGAVE

Vårsemesteret: 2009

Fag/retning: Endringsledelse

Forfatter: Jørgen Øvrebø

Faglig ansvarlig: Professor Karina Aase

Veileder: Professor Karina Aase

Tittel på masteroppgaven:

"TMA"

En evaluering av et aggresjons- og voldshåndteringssystem ved en psykiatrisk klinikk

Emneord/stikkord:

Personellsikkerhet

Opplevd risiko

Aggresjon/vold

Psykatri

Kompetanse

Sidetall inkludert forside og vedlegg: 93

Stavanger, 12.juni 2009

”TMA”

*En evaluering av et aggresjons- og voldshåndteringssystem ved en
psykiatrisk klinikk*

Jørgen Øvrebø

12.juni, 2009

FORORD

Denne oppgaven markerer avslutningen på min Mastergradsutdanning i Endringsledelse ved Universitetet i Stavanger. Hensikten med oppgaven har vært å evaluere et aggresjons- og voldshåndteringssystem ved en psykiatrisk klinikk. Jeg har selv vært ansatt ved klinikken i nærmere ti år og blitt opplært og kurset i systemet "TMA" som er en forkortelse for "Terapeutisk mestring av aggresjon." Systemet er tenkt å være et sikkerhetsfremmende tiltak som skal øke personalets kompetanse i håndtering av aggresjon og vold. Denne oppgaven tar sikte på å evaluere i hvilken grad systemet har en innvirkning på personellsikkerheten. Veien har vært lang og frustrasjonsnivået har tidvis vært høyt. Med familie og fulltidsstilling ved siden av studiet har jeg vært i en sårbar posisjon gjennom hele prosessen. Det har likevel vist seg mulig å gjennomføre, og jeg har lært svært mye både faglig og om meg selv.

Det er mange mennesker som har vært til stor hjelp i prosessen. Jeg vil aller først rette en stor takk til min eminente veileder Professor Karina Aase. Din hjelp har vært uvurderlig på en lang og kronglete sti! Tydelig, interessert, og alltid tilgjengelig. Tusen, tusen takk! Videre vil jeg rette en stor takk til klinikken oppgaven er skrevet fra for velvilje og åpenhet. Takk til klinikkdirektør, avdelingsledere og ansatte som velvillig stilte som informanter! Tilslutt vil jeg takke min enestående livsledsager Siri Camilla Viding. Tusen takk kjære! - for all din støtte, din tålmodighet og din utholdenhet som har holdt hjulene igang i perioder hvor jeg har vært mer eller mindre fraværende. Jeg hadde aldri greid dette uten deg. Du er uerstattelig! Tilslutt vil jeg gjengi et sitat som har festet seg og gitt motivasjon til å holde ut i de mest slitsomme fasene av studiene:

"Ever tried. Ever failed. No matter. Try again. Fail again. Fail better."

(Samuel Beckett)

Stavanger 12.juni 2009

Jørgen Øvrebø

SAMMENDRAG

Aggresjon og vold rettet mot personell ved psykiatriske institusjoner er et omfattende problem. Som en konsekvens av dette har den undersøkte klinikken innført et aggresjons- og voldshåndteringssystem kalt "TMA." Dette er en forkortelse for "terapeutisk mestring av aggresjon" og er et system som er utviklet for å øke personalets kompetanse i forhold til håndtering av aggresjon og vold. Systemet inneholder både forebyggende og håndterende aspekter i forhold til hendelser som innebærer aggresjon/vold.

Denne oppgaven har hatt som utgangspunkt å evaluere hvilken innvirkning TMA har på personellsikkerheten ved klinikken. Det har ikke tidligere blitt gjennomført noen kvalitativ studie som denne for å evaluere systemet. Problemstillingen er som følger:

"Hvilken betydning har opplæring innen mestring av aggresjon/vold for personellsikkerheten ved en psykiatrisk klinikk?"

Det teoretiske grunnlaget i denne oppgaven er kompetanseutvikling sett i lys av struktur/rammebetingelser. Marnburgs teori (2001) har blitt brukt som grunnlag for å forstå hva kompetansebegrepet består av og hvordan individuell- og kollektiv kompetanseutvikling i organisasjoner skjer. Egeberg (1984) beskriver tre forskjellige organisasjonsperspektiv for å forklare i hvilken grad formell organisasjonsstruktur vil gjenspeile seg i den faktiske atferden. Dette er viktig fordi jo større innsikt en har i dette forholdet, jo bedre er muligheten til å bruke organisering som virkemiddel.

Det ble gjennomført en kvalitativ undersøkelse hvor evalueringsaspektet passet godt fordi problemstillingen omhandler virkningen av et forsøk på å skape endring innen personalets kompetanse i forhold til aggresjons- og voldshåndtering. Hovedtyngen av data ble innhentet via 18 strukturerte individuelle intervjuer med miljøpersonell ved klinikken. Alle faggrupper ble representert, og arbeidsmassens normale sammensetning basert på kjønn og faggruppe ble forsøkt gjenspeilet i utvalget. Intervjuguiden var strukturert med åpne spørsmål og delt inn kategorisk etter tema (vedlegg 1).

Det ble gjennomført triangulering av funn sett i lys av skadestatistikk samt data fra en pasientsikkerhetsundersøkelse gjennomført ved klinikken (Aase et al, 2008).

Intervjuene avdekket flere interessante funn. De ansattes selvtillit er funnet å være en forhøyet faktor som følge av blant annet kursing i TMA. Økt selvtillit gir de ansatte en grunnleggende trygghet i arbeidet med aggresjon og vold og det er den forebyggende delen av systemet som kan forklare dette funnet. Samtidig er det ikke funnet evidens for at systemet har en reell forebyggende effekt ettersom skadestatistikken og antall hendelser har vist stor variasjon gjennom hele perioden systemet har vært praktisert. I forhold til fysisk håndtering av vold er det ikke påvist at systemet har noen form for innvirkning på personellsikkerheten. Både den individuelle- og kollektive kompetansen framstår lav i forhold til dette.

Det finnes videre en stor grad av underrapportering av volds/trusselrelaterte hendelser som gir skadestatistikken begrenset verdi for å si noe om utviklingen i forhold til personellsikkerhet. De mest fremtredende årsakene til underrapportering er tilvenning til aggresjon/vold gjennom erfaring, samt begrenset motivasjon på grunn av dårlige kommunikasjonslinjer mellom ansatt og ledelse.

Datamaterialet viser at postene har tilfredsstillende rammebetingelser i forhold til å gjennomføre TMA-trening. Årsakene til lav treningsfrekvens er hovedsakelig funnet å være uklare føringer fra ledelsen samt lavt engasjement hos de ansatte.

TMA praksis har reelt sett ikke har ført til en tryggere arbeidsplass. Den opplevde sikkerheten kan imidlertid sies å være høyere. Klinikken bør vurdere hvorvidt systemet bør endres innholdsmessig i forhold til den fysiske håndteringen av aggresjon/vold ettersom de ansatte i all hovedsak ikke finner denne delen nyttig. Om en ønsker å øke den generelle frekvensen av TMA-trening må føringene bli tydeligere på postnivå. Videre vil jeg råde klinikken til å utarbeide en strategi for å minke graden av underrapportering.

Implikasjoner for videre forskning er å se på hvorvidt økningen i bruken av tvang har sammenheng med personalets kompetanse i forhold til aggresjon og voldshåndtering. Videre kreves det ytterligere forskning for å avdekke de positive- og negative sidene ved at de ansatte får høyere selvtillit enn det kompetansenivået gjenspeiler i forhold til håndtering av aggresjon/vold.

INNHALDSFORTEGNELSE

1 INTRODUKSJON OG BAKGRUNN FOR STUDIET.....	s.1
1.1 Studiets problemstilling.....	s.2
1.2 Oppgavens struktur.....	s.3
1.3 Begrepsavklaring.....	s.4
2 TIDLIGERE FORSKNING.....	s.5
2.1 Årsaker til vold i psykiatrien.....	s.5
2.1.1 Forekomst av vold mot personell i psykiatriske institusjoner.....	s.6
2.1.2 Registrering av vold mot personell.....	s.7
2.2 Bruk av tvang.....	s.7
2.2.1 Lovverk.....	s.7
2.2.2 Tvangsbruk I norske psykiatriske institusjoner.....	s.10
2.3 Tidligere forskning på aggresjons-og voldshåndtering.....	s.11
2.3.1 Evaluering av AVS.....	s.11
2.2.2 Oppsummering.....	s.13

3 TEORETISK RAMMEVERK	s.14
3.1 Den selvutviklende virksomhet.....	s.15
3.2 Organisasjonens struktur og atferd.....	s.25
3.3 Sammendrag og videre anvendelse.....	s.29
4 FORSKNINGSDESIGN OG METODER	s.31
4.1 Evaluering.....	s.31
4.2 Hvorfor en kvalitativ casestudie?.....	s.35
4.3 Den kvalitative tilnærming.....	s.35
4.3.1 Tilgang til feltet og forberedelser.....	s.36
4.3.2 Utvalg.....	s.36
4.3.3 Datainnsamling.....	s.37
4.3.4 Analyse av datamateriale.....	s.39
4.3.5 Validitet og reliabilitet.....	s.40
4.3.6 Refleksjon over design og metode.....	s.40
5 STUDIETS KONTEKST	s.42
5.1 TMA.....	s.42
5.2 Innhold.....	s.43
6 RESULTATER	s.47
6.1 Individuell kompetanse.....	s.47
6.2 Kollektiv kompetanse.....	s.51
6.3 Struktur og rammebetingelser.....	s.54
6.4 Rapportering av hendelser.....	s.56
6.5 Opplevelse av personellsikkerhet.....	s.58
6.6 Selvevaluering.....	s.60

7 DISKUSJON	s.63
7.1 Hovedfunn.....	s.63
7.2 Individuell kompetanse.....	s.64
7.2 Kollektiv kompetanse.....	s.67
7.3 Organisasjonsstruktur og faktisk atferd.....	s.69
7.4 Rapportering av hendelser.....	s.70
7.5 Opplevelse av personellsikkerhet.....	s.73
8 KONKLUSJON	s.74
8.1 Evaluering.....	s.74
8.2 Implikasjoner for videre forskning.....	s.77
LITTERATURLISTE	s.78
VEDLEGG	s.81
Vedlegg 1.....	s.81

1 INTRODUKSJON OG BAKGRUNN FOR STUDIET

Vold og aggresjon rettet mot helsepersonell er ikke et nytt fenomen. Likevel finnes det tilsynelatende få eller ingen artikler om emnet publisert før slutten av 1960. Siden den gang har temaet blitt viet gradvis større oppmerksomhet, og man antar parallellt å se en økning i antall voldsepisoder – selvom man tidligere ikke hadde gode nok registreringsmetoder som gir tilfredsstillende datagrunnlag å sammenligne mot (Friis, 1991). Vold mot personalet er å betrakte som et arbeidsmiljøproblem, og utgjør en trussel mot helsevesenets forsøk på å levere et kvalitativt godt tilbud. Voldelige episoder skader pasienter og personale, belaster helsevesenet økonomisk ved at personalet blir sykemeldt, er skadelig for relasjonen mellom personale og pasienter, samt for avdelingens terapeutiske miljø (Almvik, 2001).

Denne oppgaven tar utgangspunkt i en regional psykiatrisk klinikk og det arbeidet som legges i sikkerheten for personell som jobber med behandling. Systemet ”TMA” som er en forkortelse for ”terapeutisk mestring av aggresjon” ligger til grunn for sikkerhetsarbeidet ved sengepostene på hele klinikken. Siden 1998 har klinikken selv hatt ansvar for det faglige innholdet i kursingen knyttet til TMA og forsøkt å videreutvikle fagområdet. Hensikten er å øke personalets kompetanse i forhold til aggresjon og voldshåndtering - og på den måten skape en tryggere arbeidsplass, men også kvalitetssikre behandlingen av pasienter som er underlagt rammer som krever en høyere grad av omsorg og ivaretagelse. Knyttet til personellsikkerhet regulerer arbeidsmiljøloven (2005) arbeidsgivers plikt til å:

”kartlegge” farer og problemer og på denne bakgrunn vurdere risikoforholdene i virksomheten, utarbeide planer og iverksette tiltak for å redusere risikoen.”

”Farene” – kan i denne sammenheng ses som risiko for vold. Det er følgelig *”kartlegging”* og *”tiltak”* for å redusere risikoen som arbeidsgiver plikter å fokusere på gitt føringer i lovverket, og som i dette tilfellet blir å kartlegge forekomst og problemer knyttet til vold og aggresjon, samt utvikle tiltak for økt kompetanse hos de ansatte til å håndtere denne typen problemstillinger på en best mulig måte.

1.1 Studiets problemstilling

Denne oppgaven omhandler hvordan opplæring og kompetanseheving innen mestring av aggresjon/vold foregår og hvordan denne påvirker personellsikkerhet. Følgende problemstilling har dannet grunnlag for oppgaven:

”Hvilken betydning har opplæring innen mestring av aggresjon/vold for personellsikkerheten ved en psykiatrisk klinikk?”

Mer spesifikt vil oppgaven evaluere den psykiatriske klinikkens TMA-system mhp. hvorvidt det faktisk fører til økt mestring og dermed høyere personellsikkerhet. Klinikken egne analyser har hittil basert seg på skademeldingsstatistikk og evaluerer systemet mhp. utvikling i personellskadestatistikken siden TMA ble innført i 1998.

”Klinikken egen analyse av skademeldinger viser at de alvorlige skadene ikke har økt siden sykehuset selv tok over ansvaret for kursing og videreutvikling av systemet. Dog har man registrert en økning i bruken av tvang. På dette grunnlaget konkluderes det med at TMA-arbeidet har hatt en tilfredsstillende effekt på sikkerheten i sykehuset” (TMA perm, 2009).

Denne oppgaven tar mål av seg å analysere mulige andre forklaringsvariabler utover skadestatistikk. Tatt i betraktning at det har vært en økning i tvang i samme periode, kan dette eksempelvis være en annen faktor som muligens har hatt innvirkning på skademeldingsstatistikken. TMA systemets hovedfokus er *forebyggende arbeid*, og man kan tenke seg at dette teoretisk sett burde bidratt til en senkning i tvangsbruken dersom systemet hadde hatt en ønskelig innvirkning. Ved den angjeldene klinikken eksisterer ingen kvalitative studier på effekten av TMA-praksis, og jeg ønsker med dette prosjektet å utvide kunnskapen på området for å legge til rette for en hensiktsmessig videreutvikling av systemet. Problemstillingens hensikt er å gi et grunnlag for å evaluere hvilken innvirkning klinikkens TMA-system har for sikkerheten for dem som jobber der.

Forsknings spørsmål:

- *Opplever den enkelte ansatte høyere grad av sikkerhet gjennom kursing i TMA?*
- *Får den enkelte ansatte økt kompetanse i forhold til aggresjon og voldshåndtering gjennom TMA-systemet?*
- *Får det kollektive teamet bedre samhandling gjennom TMA-systemet?*
- *Gir struktur/rammebetingelser rom for at trening og opplæring/utvikling kan finne sted?*
- *Finnes det underrapportering av trussels/voldsrelaterte hendelser?*

Oppgaven vil vektlegge både et individuelt og et kollektivt perspektiv. Hovedfokus blir å se på hvilken innvirkning TMA-systemet kan synes å ha for for den enkelte ansatte, personalets samhandling i situasjoner som innebærer aggresjon og vold, samt hvorvidt struktur/rammebetingelser legger til rette for TMA-systemet.

1.2 Oppgavens struktur

Jeg vil i neste kapittel presentere tidligere forskning på aggresjon og vold i psykiatrien, og vise til andre studier som har evaluert sammenlignbare systemer for forebygging og håndtering av aggresjon og vold. I kapittel tre vil jeg beskrive det teoretiske rammeverket oppgaven er basert på. Kapittel fire omhandler forskningsdesign/metode og er en beskrivelse av framgang for datainnhenting og analyse. I kapittel fem gis en kort innføring i TMA systemets innhold, før datamaterialet presenteres i kapittel seks. I kapittel syv analyseres data og funn, før kapittel åtte avrunder med oppgavens konklusjon.

1.3 Begrepsavklaring

Risiko kan defineres som:

”sannsynligheten for en negativ konsekvens.” (Almvik, 2008)

Risiko begrepet handler altså om prediksjon av utfall og konsekvenser. Forståelsen av vold ser derimot ut til å variere i større grad enn risiko aspektet, men en vanlig brukt definisjon på vold i europeiske sykehus er:

”enhver verbal, ikke-verbal, eller fysisk atferd som var truende (mot en selv, andre eller eiendom), eller fysisk atferd som faktisk forårsaket skade på en selv, andre eller eiendom.”
(Morrison, s.65)

Man kan derfor forstå vold både som psykisk negativ påvirkning, fysisk negativ påvirkning eller en kombinasjon av disse.

Sikkerhet: Sikkerhetsbegrepet brukes ofte om forebyggende tiltak der hensikten er å redusere sannsynligheten for at noe uønsket skal skje eller redusere konsekvensene ved uønskede hendelser (Aven et al, 2004).

2 TIDLIGERE FORSKNING

I første del av kapittelet presenteres forskning på aggresjon og vold i psykiatrien. Klinikken jeg har undersøkt har sitt hovedfokus på forebygging av vold. Det er derfor av avgjørende betydning å forstå mest mulig om hvorfor noen mennesker med psykiske lidelser tyr til vold som virkemiddel, samt hvordan en kan predikere risiko for voldelig atferd. Anderson (2004) begrunner dette med at manglende kunnskap eller ignorering av risikovurdering, etterlater de ansatte som jobber med psykiatriske pasienter uforberedt. Dette kan føre til større motvillighet mot å jobbe med denne klientgruppen, og som en synergieffekt gi dårligere behandlingstilbud. Andre del beskriver bruken av tvang, lovverk i forhold til tvangsbruk innen psykisk helsevern og statistikk for tvangsbruk i Norge. Siste del av kapittelet er en gjennomgang av tidligere studier som har evaluert sammenlignbare systemer for opplæring og kompetanseheving i forhold til aggresjon/vold som TMA i denne studien.

2.1 Årsaker til vold i psykiatrien

Årsaker til vold blant psykiatriske pasienter er et komplekst fenomen. Det synes ikke å være mulig å legge enkeltfaktorer til grunn for pasienters voldelige atferd. Johnson (2004) identifiserer fire ulike kategorier som kan ha innvirkning på voldelig atferd blant denne pasientgruppen. Disse er pasientrelaterte årsaker, ansatte, postrelaterte årsaker og årsaker relatert til samhandling mellom pasient-personal.

Demografiske variabler i forhold til pasienter kan blant annet være alder, kjønn, diagnose og tidligere voldshistorikk. Almvik argumenter dog for at ulike studier angir vidt forskjellige resultater på disse variablene, med unntak av tidligere voldshistorikk som synes å være en sterk og robust predikator når det gjelder risiko for vold (Almvik, 2008). Variabler som angår post-relaterte årsaker kan være bemanning og husregler, men det ser likevel ut til at de mest betydningsfulle faktorene i denne kategorien er en kombinasjon av samhandling personalet imellom, mellom personal-pasienter samt det fysiske miljøet behandlingen foregår i (Johnson, 2004).

En annen undersøkelse bekrefter dette, og påviser at institusjoner som har lavere forekomst av voldelige hendelser oftere har klare, stabile rutiner samt forutsigbare personal-pasient relasjoner (Katz & Kirkland, 1990). Variabler i forhold til ansatte kan være alder, kjønn, utdanning, erfaring, etc. Forskning viser motstridende resultater også innenfor denne kategorien, men man synes samstemte i at ansatte uten erfaring har større sannsynlighet for å bli involvert i voldelige episoder (Almvik, 2008).

Samhandlingsvariabler henspeiler på variabler relatert til forholdet mellom pasient, personell og post. Johnson beskriver dette mer spesifikt som samhandling, samhandlingsstil og personal-pasient respons. Respons i denne sammenhengen forstås som den måten vi forholder oss til pasientens valg og ytringer som personal i møte med pasienten. Det kan og legges til at sykepleiere og annet miljøpersonell statistisk sett oftere opplever voldelige episoder kontra behandlere (psykologer, psykiatere). Dette har trolig sammenheng med den begrensede tiden behandlerne tilbringer med pasienten sammenlignet med miljøpersonalet (Almvik, 2008).

2.1.1 Forekomst av vold mot personell i psykiatriske institusjoner

Det eksisterer tilsynelatende lite publisert forskning på forekomsten av vold mot personell i psykiatriske institusjoner. Det kan se ut til at det som finnes primært er lokal statistikk, og det har ikke lyktes å finne noen samlet oversikt fra Norge. Almvik (2008) påpeker dessuten at vanskene med å skape en mer samlet oversikt er at det foreløpig ikke brukes et felles verktøy på tvers av institusjonene for registrering av aggresjon og vold. Noe som følgelig gjør det vanskelig å skape en samlet oversikt. En studie i utvalgte europeiske land viser imidlertid at forekomsten av voldelige hendelser i psykiatriske institusjoner ligger mellom 0.4-33.2 pr. pasient pr.år. Det antydes med andre ord en stor spredning i antall hendelser fra institusjon til institusjon. Den samme studien viser at 10-20% av disse tilfellene forårsaket fysisk skade på personell og 1-5 % krevde medisinsk oppfølging (Nijman et al, 2005).

2.1.2 Registrering av vold mot personell

Almvik argumenter for viktigheten av et standardisert registreringsverktøy for vold og aggresjon. Faktorer som underrapportering, inkonsistente og ufullstendige operasjonelle definisjoner, en manglende nyansering av mindre og mer alvorlige hendelser såvel som spesifisering av typen vold gjør det vanskelig å skape et klart bilde av en potensielt voldelig pasient (Almvik, 2008). Som eksempel på et godt dokumentert verktøy for prediksjon av vold vil jeg kort nevne ”BVC.” ”*Brøset Violence Checklist*” (BVC) er et korttids predikasjonsinstrument for voldelig adferd blant psykiatriske pasienter. Sjekklisten skal hjelpe klinikere til å forutse voldelig og aggressiv atferd i løpet av det nærmeste døgnet. BVC er etterhvert så godt dokumentert at man anser det som en svært treffsikker predikator for voldsrisiko (Almvik, 2008).

2.2 Bruk av tvang

Tvang er et virkemiddel som innebærer behandling og tiltak mot pasientens vilje. Årsaken til at dette belyses i oppgaven er at dette aspektet ved behandling av psykisk syke ofte er nært knyttet til håndtering av aggresjon og vold. En undersøkelse fra en psykiatrisk klinikk i Norge viste at rundt 70 % av tvangstiltakene innebar at pasienten reagerte med utagering mot personalet (Wynn, 2003).

2.2.1 Lovverk

Underkapittel 2.2.1 er i sin helhet med mindre annet er spesifisert basert på *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (2009). Loven regulerer blant annet bruken av tvang i psykisk helsevern. Tvungent psykisk helsevern kan bare brukes overfor en person som har en alvorlig sinnslidelse, og som tilfredsstiller visse tilleggsvilkår iht. § 3-3:

Det må være grunn til å tro at

- vedkommende får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert
- eller det må være stor fare for at vedkommende i meget nær fremtid får sin tilstand vesentlig forverret
- eller vedkommende må utgjøre en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv og helse

Loven krever at restriksjoner og bruk av tvang skal innskrenkes til det som er strengt nødvendig, og at det så langt som mulig skal tas hensyn til pasientens eget syn på de tiltak det er aktuelt å sette i verk. Det er en forutsetning for bruk av tvang og restriksjoner, at det faglig kan sannsynliggjøres og begrunnes at tiltakene vil ha en så gunstig virkning at den klart oppveier de ulempene tvangen og restriksjonene kan medføre for pasienten. Tvungent psykisk helsevern kan bare iverksettes når frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt, uten at dette har ført frem, eller i tilfeller hvor det åpenbart er meningsløst å forsøke frivillig psykisk helsevern. Det kreves også at man har gjort en helhetsvurdering som konkluderer med at psykisk helsevern fremstår som det klart beste alternative for pasienten. Ved vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil innebære for pasienten.

Dersom pasienten lider av sterk uro, eller har en utagerende atferd, kan den som er faglig ansvarlig for gjennomføringen av det psykiske helsevernet vedta at det av behandlingsmessige grunner, eller av hensyn til andre pasienter skal gjennomføres skjermingstiltak. Dette medfører at pasienten for en tid kan holdes helt/delvis skjermet (atskilt) fra kontakt med medpasienter, og fra kontakt med personale som ikke direkte har oppgaver i forbindelse med undersøkelse, behandling eller omsorg for pasienten.

Dersom skjermingsvedtak opprettholdes utover 48 timer, skal det fattes skriftlig vedtak om skjermingen. Et slikt vedtak kan ikke gjelde for en periode på mer enn maksimum tre uker om gangen. Slike skjermingsvedtak kan påklages til Kontrollkommisjonen av pasienten selv, eller av hans/hennes nærmeste. I tillegg til at skjermingstiltak kan vedtas uten pasientens samtykke, av lege eller psykolog, kan en lege også vedta at følgende tvangsmidler skal tas i bruk dersom det ut fra en faglig vurdering er nødvendig. Også for å hindre pasienten i å skade seg selv eller andre, for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting, og når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige:

- Mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder belte, sengebelte, håndrem, fotrem, spesialtrøye samt skadeforebyggende spesialklær
- Kortvarig anbringelse bak avlåst dør uten personale til stede (isolering)
- Enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt.

Dersom en akutt nødsituasjon gjør at det ikke er mulig å få umiddelbar kontakt med lege (behandlernde lege, vakthavende lege), kan ansvarshavende ved avdelingen (posten) vedta å bruke mekaniske tvangsmidler eller isolering. Lege skal snarest mulig underrettes, og ta standpunkt til om bruken av tvangsmidler skal fortsette. Alle slike vedtak skal «nedtegnes uten opphold» og de skal meddeles pasienten (og hans/hennes nærmeste, dersom ikke pasienten motsetter seg dette). Det skal gis opplysning om at vedtaket kan påklages til Kontrollkommisjonen (pasientenes tilsyns- og klageorgan). Tvangsmidler som er nevnt under punktene 1 og 2 kan ikke anvendes overfor pasienter som er under 16 år.

2.2.2 Tvangsbruk i Norske psykiatriske institusjoner

Data fra Sintef sin undersøkelse av tvangsbruk i norske psykiatriske institusjoner fra 2001-2007 påviser at tvangsbruk varierer sterkt mellom helseforetak og helseregioner, både i og utenfor døgninstitusjon. Klinikken denne oppgaven baserer seg på tilhører en region som skiller seg ut blant Helseregionene med 1,7 personer utsatt for tvangsbehandling pr. 10000 innbyggere. De fire andre helseregionene ligger lavere og relativt likt med en spredning fra 0,7 personer til 1 person tvangsbehandlet pr. innbygger. Klinikken topper dessuten statistikken klart når det gjelder bruk av mekaniske tvangsmidler. Hvorvidt situasjonen har endret seg og eventuelt i hvilken grad de siste to årene er ukjent. Tallene fra undersøkelsen viser uansett at klinikkens totale bruk av tvang har vært høy sett i et nasjonalt perspektiv over flere år. Årsakene til dette kan være flere (pasientpopulasjon, ressurser, kapasitet m.m), men rapporten gir ingen klare svar grunnet mangelfulle data. Det stilles imidlertid spørsmål med helsevesenets mulighet til frihetsberøvelse da det ble vist til at en har svært lite kunnskap om hvorvidt det tilbudet personer som tvangsinnlegges gis, faktisk fører til at de blir bedre (Sintef, 2008). Foster et al (2007) advarer mot at frykten som genereres i et miljø som kan innebære aggresjon og vold, samt vansker med å forstå årsakene og opprettholde en god kommunikasjon, er en motivasjon i seg selv som gjør at de ansatte løser aggresjons- og voldshendelser med bruk av tvang på jevnlig basis. Faren for misbruk og/eller for høy grad av tvangsbruk trekkes også frem av Stubbs et al (2009), som beskriver fenomenet som et sosialpolitisk problem hvor en kan stille spørsmål ved tvangsbrukens etiske forsvarlighet.

2.3 Tidligere forskning på aggresjons- og voldshåndtering

Det er gjort en god del forskning på effekten av aggresjons- og voldshåndteringssystemer – heretter kalt AVS. Imidlertid er det tilsynelatende ikke publisert norske undersøkelser på feltet. I dette underkapittelet gis et kort sammendrag av flere undersøkelser gjort på systemer som er sammenlignbare med TMA, dog fra utenlandske institusjoner. En undersøkelse sammenligner 28 forskjellige systemer fra hele verden, og konkluderer med at de er relativt like med tanke på innhold (Farrel & Cubit, 2005). En rask sammenligning av TMA som system forsterker dette funnet, og indikerer at en har en relativt lik tilnærming til etablering av slike systemer i hele den vestlige verden. Det er likevel viktig å understreke at det kun er hovedinnholdet som er vurdert, ikke hvilken innvirkning de forskjellige har vist seg å ha. Det er imidlertid interessant å se at ingen av de 28 systemene fra undersøkelsen inneholder *systematisk evaluering* som en del av systemet, noe som forøvrig også er tilfelle når det gjelder TMA (Farrel & Cubit, 2005).

2.3.1 Systematisk evaluering av systemer

Behovet for evaluering av slike systemer er omfattende, og jeg vil videre se på noen studier som har gjort nettopp dette. En undersøkelse fra 2004 evaluerte effekten av to forskjellige AVS implementert i to separate sveitsiske institusjoner. Målekriteriene var både kvantitative og kvalitative i den forstand at en både så på antall voldshendelser, og den ansattes personlige opplevelse før og etter implementeringen. Konklusjonen var at antallet voldshendelser og utfall av disse framsto uendret etter implementeringen, men en kunne dog se en endring i personalets subjektive opplevelse hvor en fant at majoritetens opplevelse av risiko var senket (Needham et al, 2004).

En landsomfattende undersøkelse fra England har vist at nærmere 80 % av personell i psykiatriske institusjoner der har gjennomgått kursing i forskjellige varianter av AVS. I denne undersøkelsen konkluderer man også med at det er vanskelig å påvise noen direkte innvirkning på håndteringen av vold. En åpner imidlertid for at den forebyggende delen av systemet kan ha en positiv effekt når den blir praktisert. En tenker at større selvtillit hos den enkelte ansatte kan være forebyggende fordi pasienten opplever større grad av trygghet når personalet utviser større ro.

Når det gjelder den fysiske håndteringen er en imidlertid mer kritiske og argumenterer med at det gjennomgående øves for lite til at de ansatte blir i stand til å utføre teknikkene i reelle situasjoner. Videre vektlegges teknikkens kompleksitet som en begrensende faktor. De ansattes motivasjon for kursing ble også trukket fram og funnet såpass liten at det i seg selv ble å betrakte som en begrensning. Trenerens evne til å instruere de ansatte var det siste punktet som ble funnet å være en svakhet fordi det varierte i hvilken grad disse evnet å overføre kunnskapen til andre. Med andre ord så man også i denne undersøkelsen at den faktiske innvirkningen på sikkerhet var begrenset, men førte til økt selvtillit grunnet en subjektiv følelse av sikkerhet hos den enkelte ansatte (Stubbs, et.al, 2009).

En annen artikkel fra 2003 konkluderer med at trening av ansatte i psykiatriske institusjoner i forhold til AVS alene har liten innvirkning. Denne studien advarer dessuten mot at slike systemer i verste fall kan gi den ansatte falsk trygghet da han/hun får for stor tillit til systemet, og gjennom dette utviser mindre aktsomhet i arbeidet sitt (Beech & Bowyer, 2003).

En studie av 103 ansatte ved en psykiatrisk institusjon i Australia konkluderer med at AVS er viktige i den forstand at de øker den ansattes følelse av trygghet. Imidlertid vektlegges det et behov for videre forskning for å avdekke den reelle effekten av denne typen systemer (Ilkiw-Lavalle et. al, 2002).

Det samme resultatet blir lagt fram i en komparativ studie fra Australia. I denne studien evaluerte man to sammenlignbare psykiatriske sykehus hvor kun det ene hadde iverksatt en form av AVS. Studien konkluderer med at de ansatte som ble kurset i AVS hadde en klart høyere grad av selvtillit enn de som jobbet ved den andre institusjonen. Studien sier imidlertid ingenting om hvilken innvirkning systemet faktisk hadde på den reelle sikkerheten for personell (McGowan, et. al, 1999).

En longitudinell studie av nyutdannede sykepleiere som fikk opplæring i AVS gjennom et 3 dagers kurs, konkluderer med at en kan se en signifikant endring i den ansattes selvtillit og holdning under episoder som innebærer aggresjon og vold. Imidlertid kan ikke studien si noe om den faktiske effekten kurset har hatt, og understreker derfor behovet for videre forskning på dette (Beech & Leather, 2003).

En evaluering av et enkelt AVS implementert ved et psykiatrisk sykehus i Vancouver fremmer også personalets økte selvtillit som en positiv faktor ved praksisen. Studien vektlegger videre at systemet ser ut til å forebygge utbrenthet hos de ansatte fordi den økte selvtilliten parallellt endrer holdningen overfor aggresjon og vold. De ansatte opplever med andre ord disse problemene som mindre belastende. Likevel er også denne studien uklar på den reelle effekten på sikkerheten for personell (Collins, 1994).

En studie fra et psykiatrisk sykehus i Russland gir de samme indikasjonene. Systemet som ble innført førte til en klar økning i de ansattes selvtillit, men også her unnlot man å måle effekten av systemet utover dette (Bloor, et al, 2004).

2.3.2 Oppsummering

Det er gjennomgående svært like funn i de studiene som er beskrevet i forrige delkapittel. Undertegnede har ikke funnet andre studier med klare motstridende funn. Imidlertid er det tydelig at den gjennomgående konklusjonen er at systemene i all hovedsak fører til økt selvtillit hos de ansatte. Den reelle innvirkningen mhp. forebygging av voldshendelser framstår begrenset, foruten at selvtilliten i seg selv kan tenkes å virke forebyggende. Dette fremstår imidlertid usikkert ettersom ingen av studiene kan vise til en klar senkning i antall voldsepisoder eller skademeldinger etter implementeringen av de ulike aggresjons- og voldshåndteringssystemene. En svakhet ved studiene generelt, er imidlertid at de med unntak av en (Beech & Bowyer, 2003) ikke sier noe om de potensielle negative konsekvensene økt selvtillit kan gi. Dersom systemet ikke gir de ansatte kompetanse til å faktisk mestre kunnskapene i en reell voldssituasjon, kan det tenkes at faren for lavere aktsomhet er tilstede fordi den enkelte ikke tar forhåndsregler i samme grad som de ellers ville gjort. Det er uansett et klart behov for videre forskning på den reelle innvirkningen på personellsikkerheten slike systemer har.

3 TEORETISK RAMMEVERK

Jeg vil i dette kapitlet presentere teori om individuell og kollektiv læring, samt teori om formell struktur kontra faktisk atferd. Klinikken som beskrives har som tidligere nevnt valgt å selv ta ansvar for opplæring og videreutvikling av TMA. Den har altså en visjon om forbedring gjennom selvutvikling. Oppgavens formål er i så måte å evaluere i hvilken grad den har lyktes. For å definere et teoretisk rammeverk som kan gi evalueringen substans har jeg valgt å bruke to teoretikere. Teoriene er ikke motstridende, men vektlegger forskjellige perspektiv. Oppgaven har i utgangspunktet et individuelt perspektiv, men organisasjonens struktur kan vanskelig tilsettes om man skal forklare faktisk atferd. Morten Egebergs bok *”Organisasjons utforming i den offentlige virksomhet”* (1984) beskriver sammenhengen mellom formell organisasjonsstruktur og faktisk atferd. Han utdyper tre forskjellige organisasjonsperspektiv og diskuterer hvorvidt den formelle organisasjonsstrukturen kan sies å være et produkt av planlegging, naturlig utvikling eller tilfeldigheter. Egeberg er først og fremst interessert i å kunne si noe om hvorvidt den formelle organisasjonsstrukturen betyr noe for faktisk atferd, og eventuelt hva den betyr. At fokuset er lagt på offentlige organisasjoner gir dessuten teorien større relevans i forhold til klinikken som blir studert.

Einar Marnburg sin bok *”Den selvutviklende virksomhet,”* (2001) gir en god innsikt i teori om lærende organisasjoner, og presenterer teoretiske fundament og konkrete ideer til hvordan en organisasjon kan endres til å bli selvutviklende. Boken har dessuten et mikroperspektiv idet den først og fremst fokuserer på de indre prosessene i organisasjoner og opprettholder fokuset på individet. Sammen gir teoretikerne et godt grunnlag for å gjennomføre denne studien – både med tanke på organisasjonsstruktur relatert til faktisk atferd, samtidig som en forståelse for kompetanseutvikling hos det enkelte individ vektlegges. Begrepene for det teoretiske rammeverket blir dermed *”formell organisasjonsstruktur”* og *”kompetanse.”* Teoriene vil presenteres først gjennom Marnburgs tilnærming til kompetanseutvikling individuelt og kollektivt, og deretter gjennom Egerbergs strukturelle perspektiv. Rekkefølgen er valgt for å gi leseren en tydelig oversikt over de poeng som senere vil vektlegges i drøftingsdelen. Jeg vil bruke definisjonen *”organisasjon”* og *”virksomhet”* om hverandre.

3.1 Den selvutviklende virksomhet

Kapitlene 3.1 er i sin helhet basert på Marnburg (2001). Den virksomhet som ønsker å påvirke sine omgivelser i en positiv retning, må være svært godt orientert om premissene for en slik påvirkning. Derfor er dialog med omgivelsene, tolkning og verifisering (bekreftelse) av tolkningene en av de viktigste oppgavene i den selvutviklende virksomhet. Den selvutviklende virksomhets basis er den kompetansen som det enkelte individ råder over og *vil* anvende, *vil* dele og *vil* utvikle sammen med andre. Stopper kompetanseutviklingen hos den enkelte medarbeider opp, stanser også selvutviklingen av virksomheten. Virksomhetens viktigste drivkraft i sin utvikling er derfor drivkraften hos sine medarbeidere. En annen grunnpilar i den selvutviklende virksomhet er kollektiv kompetanse. Kollektiv kompetanse er virksomhetens evne til å utnytte individuell kompetanse og gjennomføre prosedyrer som ender opp i samordnete handlinger.

Kognitiv læringsteori betrakter mennesket som aktivt tenkende. Våre inntrykk fra omverdenen settes opp mot tidligere erfaringer, våre verdier, ambisjoner og drømmer. Man tillegger derfor de bevisste og ubevisste tankene stor forklaringsverdi når man skal forstå menneskelige handlinger. Kognitiv teori ser det som sin oppgave å forklare hvordan tankeprosesser foregår. Mennesker danner seg såkalte *kognitive skjemaer*. Eksempelvis kan man tenke på ordet *klasserom*. Ditt eget kognitive skjema vil når du tenker på ordet *klasserom* skape assosiasjoner til ordet som foreksempel pult, lærer, tavle, etc. Poenget er at våre kognitive skjemaer er individuelt forskjellige. Hensikten med dem er å fungere som mentale hjelpemidler som hjelper oss i å tolke inntrykk fra omverdenen vår. De kognitive skjemaene har dessuten en forenkende funksjon når de er etablert, nettopp fordi vi slipper å tolke stimuli fra omgivelsene som vi har opplevd før.

Læring skjer når kognitive skjema dannes, forbedres eller skiftes ut. Når et allerede eksisterende skjema forbedres gjennom å fylles ut med mer informasjon kalles det for *assimilasjon*. Det er imidlertid betydelig vanskeligere å totalt skifte ut og etablere et nytt kognitivt skjema, såkalt *akkomodasjon*.

Skjemaakkomodasjon betyr at vi skal forkaste eller sette til side vår egen erfaring. Man kan imidlertid ikke forklare endringsvegring alene ut i fra denne variabelen. De kognitive skjemaene vil nemlig også omfatte menneskets nysgjerrighet, evne til problematisering og læringsbehov når det gjelder bestemte ting. Med andre ord kan man si at kognitive skjemaer både ”holder på” erfaringen og leder oss mot nye erfaringer. I organisatorisk sammenheng er en spesielt interessert i hvordan kognitive skjemaer oppstår, blir formidlet og utviklet kollektivt innenfor organisasjonens sosiale system. Dette vil med andre ord være skjemaer som deles av hele virksomheten, og kan beskrives som *organisatoriske skjemaer*. Disse kan eksempelvis være bestemmende for hvordan en virksomhet takler en krise – om man søker etter syndebukker eller leter etter løsninger i fellesskap.

Det som beskrives ovenfor omhandler primært det vi kan beskrive som *kunnskaper*. Når det derimot gjelder hvordan man skal handle i gitte situasjoner – individets ferdigheter, vil man omtale det som *script*. Man skiller mellom svake script, som bare angir konturene over hvordan man bør handle, og sterke script som angir klare sekvenser for handlinger. *Scriptene* består av to hovedkomponenter. Den ene er knyttet til forståelsen for situasjonen og de elementene som inngår, mens den andre er knyttet til hvilke handlinger som skal utføres. Vi ser her en av hovedideene i den selvutviklende virksomhet. Nemlig at den ansatte ikke bare er dyktig til å utføre ulike oppgaver, men også har interesse og forståelse for hvordan de ulike funksjoner og gjøremål er knyttet sammen og påvirker hverandre. I opplæringssituasjoner hvor det anvendes kognitiv læringsteori, vil en derfor legge vekt på først å etablere en forståelse av selve situasjonen, for så å tilnærme seg de generelle og spesielle handlinger situasjonen krever. En utfordring i denne sammenheng er at vi som mennesker har en tendens til å bruke samme script og skjemaer uavhengig av situasjonen. Enten fordi folk ikke tar seg bryet med å stille spørsmål ved disse, eller fordi enkelte situasjoner forandrer seg meget sakte.

En utvidelse av den kognitive læringsteorien er såkalt *kognitiv sosial læringsteori*. Denne retningen knytter sammen kognitiv forståelse med sosial læringsteori. Sosial læringsteori innebærer at mennesker imiterer andre mennesker de ser opp til. Selve læringen forutsetter at imitatoren har mulighet til å observere det andre mennesket i handling, forstår hva denne gjør, husker observasjonen, har de ferdighetene som skal til for å imitere – samt anser atferden for formålstjenlig. Dette handler om selvkontroll og subjektiv-mestringsevne. Her bringer teorien inn et viktig poeng; nemlig at individet ikke nødvendigvis trenger ytre belønninger for å søke læring, men kan selv administrere sin egen, indre belønning i form av de initiativ og mål de selv setter. Det er gleden i seg selv ved å mestre nye situasjoner som fører til læring. I hvilken grad det skjer, har imidlertid med den enkeltes kompetanse og mestringsevne å gjøre.

Teorien om kognitive skjemaer og script viser at det ikke bare er den rent operative ferdighetskompetansen som er viktig, men også forståelse for hvilken situasjon en befinner seg i – både helheten, de enkelte deler og sammenhengene mellom disse.

Dersom en organisasjon skal endre seg, må denne endringen skje ved at medarbeidere endrer atferd. Læring og utvikling er noe som skjer i det enkelte menneske. Men læring fører ikke nødvendigvis til noen form for endring i handlinger. Mennesker kan foreksempel lære at de bør sørge for et spesielt kosthold, men mange gjør det likevel ikke. En definisjon på læring er:

”Tilegnelse av kunnskaper og ferdigheter som er relativt permanente og som har sitt utgangspunkt i erfaring.” (Marnburg, 2001).

For å spisse forståelsen av *”læring”* i organisasjonen vil jeg bruke begrepet *”kompetanse.”* Dette fordi læring ikke nødvendigvis fører til en endring i den enkeltes evne til å sette kunnskap ut i praksis. Selv om man forstår hvordan en traktor fungerer, er det ikke dermed sagt at enhver kan pløye en åker. Vi kan dele begrepet kompetanse inn i fire komponenter;

- Kunnskap
- Ferdigheter
- Evner
- Holdninger

Kunnskap er et mangfoldig begrep, og det gjør det enklere å forstå begrepet dersom vi deler det inn i type kunnskap. Vanligvis snakker man da om faktakunnskap, kausalkunnskap og prosedyrekunnskap. Faktakunnskap er å ha kjennskap til ulike data. Kausalkunnskap handler om kjennskap til årsak og virkning. Prosedyrekunnskap er kunnskap om hvordan vi skal gå fram i ulike sammenhenger. Et problem med kunnskapsbegrepet kan være at kunnskap først og fremst er teoretisk i sin natur og derfor langt fra automatisk fører til bestemte handlinger.

Ferdigheter er knyttet til evnen til å kunne gjennomføre bestemte operasjoner eller følge bestemte atferdsmønstre. I motsetning til kunnskap dreier ferdigheter seg om å handle eller gjøre ting i praksis. Ferdighetene kan ha både stor og liten kunnskapsbasis.

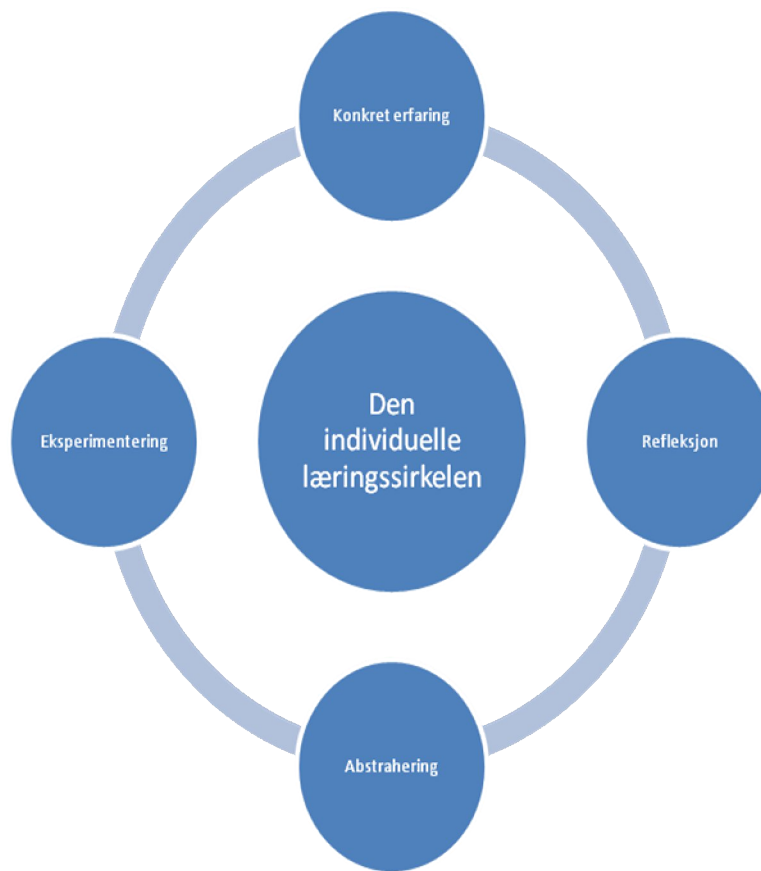
Evner er en grunnleggende egenskap knyttet til potensialet for å opparbeide kunnskaper eller ferdigheter. Man må likevel være oppmerksom på at fokus på evner i forhold til individuell læring kan føre til dyrking av det enkelte individs prestasjoner.

Holdninger kan forstås som:

”relativt stabile og organiserte oppfatninger, følelser og handlingsintensjoner overfor et objekt eller saker av sosial art eller betydning.” (Marnburg, 2001).

Holdninger er altså kognitive elementer som tanker, vurderinger, følelser og handlingsorientering.

Til nå har vi sett på hvorfor og hvordan læring skjer. Finnes det så en ”beste praksis” for å fremme læring? Antakeligvis ikke, men Marnburg hevder at vi trenger en forståelse av individuell læring som ikke bare beskriver hvordan læring skjer, men også hvordan læring kan aktiviseres og oppfattes som nyttig og meningsfull ut fra den enkelte medarbeiders synspunkt. For å skjematizere de forskjellige måtene læring kan skje på, kan man benytte *den individuelle lærings sirkelen*. Denne inneholder fire elementer, og er ikke tenkt å følge noen bestemt rekkefølge. Med det menes at retningen læringsprosessen foregår i kan skje vilkårlig og utfyller hverandre, eller den kan stanse opp. På neste side følger en beskrivelse av modellen samt de elementer som inngår.



Marnburg, 2001

Med *konkret erfaring* menes her den læringen som oppnås ved å utføre konkrete arbeidsoppgaver. Erfaring er konkret i den forstand at erfaringen er en opplevelse som hvert menneske har av hvordan verden ser ut til å være, og hva som er årsaken til bestemte virkninger. Dette kan i varierende grad være vanskelig å artikulere direkte. Selv om du kan sykle, kan det for eksempel være vanskelig å forklare hvorfor du ikke mister balansen. Svakheten ved *konkret erfaring* er at den ofte bare er basert på en bestemt situasjon eller tidspunkt. Verdien kan derfor være begrenset sett i lys av de uendelig mange nyansene en tilnærmet lik situasjon kan opptre i.

Refleksjon handler om tanker og forestillinger om hva som har skjedd i praksis. Vi søker etter mening med det som skjer, og vi holder det som skjer opp mot det vi oppfatter som meningsfullt – ved blant annet å spørre om hva-hvordan og hvorfor. Selve refleksjonen kan bidra til at vi faktisk revurderer det vi har opplevd, og dreier seg om å ta stilling til om de handlinger man utfører er i overensstemmelse med ens intensjoner. Antakelsene våre om hvordan verden ser ut blir tatt opp til vurdering. Dette er ikke nødvendigvis lett og ofte må det en spesiell hendelse til for at vi begynner å reflektere over våre antakelser og handlinger.

Abstrahering innebærer adaptasjon av andres abstrakte begreper og generalisering. Dette kan virke noe diffust, men handler om at man setter ord på bestemte opplevelser eller forestillinger. Det kan beskrives som en forenkling av virkeligheten som gjør det mulig for oss å snakke om kompliserte forhold med ord. Det framstår ofte som en ren overføring av andre menneskers erfaring. Problemet med abstrahering i læringssirkelen kan for det første være at en erfaringsmessig kan mangle referanser til abstraksjonen og derfor kanskje ikke skjønner hva den innebærer. For det andre kan det hende en ikke skjønner hvordan abstraksjonen kan settes ut i praksis.

Eksperimentering er forsøk der vi gjennomfører handlinger uten at vi er sikre på virkningene. Eksperimentering på individnivå kan oppfattes som en utprøvende og utforskende atferd. I arbeidssammenheng bør eksperimenterende atferd så langt som mulig være knyttet til en forutgående abstraksjon, da det er denne som danner hypotesegrunnlaget for selve eksperimenteringen. Marnburg hevder at det ikke hersker noen tvil om at den enkelte ansattes eksperimentering og annerledes handlinger er en av de viktigste kildene til utvikling av både individet selv og organisasjonen. Det er det vellykkede eksperiment som danner grunnlaget for nye og bedre rutiner i framtiden.

Det viktigste prinsippet lærings sirkelen gir oss er at den viser helheten i en læreprosess. I prinsippet kan en spesifikk læringsprosess starte på et hvilket som helst sted i lærings sirkelen – valget må treffes ut fra den konkrete situasjonen. Likevel, det viktigste prinsippet med lærings sirkelen er at alle fasene må gjennomføres! I dette ligger det at tanke og handling blir koblet sammen og utgjør en helhet for enkeltindividet. Og med dette ser vi at læringsprosessen tilfredsstillende prinsippene i kognitiv lærings teori, nemlig; forståelse av situasjonen, oversikt over det generelle og innsikt i det spesielle. Dette kan gi mening og innhold i arbeidssituasjonen til den enkelte, og dette vil/kan igjen føre til nysgjerrighet og engasjement i såvel eget arbeid som organisasjonen som helhet. Det forekommer naturlig nok individuelle forskjeller i læringsstil, etc. Årsaken til at det legges lite fokus på dette er som Marnburg argumenter fordi; teorien som presenteres er normativ i den forstand at virksomheter skal oppmuntre til og legge til rette for, at den enkelte opplever en hel lærings sirkel – både i forhold til sitt eget arbeid, men og i forhold til virksomheten som helhet. Ettersom dette er viktig for den enkeltes entusiasme og endringsvilje, er selve deltakelsen i planleggingsprosesser (abstraksjon) vel så viktig som forventningene til at en gitt person bidrar aktivt til bedre løsninger. Videre er det læring i det sosiale fellesskap som er organisasjonens mål. Dette betyr at læring blant mennesker skjer gjennom kommunikasjon, dialog og annen handling. Dermed er ikke nødvendigvis den enkeltes deltakelse så avgjørende for en selv, men det kan ha stor læringsmessig betydning for andre.

I hvilken grad TMA-systemet har en innvirkning på de ansatte i klinikken belyses i denne studien fra et individuelt perspektiv, men det er likevel viktig å påpeke at TMA-systemet likefullt vektlegger samarbeid som et hovedkriterium i den praktiske tilnærmingen. Man kan med andre ord si at det er læring i det sosiale fellesskap som er organisasjonens hovedmål for å oppnå målsetningen om forbedret sikkerhet for pasienter og personell. Man antar at det er den kollektive kompetanse som er avgjørende for i hvilken grad man lykkes med å redusere risiki for den enkelte arbeidstaker.

Organisatorisk læring kan defineres som:

”Et fenomen som utfordrer eksisterende praksis, og som innebærer å avsløre og korrigere feil i organisasjonens måte å handle på.” (Marnburg, 2001)

Teori rundt organisatorisk læring er et svært omfattende felt. Marnburg sitt fokus ligger som nevnt på et mikroperspektiv – de indre prosessene i organisasjoner som opprettholder fokus på individet. En av de store erkjennelsene som gjør organisatorisk læringsteori interessant, er imidlertid det faktum at individuell kompetanse ikke alltid kommer til uttrykk i en organisasjon. Foreksempel kan man finne enkeltindivider med høy kompetanse på bestemte områder, uten at denne blir tatt i bruk av virksomheten. I organisatorisk læring står vi overfor tre hovedutfordringer:

- Individuell kompetanseutvikling
- Individuell kompetanseanvendelse
- Spredning av den individuelle kompetansen til andre medarbeidere

Hvilke mekanismer er det da som kan hemme læring? Vi kan dele de hemmende mekanismene inn i to hovedgrupper:

- Fortidens praksis
- Framtidens usikkerhet

Fortidens praksis er grunnlaget for virksomhetens regler, normer, rutiner, mål og verdier. Disse dannes gjennom tidligere praksis, i et sosialt system hvor menneskelige og tekniske relasjoner støttes opp av både bevisste og ubevisste oppfatninger av hva denne verden består av, og hvordan den fungerer. Fortidens praksis vil alltid ha en sterk posisjon i forhold til ethvert endringsforslag som rokker ved kulturen de ansatte er en del av. Dette fordi fortidens og nåtidens praksis er konkret og vel innarbeidet i virksomhetens rutiner. Nye forslag preges ofte av usikkerhet.

Framtidens usikkerhet forsøker man gjerne å kompensere for ved å holde ulike elementer konstante. Det blir innført regler og prosedyrer som er tenkt å forutsi fremtiden, spesielt der det foreligger usikkerhet om ansvar. Grupper i organisasjonen vil da sikre seg mot ubehagelige utfall, og presser på for å få vedtatt regler og prosedyrer.

Enkeltindivider kan besitte såkalt "*tacit knowledge*," her kalt "*taus kompetanse*." Den tause kompetansen kan omfatte alle de fire komponentene nevnt tidligere i delkapittel 3.2 (kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger). Årsaken til at dette er viktig å forstå, er at virksomheter sjelden klarer å nyttiggjøre seg den kompetansen som medarbeiderne råder over fullt ut. Begrepet "*taus kompetanse*" kan forstås på tre forskjellige måter:

- Bevisst tilbakeholding av kompetanse
- Kompetanse som bare kommer til uttrykk noen steder
- Uartikulert kompetanse

Bevisst tilbakeholding av kompetanse forekommer hovedsakelig som en konsekvens av organisering og til dels grunnet maktrelasjoner. ”*Dette er ikke mitt bord,*” er et vanlig argument i denne kategorien, hvor arbeidstakeren bevisst unngår å bruke kompetansen sin dersom en anser det å være utenfor sitt eget ansvarsområde.

Kompetanse som bare kommer til uttrykk noen steder omfatter to fenomener. Den ene der folk sier noe, men gjør noe annet. Det andre fenomenet dreier seg om at personer som innehar god kompetanse ikke lar den komme andre til gode.

Uartikulert kompetanse er kompetanse som vanskelig lar seg formidle med ord. Du som leser kan antakeligvis sykle, men forsøk å beskrive alle elementene av kompetanse som må være tilstede for å unngå at du velter. Den uartikulerte kompetansen er ikke mindre viktig av denne grunn. Den skaper bare et dilemma for organisasjonen i den forstand at den vanskelig lar seg videreformidle. Uartikulert kompetanse kan derfor bare overføres gjennom ulike former for interaksjon og samarbeid. For eksempel gjennom observasjon og samhandling. Paradokset uartikulert kompetanse setter er følgelig at den ikke lar seg registrere eller måle.

Marnburg gir en kort oversikt over forskjellige innfallsvinkler i forhold til læring og utvikling. Felles for dem alle er at refleksjon og dialog er essensielt. Han stiller likevel spørsmål ved at de samtidig bygger på harmoni og konsensus om hva som er virksomhetens visjoner, mål og strategier. Kritikken setter fokus på at det ikke blir stilt spørsmål ved *hvem* sine mål som skal realiseres. Når det stilles krav til at samtlige må stille lojalt opp om visjonen, vil bare korrigeringer forekomme i liten grad. Den viktigste innsigelsen mot konsensus teoriene er likevel; at når virksomhetens visjoner, strategier og mål ikke blir gjenstand for en bred diskusjon blant organisasjonsmedlemmene, så faller en av de viktigste drivkreftene for læring og utvikling bort. En virksomhet i utvikling kjennetegnes derfor ved at uenighet og opposisjon skaper kriser, noe som igjen bidrar til dialog. Dialogen fører videre til at virksomheten blir selvransakende og selvkritisk. Noe som bidrar til en fortløpende korrigerende av visjoner, strategier og mål.

3.2 Organisasjonens struktur og atferd

Innholdet i kapittel 3.2 er i sin helhet basert på Egeberg (1984) dersom annet ikke er spesifisert.

Med *normativ struktur* mener Egeberg det stabile system av forventinger som knytter seg til de ansatte i en organisasjon. Man kan kalle det normer for hvem som har rett og/eller plikt til å være rolleinnhavere, problemer organisasjonen bør ta stilling til, og hvilke type løsninger som er akseptable. Videre beskriver begrepet normer for hvordan organisasjonen bør eller må løse problemer. At strukturen er formell vil si at forventingene som knyttes til de ansatte er upersonlige. Det vil med andre ord si at de eksisterer uavhengig av de personer som til enhver tid er ansatt i gitte stillinger eller verv i organisasjonen. Den formelle strukturen forteller som regel noe om hvordan organisasjonen er tenkt spesialisert og koordinert. Spesialiseringen kan for eksempel ta utgangspunkt i et funksjonelt prinsipp. Det vil si at deltakerne er tenkt gruppert rundt ulike funksjonelle arbeidsoppgaver.

Med *faktisk atferd* menes den atferd som virkelig finner sted i organisasjonen. Når denne er preget av stabilitet og regularitet, kan vi snakke om *faktisk atferdsstruktur*. Denne kan videre i større eller mindre grad gjenspeile den formelle normative strukturen. Altså, jo mer den faktiske atferden kan føres tilbake til trekk ved den formelle normative strukturen – jo mer formell er atferden. Dette er således den ene sentrale sammenhengen en må fokusere på i organisasjonsutformingen. Årsaken er at jo større innsikt en har i dette forholdet, jo bedre er muligheten for å bruke organisering som virkemiddel. Videre er det nødvendig å kjenne betingelsene for å kunne endre den formelle normative strukturen. Både innsikt og makt er nødvendig i denne sammenhengen. Man kan være i besittelse av en stor porsjon innsikt uten å ha tilsvarende kontroll, men dog ikke utøve rasjonell kontroll uten den nødvendige innsikt.

Det rasjonelle organisasjonsperspektivet er forestillingen om at institusjonelle endringer trer i kraft gjennom organiserte og planlagte prosesser. Spesielle enheter i organisasjonen er tillagt et særlig ansvar for organisasjonsutviklingen. Ved hjelp av spesialisering utvikler organisasjonen kunnskap, som i sin tur kan benyttes til kontrollert og regulert endring. I dette perspektivet ses organisasjonen som et instrument som kan håndteres for å påvirke andre prosesser. Den formelle normative strukturen styrer atferden i riktig retning. Dette gjennom å uttrykke den ansattes rettigheter og plikter. Den kanaliserer også atferden gjennom å spesifisere hva de ansatte skal gjøre og hvordan man skal handle. Med andre ord vektlegges hva som skal oppfattes som viktige problemer og hvordan disse skal løses. På denne måten virker det rasjonelle organisasjonsperspektivet som et filter for problemer og løsningsmuligheter. ”*Rasjonaliteten*” hviler sådan på organisasjonen, ikke på den enkelte medarbeider. Man antar gjennom denne strategien at summen av samtlige ansattes atferd fremmer organisasjonens mål. Man ilegger altså deltakernes personlige følelser for hverandre liten eller ingen betydning på organisasjonens aktivitet. Dette fordi en anser at den formelle organisasjon vil opprettholde arbeidet gjennom de upersonlige forventninger og plikter som retter seg mot rollenehaverne.

Tilhengere av *det naturlige organisasjonsperspektivet* benekter ikke den formelle organisasjonsstrukturens eksistens, men betviler disse strukturenes betydning for den faktiske atferd i organisasjonen. Offentlige organisasjonsformer blir ikke sett på som et resultat av planlagt og bevisst styring. Riktignok er det bare gjennom bevisste valg at formelle organisasjonsstrukturer kan etableres og endres, men slike beslutninger er likefullt kun et uttrykk for en stegvis tilpasning av det formelle gjennom den utvikling som uformelt har foregått. Siden mennesket er et sammensatt vesen - med tilhørende sammensatte behov, vil heller ikke atferd i formelle organisasjoner kunne begrenses til det formelt rollebestemte. Ulike situasjoner vil for deltakerne utgjøre høyst forskjellige stimuli, og selv om disse vil representerer muligheter eller plikt til å forfølge organisasjonens mål - vil de også fremstå som anledninger til å dokumentere egne evner, ferdigheter, etc. Faktisk atferd i organisasjoner vil således avspeile ekspressive og symbolske behov i minst like stor grad som instrumentelle, formelt målrettede hensyn.

Til dels vil atferden avspeile individers og gruppers uformelle mål i organisasjonen, som for eksempel trygghet og selvrealisering. Dersom dette stemmer, vil vi finne at atferden i større grad reflekterer uformelle normer. Det vil ikke være deltakernes formelle tilknytning som er utslagsgivende, men snarer deres tilknytning til uformelle grupper så vel innenfor som utenfor organisasjonen. I motsetning til det rasjonelle organisasjonsperspektivet kan en med andre ord si at det er den faktiske atferden som har bestemt den formelle strukturen, ikke omvendt.

I det tredje perspektivet ses organisasjoner i større grad som løst koblete systemer – *organiserte anarkier*. Den formelle normative struktur fremstår da som lite presis i den forstand at det kan være lite tydelig hvem som har rett og plikt til å delta i prosessene, hva som kan betegnes som viktige problemer for organisasjonen, og hva som skal anses som gode løsninger. Under slike forhold, vil atferden i organisasjonen kunne fortone seg som kaotisk og lite forutsigbar. Deltakelsen kan opptre flytende fordi rettigheter og plikter er dårlig spesifisert. Gitt en så lite presis utforming er det vanskelig å tenke seg at faktisk atferd kan føres tilbake til denne i betydelig grad. Derimot tenker en seg at atferd i dette perspektivet kan ses som et resultat av individuelle, rasjonelle valg. Siden deltakelse ikke er klart definert, vil den enkelte selv kunne fordele sin oppmerksomhet. Dette gjennom en avveining mellom gevinster og kostnader knyttet til deltakelse i ulike situasjoner. Fravær fra en gitt situasjon betraktes ergo som et signal om at den ansatte har konkludert med at hun har bedre ting å foreta seg, altså at en ser at mer attraktive muligheter står åpne andre steder. Best kan dette illustreres der det finnes klare *deltagelsesrettigheter*, men ikke *deltagelsesplikter*.

Dersom en vektlegger et perspektiv som ser organisasjoner først og fremst som løst koblete systemer, synes det rimelig å forklare den faktiske atferd gjennom den enkeltes intensjoner og rasjonelle kalkulasjoner. Mot dette vil en innenfor det naturlige organisasjonsperspektivet i sterkere grad betone mennesket som et sosialt vesen, noe som impliserer at faktisk atferd først og fremst må søkes i individets sosiale tilknytninger. Innenfor det rasjonelle organisasjonsperspektivet forklares atferd først og fremst med bakgrunn i individets formelle organisasjons plassering. Felles for det rasjonelle og det naturlige organisasjonsperspektivet kan sies å være at de vektlegger en form for determinisme i motsetning til det anarkiske perspektivet som fremhever en voluntaristisk posisjon.

Ulike oppfatninger omkring den formelle organisasjonsstrukturens betydning kan antakeligvis tilskrives at en rett og slett har observert ulike organisasjoner kjennetegnet av høyst ulike formelle strukturer. Dette kan også ha sin bakgrunn i at man har studert forskjellige organisasjonsnivåer, nivåer som kan romme ulike formelle strukturer. Egeberg argumenterer således for at faktisk atferd neppe kan være den samme på høyt nivå i organisasjonen som på lavere nivåer. Ser en på et teknisk-operasjonelt nivå, vil dette i en hierarkisk struktur utgjøre den mest spesialiserte delen av organisasjonen. De formelle rollene kan med andre ord spesifiseres i større detalj på dette nivået, noe som videre betyr at den formelle strukturen kan fremstå som særlig betydningsfull akkurat her. Går en så til toppen av hierarkiet, kan den formelle strukturen fortone seg annerledes. Målene er her ofte mer komplekse, motsetningsfylte og tvetydige. De formelle rollene kan altså ikke utformes like presist på dette nivået. Dette gjør videre toppledernes atferd i større grad avhengig av deres intensjoner og rasjonelle avveielser. Organisasjonen kan således på sett og vis betraktes som løsere koblet på toppnivå. Den formelle strukturens betydning for faktisk atferd kan også tenkes å være situasjonsbestemt. Eksempelvis kan kriser som kjennetegnes av høy grad av trusler mot sentrale verdier, kort beslutningstid og overraskelser sies å innby til ignorering av formelle prosedyrer. Dels fordi tiden ikke strekker til, og dels legitimere brudd på formelle prosedyrer.

Endelig kan det tenkes at tidspunktet som velges for observasjon av forholdet mellom formell struktur og faktisk atferd vil være av betydning for resultatet. Foretas observasjonen umiddelbart etter et iverksatt tiltak, eller først etter at den formelle struktur har eksistert uendret i et lengre tidsrom? Sannsynligheten for at faktisk atferd avviker fra den formelle struktur antas å øke jo lengre tid det har gått. Over lengre tidsrom kan en rekke mindre tilpasninger ha ført til betydelige faktiske endringer. En videre faktor som kan ha betydning er organisasjonens størrelse. Når organisasjoner når en viss størrelse, øker sannsynligheten for at de enkelte delene organisasjonen består av begynner å opptre på egne premisser. Den formelle strukturen makter med andre ord ikke å føye del-aktivitetene sammen.

3.3 Sammendrag og videre anvendelse i oppgaven

Det vil her gis et kort sammendrag av det teoretiske rammeverket. Valgt teoretisk rammeverk fremmer både et individuelt-og kollektivt perspektiv idet det legges et fokus både på individuell- og kollektiv kompetanseutvikling samt organisasjonsstruktur.

Basen for organisasjonsutvikling er kompetansen som det enkelte individ råder over og vil anvende, dele og utvikle sammen med andre. Den andre grunnpilaren er kollektiv kompetanse (Marnburg, 2001).

Kognitiv sosial læringsteori innebærer at mennesker imiterer andre mennesker de ser opp til (Marnburg, 2001).

Kompetanse begrepet kan vi dele det inn i fire komponenter. Kunnskaper, ferdigheter evner og holdninger (Marnburg, 2001).

Den individuelle læringssirkelen inneholder fire elementer (konkret erfaring, refleksjon, abstrahering og eksperimentering) som viser helheten i en læringsprosess (Marnburg, 2001).

I organisatorisk lærng står vi overfor tre hovedutfordringer. Disse er *individuell kompetanseutvikling*, *individuell kompetanseanvendelse* og spredning av *den individuelle kompetansen* til andre (Marnburg, 2001).

Mekanismer som kan hemme læring er *fortidens praksis* og *framtidens usikkerhet*. *Taus kompetanse* er et annet fenomen som er læringshemmende (Marnburg, 2001).

Egeberg (1984) belyser i hvilken grad formell normativ struktur kan sies å ha betydning for den faktiske atferden i organisasjoner. Forfatteren belyser tre forskjellige retninger sett i sammenheng med formell normativ struktur. Disse er det rasjonelle-, det naturlige- og det anarkiske perspektiv. De er forskjellige i den forstand at de ilegger den formelle strukturen ulik betydning for den faktiske atferden i organisasjonen.

Denne oppgaven undersøker hvilken innvirkning målsetninger og strategier knyttet til et kompetansehevingssystem og en strategi har og har hatt på de ansatte gjennom et over ti år langt prosjekt. Datainnsamlingen tar sikte på å bygge opp rundt det teoretiske rammeverket på en slik måte, at det skal være mulig å evaluere elementer som kan påvise i hvilken grad en innvirkning kan påvises og videre hva den eventuelt består av. For å strukturere datainnsamlingen opp mot det teoretiske rammeverket vil fokuset ligge på individuell og kollektiv kompetanse samt organisasjonens struktur.

4 FORSKNINGSDESIGN OG METODER

Hensikten med dette kapittelet er å beskrive det valgte forskningsdesign for å klargjøre for de avveininger som er gjort, samt reflektere over de begrensninger og muligheter tilnærmingen kan gi.

4.1 Hvorfor en evalueringsstudie?

Almås sin definisjon på evaluering er:

”Systematisk innsamling av data for å skilja og analysera verknaden av eit forsøk på å skapa endring på eit gitt område.” (Almås, 1990)

Analysering betyr i denne sammenhengen kritisk å forstå og forklare et innsamlet eller observert materiale (data). Evaluering handler altså om å vurdere virkningen av planlagte tiltak som er tenkt å føre til endring. I denne oppgaven passer evalueringsaspektet dermed godt fordi problemstillingen omhandler virkningen av et forsøk for å skape bedre personellsikkerhet.

Almås fremhever videre fire kriterier for god evaluering. Disse er:

- God sakkunnskap på det aktuelle området
- Kjennskap til vedtaksstrukturen på området. Med andre ord å ha kunnskap om det politiske systemet studieobjektet inngår i
- Distanse til feltet
- Kjenne til grunnleggende samfunnsvitenskapelig metode

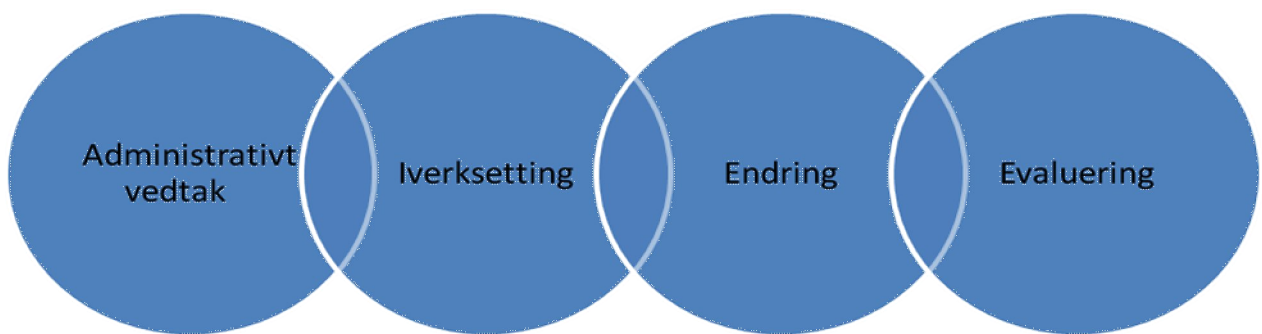
(Almås, 1990)

De to første kriteriene oppfylles etter egen mening, siden undertegnede har erfaring fra psykiatri som assistent fra 2000-2005, og de siste fire årene som sykepleier. Over ni års samlet erfaring har gitt inngående kjennskap til både fag og lovverk. Derimot kan det være en fare for å ha for stor nærhet til studieobjektet. Jeg har reflektert nøye over dette, og mener selv at jeg har evnet å opprettholde den nødvendige distanse gjennom valg av metode. Intervjuguiden var strukturert med åpne spørsmål og begrenset min egen innvirkning på informantens svar i størst mulig grad. Videre gjennomførte jeg en nøye evaluering av min egen påvirkning etter at datainnsamlingen var gjennomført ved å lytte kritisk til min egen rolle som intervjuer. Dette forløp uproblematisk med noen få unntak hvor enkelte informanter hadde behov for utdypende forklaringer til spørsmål. Jeg har som en konsekvens av dette fjernet data hvor det er en mulighet for at jeg kan ha farget informantens svar. Jeg har og forsøkt å vise størst mulig åpenhet i beskrivelse av datainnsamlingen. Det var umulig å ikke ha noen tanker om hva jeg forventet å finne, men jeg har vært svært bevisst denne ulempen – noe som har bidratt til å unngå forforståelse i analysen.

Almås beskriver flere måter å bruke evaluering på. Denne oppgaven faller slik jeg ser det inn under kategorien ”*begrepsmessig bruk.*” Med det menes at evalueringsforskningen blir benyttet til å skaffe opplysninger for å gi en generell klarering av området, som i denne studien vil si å utvide grunnlaget for hvilken innvirkning TMA har på personellsikkerheten ved klinikken. Begrepsmessig evaluering er ikke ment å påvirke området direkte, men mer å rydde opp i feltet og åpne for ulike handlingsalternativ for de som tar avgjørelsene (Almås, 1990). Denne studien kan si noe om hvilke faktorer som har en innvirkning på personellsikkerheten, og videre gi implikasjoner på hva som bør vektlegges i en videre utvikling av TMA-systemet.

Almås fremhever potensielle rollekonflikter for evalueringsforskeren og viser til forskjellige gruppers interesser, samt deres forventninger til evaluatoren. Evalueringsforskeren står ofte i et tosidig forventningsforhold mellom oppdragsgiver, profesjoner, osv (Almås, 1990). Dette problemet anser jeg som ikke-eksisterende da den ikke skrives på oppdrag for hverken oppdragsgiver eller arbeidstaker. Det eksisterer med andre ord ikke et forventningsforhold fra de involverte. Hensikten er som å evaluere et pågående prosjekt hvor økt kunnskap om hvilke faktorer som har en innvirkning på personellsikkerheten vil komme alle parter til gode.

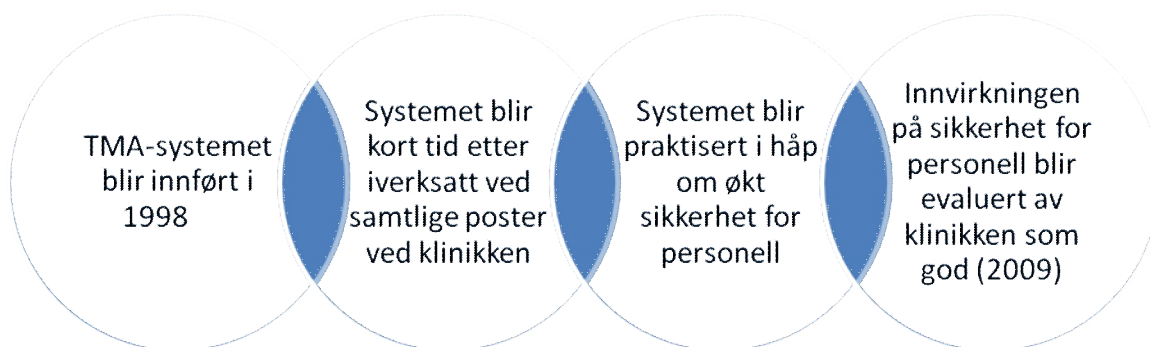
Almás beskriver flere modeller for evaluering. Den best egnede for denne oppgaven syntes å være målmodellen. Denne tar sikte på å sammenlikne resultater av et prosjekt, program eller tiltak med de målsetningene som var satt opp på forhånd. Man sammenlikner altså ideal og realitet.



(Almás, 1990)

Som figuren viser, tar målmodellen utgangspunkt i et administrativt vedtak. Dette blir så satt ut i livet. Det skjer en endringsprosess og vi står tilslutt tilbake med en effekt. Måloppfyllingsanalysen tar sikte på å sammenlikne innvirkningen av tiltaket med målene som var satt i utgangspunktet.

I forhold til oppgaven innebar første ledd et vedtak om å innføre TMA for å øke personellsikkerheten ved klinikken. Videre ble systemet iverksatt. Man forventet en endring i form av økt personellsikkerhet og har evaluert dette internt på bakgrunn av skadestatistikk. Klinikkenes egne analyser av skadestatistikk konkluderer med at systemet har hatt en god effekt på personellsikkerheten. Dette kan settes inn i målmodellen på følgende måte:



I konklusjonen vil jeg sette opp min egen evaluering i målmodellen for å sammenligne mot klinikkenes egne analyser. Denne oppgaven er den første kvalitative studien som evaluerer TMA-systemets ideal og realitet. Almås (1990) påpeker at en evalueringsforsker som oftest vil komme for sent inn i planleggingsprosessen og ha for lite makt til å påvirke planleggingen av et prosjekt i særlig grad. I mitt tilfelle har prosessen har pågått i endel år allerede. Dog kan det være hensiktsmessig å legge til at jeg gjennom å ha deltatt som arbeidstaker i største delen av perioden etter iverksettelsen kan drive en formativ evaluering. Formativ i den forstand at jeg gjennom ni år har deltatt i intervensjonen eller prosessen, og på den måten har hatt et godt grunnlag for å utarbeide evalueringskriterier. Dette vil gi oppdragsgiver – eller studieobjekt i dette tilfellet, mer igjen for innsatsen kontra en uerfaren forsker på feltet fordi en grunnleggende forståelse av organisasjonen og arbeidet er tilstede.

4.2 Hvorfor en kvalitativ casestudie?

Studiet er lagt opp som en casestudie, hvor oppmerksomheten rettes mot personell med forskjellig fagtilhørighet og som har sitt hovedsakelige virke i samhandling og behandling av pasienter. Gjennom individuelle intervjuer åpnes opp for større grad av mangfoldighet og nyanser (Andersen, 2003). Yin understreker at casestudier er den rette metoden når fenomener som studeres ikke kan betraktes løsrevet fra den konteksten de opptrer i (Yin, 2003 & Nese, 2006). Oppgaven vil forhåpentligvis på gi implikasjoner på hvorvidt TMA-arbeidet kan sies å være vellykket når det gjelder å øke sikkerheten for personell som jobber ved postene på klinikken. Hensikten er ikke å trekke generaliserte slutninger, ettersom man ved case-studier i liten grad kan gi generell viten (Andersen, 2003). Begrepsmessig evaluering er ikke ment å påvirke området direkte, men mer å rydde opp i feltet og åpne for ulike handlingsalternativ (Almås, 1990), som i denne oppgaven innebærer å legge til rette for at klinikken kan foreta en hensiktsmessig videreutvikling av TMA-systemet. Case metoden er funksjonell for å tilpasse relevant teori til empirien, slik at størst mulig grad av samsvar oppnås. En utfordring ved case studier vil da være å håndtere store mengder data som skal systematiseres og forstås ved hjelp av det teoretiske rammeverket.

4.3 Datainnsamling

Ut fra hensikten med oppgaven var det nødvendig å gå i dybden for å få et inntrykk av de ansattes oppfatning av TMA-systemets innvirkning på deres sikkerhet. I case-studier er man opptatt av prosesser, hvilket vil si hvordan noe forløper eller utvikler seg (Kvale, 2006) og egner seg derfor godt i denne oppgaven som skal evaluere et prosjekt som ble iverksatt for over ti år siden. Case studier er dessuten preget av fleksibilitet. Dersom en i løpet av undersøkelsen finner at problemstillingen bør endres, kan man rette på det (Holme og Solvang, 1996). Den endelige problemstillingen for denne oppgaven ble til sent i prosessen. Jeg har valgt en kvalitativ tilnærming i form av strukturerte intervjuer med åpne svaralternativer. Hensikten var å få klart fram intervjuobjektene egen beskrivelse av situasjonen og det var derfor viktig at spørsmålsformuleringen ikke var for lukket. Videre ble intervjuguiden utviklet så strukturert at den i størst mulig grad ville hindre påvirkning av informantene. Et kvalitativt forskningsdesign innebærer likevel at forskeren er en aktiv deltaker i kunnskapsutviklingen og denne kunnskapen kan aldri bli fullstendig (Kvale, 2006).

4.3.1 Tilgang til feltet og forberedelser

Først søkte jeg klinikkdirektør om godkjenning til å gjennomføre undersøkelsen. Da dette ble akseptert kontaktet jeg avdelingsledere ved de forskjellige postene og ba om godkjenning for å gjennomføre intervjuer på deres poster. Samtlige stilte seg positive til dette. Som ansatt i virksomheten har jeg videre hatt god tilgang til feltet. Gjennom kunnskap om rutiner og skiftordninger, var det enklere å planlegge egnede tidspunkter for gjennomføring av intervjuer da disse er relativt like på alle poster. Informantene ble i forkant av intervjuene gitt brev med informasjon om studien. Det ble også innhentet en samtykkeerklæring av hver enkelt, som ble underskrevet før gjennomføring hvor det ble signert for at anonymiserte opplysninger kunne brukes i oppgaven og at samtalen fortrinnsvis ville bli tatt opp på bånd.

4.3.2 Utvalg

Det ble gjennomført intervjuer ved seks forskjellige poster. Jeg hadde i utgangspunktet enklere tilgang til intervjuobjekter enn en utenforstående, men valgte i størst mulig grad å velge vekk personell jeg har et nært forhold til for å unngå farging av intervjuene. Avdelingslederne var behjelpelige med å finne informanter som passet utvalgskriteriene og jeg hadde på den måten liten innvirkning på hvem som ble spurt om å stille som informanter. I sammenheng med noen av intervjuene kom det fram at andre ved samme post enn den avtalte informanten også hadde anledning til å stille opp samme dag. Flere intervjuer ble derfor gjennomført ved en mer tilfeldig utvelgelse. De samme utvalgskriteriene ble imidlertid lagt til grunn.

Datamaterialet er basert på intervjuer med personell med ulik fagbakgrunn, men med samme fellesnevner at de er miljøpersonell som har direkte kontakt med pasientene. Årsaken til å velge både sykepleiere, assistenter, vernepleiere og hjelpepleiere var for å skape et representativt utvalg av den faktiske sammensetningen på postene. Oppgaven ble som tidligere nevnt formet for å finne ut hvilken innvirkning TMA systemet har på sikkerheten for personell ved klinikken, og samlebegrepet ”personell” forutsetter at datamaterialet gjenspeiler miljøpersonalet under ett.

Intervjuene ble gjennomført hver for seg med en anslagsvis tidsramme på ca 1-1,5 timer. Hovedgrunnen til å gjennomføre intervjuene i arbeidstiden var en vurdering valgt av praktiske hensyn. Det kan stilles spørsmål ved om denne atmosfæren er den beste med hensyn til åpenhet, men hensikten med individuelle intervjuer er å unngå at intervjuobjektene påvirker hverandre (Kvale, 2006).

Det ble fastsatt klare utvalgsriterier. Informantene måtte ha minimum to års ansiennitet, og det totale datagrunnlaget skulle i størst mulig grad gjenspeile klinikkens sammensetning med tanke på kjønn og utdanning. Det var relativt enkelt å finne informanter som var villige til å delta i undersøkelsen, og det var kun et fåtall av de spurte som takket nei til å stille som informanter. Totalt ble det gjennomført 18 intervjuer fra seks forskjellige poster. Utvalget synes i ettertid å være tilstrekkelig for å danne et korrekt bilde av klinikkens nåværende status.

Utvalgsriteriene ble fulgt, og den totale datamassen gjenspeiler en normalfordeling av arbeidsmassen. Det ble intervjuet fem sykepleiere, fire vernepleiere, tre hjelpepleiere samt seks assistenter. Spredningen i ansiennitet lå mellom to og tolv år, med et gjennomsnitt på 5 år. Kjønnfordelingen var ti kvinner og åtte menn. Fordelingen mellom dag/aften og natt-skift endte på fjorten dag/aften arbeidere og fire nattskift arbeidere. Ingen av informantene hadde lavere enn 50 % fast stilling.

4.3.3 Datainnsamling

Spørsmålene i intervjuguiden (vedlegg 1) ble kategorisert og inndelt tematisk for å gjøre det enklere å trekke linjer til den valgte teori. I den første delen av intervjuguiden var hensikten å avdekke informantens individuelle mestringsnivå av aggresjons- og voldshåndtering. TMA-systemet vektlegger både en individuell og kollektiv tilnærming og det var naturlig å skille de to fra hverandre, selv om de kan sees i en sammenheng. Intervjuguiden inneholder derfor to adskilte tema i forhold til *individuell-* og *kollektiv kompetanse*. Videre ble *struktur/rammebetingelser* valgt som et eget tema for å se i hvilken grad disse legger til rette for at TMA-trening kan gjennomføres på fast basis. Hensikten var videre å se hvorvidt organisasjonsstrukturen gjenspeiler seg i organisasjonens faktiske atferd.

Dokumentasjon som eget tema ble valgt for å kontrollere for i hvilken grad det finnes underrapportering og eventuelt årsakene til dette. Hensikten var videre å se hvorvidt skadestatistikkene gjenspeiler det virkelige bildet av hendelser ved klinikken som innebærer aggresjon/vold. *Opplevelse av personellsikkerhet* ble definert som et eget tema for å få fram nyansene i informantenes holdninger i forhold til opplevelse av sikkerhet – og for å skape enda større bredde i datamaterialet. Tilslutt ble informantene bedt om å gi en egevaluering av TMA samt beskrive hvilke tiltak de selv ville ha vektlagt for å øke personellsikkerheten dersom de hadde makt til å gjennomføre disse.

Intervjuene ble gjennomført i informantenes arbeidstid på arbeidsplassen. De fleste intervjuene ble avtalt på forhånd og informantene fikk skriftlig informasjon om undersøkelsen. Det ble også innhentet samtykkeerklæring og gitt skriftlig garanti for at data ville bli anonymisert, behandlet fortrolig og slettet etter bruk. Det ble stilt rom til disposisjon for gjennomføring av intervjuene ved samtlige intervjuer. Selve gjennomføringen av intervjuene fikk i all hovedsak foregå uforstyrret. To intervjuer ble kortvarig avbrutt av personell som ikke var klar over at rommet var opptatt. Dette framsto imidlertid uproblematisk og førte ikke til noen merkbar endring i dialog med informantene. Noen få intervjuer ble gjennomført spontant i sammenheng med andre avtalte intervjuer da flere personell som hadde mulighet sa seg villig til å la seg intervju. Når det gjelder selve gjennomføringen av intervjuet var det i utgangspunktet beregnet en tidsramme på 1-1,5 timer. Dette viste seg imidlertid å være i overkant av den faktiske tiden som ble brukt. Gjennomsnittlig varte hvert intervju i underkant av en time. Dette skyldes ikke vegring i å svare fra informantenes side, men heller at intervjuguidens faste struktur skapte noe mer flyt og mindre behov for styring enn først antatt. Intervju som tilnærming er likevel ikke en konversasjon mellom likeverdige deltakere da forskeren er den part som definerer og kontrollerer situasjonen (Kvale, 2006).

Videre ble det innhentet skadestatistikk fra klinikken helt tilbake til 1997 for å triangulere egne data sett i lys av den utviklingen det har vært i forhold til personalskader. Dette datamaterialet var ikke bearbeidet og egnet seg derfor ikke til å se annet enn en generell utvikling i forhold til antall personalskader.

Jeg innhentet også data fra en pasientsikkerhetsundersøkelse som ble gjennomført ved klinikken i 2006 og 2008 (Aase et al, 2008). Denne studien er kvantitativ og direkte overførbar på enkelte områder ettersom utvalgskriteriene var de samme som i denne oppgaven. At undersøkelsen ble gjennomført nylig øker validiteten i forhold til mine egne data fordi de fleste informantene i denne oppgaven også var ansatt når pasientsikkerhetsundersøkelsen ble gjennomført.

4.3.4 Analyse av datamateriale

Intervjuene ble i sin helhet tatt opp på lydbånd slik at jeg fullt og helt kunne konsentrere meg om intervjuet. Jeg transkriberte 6 intervjuer – ett fra hver enkelt post, ord for ord etter gjennomførelse. Dette for å unngå å utelate viktige opplysninger, og sørge for tilstrekkelig skriftlig materiale til å gjennomføre en god analyse av innhentede data. Tekstene ble kategorisert med forskjellige farger etter tema for å gjøre det enklere å sammenligne data og trekke ut samsvar og ulikheter. Temainndelingen ble hentet fra intervjuguiden (vedlegg 1):

- Individuell kompetanse
- Kollektiv kompetanse
- Struktur/rammebetingelser
- Dokumentasjon
- Opplevelse av personellsikkerhet
- Egevaluering av TMA

De transkriberte intervjuene var også en god kilde til direkte sitater i presentasjonen av data. Det må likevel nevnes at lydbånd som jo ikke inneholder de visuelle aspektene ved situasjonen er kunstige konstruksjoner av kommunikasjon fra muntlig til skriftlig form (Kvale, 2006). Transkribering av intervjuene gav imidlertid bredde i materialet og dannet grunnlag for et helhetlig bilde av enhetene i studien.

For å ivareta etiske aspekter ved denne formen for datainnsamling ble lydbånd slettet etter transkribering og selve transkriberingen fullt ut anonymisert. De utranskriberte intervjuene ble spilt av gjentatte ganger. For å kunne notere underveis ble de spilt av på halv hastighet. Notatene ble ført tematisk og kodet med farger for å sikre rett tilknytning sett i forhold til de transkriberte intervjuene. I diskusjonen ble mitt eget datamateriale triangulert med skadestatistikk og pasientsikkerhetsundersøkelsen gjennomført ved klinikken i 2006 og 2008 (Aase et al, 2008). Jakobsen (2000) hevder at triangulering er en effektiv kontroll av om det en forsker kommer fram til, også kan oppnås av en annen forsker. Almås (1990) teori om evaluering har egnet seg bra for å gjennomføre et hensiktsmessig undersøkelsesopplegg og målmodellen passer bra slik jeg ser det sett i lys av hva som evalueres.

4.3.5 Validitet og reliabilitet

For at data skal ha høy grad av validitet, må reliabiliteten være høy. Reliabilitet kan forklares som nøyaktighet. Da får også dataene høy grad av gyldighet (Hellevik, 1994). Mine egne data ble innhentet fra informanter i all hovedsak valgt ut av avdelingsleder etter klare utvalgskriterier. Samtlige informanter ble stilt de samme spørsmålene og intervjuguiden var så stramt strukturert at den i stor grad hindret påvirkning fra undertegnede. Intervjuene ble tatt opp med digital diktafon for å sikre at informasjon ikke ble glemt og for å kunne gå tilbake og kontrollere uklarheter.

4.3.6 Refleksjon over design og metode

Sett under ett har undersøkelsen forløpt smidig og uten større hindringer. Avdelingslederne ved de forskjellige postene var grunnleggende positive og hjelpelige med å tilrettelegge for at intervjuene kunne gjennomføres i arbeidstiden. De bidro også til å finne informanter som passet kriteriene for undersøkelsen og fungerte som kontakthjelpere mellom oss. Videre ble det avtalt tid for intervju og stilt rom til disposisjon i det aktuelle tidsrommet for gjennomførelse. De ansatte ble dessuten fritatt sine arbeidsoppgaver slik at intervjuene kunne gjennomføres uten forstyrrelser.

Intervjuene viste seg å ta noe kortere tid enn først beregnet. Dette var gjennomgående for samtlige intervjuer. Jeg har reflektert over dette og konkludert med at intervjuguidens faste struktur skapte mer flyt enn først antatt. I etterkant anser jeg dette som en fordel fordi det vitner om at undertegnedes farging og påvirkning av informantene har vært marginal, noe som var en viktig forutsetning for å minske faren for konstruerte data gitt mitt eget forhold til organisasjonen. Videre ser jeg i ettertid at enkelte spørsmål ble overflødige fordi de var relativt like andre spørsmål og gav lite variasjon i forhold til disse. Totalt sett er det likevel min oppfatning etter å ha gjennomgått alle intervjuene at informasjonen som kommer frem er god og nyansert. Hovedinntrykket er derfor at intervjuene gav et godt bilde av informantenes vurderinger og synspunkter.

5 STUDIETS KONTEKST

Klinikken oppgaven skrives fra er et av landets største psykiatriske sykehus. Tilsammen har klinikken 171 døgnplasser og 36 dagplasser. Sykehuset er også samlokalisert med en større enhet utenfor klinikken. Videre har klinikken poliklinikker i andre byer innen samme region, to psykiatriske ungdomsteam, samt mobilt innsatsteam for psykisk utviklingshemmede.

5.1 TMA

Kapitlene 5.1-5.2 er i sin helhet basert på interne dokumenter ved klinikken. Forkortelsen TMA står for ”Terapeutisk mestring av aggresjon” og ligger til grunn for sikkerhetssystemet ved sengepostene på hele klinikken. Det er et krav at alle fast ansatte i kliniske stillinger skal ha opplæring i TMA. Sikkerhetsarbeidet hadde sin begynnelse tidlig på 80-tallet i regi av Løvstadskolen (se www.lovstadskolen.no). Fram mot slutten av 90-tallet var all faglig utvikling og kursing underlagt Løvstadskolens praksis og kurstilbud. Siden 1998 har sykehuset selv hatt ansvar for det faglige innholdet i kursene og videreutviklet dette internt. TMA systemet tar sikte på en økt kunnskap om hvorfor mennesker tyr til aggresjon og vold, hvilke faktorer som medvirker til at aggresjon erstatter andre mer konstruktive løsninger, og hvordan man kan forebygge aggresjon som menneskelig samhandlingsform. Det undervises både i teoretisk forståelse samt fysiske teknikker – en forebyggende og en kontrollerende side. TMA har som utgangspunkt at det er mulig å endre et handlingsforløp, også der den ene part har mistet eller er i ferd med å miste oversikt og styring over egne handlinger. Klinikken fremhever videre i sitt syn på TMA arbeidet at systemet skal sikre en grunnleggende trygghet for å gå inn i vanskelige og konfliktfylte problemstillinger. Som en forutsetning for dette definerer klinikken noen kriterier for ”trygghet.” Personalet skal være:

- Trygge i sin fagkunnskap
- Trygge i seg selv som mennesker
- Trygge på hverandre som et felles team
- Trygge på sin kunnskap spesifikt om aggresjonshåndtering
- Trygge på at de rent fysisk er i stand til å håndtere uventede og farlige situasjoner

TMA arbeidet tar for seg de tre siste punktene.

5.2 Innhold

Sykehuset kurser årlig nyansatte gjennom grunnkurs i TMA som går over tre dager. Videre er det hver enkelt post sitt ansvar å legge til rette for videre opplæring og trening. Hver post skal ha minst en TMA-ansvarlig som legger opp til trening og deltar i sykehusets videreutvikling gjennom deltakelse i TMA-fora som settes opp med jevnlig møter. Det er dessuten utviklet en TMA-fagstige. Ved hver post skal det finnes en TMA-perm som beskriver systemet i sin helhet.

Ved hver enkelt post skal det finnes en TMA-perm som beskriver systemet i sin helhet. Denne er tenkt brukt som et arbeidsredskap i postenes egen praktiske trening og er delt inn i fire kapitler. Hvert kapittel inneholder både en teoretisk del, samt et utvalg teknikker i fysisk mestring av aggresjon og vold. Den videre teoribeskrivelsen av TMA vil i all hovedsak være utdrag fra TMA-permen - om enn ikke i samme innholdsmessige rekkefølge. Dette for å gi et kort, men helhetlig bilde av hva systemet inneholder, samt gi leseren et bedre grunnlag for å vurdere drøfting og konklusjoner senere i oppgaven.

Sykehuset legger til grunn følgende begrepsavklaring på aggresjon og vold:

”Aggresjon er en følelse av harme som opptrer som svar på øket angst og som individet reagerer med når det føler seg truet. Den er karakterisert av en følelse av spenning som fører til et behov for utløsning.” (Stuart og Sundeen, 1997)

Man tolker med dette at aggresjon kan være en sunn form for selvhevdelse, altså ikke utelukkende i negativ forstand. Den kan gi varierende grad av spenning i kroppen alt etter grad av aggresjonsfølelse, og kan komme til uttrykk på ulike måter. Dersom uttrykket består i angrep, verbalt eller fysisk, og det er destruktivt i det målet er å skade personer eller ting, velger sykehuset å definere det som vold. Man har på denne måten valgt å skille mellom aggressive følelser og aggressiv atferd/vold. Det terapeutiske målet blir i så måte å hjelpe pasienten til å håndtere aggresjonen sin uten at det fører til vold. Hovedmålsetningen i TMA-arbeidet er følgelig å forebygge vold.

Alt miljøpersonell skal bære alarm som kan utløses ved å trykke på en knapp. Minimum ett personal ved hver post skal til enhver tid bære såkalt vaktalarm som vil varsle med lyd og stedsbeskrivelse dersom en alarm utløses på sykehusområdet. Den som bærer vaktalarmen skal da innfinne seg på gitt sted umiddelbart for å bistå den posten eller personen som har behov for støtte. Alarmen slår også ut på forvarsel om brann, samt vanlig brannalarm. Prinsipper for bruk av alarm er at den skal utløses når:

- Situasjonen er i ferd med å komme ut av kontroll
- Du er truet
- Du trenger akutt hjelp

Det er dessuten egne rutiner for gjennomgang av alarmsituasjon hvor personalet oppfordres til å bruke en kort stund til å reflektere over hendelsen. Hensikten er:

- ivaretagelse av forulempet personal
- Gjennomgå handlingsforløp og gi grunnlag for forebygging av nye alarmsituasjoner

I TMA permen beskrives relasjonen mellom personal og pasient. Hvilke beslutninger hver part velger i møte med hverandre vil påvirkes av det referansesystem hver enkelt besitter. Personalets referansesystem vil blant annet påvirkes av personlige egenskaper, utdanning, organisering og kultur. Pasientens referansesystem vil blant annet være påvirket av sykdom og sykdomshistorie, rolle, etc. Rammen eller strukturen i møtet vil avhenge av fysiske forutsetninger som romforhold, tilstedeværende personal og kunnskap om fysiske mestringsteknikker. Personalets valg av tiltak må sees ut i fra pasientens individuelle situasjon. Fokus skal hele tiden være at pasienten får beholde mest mulig kontroll og dermed også ansvar for situasjonen og hva denne ender opp i.

Ut fra pasientens situasjon og vår egen posisjon tas beslutninger om tiltak. De ulike nivåene kan deles inn etter økt grad av kontroll fra A-D.

- Holdning og kommunikasjon
- Holdning og kommunikasjon, praktisk farlighetsvurdering
- Holdning og kommunikasjon, praktisk farlighetsvurdering, grensesetting, skjerming
- Holdning og kommunikasjon, praktisk farlighetsvurdering, grensesetting, skjerming, fysiske mestrings teknikker, mekaniske tvangsmidler

Hva gjelder kommunikasjon henviser manualen til personalets generelle kunnskaper.

Praktisk farlighetsvurdering handler om å i større grad kunne forutsi sannsynligheten for aggresjon og vold gitt visse kriterier. Kriteriene er ikke absolutte, men kan si noe om hvilke forhåndsregler posten bør ta i forhold til behandling av pasienter.

Grensesetting er ifølge TMA-kompendiet den samhandlingstypen som på landsbasis hyppigst er foranledning til flest skademeldinger i psykiatriske institusjoner. Sykehuset har valgt følgende definisjon på grensesetting:

”Grensesetting er alt personalet gjør for å stoppe pasientens uhensiktsmessige, eller skadelige atferd, og omfatter også forebygging av slik atferd.”

Grensesettings hensikt er å være til hjelp for at den enkelte pasient kan leve et tilfredsstillende liv i sosialt felleskap med andre, gjennom å gi pasienten grenser utenfra, når han selv ikke har de indre grensene.

Skjerming skal tilpasses pasientens behov gjennom individuell miljøterapi. Sykehusets definisjon på skjerming er:

”en miljøterapeutisk metode overfor pasienter som har behov for økt grad av beskyttelse og omsorg i form av et spesielt tilrettelagt miljø.

TMA-permen beskriver en rekke fysiske mestringsteknikker. Disse er en kombinasjon av rene selvforsvarsteknikker samt samarbeidsøvelser i forhold til eksempelvis beltelegging. De forskjellige teknikkene vil ikke bli gjennomgått, men felles prinsipper for mestring beskrives gjennom "Bankok" prinsippet som er en sammensatt forkortelse for:

- Bestemthet: jeg kan, jeg vil
- Avspenning: ikke bruk unødvendig muskulatur. Pust ut.
- Nærkontakt
- Kroppsbevegelse: være i bevegelse, kraft gjennom kroppen
- Overraskelse: hurtighet i bevegelser, distraksjon
- Kommunikasjon: bruk navn, enkle setninger, snakk rolig, forsikre om hensikter, søke blikkontakt og dialog.

6 RESULTATER

Resultatene vil presenteres ihht følgende kategorier:

- Individuell kompetanse
- Kollektiv kompetanse
- Struktur og rammebetingelser
- Rapportering av hendelser
- Opplevelse av personellsikkerhet
- Egenevaluering av TMA

6.1 Individuell kompetanse

Samtlige informanter har TMA kurs. Det var stor variasjon i hvor lenge den enkelte hadde vært ansatt før de fikk tilbud om TMA-kurs. I de to mest ekstreme tilfellene hadde informantene vært ansatt i over to år før de fikk kurstilbud. Disse er imidlertid blant dem som har lengst fartstid i systemet og det er en tendens til at ansatte med kortere ansiennitet har blitt kurset tidligere i ansettelsesforløpet. Samtlige av informantene med ansiennitet på fem år eller mindre oppgav å ha blitt kurset i løpet av de seks første månedene etter ansettelsen. Disse talte 12 personer. Resterende med lenger fartstid varierte i større grad. Det var imidlertid tydelig at denne gruppen i gjennomsnitt fikk tilbud senere enn det som har vært status siste fem år. Majoriteten av disse var ansatt nærmere ett år før de ble kurset. Ingen av de spurte hadde forøvrig andre lignende kurs for helsepersonell. Frekvensen av trening varierer i stor grad. Det var kun to av seks poster som kunne vise til ukentlige, faste treninger. Femten av informantene deltok sjelden på TMA-treninger, og i snitt gikk det mer enn tre måneder mellom hver trening for den enkelte ansatte.

”Jeg er litt usikker, men tipper det blir rundt 3 ganger i året. Vi var flinkere før. Det virker ikke som det vektlegges like mye som da jeg begynte her for en 7-8 år siden.” (Mann, assistent)

”Jeg husker ikke sist gang jeg deltok på TMA-trening. Det må ihvertfall være mer enn et år siden.” (Mann, sykepleier)

Dette ble i all hovedsak satt i sammenheng med begrenset bemanning som gjorde det vanskelig å trekke nok personell ut av miljøet, men også postledelsens tilsynelatende lave prioritering ble belyst av flere av de spurte. En klar svakhet i forhold til TMA-trening er imidlertid tydelig på nattskiftene hvor det ikke er etablert treningsrutiner i det hele tatt, noe som gjelder samtlige poster. Turnusinndelingen ved klinikken er todelt hvor en har dag/aften og rene nattturnuser. Nattpersonalet i undersøkelsen oppgir lavere bemanning som et hovedproblem i forhold til dette. Det er heller ingen av postene som holder treninger i helger eller ferier.

”Jeg har ikke vært på TMA-trening siden kurset for 8-9 år siden. Vi er ikke nok personell til å holde treninger på natt. Det ville ikke vært forsvarlig å trekke oss ut av miljøet uten tilsyn til pasientene.” (Kvinne, vernepleier)

”Jeg kan ikke huske sist gang jeg var på TMA-trening. Jeg mener, hvordan skulle vi få til det? Vi er bare 3-4 på jobb, og har ikke mulighet til å drive aktiviteter som krever at vi trekker oss vekk fra pasientene. Vi kunne selvfølgelig ha gamblet når flesteparten sov, men hvem vil ta ansvaret for det dersom noe skjer?” (Mann, assistent)

Samtlige informanter hadde en relativt lik forståelse for hovedformål og hovedtrekkene ved TMA-treningen. Selv om formuleringene naturlig nok var forskjellige, var den enkeltes opplevelse den samme; å forebygge og håndtere vold og aggresjon. Når det gjaldt ens egen opplevelse av i hvilken grad en anser å ha opparbeidet god teoretisk kunnskap om aggresjon og vold i ansettelsesperioden, varierte dette til en viss grad. Majoriteten opplever å ha en god, men noe begrenset kunnskap. Samtlige av disse ønsker også mer kursing. Tre av informantene mener imidlertid å ha fått en meget god kunnskapsbase gjennom kursing og trening etter ansettelsen.

”Jeg føler jeg kan ganske mye, men det er ganske basic. Kunne godt tenkt meg mer. Hadde vært fint med en oppdatering i ny og ne. Kan jo være at de har funnet ut noe nytt.” (Mann, sykepleier)

”Jeg føler at jeg kan mye. Kurset var utrolig bra, og jeg har lært mer og mer gjennom praksis.” (Kvinne, sykepleier)

Når det gjelder anvendte ferdigheter, er det derimot en felles holdning til at denne er begrenset. Samtlige med unntak av to informanter anser seg ikke kompetente til å selvstendig håndtere en utagering. Dette settes i sammenheng med fysiske begrensninger som angriperens styrke/størrelse. Samtlige oppgir dessuten for lav treningsfrekvens som en begrensende faktor i forhold til fysisk håndtering. De to informantene som oppgir god mestringssevne er begge menn og en av dem oppgir bred selvforsvarserfaring som årsak til denne holdningen. Den andre oppgir sin egen fysiske kapasitet og erfaring som tilstrekkelig for å håndtere de fleste situasjoner.

”Jeg tror ikke jeg hadde klart å bruke teknikkene i en virkelig situasjon. Det kommer nok litt an på hvilken pasient det var. Dersom jeg måtte forsvare meg mot en som var mye større en meg, hadde det nok ikke gått så bra.” (Mann, sykepleier)

”Det kommer an på situasjonen, men det er ganske tilfeldig. Jeg kommer aldri på noen av teknikkene når det skjer noe, og uansett så blir ikke treningene realistiske nok. Det går stort sett fint likevel fordi jeg som oftest slipper å stå alene.” (Mann, assistent)

Hvorvidt TMA-systemet er forståelig og mulig å implementere i arbeidet, er et spørsmål hvor erfaring klart svarene fra informantene. Det er et klart samsvar i at den forebyggende delen har en stor verdi og brukes daglig.

”Jeg bruker den forebyggende delen hele tiden. Har etterhvert blitt flinkere og tror mange situasjoner løser seg fordi jeg klarer å holde roen mer enn før.” (Kvinne, vernepleier)

”Jeg er blitt flinkere til å roe ned situasjoner. Jeg tror den forebyggende delen har hjulpet meg til å bli flinkere å kommunisere. Det er jo dessuten noe vi får trent på hver dag.” (Kvinnelig sykepleier)

Når det gjelder den praktiske delen, er det imidlertid tydelig at informantene med lengst erfaring ikke opplever den like hensiktsmessig som de med færre års erfaring bak seg. Samtlige med mer enn tre års ansiennitet mener at systemet slik det framstår i dag, er lite hensiktsmessig fordi teknikkene krever for mye trening. Majoriteten av de spurte mener også at teknikkutvalget er urealistisk. Ingen av informantene oppgir å ha brukt noen av de fysiske teknikkene i en konkret situasjon, og majoriteten vektlegger tilfeldigheter som årsak for sin håndtering av situasjoner hvor de har vært utsatt for angrep uten umiddelbar støtte fra kolleger.

”Jeg kan ikke bruke teknikkene i en reell situasjon. Vi trener jo aldri på dem. Føler og at de blir veldig kunstige, eller... jeg mener... de passer ikke for alle situasjoner som oppstår. Ihverfall ikke dersom pasienten er større enn deg selv, så jeg tror egentlig ikke mer trening hadde hjulpet likevel. (Mann, vernepleier)

”Jeg har aldri brukt noen av teknikkene i en ekte situasjon. Det blir helt tilfeldig hvordan jeg reagerer. Noen ganger går det ganske bra, men det er som oftest hvis pasienten er mindre og svakere enn meg.” (Kvinne, sykepleier)

”Jeg synes treningene er bra. Vi bruker ikke tid på teknikkene spesielt. Jeg tror det er fordi vi har større utbytte av å diskutere konkrete situasjoner i posten. Vi bruker tiden på treningene til å finne bedre løsninger på hvordan vi skal håndtere krevende pasienter.” (Mann, sykepleier)

Informantenes personlige interesse og utbytte av TMA-treningen varierer til en viss grad. Samtlige er klare på at aggresjon og vold er et fenomen som forekommer ofte og det kommer klart frem at den enkelte er positiv til større fokus på problemområdet. Det er imidlertid variasjon i hvor positiv den enkelte er til TMA-systemet slik det er bygget i dag. Flesteparten av informantene mener som nevnt at den fysiske delen er lite realistisk og fremhever at de fysiske teknikkene ikke er brukbare i reelle situasjoner. Delvis grunnet lite trening, men også fordi de forutsetter en fysisk overlegenhet dersom de skal oppleves funksjonelle. To av informantene har en klar tillit til teknikkene, men anser det som fånyttet å bruke fordi de ikke får trent tilstrekkelig på dem. Det er imidlertid bare én av informantene som oppgir å bruke deler av fritiden på sikkerhetsfremmende tiltak som selvforsvar. Denne informanten understreker likevel at årsaken til dette ligger i personlig interesse og er ikke relatert til forholdene på arbeidsplassen.

6.2 Kollektiv kompetanse

Når det gjelder samhandling/samarbeid i håndtering av aggressive pasienter i informantenes egen personalgruppe, mener en majoritet at det stort sett er bra. Det er likevel kun fire som er utelukkende positive. Fjorten informanter sier at det til en viss grad er avhengig av hvem som er på jobb, og vektlegger enkeltpersoners viktighet i personalgruppen. Dette er ikke relatert til yrkesgrupper, men heller enkeltpersoner som utmerker seg i håndtering av aggresjon og vold.

”Vi klarer oss stort sett. Synes samhandlingen fungerer veldig bra.” (Kvinne, vernepleier)

”Vi har et bra samarbeid. Det er likevel delvis avhengig av hvem som er på jobb. Når x og y er på jobb fungerer det alltid bra. De er veldig flinke til å håndtere slike situasjoner.”
(Kvinne, assistent)

”Vi samarbeider bra. Personalgruppen min har vært stabil over flere år, så vi kjenner hverandre veldig godt. Jeg vet at jeg kan stole på de andre når det gjelder.” (Mann, assistent)

Det er dessuten en majoritet som påpeker antall personal på jobb som en viktig faktor. Syv av de kvinnelige informantene etterlyser en større andel menn som en forbedringsfaktor i forhold til dette.

”Jeg skulle ønske det var flere menn på jobb. Det går alltid bra når det er flere mannlige personal. De er jo mye sterkere enn oss.” (Kvinne, sykepleier)

”Det varierer litt hvor mange menn som er på jobb. Jeg føler meg alltid tryggere når vi ikke bare er kvinner.” (Kvinne, sykepleier)

”Synes vi er litt få på jobb noen ganger. Det tar oftest for lang tid før vi får ekstra folk. Det går jo også ut over pasientene. Mange blir stående uten tilbud fordi vi må være så mange rundt enkeltpersoner som er dårlige.” (Kvinne, vernepleier)

”Det tar alltid så lang tid før det kalles inn ekstra bemanning. Det kan være ganske slitsomt. Synes ledelsen burde vært flinkere til å kalle inn ekstra folk når de får tilbakemeldinger fra oss.” (Mann, vernepleier)

Informantenes syn på samhandling og samarbeid når de støtter andre poster etter utløst alarm samsvarer i stor grad. Samtlige oppgir at dette oppleves svært varierende. Manglende lederskap og kaos er faktorer som vektlegges av de aller fleste. Bare to av informantene fremhever at dette for det meste er ok. Disse er likefullt klare på at alarmsituasjoner ofte innebærer kaos og forvirring blant de frammøtte. De er imidlertid positive i den forstand at de fremhever at situasjonene stort sett ordner seg likevel.

”Det er veldig varierende. Det er oftest kaos, og det er sjelden noen som leder situasjonen tydelig. Stort sett så går det jo likevel bra da.” (Mann, sykepleier)

”Det varierer. Føler ofte at det er en haug med folk uten at noen vet hvem som har ansvaret. Blir litt som sauer uten leder. Ender ofte med at én fra en utenforstående post tilslutt må ta ansvaret.” (Kvinne, hjelpepleier)

”Jeg synes jevnt over det er ganske dårlig. Det er jo ofte fullstendig kaos med en skokk med folk som ikke vet hva de skal gjøre eller hvem de skal forholde seg til.” (Mann, assistent)

Når det gjelder den fysiske håndteringen av pasienter er informantene delte i sitt syn. Majoriteten mener at den for det meste er innenfor et fornuftig nivå av maktbruk, men at det tidvis forekommer overdreven bruk av fysisk makt. Tolv av informantene er likevel tydelige på at den fysiske håndteringen oftest fremstår kaotisk og tilfeldig med tanke på selve gjennomføringen. Seksten av de spurte er dessuten klare på at tilstrekkelig bemanning som oftest bidrar til at skadepotensialet marginaliseres for både pasient og personell, noe de til en viss grad mener kompenseres for den tilfeldige håndteringen.

”Det er ganske tilfeldig, men jeg tror ikke det blir brukt mer fysisk makt enn nødvendig. Som oftest er vi så mange folk at det ikke blir særlig alvorlig for noen parter likevel.” (Mann, vernepleier)

”Jeg tror ikke det blir brutt noen lover. Synes stort sett det virker ganske fornuftig jeg. Blir litt hippshapp hvordan man får kontroll, men det er som oftest alltid nok folk til å ta vare på pasienten.” (Kvinne, sykepleier)

Refleksjon i etterkant av voldshendelser er heller unntaket enn regelen i etterkant av alarm situasjoner. Samtlige informanter er klare på at debriefing forekommer sjelden. Dette oppgis det forskjellige årsaker til. Den mest fremtredende er at leder ikke stiller krav til dette når situasjonen er under kontroll. En fjerdedel av informantene oppgir at de synes det er ubehagelig å ”stikke nesa frem” dersom ingen åpner for en felles debriefing, mens fire som tidvis har avdelingsansvar selv opplyser at folk er så raske med å trekke seg vekk at det er vanskelig å samle de fremmøtte.

”Debriefing har vi nesten aldri. Er som oftest ingen som spør om det. Jeg synes ikke det er så lett å være den eneste som tar initiativ heller.” (Kvinne, assistent)

”Det er nesten umulig å samle folk etter situasjonen er over. De løper jo fortene tilbake til sin egen post enn de gjorde på vei hit.” (Kvinne, sykepleier)

Refleksjon i egen personalgruppe er dog noe samtlige fremhever som bra. Alle er klare på at situasjoner i egen post blir diskutert i etterkant så lenge de er av en viss alvorlighetsgrad, og at videre tiltak blir vurdert.

”Vi er flinke til å diskutere situasjoner i egen post. Det skjer jo ikke alltid, men når det er litt mer alvorlig tar vi det alltid opp på rapporter og kardexmøter.” (Mann, vernepleier)

Opplevelsen av tvangsbruk i egen post er med unntak av to informanter identisk. Seksten av de spurte mener at denne er fornuftig og forsvarlig i henhold til gjeldene lovverk. De samme seksten opplever tvangsbruken som restriktiv og gjennomtenkt. De to siste opplever tvang i egen post som overdrevet og ofte til hinder for god behandling. Deres tolkning av lovverket er ikke i samsvar med den praksis posten har, og begge fremhever spesielt at bruk av mekaniske tvangsmidler framstår overdrevet og enkelte ganger direkte lovstridig.

”Jeg synes vi har en restriktiv og god bruk av tvang på denne posten. Tror ikke vi misbruker det.” (Kvinne, sykepleier)

”Vi bruker bare tvang når det er nødvendig. Jeg tror vi er veldig bevisste på dette. Tvangsbruken er såvidt jeg klarer å se fornuftig og nødvendig når den blir brukt hos oss.” (Mann, sykepleier)

”Jeg synes vi bruker tvang i for stor grad. Det blir ofte et hinder for god behandling. Det virker som viljen til å ta sjanser er lik null.” (Mann, vernepleier)

Når det gjelder informantenes syn på tvangsbruk i andre poster er det interessant å registrere at samtlige mener at denne er svært varierende. Det er en felles holdning til at tvangsbruken på andre poster ofte framstår overdrevet og unødvendig når denne kommer til syne i alarmsituasjoner. Avgjørelsene blir beskrevet som paniske, tilfeldige og lite gjennomtenkte. Fem informanter forteller videre at de flere ganger har opplevd tvangsbruk som de har tolket direkte lovstridig.

”Jeg synes det varierer mye. Mange ganger virker det helt på tryne. Det har hendt flere ganger at jeg har vært på alarmer uten å skjønne årsaken til beltelegging.” (Mann, sykepleier)

”Det virker ofte tilfeldig og lite gjennomtenkt. Hele settingen er ofte kaotisk og virker helt uhensiktsmessig.” (Kvinne, hjelpepleier)

”Overdrevet og unødvendig. Mange ganger direkte lovstridig slik jeg ser det. Du kan ikke beltelegge en pasient som er rolig. Virker ikke som om noen har satt seg inn i lovverket. Ser foresten aldri en lege tilstede heller. De virker som de har en utrolig nonsjalant holdning til tvangsbruk. Kommer og signerer papirene mange timer etter at situasjonen er ferdig. Det er ikke holdbart. Jeg skjønner ikke at de tør!” (Mann, assistent)

6.3 Struktur og rammebetingelser

Hvorvidt postene har TMA-treninger implementert i arbeidsrutinene varierer i stor grad. Samtlige har en teoretisk praksis på dette, men kun to av postene har faste, ukentlige treninger som faktisk gjennomføres. Disse er også de eneste hvor deltakelsen fremstår som en plikt, og informantene fra disse postene er derfor de eneste i undersøkelsen som på jevnlig basis, dvs. en eller flere ganger pr.måned deltar på TMA-treninger.

”Vi skal jo egentlig ha treninger da, men det blir sjelden noe av. Vet ikke helt hvorfor, men ledelsen bryr seg jo ikke noe særlig – og det er sånn sett heller ikke alltid nok folk på jobb.” (Kvinne, vernepleier)

”Vet ikke helt om vi har faste dager. Det virker ihvertfall ikke sånn. Mener det egentlig skal være faste treninger for alle, men det blir ikke praktisert. Hender i ny og ne at vi har treninger, men det er sjelden.” (Mann, sykepleier)

”Vi har faste treninger hver uke. Vet ikke helt om det er en plikt, men har aldri tenkt over det egentlig... Jeg stiller ihvertfall alltid opp. Synes det er kjempebra.” (Mann, vernepleier)

Samtlige informanter oppgir at posten de jobber ved har én eller to TMA-ressurspersoner, men det er ikke alle som kan svare for hvem disse faktisk er. To av de spurte er usikre, men oppgir personskifte i forhold til vervet som grunn, mens fire andre ikke aner hvem disse er. Det eksisterer altså i varierende grad usikkerhet rundt hvem ressurspersonene er og det var vanskelig for flere av informantene å gi et konstruktivt svar på hvordan de opplevde arbeidet deres.

”Ja, eller jeg tror ihvertfall jeg vet hvem det er. Han forrige sluttet for en stund siden. Er litt usikker faktisk, så jeg vet ikke helt hva han gjør.” (Mann, sykepleier)

”Har ikke peiling. Tror det skal være to, stemmer ikke det?” (Kvinne, hjelpepleier)

”Vi har to. Jeg vet ikke hva de gjør, for vi har jo aldri treninger, men de gjør sikkert så godt de kan.” (Kvinne, sykepleier)

Informantene som arbeidet ved de to postene som aktivt praktiserte TMA-treninger var imidlertid positive til deres engasjement og pedagogiske tilnærming.

”Vi har to, men én har vært mye borte i det siste. Synes uansett at de er kjempeflinke. Vi har faste treninger hver uke, og de legger opp til veldig bra undervisning. Synes det beste er at de bruker aktuelle situasjoner i avdelingen som eksempler.” (Kvinne, sykepleier)

De som jobber nattskift får ikke tilbud eller mulighet til å trene på noen av postene i arbeidstiden. Informantene oppgir for lav bemanning som hovedårsak til dette. Det tilrettelegges heller ikke i helgene for at personell kan trene, noe som medfører at de som jobber ekstra kun i helger aldri får anledning til å delta på trening i arbeidstiden sin.

Postens tilretteleggelse for at TMA-treninger kan gjennomføres varierer noe. Majoriteten opplever at manglende krav, vektlegging og fokus på TMA-trening fra ledelsens side er for dårlig, samtidig som bemanningen tidvis er for lav til at en kan trekke tilstrekkelig personell ut av miljøet for å trene. *Bemanning* er et nøkkelord som går igjen. 14 av informantene mener at ledelsen agerer for tregt når behovet for ekstra bemanning melder seg.

”Vi må jo mase om ekstra personell så lenge at det ofte ikke er behov lenger når det endelig skjer noe.” (Kvinne, hjelpepleier)

”Vi ender ofte opp med å bruke så mange personell på en pasient at de andre får mye mindre enn det de burde. Da blir det mer en oppbevaring enn behandling i mitt hode.” (Mann, sykepleier)

De fire resterende er fornøyde med ledelsens håndtering av bemanningssituasjonen. Uforutsett arbeidsbelastning nevnes også som en begrensende faktor. Hva gjelder romforhold i forhold til trening, så er de fleste informantene fornøyd. Samtlige poster har egnede rom til denne typen praksis. To av informantene fra samme post opplyser dog at beltesengen er for stor til å flyttes inn på det rommet som benyttes slik at dette er et område de sjelden får trent på.

”Det er bra. Vi har et rom vi bruker som fungerer fint. Det eneste som er dumt er at beltesengen ikke passer gjennom døren, så det er noe vi aldri får trent på. Ledelsen er flinke til å legge til rette for treninger. Tror de fleste får med seg minst en eller to treninger i måneden.” (Kvinne, sykepleier)

”Utgangspunktet er ikke så verst, men det er ikke alltid vi er nok folk til å arrangere treninger. Føler ikke at ledelsen fokuserer så mye på dette likevel. Kan ikke huske at det har blitt nevnt på noe personalmøte.” (Mann, sykepleier)

”Ledelsen prioriterer oss overhodet ikke. Vi er for lite personell til å trene og blir ikke oppfordret til å stille på dagen heller. Det er vel uansett ikke noe en kan forvente, men det burde likevel eksistere et eller annet tilbud. Kanskje oppfriskingskurs en gang i året eller noe lignende. Jeg tror noe av problemet er at ledelsen ikke ser behovet. Vi klarer oss jo stort sett likevel. Men når det er sagt synes jeg ikke det er riktig at vi ikke blir prioritert.” (kvinne, vernepleier, natt)

6.4 Rapportering av hendelser

Samtlige av informantene er klare på at de ikke registrerer alle aggressive episoder som rettes mot dem. Femten av de spurte registrerer svært sjelden hendelser i andre verktøy enn den daglige rapporten med mindre hendelsen oppleves som svært alvorlig. Årsakene til dette er jevnt over forklart som en tilvenning til denne type atferd. Informantene er samstemte i at en viss grad av aggresjon rettet mot dem er forventet og akseptert som en del av jobben. Dette ble imidlertid ikke forstått som at den enkelte aksepterer denne typen atferd, men at samtlige har akseptert fenomenet som en naturlig del av yrket sitt.

”Det er sjelden. Jeg er alt for dårlig til å prioritere det. Du blir så vant med trusler at du på en måte ikke kommer på at det er unormalt lenger.” (Mann, assistent)

”Aldri. Vel, jeg skriver jo rapporter da, men bare i DIPS. Det tar ofte for mye tid og du føler ikke at det skjer noen endring likevel.” (Mann, vernepleier)

”Alt for sjelden. Vi burde nok vært flinkere, men det blir liksom ikke til at du kommer på det. Jeg skriver jo når det skjer noe alvorlig, men litt må du regne med.” (Mann, sykepleier)

”Nesten aldri. Jeg burde nok gjort det, men det skjer jo aldri noe med dem likevel. Føler ikke at du kan skrive avvik på alt heller. Da hadde vi jo ikke gjort annet enn å skrive rapporter. Det er som oftest ikke så alvorlig likevel.” (Kvinne, sykepleier)

Som nevnt dokumenteres de fleste hendelser av begrenset alvorlighet for det aller meste i daglig rapport. Mer alvorlige hendelser dokumenteres i sykehusets avvikshåndteringssystem *Synergi*. Samtlige har kjennskap til avvikssystemet, men bruker det i begrenset grad. I tillegg til tilvenning, nevnes tidspress som en begrensende faktor av fem informanter. Kun én av de spurte vet hvem som mottar *Synergi* meldinger i første instans. Resten av informantene er usikre og oppgir at de sjelden får tilbakemelding likevel. Hva som skjer med avviksmeldingene er altså noe samtlige med unntak av en person ikke har kjennskap til. De vet ikke hvem som mottar de og heller ikke hva som skjer videre. Informantenes syn på dokumentasjon er relativt samlet. Samtlige innrømmer at de er for dårlige til å dokumentere hendelser som innebærer aggresjon og vold. Det forekommer altså en tydelig underrapportering av de mindre alvorlige hendelsene. Imidlertid er de fleste positive til praksisen internt i posten når det gjelder daglig rapportering. Majoriteten opplever at konkrete hendelser blir videreformidlet til neste skift og diskutert i pasientrettede møter gjennom uka dersom de er av en viss relevans.

6.5 Opplevelse av personellsikkerhet

Ordet ”personellsikkerhet” er rimelig likt tolket gitt samtlige av informantenes beskrivelser. Trygghet på jobben og ressurser til å håndtere potensielle trusler kan sies å være en felles forståelse.

Samtlige informanter bekrefter at de ofte opplever aggresjon og vold på arbeidsplassen. *Bemanning* er den faktoren som majoriteten av informantene vektlegger som mest betydningsfull når det gjelder personellsikkerhet. Det som er gjennomgående hos majoriteten av de kvinnelige informantene er at de ønsker flere menn på jobb begrunnet med deres jevnt over høyere fysiske kapasitet.

Majoriteten opplever ikke vold som et massivt problem. Den generelle forklaringen er at de alvorlige hendelsene oppleves sjeldnere, og at en til en viss grad vender seg til å jobbe med denne typen problemstillinger. Kun to av informantene opplever å frykte for sin egen sikkerhet ofte. Begge er kvinner og blant de som har kortest ansiennitet av de spurte. De oppgir begge at utryggheten i hovedsak skyldes bemanningssituasjonen i posten hvor forholdet menn/kvinner på jobb er en vesentlig faktor for at de skal føle seg trygge. De resterende har alle hatt situasjoner som ble opplevd skremmende, men oppgir at frekvensen og antall ganger er få. Samtlige har også opplevd voldshandlinger både rettet mot seg selv og mot kolleger. Frekvensen av dette er generelt høy, men igjen forklarer majoriteten at de har gått igjennom en tilvenningsfase hvor de etterhvert ikke reagerer nevneverdig med mindre det oppstår alvorlige personskader.

”Det hender jeg får et blåmerke eller to, men som oftest er det ikke så farlig. Jeg har aldri blitt skadet i den forstand. Litt kloremarker og slikt har jeg blitt vant med.” (Kvinne, assistent)

”Jeg har opplevd å bli angrepet endel ganger, men det har ikke ført til noen nevneverdige skader. Som oftest kommer det annet personell til så kjapt at det blir stanset før det blir alvorlig.” (Kvinne, sykepleier)

”Ja, jeg er redd iblant. Mange ganger er vi nesten bare damer på jobb, og da er vi avhengig av hjelp dersom det smeller. Det avhenger jo av hvem som utagerer da selvfølgelig...” (Kvinne, sykepleier)

”Jeg er vel egentlig aldri redd, men det er klart du får litt adrenalin når situasjonen er spent. Jeg har opplevd vold både mot meg selv og kolleger mange ganger, men det er sjelden det blir alvorlig. Det har hendt at noen må på legevakten et par ganger etter å ha blitt slått, men kan ikke huske at noen ble alvorlig skadet.” (Mann, sykepleier)

Informantene har ulik erfaring i forhold til oppfølging etter hendelser. Samtlige beskriver god kollegastøtte i etterkant av situasjoner de har vært involvert i. Ti av de spurte er jevnt over fornøyd med oppfølging fra ledelsen, mens de resterende åtte opplever at de selv må søke oppfølging hos ledelsen dersom de har behov for det. En konkret svakhet som trekkes frem er at en selv må føre politianmeldelse dersom det fremsettes personlige trusler på jobb. Det fremstår som uvisst om dette er en generell praksis ved flere poster ettersom bare to informanter trekker dette frem. I det ene tilfellet førte det imidlertid til at vedkommende valgte å trekke anmeldelsen fordi man måtte stå alene.

”Jeg opplevde å bli truet på livet og opplevde det veldig ubehagelig. Skulle egentlig anmelde ham, men fikk ingen støtte hos ledelsen og fikk beskjed om at jeg måtte ordne det selv. Var i avhør hos politiet som privat person. Synes det er dårlig at vi må stå alene når det tross alt skjer på jobb. For meg ble ihvertfall belastningen så stor at jeg trakk anmeldelsen.” (Kvinne, sykepleier)

6.6 Selvevaluering av TMA

Informantenes subjektive vurdering av TMA-systemets innvirkning på sikkerheten varierer noe. Kun én av de spurte er utelukkende negativ i sin beskrivelse av hvilken effekt TMA har på personellsikkerheten. Samtidig er kun én informant utelukkende positiv. Majoriteten har et nyansert syn hvor de trekker frem både positive og negative sider. Her fremstår det klart at det er den forebyggende delen av systemet som fremmes i positiv forstand, mens den praktiske delen beskrives som lite virksom. Flesteparten opplever mestring av den forebyggende delen og opplever at den er relevant og hensiktsmessig å bruke i praksis. Den samme andelen beskriver derimot den praktiske biten som urealistisk. Årsakene til dette er som nevnt tidligere at det kreves betraktelig høyere treningsfrekvens for å mestre teknikkene i en reell situasjon, samt at variasjon i reelle situasjoner som fysikk, romforhold, antall personal, pasient med/uten våpen, etc, gjør det vanskelig å øve seg på alle tenkelige situasjoner.

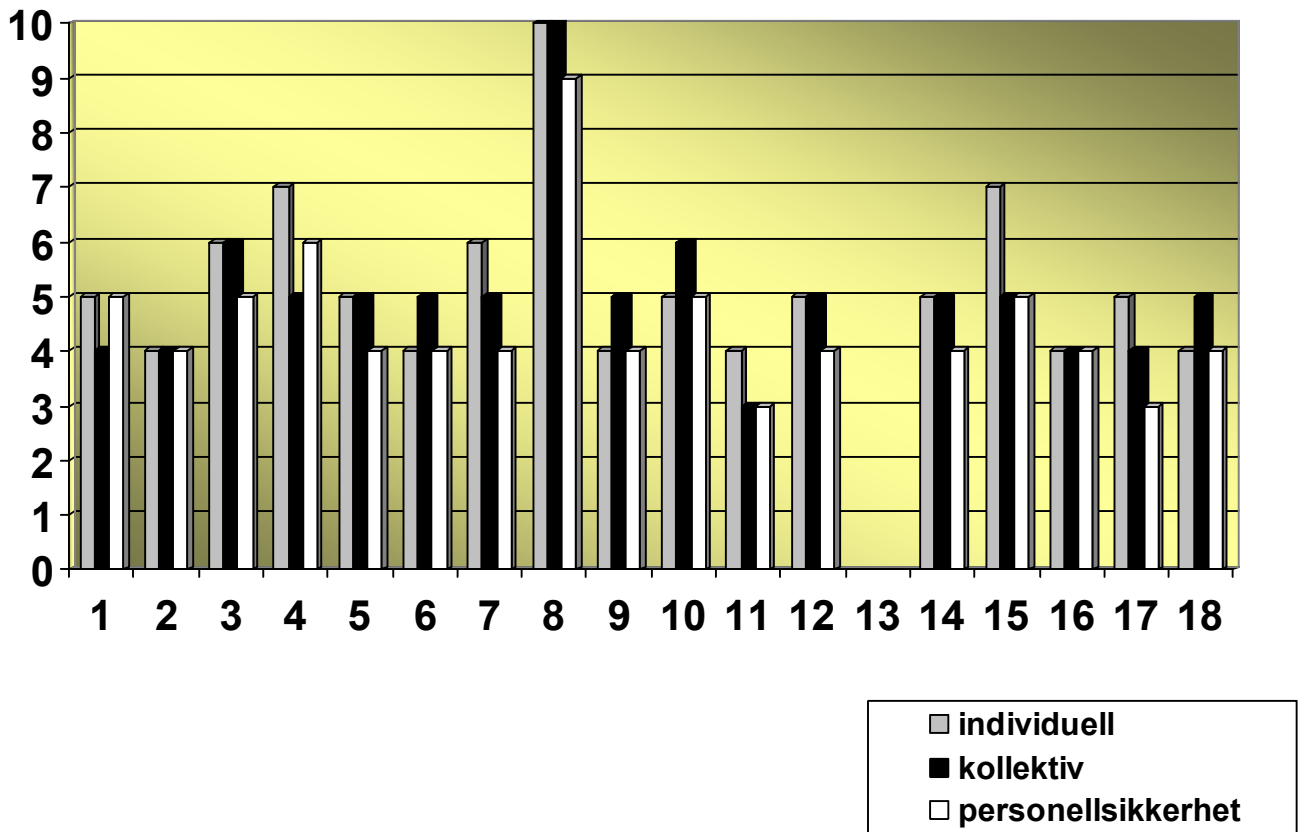
”Jeg synes ikke øvelsene er særlig bra. Det blir på en måte kunstig og oppstilt. Føler ikke at vi får noe utbytte av det. Jeg har ihvertfall aldri sett noen som kan bruke det i virkelige situasjoner.” (Mann, assistent)

”Jeg hadde aldri klart å bruke det i en ekte situasjon. For det første trener vi alt for lite, og for det andre er hver situasjon så forskjellig at jeg ikke føler at teknikkene kan forberede deg uansett.” (Mann, sykepleier)

”Jeg hadde ikke fått til å bruke noe av det i en utagering. Tror kanskje det hadde virket hvis vi hadde øvet mer, men ikke mot noen som var mye større enn seg selv.” (Kvinne, sykepleier)

”Det er for vanskelig å bruke det i virkeligheten.” (Kvinne, hjelpepleier)

Informantene ble også bedt om å vurdere på en skala fra 1-10 i forhold til hvilken innvirkning de opplever at TMA har på individuell/kollektiv mestring av aggresjon og vold, samt personellsikkerhet. Resultatene for hver enkelt informant er vist i stolpediagrammet under:



Opplevelsen av TMA-systemets innvirkning på *individuell kompetanse* har et gjennomsnitt på verdien 5, det samme har *kollektiv kompetanse*. Systemets innvirkning på personellsikkerheten har et gjennomsnitt på verdien 4. Tar man bort ekstremtilfellene er informantenes kommentarer til vurderingen svært lik. Majoriteten er tydelig på at den forebyggende delen oppleves å ha en positiv innvirkning på den individuelle kompetansen, mens den praktiske delen vurderes å ha lav relevans.

I siste delen av intervjuet ble informantene bedt om å trekke frem hva de selv ville gjort dersom de hadde ubegrenset makt og midler til å forbedre personellsikkerheten ved arbeidsplassen sin. Også her var det stort samsvar i informantenes holdninger. Det var hovedsakelig tre punkter som ble trukket frem som sikkerhetsfremmende. Det ene punktet ble nevnt av hele sytten respondenter og er økt bemanning. For å nyansere dette var en majoritet klare på at det ikke nødvendigvis handlet om grunnbemanning, men heller raskere intervensjon fra ledelsen ved behov for økt bemanning. Det andre punktet var kompetanseheving gjennom mer kursing. Punkt tre var en bedring av romforholdene. Seks av informantene etterlyste TMA-rom på posten for å bedre sikkerheten ved utagering. TMA-rom kan beskrives som et strippet rom egnet til å isolere pasienter - med bedre mulighet for ivaretagelse av både pasient og personell ved aggresjon og vold. Åtte av de kvinnelige informantene trakk dessuten frem et ønske om flere menn på vakt for å øke personellsikkerheten.

7 DISKUSJON

I dette kapittelet vil jeg kort oppsummere hovedfunn før jeg videre vil diskutere disse i lys av det teoretiske rammeverket samt triangulere ift. andre studier/data fra samme klinikk.

TMA har vært et pågående prosjekt i rundt ti år, og de tre første leddene i Almås (1990) sin målmodell er oppfylt. Denne oppgaven er imidlertid den første i sitt slag som evaluerer systemet i seg selv siden det ble iverksatt og det er derfor første gang at ledd fire – *evaluering* blir gjennomført på denne måten.

7.1 Hovedfunn

- De ansattes selvtillit og opplevelse av sikkerhet er forhøyet som følge av blant annet kursing i TMA
- De ansattes selvtillit er høyest hos dem med lengst ansiennitet
- Den individuelle kompetansen er høy i forhold til mestring av TMA-systemets forebyggende del
- Den individuelle kompetansen er lav i forhold til mestring av TMA-systemets praktiske del
- Den kollektive kompetansen er varierende i forhold til TMA-systemets forebyggende del
- Den kollektive kompetansen er lav i forhold til TMA-systemets praktiske del
- Den forebyggende delen har liten reell innvirkning på personellsikkerheten
- Opplæring i håndtering av vold har ingen innvirkning på personellsikkerheten
- Det finnes stor grad av underrapportering av trussel/voldshendelser
- Postene har i all hovedsak gode rammebetingelser for å kunne gjennomføre TMA-trening
- De ansattes motivasjon er lav for å gjennomføre TMA-trening

7.2 Individuell kompetanse

Vi kan dele kompetansebegrepet inn i fire elementer; *kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger* (Marnburg, 2001). Den individuelle kompetansen hver enkelt medarbeider har opparbeidet seg gjennom sitt virke ved klinikken synes å variere noe, men det er likefullt fellesnevnerne som trer klart frem gjennom datamaterialet. Forskjellene trer hovedsakelig frem når det knyttes til ansattes erfaring. Det er tydelig at informantene har en stigende grad av mestringsfølelse knyttet til hvor lenge de har vært ansatt ved klinikken. Dette kan likevel ikke settes i en klar sammenheng med TMA-trening ettersom tallene for treningsfrekvens sier at majoriteten ikke deltar ofte. I følge kognitiv læringsteori (Marnburg, 2001) kan man likevel si at TMA-systemet kan tenkes å ha en innvirkning gjennom det første grunnleggende kurset samt alle informanter har vært igjennom. Gjennom kurset danner den enkelte seg kognitive skjemaer av hvordan virkeligheten ser ut - de får en kunnskapsbase. Det må legges til at den opprinnelige kunnskapsbasen trolig har utviklet seg i stor grad gjennom praksis og erfaring ettersom vedlikeholdet av TMA-treningen har vært generelt lav. Læring skjer når kunnskapsbasen dannes, forbedres eller skiftes ut. Gjennom praksis vil disse både holde på erfaringer og lede mot nye erfaringer (Marnburg 2001). De fleste er klare på at de opplever å ha opparbeidet en relativt god – om enn noe begrenset kunnskapsbase om aggresjons- og voldshåndtering etter ansettelsen.

Når det gjelder *ferdigheter* kommer det fram at informantene opplever stor grad av mestring i forhold til den forebyggende delen av systemet. Det er en bred enighet om at denne delen av systemet er forståelig, nyttig og lar seg overføre til praksis. Når det gjelder den praktiske delen av systemet er derimot majoriteten tydelige på at de ikke finner den hensiktsmessig. En undersøkelse fra England viser til like funn og konkluderer med at opplæringen av personell i forhold til aggresjon/vold ikke påviser noen innvirkning på håndteringen av vold. (Stubbs et al, 2009). I denne oppgaven fremstår det klart at den praktiske delen av TMA-systemet først og fremst oppleves negativt fordi det forutsetter klare kriterier for å være funksjonelt. Den ansattes fysikk er nevnt av flere informanter og konstruerte, urealistiske situasjoner er et annet hovedpunkt det rettes kritikk mot. Stubbs et al (2009) støtter dette og retter kritikk mot at teknikkene for håndtering av vold er for komplekse til å kunne mestres. Det er også klart at de to postene som er klart mest aktive i sitt TMA-arbeid primært bruker aktuelle problemstillinger fra avdelingen når de trener, i motsetning til systemets egenkonstruerte øvelser. Dette underbygger argumentet om at den fysiske delen har en opplevd begrenset relevans slik den er i dag.

Et annet poeng er at den forebyggende delen brukes i langt større grad enn den håndterende. Verbal aggresjon oppleves hyppigere enn vold og den enkelte får praktisert kunnskapene sine langt oftere når det gjelder forebygging kontra håndtering.

Informantenes evner – altså potensiale for å opparbeide kunnskaper er selvfølgelig svært vanskelig å måle. Basert på det man kan trekke ut av datamaterialet later det likevel til at informantene er relativt samsvarte. Samtlige har evnet å bygge opp en akseptabel kunnskap og forståelse rundt aggresjon og voldsförebygging, mens majoriteten er enig i at de besitter en lav grad av mestring når det gjelder den praktiske delen av systemet. Informantenes holdninger – eller oppfatninger av systemet varierer i noe større grad. Majoriteten er klare på at aggresjon og vold er noe som forekommer ofte i arbeidet, men de har samtidig gått gjennom en tilvenningsprosess hvor de etterhvert har begynt å akseptere en høyere grad av denne typen problemstillinger. Dette i seg selv fører antakeligvis med seg en noe mer nonsjalandt holdning i forhold til krav om jevnlig trening fra arbeidstakernes side. Needham et al (2004) forsterker dette funnet i en undersökelse av et tilsvarende system som ble innfört ved et psykiatrisk sykehus i Sveits. Frekvensen av voldshendelser ble ikke lavere etter at systemet ble innfört, men den subjektive opplevelsen av risiki ble redusert. Det er som nevnt en majoritet av de spurte som etterlyser ökt treningsfrekvens, men likevel ingen som sier at de faktisk *har* etterspurt eller jobbet aktivt for dette i sin egen post. Det kan derfor synes som om engasjementet i utgangspunktet er relativt lavt. Dette kan delvis skyldes at informantenes opplevelse av trygghet jevnt over er ganske stor, men samtidig vitner det om at utbyttet av TMA-trening kanskje ikke oppleves stort nok til at den enkeltes behov for høyere frekvens av trening er tilstede.

Jeg vil videre trekke frem den *individuelle lærings sirkelen* (Marnburg, 2001) og se på hvorvidt de forskjellige elementene er tilstede – både i det daglige arbeidet samt i forhold til TMA-oppläringen spesielt. Det er som nevnt en forutsetning at alle elementene må være tilstede dersom läring ikke skal stoppe opp. *Konkret erfaring* – eller den läringen som oppnäs ved ä utföre konkrete arbeidsoppgaver er tilstede i det daglige arbeidet. Det er ingen av informantene som normalt fritas arbeidsoppgaver i forhold til aggresjon og voldsproblematikk, og det er derfor heller ingenting som tyder på at enkeltpersoner i undersökelsen i utgangspunktet har mindre sjanse til ä danne et erfaringsgrunnlag enn andre.

I forhold til *refleksjon* er det en god praksis blant de spurte, men i all hovedsak rundt situasjoner som skjer i egen post. Samtlige beskriver en god kultur når det gjelder refleksjon rundt problemstillinger som oppstår i posten i forhold til aggresjon og vold – i det minste når denne er mer alvorlig. Dette forsterkes av Aase et al (2008) sine funn hvor en fant at nærmere 70% mener at en alltid eller ofte diskuterer hvordan en kan forebygge at uønskede hendelser gjentas.

Abstrahering eller den kommunikasjon som beskrives er tilfredsstillende. Informantene beskriver en god kultur i forhold til refleksjon og det er ikke funn som tyder på et kommunikasjonsproblem i forhold til diskusjoner rundt konkrete erfaringer og hendelser.

Eksperimentering innebærer at en gjennomfører handlinger uten å være sikker på virkningene og er et punkt i læringssirkelen som naturlig må være tilstede i informantenes hverdag. Kommunikasjon med mennesker er for komplekst til at en kan forutsi alle reaksjoner og atferd i enhver situasjon. Det kan likevel legges til at denne formen for eksperimentering nok oftest preges av tidligere abstrahering hvor en har diskutert forskjellige tilnærminger til den konkrete problemstillingen, eller har dannet en kunnskapsbase på bakgrunn av tidligere erfaring med lignende typer problemstillinger (Marnburg, 2001). Gitt denne gjennomgangen er kriteriene i læringssirkelen oppfylt når det gjelder informantenes individuelle arbeid.

I forhold til TMA-systemet får informantene sjelden erfaring gjennom trening og de andre punktene kan dermed heller ikke sies å være tilstede. Årsakene til dette kan være flere, men synes å ha en sammenheng. Som nevnt er informantenes holdning i forhold til høyere frekvens av kursing positivt, men engasjementet synes i utgangspunktet å være relativt lavt. Dette kan fremstå logisk dersom en tar med i betraktning at læringssirkelen har som utgangspunkt at læring må gi mening og innhold for å skape entusiasme og endringsvilje (Marnburg, 2001). Dette igjen kan forklare noe av den langt sterkere entusiasmen som finnes i engasjement til selve arbeidet med aggresjon/vold. De konkrete erfaringene som gjøres i det daglige engasjerer nettopp av den grunn at de oppleves som meningsfylte problemstillinger. TMA-systemet gir oversikt over det generelle, men ikke innsikt i det spesielle. For de ansatte er det derfor mer hensiktsmessig å reflektere over aktuelle problemstillinger i posten enn tenkte, konstruerte situasjoner.

7.3 Kollektiv kompetanse

En av grunnpilarene i den selvutviklende virksomhet er *den kollektive kompetanse* (Marnburg, 2001), eller den evne virksomheten har til å utnytte individuell kompetanse og gjennomføre prosedyrer som ender i samordnede handlinger. Dette er også et av hovedformålene med TMA-treningen som vektlegger *samarbeid* som et hovedkriterium for å lykkes i håndteringen av aggresjon og vold (TMA-perm, 2009). Den kollektive kompetansen er varierende. Når det gjelder samhandling i forhold til forebyggende tiltak oppleves den å være relativt god, men i forhold til *håndtering* av vold er det en klart begrenset kollektiv kompetanse.

En majoritet av informantene er tydelige på at alarmsituasjoner ofte preges av kaos og usikkerhet. Dette fremstår også klart i to undersøkelser ved klinikken om pasientsikkerhet fra 2006 og 2008. Undersøkelsen er sammenlignbar med mitt eget datamateriale i den forstand at alle faggrupper også her ble inkludert og rundt 90 % av de spurte oppgir å ha direkte pasientkontakt i arbeidet sitt. Tallene fra 2006 viser at nærmere 40 % av de spurte ved den aktuelle klinikken er helt enig eller enig i at avdelingene ikke er flinke til å koordinere seg med hverandre og i underkant av 50 % mener at dette i stor grad varierer. Mindre enn 15 % av de spurte helt uenig eller uenig. Tallene fra 2008 viser i stor grad det samme. Når det gjelder samarbeid på tvers av avdelingene mener rundt 40 % at de er helt enig eller enig i at avdelingene ikke er flinke til å koordinere seg med hverandre, i overkant av 50 % mener at det varierer i hvilken grad det fungerer bra. Videre oppgir rundt 10 % at de er helt uenig eller uenig (Aase et al, 2008).

Når det gjelder situasjoner i egen post er det og tydelig at opplevelsen varierer etter hvem som er på jobb. Det later her til å eksistere en høy grad av *taus kunnskap* ettersom kompetansen til enkeltpersoner som utmerker seg ikke kommer de andre til gode i form av læring og kunnskapsoverføring. Problemet er nok likevel at ikke all kunnskap lar seg overføre og det handler derfor om *taus kunnskap* i form av *uartikulert kompetanse* – dvs. kompetanse som vanskelig lar seg formidle med ord (Marnburg, 2001). Det er en utfordring for virksomheten i forhold til spredning av den individuelle kompetansen. Dette underbygges av at det ser ut til å være en sammenheng mellom antall års erfaring og den mestringsfølelse den enkelte innehar. Uartikulert kompetanse kan kun overføres gjennom interaksjon og samarbeid (Marnburg, 2001), noe som følgelig forutsetter læring over et lengre tidsrom.

Det er videre et lavere refleksjonsnivå i forhold til situasjoner som skjer utenfor enn i ens egen post. Debriefing etter alarmsituasjoner forekommer i liten grad, og forklaringene tyder på at informantenes engasjement er lavt i forhold til det som er tilfelle for egen post. Når alarmsituasjoner framstår som kaotiske er det følgelig vanskelig for den ansvarlige å samle de som har møtt opp til en refleksjon når disse forsvinner raskt uten å avvente videre informasjon, men enda viktigere er det kanskje at engasjementet blant informantene kan synes å være så lavt at det ikke eksisterer en grunnleggende motivasjon til å gjennomføre debriefingen i utgangspunktet. Engasjementet er betraktelig høyere i situasjoner som har direkte relasjon til arbeidet til den enkelte og det er hovedårsaken til at en ikke engasjerer seg nevneverdig. Det eksisterer et naturlig brudd på den kollektive kompetanseutviklingen sett i lys av læringssirkelen. Denne har som utgangspunkt at læring må gi mening og innhold for å skape entusiasme og endringsvilje (Marnburg, 2001) og er derfor subjektivt begrensende i seg selv når det gjelder debriefing på andre poster enn ens egen.

I forhold til tvangsbruk er det interessant å se at en stor majoritet av informantene opplever tvangsbruken i egen post som restriktiv og fornuftig. På motsatt side er samtlige informanter langt mer kritiske til tvangsbruk på andre poster enn sin egen. Den beskrives her som tilfeldig, unødvendig og ofte dårlig planlagt. Hva som er fakta er vanskelig å vurdere ettersom ytringene er motstridende. En kan imidlertid tenke seg at noe av årsaken bunner i at informantene har en langt høyere grad av mestring når det gjelder forebygging kontra håndtering, noe som muligens svekker den subjektive dømmekraften og egenvurderingen etter voldshendelser en selv har opplevd på nært hold. Det er dermed lettere å kritisere andre poster ettersom hendelsene der har en lavere personlig relevans og sjeldnere oppleves like alvorlige som de som oppstår i ens egen post av samme grunn. Den formelle strukturens betydning for faktisk atferd i forhold til tvangsbruk kan dermed tenkes å være situasjonsbestemt. Kriser som kjennetegnes av høy grad av trusler mot sentrale verdier, kort beslutningstid og overraskelser kan føre til ignorering av formelle prosedyrer (Egeberg, 1984). Dels fordi tiden ikke strekker til, og dels kollektivt legitimere brudd på formelle prosedyrer fordi frykten/usikkerheten de ansatte opplever i forhold til hendelser som innebærer aggresjon og vold gjør at tvangsbruk benyttes og legitimeres hyppigere enn det lovverket legger til grunn (Stubbs, 2009). Foster et al (2007) advarer mot at frykten som genereres i et miljø som kan innebære aggresjon og vold, samt vansker med å forstå årsakene og opprettholde en god kommunikasjon, er en motivasjon i seg selv som gjør at de ansatte løser aggresjons- og voldshendelser med bruk av tvang på jevnlig basis.

7.4 Organisasjonsstruktur og faktisk atferd

Det er kun to av seks poster som har implementert TMA-treninger i arbeidsrutinene. Ihvertfall når det kommer til praksis. Det fremkommer følgelig ei heller krav fra arbeidsgiver om at den enkelte ansatte har plikt til å delta og organisasjonsstrukturen fremstår i denne sammenheng som løst koblete systemer da føringene for TMA-trening framstår lite tydelig (Egeberg, 1984). De to postene som utmerker seg med ukentlig trening har et tilsynelatende naturlig pliktforhold som den ansatte ikke stiller spørsmål ved. Det virker imidlertid ikke å eksisterere noen aktiv motstand mot deltakelse ved noen av postene - selv om motivasjonen er funnet å være lav, så svaret på hvorfor arbeidsgiver ikke evner å skape en bedre treningspraksis må forklares på andre måter. De fleste postene har tilsynelatende en normativ struktur som fordrer ukentlige TMA-treninger, men denne avviker klart med den faktiske atferden. Noe av forklaringen kan ligge i det faktum at det fremstår uklart hvilken rolle ressurspersonene har. Denne fremstår i all hovedsak diffus og lite fremtredende. Dette rettes også kritikk mot av Stubbs et al (2009) i en evaluering av et tilsvarende aggresjons- og voldshåndteringssystem som fant at trenerens evne til å instruere de ansatte var en svakhet fordi det varierte i hvilken grad disse evnet å overføre kunnskapen til andre.

Helhetsbildet fremstår som løst koblete systemer fordi det ikke foreligger en konsekvent ledelse av TMA-aktivitetene. Ved 2/3 av postene kan ikke den faktiske atferden føres tilbake til den normative strukturen overhodet da den enkelte sjelden deltar – eller for den saks skyld får tilbud/blir pålagt å stille på treninger. Det fremstår lite tydelig om en har rett eller plikt til å delta i prosessene, og de ansvarlige blir usynlige i den grad at den ansatte ikke har klare føringene å forholde seg til når det gjelder dette. De to postene hvor TMA-treninger gjennomføres fast, synes derimot mer å helle mot det naturlige organisasjonsperspektivet. En følger tildels den normative strukturen ettersom en holder faste treninger, men den faktiske atferden har likevel ført til at en tilpasser systemet mot konkrete utfordringer i posten istedenfor å følge den faste strukturen i systemet. Den faktiske atferden har med andre ord langt på vei bestemt innholdet i den normative strukturen. Dette er interessant å se da Egeberg (1984) hevder at en normalt vil finne den tydeligste strukturen på et teknisk-operasjonelt nivå. Dette fordi en teoretisk lett enklere kan spesifisere arbeidsoppgaver på dette nivået kontra ledelsesnivå da dette utgjør den mest spesialiserte delen av organisasjonen. Men hvorfor er det da slik?

En delforklaring er at ressurspersonenes rolle er for uklart. Den videre forklaringen kan ligge i at observasjonstidspunktet er av stor betydning. Ettersom evalueringen ble gjennomført ca ti år etter at systemet ble innført, er det naturlig å finne at den faktiske atferden avviker fra den formelle strukturen da en rekke små tilpasninger over tid kan ha ført til faktiske endringer. Videre er organisasjonens størrelse av betydning. Klinikken er av en slik størrelse at sannynligheten for at de enkelte delene av organisasjonen begynner å opptre på egne premisser er stor. Den formelle strukturen makter derfor ikke å føye del-aktivitene sammen. Engasjementet i forhold til TMA-trening er funnet lavt, og når rettigheter og plikter i tillegg er dårlig spesifisert vil den enkelte bruke ressursene sine andre steder. Sett i lys av tidsperspektivet siden TMA-systemet ble innført ved klinikken, kan en organisasjon av denne størrelsen preget av løst koblede systemer forklare avvikene fra formell struktur til faktisk atferd (Egeberg, 1984).

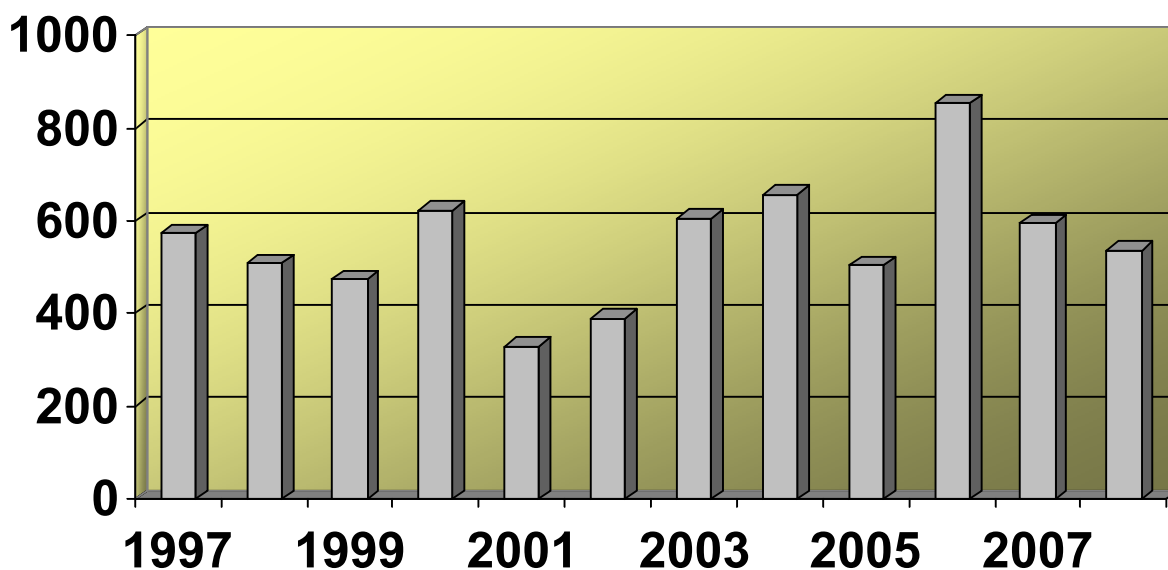
7.5 Rapportering av hendelser

Datamaterialet avslører stor grad av underrapportering. Dette funnet forsterkes av tallmateriale fra spørreundersøkelser gjennomført ved klinikken i 2006 og 2008. Tallene fra 2006 viste at ca 40 % av de ansatte ikke hadde fylt ut avvik i Synergi de siste tolv månedene, mens rundt 25 % hadde ført 1-2 avviksmeldinger. Tallene fra 2008 viser videre at et snitt på ca 60 % av de ansatte ikke hadde fylt ut avviksmeldinger i Synergi de siste tolv månedene, mens rundt 20 % hadde fylt ut 1-2 meldinger (Aase et al, 2008). Det har altså vært en negativ utvikling i form av antatt større underrapportering de siste årene.

Den mest fremtredende årsaken til underrapportering som fremkommer i mitt eget datamateriale er at tilvenning fører til en høyere terskel for opplevd risiko. Dette er også beskrevet som en av de viktigste årsakene til underrapportering av Beech (2003) i en undersøkelse av aggresjons og voldshåndtering i psykiatriske institusjoner. Videre er det en majoritet som oppgir at avviksrapporteringen til en viss grad oppleves meningsløs fordi en ikke ser at disse behandles og gis tilbakemelding på. Det eksisterer altså en stor grad av enveiskommunikasjon hva gjelder avvik, noe som senker motivasjonen hos de ansatte som skal melde inn avviket. Når tilbakemeldingene uteblir, er det fort gjort å tenke seg at avviket ikke analyseres og videre fremstår som meningsløst arbeid. Dette funnet forsterkes også sett i lys av pasientsikkerhetsundersøkelsen (Aase et al, 2008).

Pasientsikkerhetsundersøkelsen fra 2006 (Aase et al, 2008) viser at ca 16 % av de ansatte aldri får tilbakemeldinger på avviksmeldinger, mens hele 30 % sjelden får tilbakemeldinger. Undersøkelsen fra 2008 viser dog en svak positiv utvikling hvor 9 % oppgir at de aldri får tilbakemeldinger, mens rundt 27 % oppgir å sjelden få tilbakemeldinger. En kan også her trekke linjer til læringssirkelen som legger refleksjon til grunn som et nødvendig punkt for læring. Refleksjon mellom behandler av avviket og avviksmelder utestår, noe som hemmer potensialet for læring og videre fører til et lavere engasjement fordi avviksrapporteringen ikke gir mening og innhold for den enkelte (Marnburg, 2001). Undersøkelsen fra 2008 bekrefter dette da mindre enn 25 % av de ansatte er enig eller helt enig i at Synergi fungerer godt til å lære av hendelsene, mens over 20 % svarer at de vet ikke (dette spørsmålet ble ikke stilt i undersøkelsen fra 2006). Et annet poeng er at det eksisterer for uspesifikke føringer på hva som skal meldes inn som avvik. Opplevelsen til de ansatte fremstår ihvertfall slik. Føringene for hvordan man skal handle i forhold til avvik oppleves svake og derfor vil andre mekanismer som tilvenningsfaktoren være veiledende for hva den enkelte melder inn. Parallellt kan en se at rapportering i pasientjournal (DIPS) fungerer tilfredsstillende. Dette virker logisk fordi denne rapporteringsformen ikke blir en enveiskommunikasjon som hemmer læringen.

Klinikkens egen statistikk over personellskader blir beskrevet som stabil (TMA-perm, 2009). Tallmaterialet undertegnede har fått viser imidlertid stor variasjon fra år til år i forhold til antall registrerte skader. Tallmaterialet er ikke inndelt i forskjellige variabler (type skade, kjønn, fagtilhørighet, bakgrunn for skade, etc) og fremstår som ren en opptelling av antall registrerte skader på personell. Det er ukjent hvorvidt dette er det eneste klinikkens egne analyser av TMA-systemets innvirkning på personellsikkerheten er basert på, men kontaktperson ved klinikken kjenner ikke til at det eksisterer bearbeidet statistikk. Skriftlige analyser kan heller ikke dokumenteres. Opptellingen i seg selv gir ingen indikasjoner på en stabil utvikling av personalskader slik det blir hevdet. En vet videre at det finnes stor grad av underrapportering, noe som gir skadestatistikken liten realibilitet i forhold til å vurdere det faktiske omfanget og dermed lav validitet i forhold til å evaluere TMA-systemets innvirkning på personellsikkerheten – annet enn at en kan påvise stor variasjon fra år til år. Tallmaterialet viser et årlig snitt på 554 registrerte personalskader fra 1997-2008 med en spredning fra middelverdien på 225 i forhold til laveste verdi og 301 i forhold til høyeste verdi.



■ antall skader

7.6 Opplevelse av personellsikkerhet

Opplevelsen av personellsikkerheten er generelt høy. Med få unntak viser datamaterialet at den enkelte har en god opplevelse av sikkerhet. Det som går igjen er kritikk i forhold til ledernes håndtering av økt personellbehov. Personalet er relativt samlet i denne oppfatningen og det framstår tydelig at *bemannings* er den faktoren som er viktigst i forhold til egenopplevelsen av sikkerhet. Dette er videre et klart signal om at kompetansen både i individuell og kollektiv forstand er liten i forhold til håndtering av vold. TMA-systemet levnes liten grad av relevans når sikkerheten oppleves reelt truet fordi selvtilliten da minker. Den forebyggende delen av systemet oppgis av informantene å være nyttig, men den reelle effekten ser ut til å være begrenset når en legger skadestatistikken til grunn. Flere tidligere studier støtter også funnet om økt selvtillit som eneste påviselige effekt. Needham et al (2004) fant en signifikant forandring i de ansattes selvtillit i forhold til arbeid med aggresjon/vold etter opplæring i et tilsvarende aggresjons- og voldshåndteringssystem som TMA. Frekvensen av voldshendelser holdt seg imidlertid stabil uten noen signifikant endring, men de ansatte opplevde hendelsene mindre alvorlige. Om en nyanserer bemanningsfaktoren ytterligere, finner man dessuten at en majoritet av de kvinnelige informantene trekker frem kjønnsfordelingen som en vesentlig faktor for deres subjektive opplevelse av sikkerhet. At denne gruppen ønsker flere mannlige kolleger er og et signal om at TMA-systemet ikke oppleves sikkerhetsfremmende utover det kommunikative aspektet. Fysisk styrke og antall personell er med andre ord funnet å være de faktorene som har den største innvirkningen på personalets opplevde sikkerhet.

8 KONKLUSJON

I dette kapitlet vil jeg presentere en konklusjon basert på diskusjonen rundt problemstillingen jeg har reist. Også implikasjoner for videre forskning vil kommenteres her. Innledningsvis ble problemstillingen presentert som følger:

”Hvilken betydning har opplæring innen mestring av aggresjon/vold for personellsikkerheten ved en psykiatrisk klinikk?”

8.1 Evaluering

Tidlig i oppgaven ble målmodellen presentert i forhold til klinikkens egne analyser av TMA-systemets innvirkning på personellsikkerheten. I diskusjonsdelen ble det gjennomført en måloppfyllingsanalyse gjennom triangulering av data og jeg vil avslutningsvis sette opp målmodellen i forhold til de funn denne oppgaven har belyst. Målmodellen som ble utformet i lys av klinikkens evaluering var som følger:



Ved hjelp av intervjuer og triangulering av data har jeg forsøkt å danne et mer nyansert bilde av hvilken innvirkning TMA-systemet har på personellsikkerheten ved klinikken enn det som tidligere er kjent.

Den individuelle kompetansen er høy i forhold til mestring av TMA-systemets forebyggende del, men lav når det gjelder den praktiske delen. Dette skyldes dels lav treningsfrekvens, dels teknikkenes kompleksitet og videre vansker med å overføre dem til praksis. Den kollektive kompetansen er varierende i forhold til TMA-systemets forebyggende del. Funn påviser at opplevelsen av kollektiv mestring har sammenheng med subjektive vurderinger av hvilke kolleger de ansatte stoler på, bemanning og kjønn. Den forebyggende delen har liten reell innvirkning på personellsikkerheten.

Frekvensen av skader har vist stor variasjon fra år til år etter at TMA-systemet ble innført. Samtidig har bruken av tvang vært økende. Dette kan ha ført til at frykten som genereres i sammenheng med aggresjons- og voldshendelser gjør at tvangsbruken legitimeres og brukes hyppigere enn det lovverket legger til grunn.

Opplæring i håndtering av vold har ingen innvirkning på personellsikkerheten. Majoriteten av informantene er klare på at deres eget individuelle kompetansenivå i forhold til håndtering av vold er lav og legger til grunn tilfeldigheter for sin håndtering av voldshendelser. Videre framstår den kollektive kompetansen i forhold til håndtering av vold varierende. Majoriteten av informantene har en generell positiv holdning overfor samhandling i egen post selv om det også her kommer frem at bemanning og kjønn har en innvirkning på opplevelsen av kollektiv mestring. I forhold til samhandling på andre poster er imidlertid den samme majoriteten klare på at den kollektive kompetansen oppleves varierende. Årsaken til de motstridende holdningene er funnet å være at nærhet og personlig relevans til voldshendelser i egen post senker den objektive vurderingen, noe som gjør det lettere å kritisere andre poster enn ens egen.

Det finnes stor grad av underrapportering av trussel/voldshendelser. Trianguleringen av data forsterker dette funnet. Årsakene til dette er i denne oppgaven funnet å dels skyldes tilvenning til aggresjon/vold, dels dårlige kommunikasjonslinjer mellom ansatt og ledelse og uklare føringer for hvordan de ansatte skal forholde seg til avviksrapportering.

Postene har i all hovedsak gode rammebetingelser for å kunne gjennomføre TMA-trening. Det er imidlertid ikke mulig å gjennomføre TMA-treninger på nattskiftene da bemanningen er for lav. Det er heller ingen praksis for TMA-trening i helger. Årsakene til lav treningsfrekvens skyldes først og fremst løst koblet organisasjonsstruktur. Ledernes fokus på TMA er lav, ressurspersonenes rolle fremstår uklar og den normative strukturen avviker derfor fra den faktiske atferden i organisasjonen. Videre er de ansattes engasjement generelt lav i forhold til å gjennomføre TMA-trening. Dels på grunn av tilfredsstillende opplevelse av sikkerhet og dels på grunn av at systemet slik det er idag kun gir rom for innsikt i det generelle, ikke det spesielle ved arbeidssituasjonen i hver enkelt post.

Den evalueringen som er gjort i denne oppgaven kan sett i lys av målmodellen presenteres slik:



Konklusjonen for oppgaven blir dermed at TMA-systemet reelt sett ikke har ført til en tryggere arbeidsplass. Den opplevde sikkerheten kan imidlertid sies å være høyere.

8.2 Implikasjoner for videre forskning

Klinikken anbefales å vurdere hvorvidt systemet bør endres innholdsmessig i forhold til den fysiske håndteringen av aggresjon/vold ettersom de ansatte i all hovedsak ikke finner denne delen nyttig. Det kan virke hensiktsmessig å utarbeide øvelser som i større grad kan overføres til aktuelle problemstillinger i posten. Om en ønsker å øke frekvensen av TMA-trening må føringene bli tydeligere på postnivå. Videre vil jeg råde klinikken til å utarbeide en strategi for å minke graden av underrapportering.

Implikasjoner for videre forskning er å se på hvorvidt økningen i bruken av tvang har sammenheng med personalets kompetanse i forhold til aggresjons- og voldshåndtering. Videre kreves det ytterligere forskning for å avdekke de positive- og negative sidene ved at de ansatte får høyere selvtillit enn det kompetansenivået gjenspeiler i forhold til håndtering av aggresjon/vold.

LITTERATURLISTE

Aase K et al (2008). *Spørreundersøkelser om pasientsikkerhetskultur ved SUS (2006-2008)*. Universitetet i Stavanger.

Almvik, Roger (2008). *Assessing the Risk of violence: Development and Validation of the Brøset Violence Checklist*. Trondheim, Norwegian University of Science and Technology, Faculty of Medicine, Department of neuroscience. Dr. grads avhandling.

Almås, Reidar (1990). *Evaluering på norsk*. Universitetsforlaget AS

Andersen, S.S. (2003). *Case-studier og generalisering. Forskningsstrategi og design*. Bergen: Fagbokforlaget

Aven T et al (2004). *Samfunnssikkerhet*. Universitetsforlaget AS

Beech B, Bowyer D (2004). Management of aggression and violence in mental health settings. *Mental Health Practise*.7, 7, 31-37.

Beech B. & Leather P (2003). Evaluating a management of aggression unit for student nurses. *Journal of Advanced Nursing* 44(6), 603–612

Bloor R et al (2004). A training course for psychiatric nurses in Russia. *Nursing Standard*, 18, 18, 39, 39-41.

Bremnes R et al (2008). Tvungent psykisk helsevern i perioden 2001-2006 i institusjon med døgnopphold. Sluttrapport. *Rapportnr: A4319. Sintef Helse*.

Bremnes R et al (2008). Bruk av tvang i psykisk helsevern i 2001, 2003, 2005 og 2007. *Rapportnr: A8231. Sintef Helse*.

Collins J (1994). Nurses' attitudes towards aggressive behaviour, following attendance at 'The Prevention and Management of Aggressive Behaviour Programme'. *Journal of Advanced Nursing* 20,117-131

Duxbury J. & Whittington R. (2005). Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *Journal of Advanced Nursing* 50(5), 469–478

Egeberg, Morten (1984). *Organisasjonsutforming i offentlig virksomhet*. Aschehoug/Tanum-Norli

Farrell G et al (2005). Nurses under threat: A comparison of content of 28 aggression management programs. *International Journal of Mental Health Nursing*, Mar2005, Vol. 14, 44–53

Foster C et al (2006). Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *Journal of Advanced Nursing* 58(2), 140–149

Friis, Svein (1991). Hva betyr miljøet for vold i psykiatriske avdelinger? *Nordic Journal of Psychiatry*, 45:1.21-26

Grenyer Brin F.S et al (2004). Safer at work: development and evaluation of an aggression and violence minimization program. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2004; 38:804–810

Hellevik, Ottar (2002). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Universitetsforlaget

Ilkiw-Lavalle O et al (2002). Does prior training and staff occupation influence knowledge acquisition from an aggression management training program? *International Journal of Mental Health Nursing* 11, 233–239

Jakobsen, Dag Ingvar (2000). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Høyskoleforlaget AS

Johnson, M.E (2004) Violence on inpatient psychiatric units: state of the science. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 10

Katz, P. & Kirkland, F.R (1990). Violence and social structure on mental hospital wards. *Psychiatry*, 53 (3), 262-277

Lovdata (2009). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.(arbeidsmiljøloven)*. Arbeids- og inkluderingsdepartementet

Lovdata (2009). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevern loven)*. Helse- og omsorgsdepartementet

Mackay I et al (2005). Constant or special observations of inpatients presenting a risk of aggression or violence: nurses' perceptions of the rules of engagement. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2005, 12, 464–471

Marnburg, Einar (2001). *Den selvutviklende virksomhet*. Gyldendal akademisk

Mason T et al (2008). Forensic psychiatric nursing: skills and competencies: II clinical aspects. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2008, 15, 131–139
© 2008

McGowan S et al (1999). Staff confidence in dealing with aggressive patients: A benchmarking exercise. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing* (1999) 8, 104–108

Morrison E.F (1990). Violent psychiatric inpatients in a public hospital. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice. An interventional journal* (4)

Needham I et al (2004). The effectiveness of two interventions in the management of patient violence in acute mental inpatient settings: report on a pilot study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11, 595–601

Nijman H et al (2005). *Fifteen years of research with the Staff Observation Aggression Scale: a review*. *Acta psychiatric Scand*, 111(1)

Stubbs B et al (2009). Physical intervention: a review of the literature on its use, staff and patient views, and the impact of training. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2009, 16, 99–105

TMA-perm (2009). Utarbeidet og publisert av undersøkelsessted. Derfor anonymisert.

Yin, R.K. (2003). *Applications of case study research. Second edition*. Thousand Oaks-London-New Dehli: Sage Publications

Andre kilder: personellskadestatistikk fra klinikken 1997-2008. Internt dokument

Stilling:

Antall år ved klinikken:

Kjønn:

Alder:

Individuell kompetanse

1. Har du TMA kurs?
2. Kan du gjengi hovedformål og hovedtrekkene ved TMA-treningen?
3. Har du andre lignende sikkerhetskurs for helsepersonell? TMV, Løvstadskolen, etc...
4. Hvor ofte deltar du ved TMA treninger?
5. Har du opparbeidet deg god teoretisk kunnskap om aggresjon og voldsforebygging/håndtering i ansettelsesperioden?
6. Har du opparbeidet ferdigheter til å kunne bruke kunnskapene i arbeidet?
7. Hvis du må forsvare deg selv mot et fysisk angrep fra en pasient, har du i utgangspunktet ferdigheter til å mestre situasjonen selvstendig?
8. Synes du at innholdet i TMA-systemet er forståelig og mulig å implementere i arbeidet?
9. Har du personlig interesse og utbytte av TMA i arbeidet ditt?
10. Gjør du andre tiltak privat for å øke din egen sikkerhet? Stikkord: selvforsvar, styrketrening, etc..

Kollektiv kompetanse

11. Hvordan opplever du samarbeid/samhandling i håndtering av aggressive pasienter i din egen personalgruppe?
12. Hvordan opplever du samarbeid/samhandling i håndtering av aggressive pasienter på andre poster når du er på alarm?
13. Hvordan opplever du den fysiske håndteringen av pasienter?
14. Reflekteres det i etterkant av hendelser som innebærer aggresjon/vold? Hva gjorde vi, hvorfor gjorde vi det, og hvordan kan vi gjøre det bedre?
15. Hvordan opplever du bruk av tvang ved din egen post?
16. Hvordan opplever du generelt bruken av tvang på andre poster når du er på alarm?

Struktur/rammebetingelser

17. Er TMA-trening implementert i arbeidsrutinene?
18. Og i så tilfelle, stilles det krav til deltakelse, eventuelt med hvilken frekvens? Stikkord: plikt eller rett
19. Er det en eller flere TMA ressurspersoner ved posten?''
20. I så tilfelle, hvordan opplever du deres arbeid?
21. Er arbeidet ved posten tilrettelagt slik at TMA-trening kan gjennomføres?

Stikkord: rammebetingelser som bemanning, prioriteringer, romforhold, ressurspersoner...

Dokumentasjon

22. Dokumenteres ALLE trusler og aggressiv atferd rettet mot deg?
23. På hvilken måte dokumenteres hendelsene?
24. Hvordan analyseres de?
25. Hvordan brukes hendelsene for læring individuelt, kollektivt? Stikkord: erfaringsoverføring, taus kunnskap..
26. Hvordan synes du rapportering/dokumentering og analyse fungerer i praksis?

Opplevelse av personellsikkerhet

27. Hva legger du i ordet personellsikkerhet?
28. Hvordan prioriteres personellsikkerhet fra arbeidsgivers side?
29. Hvordan tilrettelegges det for personellsikkerhet ved din post?
30. Hvilke tiltak mener du har størst betydning for personellsikkerhet ved din post?
31. Opplever du aggresjon og trusler som et problem på arbeidsplassen din?
32. Hender det at du frykter for din egen sikkerhet på jobb? Stikkord: frekvens, alvorlighet..
33. Har du opplevd voldshandlinger mot deg selv og/eller kolleger?
34. Opplever du å få god oppfølging av ledelse og kolleger etter ubehagelige episoder?
35. Hva tror du kunne bedre din arbeidssituasjon med tanke på aggresjon og vold? Stikkord: bedre bemanning? Bedre romforhold? Bedre rutiner? Mer TMA trening? Annen type trening, etc...

Selvevaluering av TMA

36. Hva synes du om innholdet i TMA treningen i forhold til eksisterende praksis ifm. hendelser som innebærer aggresjon og vold?

På en skala fra en til ti, hvordan opplever du at TMA bidrar til:

37. Økt individuell mestring av aggresjon og vold?

38. Økt kollektiv mestring av aggresjon og vold?

39. Økt personellsikkerhet?

40. Dersom du kunne forbedre personellsikkerheten og/eller mestring av aggresjon og vold ved din sengepost, hva ville du gjøre?

Annet du ønsker å trekke frem:

