



DET TEKNISK-NATURVITENSKAPELIGE FAKULTET

MASTEROPPGAVE

Hvilken risiko opplever sykepleiere i møte med aggressive og psykotiske pasienter innlagt ved en ordinær avdeling i spesialisthelsetjenesten?

Våren 2022





DET TEKNISK-NATURVITENSKAPELIGE FAKULTET

MASTEROPPGAVE

Studieprogram/spesialisering:
Samfunnssikkerhet

Vårsemesteret, 2022

Åpen

Forfatter: Maren Charlotte Lunde

.....
(signatur forfatter)

Fagansvarlig: Kristin Sørung Scharffscher

Veileder(e): Kristin Sørung Scharffscher

Tittel på masteroppgaven: Risiko i møte med psykiatri i spesialisthelsetjenesten

Engelsk tittel: Risk in contact with psychiatry in the specialist health care

Studiepoeng: 30

Emneord: Risiko, risikopersepsjon
usikkerhet, trygghet, sikkerhet,
rutiner, bemanning, psykiatri,
ressurser, alarmer og voldsrisiko

Sidetall: 52

+ vedlegg/annet: 1

Stavanger, 14.06.2022

Forord

To år på masterstudiet i samfunnssikkerhet nærmer seg slutten.

Dette studiet har utfordret meg, frustrert meg, lært meg masse nytt, endret meg og beriket meg. Å skrive masteroppgaven alene var ikke noe jeg hadde sett for meg, men har vært med på å gi meg en mestringsfølelse og stolthet som jeg ikke ville vært foruten.

Jeg vil rette en stor takk til veilederen min, Kristin Sørung Scharffscher, som alltid har vist et engasjement i alle veiledningene. Jeg er takknemlig for å ha hatt en så inspirerende, kunnskapsrik og gledesspreder av en veileder. Tusen takk!

Gjennom alle intervjuene har jeg møtt på mange flotte sykepleiere, som har vist enormt med kunnskap og engasjement for det de holder på med. Til alle sykepleierne jeg fikk lov til å intervjuer. Tusen takk!

Stavanger 30.05.2022

Maren Charlotte Lunde

Sammendrag

Sykepleierens hverdag innebærer en virkelighet der sannsynligheten for trusler, aggresjon og vold er høy. Hensikten med denne studien er å få økt forståelse og innsikt i hvilken risiko sykepleiere opplever i møte med aggressive og psykotiske pasienter. Jeg har tatt utgangspunkt i følgende problemstilling; *Hvilken risiko opplever sykepleiere i møte med aggressive og psykotiske pasienter innlagt ved en ordinær avdeling i spesialisthelsetjenesten?*

For å belyse problemstillingen har jeg foretatt kvalitativt forskningsintervju av ti sykepleiere ved et sykehus. Dette ble gjort for å fange opp viktig og kanskje også ny informasjon om sykepleiernes opplevde risiko. Jeg tok utgangspunkt i en intervjuguide, men gjennomførte intervjuene som delvis strukturert. I analysen benyttet jeg en kategoribasert inndeling av data i tre tabeller;

- Opplevd risiko
- Samspill mellom kollegaer
- Fysiske omgivelser

Funnene i denne studien indikerer samsvar mellom svarene fra informantene og teorien som er benyttet. Imidlertid kommer det frem at tiltak og prioriteringer i praksis vektlegges ulikt fra det teorien tilsier. Det er grunn til å påpeke at det eksisterer et gap mellom informantenes forventning til sikkerhet, og den sikkerheten som praktiseres på avdelingen. Grunnen til dette skyldes ifølge informantene mangel på ressurser som medfører utrygghet og usikkerhet. Sentrale funn indikerer behovet for økt bemanning på sårbare vakter som kveldsvakter. For lav bemanning kan oppleves stressende og utrygt for sykepleierne som har ansvar for både pasienter, kollegaer, medisiner og sikkerheten på avdelingen.

Behovet for tettere oppfølging og veiledning i møte med aggresjonsproblematikk (MAP) ble påpekt av flere av informantene. Åpenhet og mulighet for diskusjon og refleksjon rundt egne opplevelser i møte med aggressive og psykotiske pasienter opplevde flere av informantene som mangelfullt. Evnen til å opprettholde et godt samspill med en stor nok og kompetent nok personellgruppe er av stor betydning, men er vanskelig å opprettholde i en travel hverdag. De erfarne sykepleierne må ivaretas og bli flere, slik at samhandling med denne pasientgruppen blir mer forutsigbar. Dette fordi erfaring gir trygghet og trygghet signaliserer sikkerhet og kontroll, noe som igjen styrker tilliten blant sykepleierne.

Tabelloversikt

Tabell 1	Oppgavens oppbygning
Tabell 2	Oversikt over lengde på intervju og erfaring blant informantene
Tabell 3	Opplevd risiko
Tabell 4	Samspill mellom kollegaer
Tabell 5	Fysiske omgivelser
Tabell 6	Viktige funn – opplevd risiko
Tabell 7	Viktige funn - samspille mellom kollegaer
Tabell 8	Viktige funn – fysiske omgivelser

Figuroversikt

Figur 1	Opplevd risiko
Figur 2	Antall opplevde risikohendelser siste året

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	7
1.1 Avgrensning av tema	8
1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål	8
1.3 Hva vet vi per i dag?	9
1.4 Oppgavens oppbygning	10
2.0 Kontekst	11
2.1 Ordinær avdeling for psykose	11
2.2 Hva er psykose?	12
2.3 Møte med aggresjonsproblematikk	13
2.4 Frivillig innleggelse (§2.1) eller innlagt på tvang (§3.2, §3.3)?	13
3.0 Teori	15
3.1 Hva er risiko?	15
3.2 Tilnærming til risiko	15
3.3 Opplevd risiko	16
3.4 Risikopersepsjon	17
3.5 Psykometriske paradigme	18
3.6 Forankringseffekt	19
3.7 Institusjonell tillit og troverdighet	19
3.8 Usikkerhet og sannsynlighet	20
3.9 Risikostyring og akseptkriterier	21
3.10 Robusthet	21
4.0 Metode	22
4.1 Valg av metode	22
4.2 Objektivitet	22
4.3 Systematisk utvelgelse av informanter	23
4.4 Semistrukturert intervju	23
4.5 Fordeler og ulemper med metodevalget	24
4.6 Forforståelse	24
4.7 Etske refleksjoner	25
4.8 Gjennomføring av intervjuene	26
4.9 Koding og utvelgelse av data	28
4.10 Reliabilitet	28
4.11 Validitet	29
5.0 Funn	30

5.1 Opplevd risiko	31
5.2 Samspill mellom kollegaer	33
5.3 Omgivelser	34
6.0 Diskusjon.....	35
6.1 Opplevd risiko	35
Viktige funn.....	40
6.2 Samspill mellom kollegaer	40
Viktige funn.....	43
6.3 Fysiske omgivelser	43
Viktige funn.....	45
7.0 Konklusjon	46
7.1 Videre forskning.....	47
8.0 Referanser:	48
Vedlegg 1: Intervjuguide.....	50

1.0 Innledning

I denne studien er fokuset rettet mot sykepleiere som jobber bak lukkede dører, ved en ordinær avdeling for psykose. Sykepleierens hverdag innebærer en virkelighet der sannsynligheten for trusler, aggresjon og vold er høy. Man kan jo forsøke å forestille seg hvordan en arbeidshverdag preget av høy voldsrisiko påvirker sykepleierne og deres trygghetsfølelse. Hva gjør dette med sykepleierens opplevde risiko i en ellers travel hverdag? Og hva gjør påkjenninger som trusler, vold og aggresjon med sykepleierens trygghetsfølelse på jobb? Psykiateren Rosenqvist (2022) trekker frem at antall psykiatriske sengeplasser er redusert fra 2,5 sengeplasser per 10.000 innbygger til 0,8 sengeplasser, noe som tilsvarer en reduksjon på to tredjedeler. Samtidig har antall psykiatriske pasienter økt og er ofte i dårlig form psykisk når de først legges inn på en avdeling (Rosenqvist, 2022). Dette har sannsynligvis ført til at arbeidsoppgavene til sykepleierne er blitt mer omfattende og krevende.

Det påpekes av Sørlandet sykehus (2018) at helsepersonell i psykiatrisk divisjon har forhøyet risiko for å bli utsatt for trusler og vold i løpet av sin karriere. Undersøkelsen trekker også frem at helsepersonell ikke har tilstrekkelig beskyttelse fra pasienter med forhøyet voldsrisiko (Sørlandet sykehus HF, 2018). Arbeidsmiljøloven §4-3 stiller krav til et godt og trygt psykososialt arbeidsmiljø, som vil si at arbeidstakerens integritet og verdighet skal ivaretas. Arbeidstakeren skal så langt det lar seg gjøre beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre mennesker (Lovdata, 2005). Med dette sagt kan det tenkes at vi står ovenfor et dilemma, da loven påpeker krav om et trygt psykososialt arbeidsmiljø, mens Sørlandet sykehus HF (2018) trekker frem funn som viser utilstrekkelige rammer for sikkerhet ovenfor sykepleierne i møte med pasienter med forhøyet voldsrisiko. I denne undersøkelsen skal jeg etter beste evne forsøke å ta for meg sykepleierens opplevde risiko i møte med denne pasientgruppen. Jeg har gjennomført delvis strukturert intervju og spørsmålene dreier seg om:

- Opplevd risiko
- Samspill mellom kollegaer
- Fysiske omgivelser

1.1 Avgrensning av tema

Undersøkelsen tar for seg sykepleieres opplevde risiko i møte med pasienter med psykose og aggresjonsproblematikk innlagt på psykiatrisk avdeling i spesialisthelsetjenesten. Jeg tar utgangspunkt i en ordinær avdeling for psykose på sykehuset når jeg undersøker dette temaet nærmere. I spesialisthelsetjenesten skilles det mellom ordinær avdeling og sikkerhetsavdeling. De sikrede avdelingene har flere ressurser og høyere bemanning enn de ordinære avdelingene. De sikrede avdelingene har oftest pasienter innlagt på dom, som vil si at pasienten er dømt til behandling på sykehuset istedenfor fengsel. Man skulle trodd at pasienter på dom kun tilhørte de sikrede avdelinger, men det gjør de altså ikke. Pasienter på dom og eller med høy voldsrisiko plasseres også rundt på de ordinære avdelingene selv om disse avdelingene har mindre ressurser og redusert bemanning. Jeg skal ikke sammenligne en sikret og en ordinær avdeling, men forståelsen av skille mellom avdelingene er av betydning for å kunne få et bedre bilde på hvilken risiko sykepleierne utsettes for og opplever i en ordinær avdeling. Jeg vil gjennomgående skildre sykepleiernes syn på dette temaet og vil med dette ikke skildre pasientenes syn, pårørende eller ledelsens syn i denne undersøkelsen. Jeg vil diskutere sykepleiernes opplevelser, hva som skaper frykt og hva som fremmer trygghet.

1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Per i dag vet vi mye om hvordan man kan forebygge vold og forhindre bruken av tvang ovenfor pasienter i psykiatrien, men svært lite er skrevet om hva sykepleierne faktisk kjenner på i en hverdag preget av høy voldsrisiko. Ut ifra dette har jeg utarbeidet følgende problemstilling:

Hvilken risiko opplever sykepleiere i møte med aggressive og psykotiske pasienter innlagt ved en ordinær avdeling i spesialisthelsetjenesten?

Forskningsspørsmål 1: Hvilke forutsetninger har sykepleierne for å kunne ivareta et godt sikkerhetsrelaterte samarbeid?

Forskningsspørsmål 2: I hvilken grad bidrar fysiske omgivelsene til å redusere sykepleiernes opplevde risiko?

1.3 Hva vet vi per i dag?

I en rapport fra Sørlandet sykehus (SSHF, 2018) kommer det frem at gjentakende alvorlige hendelser viser at helsepersonell ikke har tilstrekkelig beskyttelse fra pasienter som er til fare for seg selv eller andre. Videre kommer det frem at helsepersonell i psykisk helsevern har en forhøyet risiko for å bli utsatt for trusler og vold i løpet av sin arbeidskarriere. I rapporten konkluderes det med at SSHF (2018) bør styrke og forbedre arbeidet etter uønskede hendelser. Videre konkluderer de med at en trygg arbeidsplass for de ansatte er avgjørende for å kunne levere god helsetjeneste. Med utgangspunkt i tidligere undersøkelser påpeker SSHF (2018) en økning i vold og trusler mot helsepersonell i Norge. Det må etableres bedre rutiner for å forebygge, følge opp og lære av uønskede hendelser. SSHF (2018) har også gjennomført et prosjekt som omhandler pasienter med høy voldsrisiko og hvordan de kan vurdere denne risikoen. Det kommer imidlertid frem at det er ytterligere behov for målrettet opplæring og oppfølgingen etter uønskede hendelser da dette er lite systematisk og kontrollert. Læring og forbedringsarbeid er ikke satt i et godt nok system og må forbedres (Sørlandet sykehus HF, 2018).

Nilsen (2016) påpeker at helsepersonell er blant de mest utsatte for vold på jobb. Hele 70 prosent av rapporterte hendelser som inkluderer påført vold og skade som ble innmeldt til NAV i 2016 kom fra ansatte i helse- og sosialtjenesten (Nilsen, 2016). Også i en artikkel skrevet av Tømmerbakke (2020) påpekes det at trusler og vold mot ansatte har doblet seg. En av forklaringene er endringene i lov om psykisk helsevern. Fra 1. september 2017 ble endringene i lov om psykisk helsevern iverksatt. Disse endringene omhandler bruk av tvang og pasientens rett til å bestemme om de vil motta hjelp eller ikke. Med andre ord kan pasienter vurdert til å være samtykkekompetente, nekte behandling selv om lege mener dette er nødvendig. Dette er problematisk og fører til at pasienter nå ofte er i dårligere form psykisk når de først legges inn til behandling, noe som igjen gjør behandlingsforløpet mer utfordrende. Psykisk helse har i de siste årene hatt en økning i antall meldinger om skade på personell. Også alvorlighetsgraden ved skade på personell har økt. Ved Universitetssykehuset i Nord -Norge (UNN) ble det dokumenterte et stort hopp i antall hendelser med vold eller trusler rettet mot personell fra 325 hendelser i 2015 til 403 i 2019 som tilsier en økning på 24 prosent (Tømmerbakke, 2020). Psykiatri er et sammensatt tema som ikke er så lett å forklare eller spesifisere (Tømmerbakke, 2020).

1.4 Oppgavens oppbygning

Tabell 1

Kapittel 1)	Innledning, problemstilling, forskningsspørsmål og avgrensning av tema.
Kapittel 2)	Gjengir konteksten i studiet. I dette kapitlet forklares viktig informasjon om sykepleiernes hverdag i møte med psykiatrien. I dette kapitlet forklares; hva en ordinær avdeling for psykose omfatter, hva en psykose er, møte med aggresjonsproblematikk, debriefing og hva frivillig eller tvangsinnleggelse innebærer.
Kapittel 3)	Presenteres teorien som innebærer: Definisjon av risiko, tilnærming til risiko, risikopersepsjon, psykometrisk paradigme, forankringseffekt, institusjonell tillit og troverdighet, usikkerhet og sannsynlighet, risikostyring og akseptkriterier og robusthet.
Kapittel 4)	Utdypes metoden, samt hvilke valg som har blitt tatt gjennom forskningsprosessen. Videre drøftes forskerens rolle og kvaliteten av innhentet data.
Kapittel 5)	Presenteres funn skissert i tre tabeller 1) opplevd risiko 2) samspill mellom kollegaer og 3) fysiske omgivelser.
Kapittel 6)	Diskuteres funnene i lys av innhentet teori.
Kapittel 7)	Konklusjon og forslag til videre forskning.

2.0 Kontekst

2.1 Ordinær avdeling for psykose

På en ordinær avdeling er det plass til fjorten pasienter, hvorav fire er skjermingsplasser. Ansatte består av sykepleiere, vernepleiere, assistenter og hjelpepleiere hvorav alle i denne gruppen jobber turnus. På en normal vakt jobber sånn cirka ni ansatte på dagvakt, seks på kveldsvakt og fire på nattevakt. Den ordinære avdelingen består av en åpen avdeling og en skjermet avdeling. Ved en normal kveldsvakt fordeles personell mellom disse to adskilte avdelingene, som vil si at tre ansatte blir plassert på skjerming, og resterende tre blir plassert i åpen avdeling. En av disse tre ansatte i åpen avdeling må være autorisert sykepleier og med dette ha ansvaret for hele avdelingen. Ansvaret for avdelingen innebærer hovedansvar for pasienter, personell, medisiner, logistikk og alle problemstillingene som måtte dukke opp underveis på en normal kveldsvakt. Det kan tenkes at kun tre ansatte på hver av de to avdelingene kan by på utfordring. Hvorav følelser som stress, høy risiko, press, høyt tempo og høye krav kan prege sykepleiernes opplevde risiko.

Målet på avdelingen er å gi pasientene best mulig behandling slik at symptomene reduseres, livs og funksjonsnivået bedres. Dette gjøres i form av utredninger, medisinsk behandling og miljøterapi som fokuserer på relasjonsbygging og mestring for pasienter (Helsestavanger, 2022). Det finnes mange rutiner på en ordinær avdeling i psykiatrien, blant dem vil jeg nevne noen slik at du som leser får en bedre forståelse for hva det innebærer å jobbe som sykepleier på en slik plass. Alle ansatte skal alltid bære en alarm til enhver tid med tanke på sikkerhet. For å kunne bære en vaktalarm er det obligatorisk med MAP kurs, noe jeg vil forklare nærmere i neste avsnitt. Det er faste tider for måltider og lufteturer for pasientene som er innlagt. Alle dører skal lukkes og låses dersom ingen ansatte er i rommet. Hoveddøren skal som hovedregel alltid være låst, og skal kun låses opp av ansatte. Pasientene har hvert sitt rom nedover en noe smal og uoversiktlig korridor og skal kun oppholde seg på eget rom eller i stuen. Alle ting som kommer inn til avdelingen skal gjennomgås på grunn av sikkerhetsmessige årsaker. De fleste pasientene skal ta urinprøver hver uke eller oftere ved mistanke om rus. Dette for å sikre viten om eventuelt rusutslag hos pasienter, som gir muligheten for sykepleierne å sette inn tiltak og ekstra bemanning som igjen er med på å redusere risikoen for aggresjon og vold mot personell.

2.2 Hva er psykose?

Psykose er en ikke bestemt lidelse, men heller en forvirringstilstand. Behandlingene for psykose er mange. De fleste som får behandling blir bedre og noen helt friske. Psykoser kan være svært ulike fra person til person. Noen har mye symptomer mens andre lite. Dersom samme person opplever psykose flere ganger, kan symptomene variere fra gang til gang (Helsenorge, 2022). Psykose kan føre til stemmehøring som vil si at du hører stemmer andre ikke hører. Det er også normalt å oppleve sanseopplevelser som andre ikke opplever. Paranoia, å føle noen forfølger deg, ha tankekaos, fastlåste misforståelser eller uforståelige vrangforestillinger er også vanlige kjennetegn ved psykose. Å oppleve psykose kan gi en følelse av å miste seg selv, og mange opplever stor uro og angstproblemer (Helsenorge, 2022). Med dette sagt kan man tenke seg frem til at denne pasientgruppen har et høyt potensial for å kunne utøve verbal eller fysisk vold i fortvilelse, uvitenhet eller sinne. Ofte går denne høye risikoen for vold utover sykepleierne som jobber med denne pasientgruppen. Ikke bare den utøvde verbale og fysiske volden, men også den belastningen denne risikoen medfører seg. Bare tanken på at man muligens kan bli slått, skjelt ut, spyttet mot, røsket i håret er jo en enorm belastning i seg selv for sykepleierne. Det kan tenkes at sykepleierne skruer på en slags nødmodus når de er på jobb. Sykepleierne benytter Børset Violence Checklist (BVC) score hver vakt, som gir en indikasjon på pasientens stemningsleie og dokumenteres i journalen av sykepleieren som har ansvaret for pasienten. BVC skjemaet består av en skala fra 1 til 6 som man krysser av på punktene: irritabel, forvirring, fysiske trusler, verbale trusler, høylytt og slag/spark mot gjenstander eller personell (Helsenorge, 2022). På denne måten får sykepleierne oppgitt en tallfestet indikasjon på opplevd risiko, og med dette en liten innføring i hvordan forrige sykepleier opplevde voldsrisikoen.

Det er også viktig å trekke frem psykologisk debriefing. Debriefing er en rask samhandling mellom kollegaer etter en uønsket hendelse eller traumatisk hendelse. Hensikten er å danne en støttegruppe for de som har vært involvert i en spesiell hendelse. Målet er å skape et trygt rom, hvor man kan utrykke personlige følelser, tanker og reaksjoner. Debriefing er et viktig verktøy for sykepleierne og bidrar til å forebygge fremtidige psykiske plager (Utforsk sinnet, 2018).

2.3 Møte med aggresjonsproblematikk

Møte med aggresjonsproblematikk (MAP) er et opplæringsprogram utviklet for å forebygge og håndtere aggresjon og voldsproblematikk i helse og sosialsektoren. Hensikten med opplæringen i MAP er å forhindre vold og sikre at pasienter og personell føler seg trygge. Å jobbe med reduksjon av vold er komplekst og må forstås og tilnærmes fra flere vinkler. Det er viktig å øke kvaliteten på det daglige samspillene mellom pasient og personell og legge til rette for minst mulig misforståelser, krenkelse og avmakt for den som mottar helsehjelpen (SIFER, 2019). MAP fokuserer på tilretteleggelse for forståelse og reduksjon av konfliktgrunnlag i en situasjon. Dette ved å tilføre profesjonell og nødvendig handlingskompetanse fra de ansatte i situasjonen, samt og utnytte læringen og utviklingsrommet i etterkant av aggressive episoder. MAP handler om å legge til rette for at ansatte i helsevesenet skal føle seg trygge på jobb og på bakgrunn av dette kunne gi god behandling som igjen kan gi trygghet for ansatte og pasienter (SIFER, 2019). Kurset er obligatorisk og må gjennomføres av enhver sykepleier før han/hun kan bære en vaktalarm. Kurset arrangeres av udannede MAP instruktører som jobber på sykehuset og driver med opplæring i egen organisasjon (SIFER, 2019).

Dette er en veldig fin forklaring og selvfølgelig hensikten bak MAP kurset, men med dette sagt så er det faktisk lov til å stille spørsmål ved om realiteten faktisk er sånn som MAP fremstilles eller om denne virkeligheten faktisk er en annen?

2.4 Frivillig innleggelse (§2.1) eller innlagt på tvang (§3.2, §3.3)?

Dersom du har fått påvist en psykoselidelse av helsepersonell og anbefales behandling på sykehus i en periode, skal en slik innleggelse som hovedregel være frivillig, fordi du selv ønsker å få hjelp til å bli frisk. Paragrafen du legges inn under da er §2.1 som igjen vil si at du samtykker til innleggelse og at du gjør det frivillig. Du kan på frivillig paragraf skrive deg selv ut fra sykehuset når du selv ønsker dette. I sjeldne tilfeller kan behandlende lege stoppe deg i dette dersom din tilstand blir sett på som farlig for deg selv eller andre. Den frivillige paragrafen kan da omgjøres til tvungen innleggelse i form av tvungen observasjon §3.2 eller tvunget psykisk helsevern §3.3. For å kunne legges inn på frivillig paragraf §2.1 er det et krav om at du skal være samtykkekompetent, som vil si at du er i stand til å velge selv og forstår konsekvensene av valgene dine. Men dersom du på den andre siden er så alvorlig psykisk syk at du åpenbart ikke er i stand til å ivareta dine egne interesser eller forstår hva du samtykker til, kan det bli besluttet at du ikke er samtykkekompetent. I slike tilfeller kan det være nødvendig å legge

vedkommende inn med tvang for å kunne sikre at vedkommende får best mulig hjelp, og ikke endre opp med å skade seg selv eller andre (Helsenorge, 2021).

Bruk av tvang er vanskelig for både sykepleierne og pasientene og er ofte en utløsende årsak til misforståelser som kan føre til agitasjon og frustrasjon. Pasientene vet gjerne ikke sitt eget beste og beskylder sykepleierne for tvungen innleggelse. Dette medfører at sykepleierne ofte blir stående med ansvaret for aggressive og psykotiske pasienter og risikoen dette medfører. For å kunne sette seg inn i hva sykepleierne opplever av risiko på avdelingen, er det viktig å få en innføring i hvordan psykoseavdelingene fungerer i praksis, hva en psykose innebærer, hvilke kurs sykepleierne får tilbud om og hva frivillig eller tvangsinnleggelse innebærer. Disse temaene sammen gir en bedre forutsetning for å kunne forstå sykepleiernes hverdag.

3.0 Teori

3.1 Hva er risiko?

Ifølge Aven (2006) kan risikobegrepet brukes for å definere farer som uønskede hendelser representerer for miljø, økonomiske verdier og mennesker (Aven, 2006). Risikoen kan uttrykkes på flere måter ut fra tilnærmingen man har til risiko, men defineres gjerne som en kombinasjon av mulige konsekvenser og tilhørende usikkerheter om hva som vil bli konsekvensene/utfallet (Aven, 2006). Som også Rausand & Ute (2009) påpeker kan risiko bety ulike ting ut ifra måten man tilnærmer seg risikoen. Mennesker har ulik erfaring og kunnskap i møte med risiko og risikovilligheten vil varierer fra person til person. I dagligdagse temaer benyttes begrepet i mange sammenhenger, men oftest i sammenheng med farer eller sannsynlighet for en fare (Rausand & Ute, 2009). Risiko viser til noe som kan skje eller kunne ha skjedd i fremtiden. Videre viser risiko til hvordan en hendelse påvirker vårt samfunn og hvordan handlinger eventuelt kan endre forløpet av hendelsen. De fleste risikodefinsjoner har til felles at de handler om forholdet mellom mulige valg og valgte handlinger (Aven, 2006). Ifølge Aven, Renn og Rosa (2011) kan risiko anses som usikkerheten og alvorligheten av hendelser og konsekvenser eller resultater av en aktivitet med hensyn til det mennesker verdsetter (Aven, Renn & Rosa, 2011). Definisjonen av begrepet risiko er viktig å formidle da begrepet er en del av problemstillingen i undersøkelsen. Risiko er noe sykepleierne står ovenfor og kjenner på hver dag på jobb i psykiatrien. Sykepleierne benytter tilnærming til risiko i omtrent alle arbeidsoppgavene de utfører daglig og utgjør trolig en stor del av vedlikeholdet og utviklingen av nye sikkerhetstiltak på avdelingen.

3.2 Tilnærming til risiko

Lupton (2013) skriver om ulike epistemologiske og metodiske tilnærminger til risiko som kan brukes for å analysere risikoens rolle i sosiale relasjoner. Tilhengere av den kognitive psykologiske tilnærmingen er først og fremst interessert i å bruke ulike psykologiske modeller for menneskelig atferd. Dette for å identifisere måtene mennesker kognitivt og atferdsmessig reagerer på den individuelle risikoen (Douglas, 1985). Forskere slik som Paul slovic (1987) fokuserer på de mentale strategiene eller heuristikken som brukes til å gjennomføre risikovurderinger. Forskerne hevdet at lekfolk overvurderer og undervurderer visse risikokategorier og finner det vanskelig å vurdere risiko i form av sannsynligheter. Lupton (2013) skriver at funn viser at lekfolk vil vurdere at en risiko sannsynligvis vil oppstå når

relevant informasjon er tilgjengelig og lett å huske, og har en tendens til å overvurdere risiko knyttet til omstendigheter der det er lett å forestille seg hva som skjer med dem. Det har også kommet frem at folk ofte er mer bekymret for risikoer de ser på som nære dem. Risikoer som anses som sjeldne, men minneverdige, har en tendens til å bli overvurdert, mens de som anses som vanlige og mindre alvorlige, blir undervurdert (Lupton, 2013). Risikoer som oppfattes som kjente eller frivillige anses som mer akseptable og mindre sannsynlige enn de som oppfattes som nye eller pålagte. Som også Aven (2006) påpeker har risiko som anses som frivillig større sannsynlighet for å bli akseptert av mennesker. Folk har en tendens til å være risikovillige når de står overfor gevinster og motsatt når de står ovenfor tap. Forskerne har også rapportert at katastrofer som får mye oppmerksomhet i media er mer bekymringsfulle enn de som ikke gjør det, selv om de er relativt sjeldne (Lupton, 2013). Dette som nevnt ovenfor har lenge vært en utbredt oppfatning, men nyere forskning har nyansert og/eller tilbakevist noe av dette. Det kan tenkes at sykepleierne som jobber med psykotiske og aggressive pasienter ofte blir pålagt arbeidsoppgaver som ikke er av fri vilje, men som kanskje må gjøres uten at sykepleierne har så mye de skulle ha sagt. Det er også av interesse å forstå teorien sammen med den risikoen sykepleierne møter hver dag, og om denne risikoen på noen som helst måte blir under eller overvurdert i gitte situasjoner.

3.3 Opplevd risiko

Flere har studert hvordan mennesker reagerer på fysiske signal eller/ informasjon om potensielt skadelige hendelser eller aktiviteter og hvordan dette påvirker menneskers opplevde risiko (Boyesen, 2003). Direktoratet for sivil beredskap (DSB) utgav i 2003 en rapport skrevet om risikopersepsjon. I denne rapporten trekker førsteamanuensis Boyesen (2003) frem viktige funn gjort av tidligere tungvektene forskere innen fagfeltet, som blant annet Douglas & Wildavsky, 1983, Slovic, 1987; 2000; Brun 1991, 1995, Simmons & Walker, 1999; Mayo & Hollander, 1991; og Lowrance, 1976.

Det er ikke bare graden av ufrivillighet eller frivillighet som avgjør hvordan risikoen oppleves. Nedenfor har jeg nevnt noen sentrale områder som Boyesen (2003) anser som viktige ut ifra funn gjort fra tidligere forskere som nevnt ovenfor. Frivillig risikoeksponering kan ses om folk utsetter seg selv for risiko frivillig noe som ser ut til å være avgjørende for hvor stor risiko man er villig til å ta. Ved for eksempel fjellklatring, hang-gliding, fallskjermhopping eller når du kjører bil, ser gleden og nytten ut til å veie opp for risikoen man står overfor. Mangel på

personlig kontroll over risikoen for ens oppførsel kan kontrollere og påvirke kilden til risikoen, så dette vil være viktig, sannsynligvis på grunn av overdreven tillit til egen kompetanse. Høy grad av usikkerhet om konsekvensene ses dersom konsekvensene er nye og ukjente. Risikoen oppleves som større og viktigere enn om konsekvensene er gamle og kjente. Vi aksepterer lettere bruk av motorkjøretøyer der vi kjenner konsekvensene enn bruk av genteknologi der det er stor usikkerhet om konsekvensene. Mangel på personlig opplevelse av risikoen kan knyttes til forhold utenfor det vi til daglig omgir oss med. Med andre ord frykt for det ukjente. Det kan tenkes at sykepleierne opplever og kjenner på frykten for det ukjente på jobb. Sykepleierne er ansvarlige og tar ofte imot nye pasienter med aggresjons og psykoseproblematikk til avdelingen. Voldsrisiko vurderes til høy, middels eller lav basert på tidligere historikk registrert på pasienten i journalen, noe som kan vekke en frykt for det ukjente hos flere sykepleiere. Dette fordi høy voldsrisiko kan medfører mye usikkerhet og frykt for hva som kan eller vil skjer dersom en pasient eksempelvis blir aggressiv og uhandterbar. Katastrofale hendelser ses når kilden til risikoen har potensialet til å bli en katastrofe, det vil si en ulykke som samtidig tar mange menneskeliv, oppleves kilden til risikoen som større og mer alvorlig enn om den sannsynligvis skulle ta ett. Synlighet og umiddelbare konsekvenser er en trussel som kan observeres og som vil ramme brått, eksempel på dette kan være snø, stein eller jordskred og oppfattes som større enn en trussel som vil ramme over tid, som for eksempel konsekvensen av luft- og vannforurensning (Boyesen, 2003)

3.4 Risikopersepsjon

Mennesker har ulike syn på fenomener og hendelser som oppstår, og folks reaksjoner på disse vil som oftest ikke være like. Renn (2008) definerer risikopersepsjon som: «behandling av fysiske signaler og/eller informasjon om potensielt skadelige hendelser eller aktiviteter, og dannelsen av en dom om alvor, sannsynlighet og aksept av den respektive hendelsen eller aktiviteten» (Renn, 2008, s. 93). Hvordan mennesker former sitt syn på risiko er derfor ikke bare basert på objektiv informasjon, men innebærer også en egen subjektiv vurdering. Denne vurderingen er større enn den faglige karakteriseringen som handler om sannsynlighet og konsekvens. Den inkluderer også faktorer som verdier, følelser, kontrollerbarhet og fortrolighet (Renn 2008, Aven 2020). Folk har ulike forutsetninger, som foreksempel ulike personlige erfaringer og sosiale/kulturelle påvirkninger, som kan påvirke vurderingen, og dermed deres risikooppfatning.

Det fins to ulike metoder folk tar i bruk når de behandler informasjon. Den første er automatisk, raskt, instinktiv og følelsesmessig (Aven, 2020). Med andre ord er den første metoden en spontan respons på omgivelsene, som aktiveres når personen er i nærheten av en risiko. I den andre metoden også kalt system 2 går tankene saktere og innebærer en mer nøye vurdering av saken, og er på denne måten et mer logisk resonnement (Aven, 2020). System 2 er lettere å benytte seg av når risikoen er på avstand. Folk benytter seg av begge disse systemene, selv når det er snakk om samme risiko. Bruken av disse systemene har en påvirkning på hvordan risikoen oppfattes. Med dette sagt gir det oss en forståelse på hvorfor den samme risikoen kan ses på forskjellige måter i ulike sammenhenger. Aven (2020) trekker frem at de begge er nødvendige for å kunne håndtere risiko på en god måte. Sykepleierne håndterer daglig uforutsigbare psykotiske og aggressive pasienter på avdelingen. Noe som ofte krever rask respons og andre ganger ikke så rask respons, men heller nøyere vurderinger av omgivelsene før en beslutning fattes.

3.5 Psykometriske paradigme

Det psykometriske paradigme er et felt innen psykologisk risikooppfatningsforskning som tar grep om faktorer som påvirker hvordan risiko oppfattes (Aven, 20220). Risikoen i dette paradigmet blir sett på som en subjektiv tolkning av individuell frykt eller forventning om en handling eller en hendelse og dens uønskede konsekvenser (Renn, 2008). Her har forskerne funnet frem til menneskers assosiasjoner til risiko og benyttet psykometriske skala for å forstå utfallet. Funnene de har kommet frem til ved hjelp av disse teknikkene viser at risikooppfatning ikke er tilfeldig, men heller et mønster som folk vanligvis følger for å danne sine vurderinger (Renn, 2008). Gjennom sin forskning har de kommet frem til flere kjennetegn som mennesker baserer sine vurderinger på. Noen av disse kjennetegnene dreier seg om risikorelaterte egenskaper som frykt tilknyttet til en hendelse og kjennskap til risikoen. Disse egenskapene påvirker vår vurdering av risikoen og sannsynligheten for at hendelsen vil inntreffe (Renn, 2008). Dersom en risiko oppstår og en kjenner sterke assosiasjoner til frykt og manglende kjennskap er det mer sannsynlig at risikoen blir sett på som farlig. Usikkerheten som følger en risiko og negative tilknytning kan gjøre risikoen vanskelig å gripe. Negative assosiasjoner til risiko kan skape en følelse av hjelpeløshet (Renn, 2008). Mennesker er flinkere til å håndtere risiko de er kjent med som igjen gir dem en bedre evne til å håndtere risikoen. En person vil som oftest bagatellisere farligheten av risikoen en står ovenfor dersom risikoen er frivillig, der en kan velge å engasjere seg istedenfor å bli tvunget på den. Menneskers oppfatning av farlighet

kan også reduseres dersom risikoen innebærer personlig og institusjonell kontroll, der de kjenner på en følelse av at risikoen er kontrollerbar og håndterbar (Renn, 2008).

3.6 Forankringseffekt

Kognitiv heuristikk er en annen gren innen risikopersepsjons forskning. Her har forskerne vært opptatt av sunn fornuft og hvordan fornuften hjelper mennesker til å gjøre opp sine vurderinger (Renn, 2008). Forskerne har kommet frem til at det er flere skjevheter i hvordan mennesker overfører sannsynlighet til deres oppfatning, som de kaller intuitive ulikheter. En av disse skjevhetene er tanken om at folk har en evne til å feste seg til informasjon som er av spesiell betydning for dem selv (Renn, 2008). Ved at folk fester til seg informasjon som er av relevans for dem selv, vil føre til mindre fokus på de faktiske sannsynlighetene/statistikken og på denne måten vurdere sannsynligheten i henhold til deres egen kunnskap om risikoen. Dersom en risikohendelse er kjent for en person, vil sannsynligheter ofte bli overvurdert og omvendt (Renn, 2008). Erfarne sykepleiere opplever mange risikopregede situasjoner gjennom sin yrkeskarriere. Erfaringen gir sykepleierne muligheten til å vurdere mulige konsekvenser av risikoen og kan sette inn forebyggende sikkerhetstiltak. Sykepleiere uten denne typen erfaring kan på den andre siden undervurdere risikoen da de ikke har tidligere hendelser å sammenligne med.

3.7 Institusjonell tillit og troverdighet

Troverdighet og tillit er avgjørende i folks respons og er med på å styrke en mer sosiokulturell tilnærming til risikooppfatningen. Som oftest har folk ikke en direkte opplevelse av en risiko hendelse, og må dermed stole på formidlet informasjon og innførte tiltak (Renn, 2008). Å ha gjensidig tillit mellom risikokommunikatoren og de ansatte er derfor avgjørende for aksept av denne informasjonen. Denne gjensidige tilliten har stor betydning og kan begrense negative oppfatninger eller tolkninger, mens mistillit kan gjøre det motsatte. Ifølge forskning vil tilliten mellom ledelsesorganet være nøkkelfaktoren som avgjør om risikoen blir tolket som håndterbar eller utenfor menneskelig kontroll (Renn, 2008).

Det er flere faktorer som påvirker tilliten som igjen naturligvis vil variere over tid, spesielt i dagens komplekse samfunn. Faktorer som opplevd kompetanse, rettferdighet, objektivitet, konsistens, oppriktighet, tro og empati er noen av disse som påvirker tilliten (Renn, 2008). Det er spesielt viktig at institusjonene er objektive og konsistente i den forstand at informasjonen

ikke er stykket eller oppdelt, og at det er få motsetninger i den oppgitte informasjonen. Motstridene informasjon kan i verste fall føre til forvirringer om hva som er sant og ikke. For å kunne sikre tillit i en institusjon må åpenhet, ærlighet, forståelse for andres tanker være fokus og på denne måten representere de forskjellige synspunktene innad i institusjonen (Renn, 2008).

3.8 Usikkerhet og sannsynlighet

En type usikkerhet kan relateres til fortiden og hvorvidt data foreligger som kan brukes til å gjennomføre valide risikoanalyser (Aven, 2006). Sykepleierne foretar ofte en forenklet risikoanalyse basert på tilgjengelig data. Et eksempel kan være at sykepleierne foretar risikoanalyser i såkalte behandlingsmøter, hvor de vurderer tilstanden på en aggressiv pasient, om det er nok tiltak rundt og om disse tiltakene er tilstrekkelige for å ivareta sikkerheten til de ansatte. Det er av relevans for oppgaven å definere hva usikkerhetsbegrepet kan bety i fremtiden, da det kontinuerlig vil foreligge en viss usikkerhet knyttet til om noen hendelser vil inntreffe eller ikke, og hva konsekvensene kan bli av disse hendelsene (Aven, 2006). Sannsynlighetsbegrepet er vanlig å bruke dersom man skal prøve å forutse fremtidige situasjoner der flere mulige utfall kan være til stede. For å kunne fastsette sannsynligheter tas det utgangspunkt i hva som har skjedd tidligere ved tilsvarende aktiviteter, og ved kunnskap om aktuelle hendelser. Hva som menes med sannsynlig i dette begrepet avhenger av hvilken tilnærming en legger til grunn (Aven, 2006).

I den "klassiske" tilnærmingen til risiko vil usikkerhet handle om hvor nøyaktige anslagsverdier av en sann underliggende sannsynlighet er (Aven, 2006). I en undersøkelse som denne kan man si at det er vanskelig å finne en sann underliggende sannsynlighet. Dette fordi jeg har utarbeidet en problemstilling som omhandler menneskers subjektive opplevelser av risiko. Jeg vil derfor benytte meg av det alternative sannsynlighetsbegrepet. I det alternative risikoperspektivet dreier usikkerhet seg om hvor god kunnskapen som legges til grunn for angivelser av sannsynlighet er. Sannsynlighet uttrykker med andre ord en usikkerhet knyttet til om ulike hendelser vil skje, ut fra den kunnskapen som er tilgjengelig på det aktuelle tidspunktet (Aven, 2006). Subjektive eller kunnskapsbaserte angivelser av sannsynlighet kan dermed forstås som en måte å uttrykke grad av tro, "degree of belief" (Aven, 2006).

3.9 Risikostyring og akseptkriterier

Risikoanalyser brukes i forbindelse med akseptkriterier, som grunnlag for risikoevalueringer (Aven, 2006). Begrepet risikoakseptkriterier sier noe om verbale eller tallfestede grenser for hvilken risiko som er akseptabel eller ønskelig (Aven, 2006). Risikoakseptkriterier vil avhenge av flere komponenter, som menneskers oppfatning av og holdning til aktivitetens risikonivå. Viktige aspekter å trekke inn er nytteverdien ved aktiviteten, faren for storulykker, om det finns nye eller gamle teknologi og om risikoen er frivillig eller påtvunget (Aven, 2006). Bruk av tallfestede akseptkriterier for risiko betyr ikke at en aksepterer at ulykkeshendelser skjer, og at målet alltid er at ingen ulykker skal inntreffe. Det man mener med dette er at en aksepterer imidlertid risikoen knyttet til hendelsen dersom en kommer frem til at kombinasjonen av mulige konsekvenser av at hendelsen inntreffer, som akseptabel (Aven, 2006). Sykepleierne benytter ulike metoder for å vurdere om risikoen er akseptabel eller ikke og hvilke tiltak som må iverksettes for å unngå eventuelle konsekvenser. Sykepleierne benytter bandt annet Børst Violence Checklist (BVC) skjema som hjelp. Dette skjemaet gir sykepleierne en tallfestet indikasjon på om risikoen er høy, middels eller lav i møte med pasienten.

3.10 Robusthet

Robusthet er et begrep som er nært knyttet til begreper som tilpasning, fleksibilitet og resiliens (Engen, Kruke, Lindøe, Olsen, Olsen & Pettersen, 2016). Felles for disse begrepene er at de beskriver hvordan effektive barrierer eller beredskapssystemer kan håndtere eventuelle feil som skulle inntreffe (Aven, 2006). Systemer eller funksjoner gjellende på ordinære avdelinger i psykiatrien, kan altså vurderes ut ifra dets sårbarheter og barrierer og kan på denne måten forbedres og vedlikeholdes. Beredskapsbarrierer er de systemer eller funksjoner som skal hindre eller begrense videre utvikling av en faresituasjon. I denne sammenhengen blir begrepet barriere sett i sammenheng med et beredskapssystem eller tiltak (Njå, Sommer, Rake & Braut, 2020). Når de store ulykkene også kalt storulykker minimeres eller reduseres i omfang av tap, er det gjerne fordi de organisatoriske, operasjonelle eller tekniske barrierene griper inn i feilkilden og leder utviklingen til en tilstand som representerer et mindre tap enn alternativet (Njå et al., 2020).

4.0 Metode

Metode betyr den planmessige fremgangsmåten for hvordan forskingsprosjektet skal gjennomføres. I denne delen av oppgaven skal jeg presentere de ulike valgene som er tatt i forbindelse med datainnsamling og metode. Metode er en viktig del av oppgaven nettopp fordi den skaper innsikt og forståelse for de valgene som har blitt tatt, de teoretiske sidene ved metode og viser til viktig refleksjon rundt metodevalget (Johannessen, Tufte & Kristoffersen, 2010).

Det skilles mellom to ulike forskningsmetoder i samfunnsvitenskapelig metodelære, kvalitativ og kvantitativ metode. Ved hjelp av metodelære skal man kunne innhente riktig data og analysere denne dataen på en systematisk måte. Ved kvantitativ forskningsmetode samler man inn data i form av tallfestet materiale slik at man kan kartlegge, finne sammenhenger og tendenser. Kvalitativ metode er på den andre siden når man samler inn detaljert informasjon for å bedre forstå eller beskrive menneskers oppfattelse av verden (Johannessen et al., 2010).

4.1 Valg av metode

Valg av metode er basert på undersøkelsens problemstilling. Jeg rettet blikket mot organisatoriske og menneskelige forhold som er med på å påvirke sykepleierens oppfatning av risiko. Får å få svar på disse forholdene så jeg det som hensiktsmessig å benytte kvalitativ orientert metode. Ved å gjennomføre kvalitative intervjuer hadde jeg muligheten til å være til stede med informanten, og kunne stille relevante spørsmål som igjen ga meg en økt innsikt i sykepleierens oppfatning av risiko på jobb (Johannessen et al. 2010).

4.2 Objektivitet

Det er viktig at funnene i en studie er resultat av forskningen og ikke et resultat av forskerens subjektive holdninger. Bekreftbarhet skal kunne sikre dette. Bekreftbarhet kan styrkes dersom forskeren vurderer om fortolkningene i studien støttes av annen litteratur eller eventuelt også om fortolkningen støttes av informantene i undersøkelsen (Johannessen et al. 2010) Det er av betydning at forskeren legger vekt på å beskrive alle beslutninger i hele forskningsprosessen, slik at leseren kan lese og forstå disse. I en slik beskrivelse er det viktig å være selvkritisk til hvordan prosjektet er gjennomført, kommentere tidligere erfaringer, skjevheter eller avvik, fordommer og oppfatninger som kan påvirke fortolkningen og tilnærmingen til undersøkelsen (Johannessen et al. 2010).

4.3 Systematisk utvelgelse av informanter

Mange forskere mener at det bør gjennomføres intervjuer helt til forskeren ikke får frem ny informasjon fra informantene (Johannessen et al. 2010). I teorien er det ingen øvre eller nedre grense for hvor mange intervjuer man bør ha, men i praksis har det utviklet seg noen uskrevne regler. Hvis det er begrenset med tid og økonomi til rådighet som ofte er tilfelle med studentprosjekter, bør man begrense seg til 10 intervjuer (Johannessen et al. 2010). Informantene er sykepleiere ved en psykiatrisk sengepost for pasienter med psykose og aggresjonsproblematikk. Jeg fikk tak i informantene ved å ringe til avdelingssjefen. Avdelingssjefen mottok deretter et informasjonsskriv fra meg som han videresendte på e-post til sine ansatte. Kort stund etter fikk jeg flere tilbakemeldinger med interesse for tematikken jeg hadde valgt å undersøke og flere sa seg villig til å delta. Sykepleierne har ulik arbeidserfaring som strekker seg fra tre til tjue års erfaring. Valget av informanter med stor variasjon i arbeidserfaring innen feltet var bevisst fra min side da dette er realiteten i dette yrket. Med dette sagt vil jeg si at mitt valg av informanter gir et mer realistisk inntrykk i undersøkelsen og resultatene vil kanskje også dermed bli mer troverdig.

4.4 Semistrukturert intervju

Et sted mellom strukturert og åpent intervju er den mest brukte formen for kvalitative intervjuer, også kalt semistrukturerte intervjuer eller delvis strukturerte intervjuer. Disse intervjuene er oftest basert på en intervjuguide og er en liste over temaer og generelle spørsmål som skal gjennomgås i løpet av intervjuet. Som oftest er spørsmålene i intervjuguiden ment som en oppmuntring til informanten til å komme med mer utfyllende informasjon. Bruken av denne typen intervjuer kan være med på å gi en god balanse mellom standardisering og fleksibilitet som igjen kan være med på å gi gode og utfyllende svar innen mange aspekter i undersøkelsen (Johannessen et al. 2010). Min erfaring ved bruk av semistrukturert intervjuteknikk var positiv. Jeg fikk en god dialog med de fleste informantene som gjordet at samtalen fløyt bra. Informantene fikk muligheten til å forklare å utfylle svarene sine slik at det ble lettere for meg å forstå. Dette tror jeg var med på å skape selvsikkerhet i de svarene informantene ga meg i intervjuene.

4.5 Fordeler og ulemper med metodevalget

For å kunne skape høy kvalitet på arbeidet i undersøkelsen er det viktig å reflektere rundt mulige svakheter i forbindelse med både intervjuer og forskningsmetodikk. Det er nyttig å være bevisst på svakheter ved metoden slik at en unngår at disse svakhetene fører til eventuelle feilkilder eller usanne resultater i analysedelen (Johannessen et al. 2010). Det ble ikke tatt noe lydopptak av informantene da all informasjonen jeg innhentet skulle være anonym. En feilkilde som kan oppstå her er muligheten for forveksling mellom informasjonen jeg fikk og kunnskap, samt at jeg i mine notater kan tillegge informantene meninger de selv ikke har uttrykt (Johannessen et al. 2010). Dette sørget jeg for at ikke skulle skje ved å gjenta svarene kort til informanten. Det kan også være utfordrende å få med seg hele «det store bilde» når jeg kun hadde muligheten til å notere under intervjuene. En annen ulempe ved semistrukturert intervju er at informantene lett kan spore av og mye irrelevant informasjon kan komme frem og ta opp viktig tid under intervjuet. På den andre siden kan det også være veldig nyttig informasjon som kommer frem når informanten sporer av, men dette vil variere. Flere av informantene var veldig engasjerte noe som førte til at flere sporet av, noe jeg opplevde som et positivt tilskudd til oppgaven. Avsporingen var ikke langvarig da jeg var kjapp med å minne på begrenset tid. Videre er det viktig å tenke seg om som forsker, slik at man ikke stille ledende spørsmål og på denne måten indirekte påvirker svaret til informanten (Johannessen et al. 2010). Jeg var påpasselig med hvordan jeg formulerte meg selv når jeg stilte informantene spørsmål fra intervjuet. Jeg passet også på at jeg ikke startet et spørsmål med «du er sikkert enig i? Eller «Mange av de andre informantene bekreftet». Jeg stilte spørsmålene fra intervjuguiden og lot informantene tenke seg om før de ga et svar.

4.6 Forforståelse

Det er viktig å reflektere rundt fordeler og ulemper ved at jeg selv er utdannet sykepleier og har flere års erfaring innen arbeid med psykiatri og psykose pasienter. Det er viktig å trekke inn min funksjon som forsker da jeg har anledning til å velge fokus og dermed påvirke resultatet ved å benytte min forståelse av situasjonen. Jeg har evnen til å tenke og tolke basert på tidligere erfaring fra yrket, noe jeg skal forsøke å unngå i undersøkelsen. En naturlig konsekvens av dette vil være at jeg som forsker ikke vil være i stand til å intervjuer eller analysere svarene fra informantene på en totalt objektiv måte. Jeg er bevisst at mine holdninger, intuisjoner og erfaringer vil kunne prege min undersøkelse (Malterud, 2006).

Jeg har selv jobbet i psykiatrien i cirka 4 år og har dermed erfart arbeid med høy risiko og pasienter med psykose og aggresjonsproblematikk. Det er noen ganger slik at psykose medfører aggresjon da pasientene ofte er paranoide og sliter med å stole på folk, opplever tankekjør, ser og hører ting som vi andre ikke gjør. Jeg har hatt som mål å erkjenne min forforståelse til temaet og være den bevisst gjennom hele undersøkelsen. Malterud (2006) skriver at forforståelse kan sammenlignes med en ryggsekk som tas med inn i forskningsprosjektet. Ryggsekken inneholder tidligere erfaringer, hypoteser, teoretiske referanserammer og faglige perspektiv. Denne ryggsekken kan styrke forskningsprosjektet og fungere som en motivasjonsfaktor for forskeren, men på den andre siden kan forforståelsen også føre til at funnene blir styrt, og på denne måten ende opp med funn som samsvarer mer med forståelse til forskeren, enn informantens forståelse og svar (Malterud, 2006). I følge Malterud (2006) er dette en av de vanligste fallgruvene ved bruk av denne metoden og kan muligens svekke påliteligheten til undersøkelsen. Det er viktig å påpeke at jeg som forsker reflekterer over min forståelse, og vektlegger hva som er mine antagelser i undersøkelsen slik at dette kommer tydelig frem for leseren (Malterud, 2006). Flere av antakelsene lagt fram i diskusjonsdelen starter med «det kan tenkes at».

4.7 Ethiske refleksjoner

Når man gjennomfører intervjubasert forskning må man være bevisst på de etiske problemstillingene som kan dukke opp mellom informanten og forskeren. Kvale og Brinchmann (2015) trekker frem fire tema som bør behandles for å kunne vurdere det etiske i en intervjuundersøkelse:

1. Informert samtykke: Informanten er informert om målet og temaet som skal undersøkes. Informantene kan når som helst trekke seg fra undersøkelsen og deltakelsen er helt frivillig. Dette gjorde jeg ved å sende ut et informasjonsskriv på forhånd. Jeg forsikret meg om at dette var forstått ved å ha en liten introduksjon i starten av intervjuet. Informanten ble også påminnet at deltakelsen var helt frivillig og at det var fullt mulig å trekke seg når som helst.
2. Fortrolighet: Informanten skal informeres om hvilke opplysninger som eventuelt offentliggjøres i oppgaven, selv når informanten er anonym. Dette grunnet opplysninger som kan identifisere deltakeren selv med navnet skjult. Informanten skal også få beskjed om hva som gjøres med den dataen som samles inn under intervjuet og hva som gjøres med denne dataen etter undersøkelsen er ferdig. Jeg forklarte alle informantene at

informasjonen jeg hentet inn under intervjuet ville bli satt opp i flere tabeller med stikkord. Jeg informerte også om at eventuelle fortellinger fra opplevde situasjoner ville bli omskrevet og anonymisert så langt det lot seg gjøre. Informantene fikk beskjed om at alt av notater og dokumenter skrevet fra hånd ville bli makulert når undersøkelsen var ferdig skrevet.

3. Konsekvenser: Forskeren bør tenke gjennom eventuelle konsekvenser undersøkelsen kan medføre både for informantene og det yrket informanten tilhører. Jeg tenkte gjennom mulige konsekvenser, men kom frem til at denne undersøkelsen mest sannsynlig ikke ville påvirke informantene i negativ forstand. Undersøkelsen er anonym og gir sykepleierne muligheten til å utale seg om egne følelser og opplevelser i møte med aggressive pasienter uten å måtte stå frem med fullt navn. Yrket vil trolig heller ikke påvirkes negativt, da denne undersøkelsen er med på å gi et innblikk i sykepleierens subjektive opplevelser av risiko. Denne undersøkelsen kan derimot føre til positive reaksjoner i form av mer forståelse for hva sykepleierne står i og hvilken type risiko de møter i hverdagen.
4. Forskerens rolle: Forskeren må være profesjonell og oppmerksom slik at du som forsker ikke lar deg påvirke av informanten eller motsatt. Dette kan være spesielt utfordrende når man foretar en undersøkelse på eget fagfelt og kanskje med informanter man kjenner fra tidligere. Det finnes ulemper og fordeler ved å foreta undersøkelse fra eget fagfelt, noe jeg har reflektert rundt i avsnittet over om forforståelse (Kvale & Brinchmann, 2015).

4.8 Gjennomføring av intervjuene

Et intervju er vanligvis en relasjon mellom to deltakere. Informasjonen som kommer frem av intervjuet er avhengig av denne relasjonen som bygges. Det finnes mange faktorer som kan påvirke intervjuet, som blant annet hvor pågående forskeren er ovenfor informanten (Johannessen et al. 2010). Det finnes en grense her da informanten deltar frivillig noe som er kjempeviktig å ta hensyn til som forsker. Intervjuet kan foregå ansikt til ansikt, på telefon eller via internett. Jeg hadde alle intervjuene ansikt til ansikt, da det på denne måten var lettere å fange informantens kroppsspråk som ga mye og viktig informasjon om vanskelige tema. Jeg valgte å avholde intervjuene på informantenes arbeidsplass for å sikre en trygghet blant informantene. Ulempen ved å ha intervjuene på informantenes arbeidsplass kan være avbrytelser fra mennesker eller telefoner som ringer. Jeg sørget for at vi fikk et privat rom for

å unngå slike avbrytelser. Jeg valgte også å henge opp et «opptatt skilt» på utsiden av døren for å signaliser dette tydeligere.

Gjennomføringen av intervjuene var en kjekk og lærerik prosess. Dette antageligvis på bakgrunn av at jeg tidligere i masterstudiet har gjennomført mange intervjuer. Intervjuene ble innledet med at jeg fortalte litt om meg selv, egen bakgrunn fra yrket og studiets hensikt. Informantene ble igjen informert om at svarene ville bli anonymisert i undersøkelsen. Det ble også informert om at jeg ikke ville ta opp noe på lydbånd eller lignende. Jeg forsikret meg om at informanten forsto alt jeg sa før jeg startet selve intervjuet. Under intervjuet skapte jeg en uformell dialog, der jeg selv deltok som menneske og ikke bare som en forsker. Dette gjorde jeg for å få informantene til å føle seg mer avslappet under intervjuet, slik at viktige poeng kom frem og i den bevissthet av at ingen informasjon eller tanker var dumme. Alle intervjuene ble gjennomført ved å benytte en delvis strukturert metode. Jeg benyttet meg av intervjuguiden, men tillot informanten å prate fritt på enkelte spørsmål. Dette for å sikre en full forståelse for enhver situasjon informanten hadde erfart med psykotiske og aggressive pasienter.

Forskeren som avholder intervjuer kan gi et negativt eller positivt inntrykk på informantene. Med dette tatt i betraktning tok jeg hensyn til eventuelle forhold som kunne påvirke mine informanter. Jeg sørget for å kle meg pent, men ikke for pyntet for å ikke skape en avstand mellom meg og informanten. Egenskaper som kjønn, alder, oppførsel og utseende kan også være med på å skape avstand eller nærhet mellom forskeren og informanten (Johannessen et al. 2010). Jeg la merke til at de fleste mannlige informantene svarte kjappere, men også kortere enn flere av damene. Jeg la også merke til en forskjell mellom informantene med lang erfaring og de med mindre erfaring. Informantene som hadde lang erfaring pratet til meg på en mer lærende måte og ønsket ofte bekreftelse på at det de fortalte var riktig. Informantene med mindre erfaring, var etter min oppfatning litt mer spørrende i måten de la frem svarene sine på. De spurte gjerne flere ganger om deres svar var det jeg ønsket eller om de hadde misforstått spørsmålet jeg stilte. Alle intervjuene varte i cirka 45 minutter, noe jeg var påpasselig på da jeg satt med en nedtellingsklokke. Jeg hadde et ønske om likt grunnlag ved hvert intervju og valgte derfor å være presis med tid. Dette fordi jeg ikke ønsket at noen informanter skulle få mer tid og andre mindre tid til å svare. Dersom temaet skiftet retning i intervjuet, påminnet jeg informanten om dette slik at ikke for mye tid gikk bort til avsporing (Johannessen et al. 2010).

Tabell 2

Informanter	Når	Erfaring
Sykepleier 1	11.04.22	4 år
Sykepleier 2	11.04.22	7 år
Sykepleier 3	12.04.22	11 år
Sykepleier 4	12.04.22	24 år
Sykepleier 5	14.04.22	3 år
Sykepleier 6	14.04.22	29 år
Sykepleier 7	18.04.22	15 år
Sykepleier 8	18.04.22	4 år
Sykepleier 9	19.04.22	12 år
Sykepleier 10	19.04.22	23 år

4.9 Koding og utvelgelse av data

Jeg startet med å transkribere intervjuene inn på datamaskinen ut ifra notatene jeg hadde notert meg. Deretter laget jeg en oversiktlig tabell der jeg gav informantene nummer fra 1 til 10. Tabellen ga meg en god oversikt over svarene jeg fikk av informantene som igjen ga meg muligheten til å se på ulikhetene og likhetene i svarene. Dette ga meg en unik mulighet til å finne latent innhold i meninger og holdninger til informantene på avdelingen. Denne metoden ga meg muligheten til å virkelig finne det som betydde mest for informantene innenfor denne tematikken. Det at jeg anonymiserte alle informantene var trolig med på å gi mer ærlige og kritiske svar, enn dersom informantene hadde blitt omtalt med navn og stilling. En informant trakk frem at hun/han var glad for at intervjuet skulle anonymiseres i undersøkelsen. Hun/han fortalte at som sykepleier jobber man hele tiden sammen med mange andre kollegaer og samarbeider. Dersom en eller flere av disse kollegaene hadde lest svarene fra intervjuet og i tillegg hadde sett navnet til informanten. Ville dette trolig medført en rekke spørsmål og kommentarer. Informanten påpekte at hun/ han ikke trodde slike kommentarer hadde vært av negativ karakter, men var allikevel glad for å slippe spørsmål i etterkant. Informanten påpekte avslutningsvis «folk på avdelingen min er ikke redd for å si hva de mener eller tenker, og mange har sterke meninger» noe som kan være krevende å stå i eller noe man bare ikke ønsker.

4.10 Reliabilitet

Et viktig spørsmål i all forskning er dataens pålitelighet. På forskningsspråket kalles dette reliabilitet som knytter seg til nøyaktigheten av en undersøkelsens data. Videre hvilke data som benyttes, måten dataen samles inn på og hvordan denne bearbeides. Det finnes ulike måter å teste dataens reliabilitet på. Man kan eksempelvis gjenta samme undersøkelse på samme gruppe på to forskjellige tidspunkt. Dersom resultatene blir de samme kan man si at tegnet på reliabilitet er høy. Denne formen for testing av reliabilitet kalles «test- retest – reliabilitet» (Johannessen

et al. 2016). I prosessen fra empiri til analyse, kan muligens resultatet bli preget av forskerens egen entusiasme for undersøkelsen (Tjora, 2020). Det er viktig å nevne at mye av dataen som er innhentet er basert på subjektive oppfatninger og opplevelser fra informantene. Det er nettopp deres subjektive opplevelser som er av interesse i akkurat denne studien. Dette fordi jeg ønsker å dokumentere informantens individuelle opplevelse av risiko og med dette kunne finne likheter og ulikheter. Jeg kan på bakgrunn av dette ikke være sikker på fullstendig oppnådd objektivitet i undersøkelsen. Dersom undersøkelsen hadde blitt utført igjen kan jeg ikke si med sikkerhet at samme resultat hadde kommet frem.

4.11 Validitet

Det andre spørsmålet som er sentralt å stille i all forskning er «i hvilken grad samstemte det jeg undersøkte med det jeg hadde til hensikt å undersøke», samt hvilken grad mine observasjoner avspeilet de fenomener eller variabler som interesserer meg (Johannessen et al. 2010) Validitet i kvalitative undersøkelser handler om i hvilken grad forskerens framgangsmåter og funn reflekteres på en riktig måte sett i sammen med studiets formål, og representerer virkeligheten på en riktig måte. Det vises til to teknikker som kan styrke sannsynligheten for forskningens fremdrift av troverdige resultater: Observasjon over lengre tid og triangulering. Vedvarende observasjon vil si at en investerer nok tid til å bli godt kjent med tematikken, og på denne måten kan skille mellom relevant og ikke relevant informasjon og bygge opp tillit. Det er med andre ord vanskelig å forstå helheten i et fenomen uten å kjenne konteksten (Johannessen et al. 2010). Vedvarende observasjon er en fordel jeg har i denne oppgaven, da jeg selv har som nevnt tidligere, fire års erfaring som sykepleier innen psykiatri. Jeg vil på bakgrunn av denne erfaringen kjenne godt til systemet jeg undersøker som igjen vil kunne representere validitet i min oppgave, men som også kan føre til det motsatte. Ulempen med denne erfaringen jeg har fra fagfeltet er at det kan bli vanskelig og problematisk å holde seg objektiv til undersøkelsen til enhver tid. Dette er noe jeg er klar over og vil ha i bakhodet gjennom hele undersøkelsen. Metodetriangulering vil si at forskeren bruker ulike metode under feltarbeidet (Johannessen et al. 2010). Eksempelvis er både observasjon og intervju noe jeg har benyttet meg av i denne undersøkelsen. Jeg har benyttet semistrukturert intervju som vil si at jeg har satt opp en mal med spørsmål, men som også gir informantene muligheten til å bygge videre på viktig informasjon som kan gi flere synsvinkler på tematikken. Observasjonene har jeg som nevnt ovenfor, gjennom mange års erfaring innen fagfeltet. Troverdigheten kan også styrkes ved å formidle resultatene til informantene og på denne måten få bekreftet at resultatene samsvarer.

5.0 Funn

Analysen av data er inndelt i tre hovedtemaer: 1- Opplevd risiko, 2 - samspill mellom kollegaer, 3 - Fysiske omgivelser. Funnene under disse kategoriene vises som stikkord i tabell 3, 4 og 5.

Tabell 3: Opplevd risiko

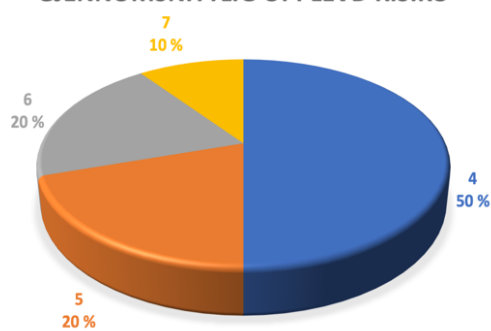
Kategori	Uttalelser fra sykepleier 1 til 10
Oppfatning av ordet risiko	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sjansen for at det skjer en uønsket hendelse eller Skade på personell 2. Sannsynlighet for negativ helsetruende situasjon 3. Økt fare for uønsket hendelse 4. Sannsynligheten for å bli utsatt for vold eller trusler 5. Situasjoner som kan resultere i negative konsekvenser 6. En situasjon utenom det vanlige 7. Risikoen for å bli utsatte for vold, slag og lignende 8. Sannsynligheten for at noe skjer eller ikke skjer 9. Som sykepleier tolker jeg risiko som faren for at jeg eller andre blir skadet i møte med pasienter 10. Det er alltid en risiko for at skade kan oppstå på jobb
Hvor ofte har du kontakt med aggressive pasienter	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hver dag 2. Av og til 3. Varierer fra hver dag til ukentlig 4. Cirka 2 ganger i uken 5. Ofte 6. Av og til daglig, andre ganger ukentlig 7. Svingende 8. Ofte 9. Hver uke 10. Daglig
Fortell om en situasjon med høyest grad av risiko	<ol style="list-style-type: none"> 1. Angrepet av pasient, fikk slag mot hodet 2. Pasient hadde smuglet inn kniv på avdelingen. Sannsynligheten for at pasienten kunne brukt denne mot personell var stor 3. Manisk og psykotisk pasient 4. Angrepet av ruset og psykotisk pasient ved ankomst til avdelingen 5. Ruset, sint og psykotisk pasient i fellesareal 6. Agitert mann i fellesstuen som var ruset. Han var paranoid og muskuløs, med en ansent kroppsholdning 7. Annet personell ble slått i hodet av pasient 8. Sto alene med sint og ruspåvirket mann som var verbalt og fysisk truende. Kollega som kom for å hjelpe var nyansatt uten erfaring 9. Sint og ruset pasient ble flyttet til skjerming. Knyttet never mot personell, gikk tett opp i ansiktet på flere. 10. Sint pasient som utagerte mot personell. Kastet en stol i vinduet så det knuste
Egen risikooppfatning i situasjonen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Høy risiko - fare for slag mot hodet 2. Høy risiko - livsfarlig 3. Høy risiko - fare for slag 4. Fare for slag mot hodet 5. Økt risiko for utagering – fare for skade på personell 6. Høy risiko – fare for skade 7. Høy risiko – fare for slag 8. Utrygg- usikker på om en uerfaren hadde klart å hjelpe til 9. Fare for å bli angrepet på jobb 10. Høy risiko for å bli skadet
Har du fått oppfølging	<ol style="list-style-type: none"> 1. Debriefing 2. Ekstra bemanning 3. Debriefing - veiledning av MAP konsulent 4. Nei, ingen oppfølging 5. Debriefing 6. Skrev synergi- pratet med annen kollega som var i sitasjonen. Fikk ikke tilbud om debriefing 7. Fikk samtale med assisterende leder og debriefing 8. Nei, ingen oppfølging 9. Debriefing- MAP trening, men dette skjer for sjeldent 10. Debriefing

5.1 Opplevd risiko

De fleste informantene hadde en forståelse for begrepet risiko. Det ble nevnt avvik, uønskede hendelser og sannsynlighet for å bli utsatt for farlige situasjoner. Alle informantene formidlet at de hadde kontakt med psykotiske og aggressive pasienter ofte, men at dette også kunne variere i perioder. På en skala fra 1 til 10 i opplevd risiko, hvor 10 er mest risikabel svarte de fleste informantene 4 i gjennomsnittlig opplevd risiko. Dette kommer også tydelig frem i figur nummer 1 som vist under avsnittet. Alle informantene beskrev en aggressiv og psykotisk pasient når de fikk spørsmålet om å beskrive en situasjon med sterkest/høyest grad av risiko på jobben. De aller fleste informantene rangerte egen opplevd risiko som høy, og at faren for utagering, vold og/eller slag var ofte tilstedeværende. Seks av ti informanter nevnte debriefing som en del av den tilbudte oppfølgingen etter den gitte hendelsen de hadde opplevd med en aggressiv pasient. Informant fire og ni trakk frem at tilbud om debriefing ikke var et tema den gangen de opplevde sterkest/høyest grad av risiko. Ved spørsmål om trygghetsfølelsen på jobb trakk alle informantene frem viktigheten av tilstedeværelsen av trygge og erfarne ansatte. Informantene påpekte viktigheten av en god fordeling mellom erfarne ansatte og nyansatte hvorav flest erfarne. Dette for å kunne ivareta trygghetsfølelsen på avdelingen.

Figur 1

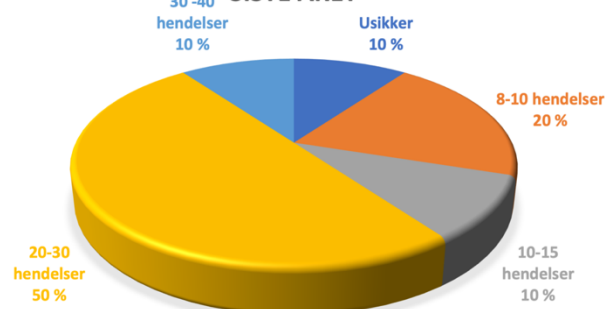
GJENNOMSNIITTLIG OPPLEVD RISIKO



På en skala fra 1 til 10 i opplevd risiko, hvor 10 er mest risikofylt

Figur 2

ANTALL OPPLEVDE RISIKOHENDELSER SISTE ÅRET



Tabell 4: Samspill mellom kollegaer

Kategori	Uttalelser fra sykepleier 1 til 10
Opplevelse av samarbeid ved håndtering av aggressive pasienter	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ja, må være to i all kontakt - godt samarbeid med kjent personell 2. Ja, må være to i all kontakt – erfarne og trygge sykepleiere 3. Både ja og nei - varierer veldig fra om det er fast personell eller vikarer på jobb 4. Ja, veldig bra samarbeid- bør være minst tre ansatte til stede 5. Bra samarbeid, men igjen kommer dette an på om det er fast personell som kjenner rutinene eller en ny vikar 6. Fire til fem personell dersom pasienten er fysisk urolig – to til tre dersom kun psykisk urolig- viktig med god kommunikasjon og trygt personell 7. Bør være minst tre personell tilstede - dersom pas er fysisk urolig må man ha mer personell tilstede 8. Noen ganger holder det med to ansatte andre ganger må flere til -spørs om de som er på jobb er erfarne eller nyansatt? 9. Mange nyansatte på avdelingen nå, vet ikke alltid hvor jeg har dem i slike situasjoner- samarbeider fint med kjent og trygt personell 10. Godt samarbeid stort sett, men dette innebærer at det er kjent og trygt personell tilstede som kan håndtere aggressive pasienter
Opplevd trygghet i slike situasjoner	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kjent personell- muligheten til bruk av alarm 2. Personell tilstede er selvsikre og ikke redde 3. Tydelig kommunikasjon mellom ansatte- trygt personell 4. Erfarent personell som tørr å stå i vanskelige situasjoner 5. Gode holdninger og tilstedeværelse fra ansatte - personell som er trygge på seg selv 6. BVC score og alarm 7. Kjent personell - ansatte som vet hva de skal gjøre 8. Personell man stoler på - som er trygge å stå med i en usikker situasjon 9. Personell holder seg rolig -nok ansatte i nærheten 10. Kjent personell som har erfaring med høy voldsrisiko
Bruk av kunnskap fra (MAP) kurs	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avstand, kroppsspråk og kommunikasjon 2. Føringer til rom ved utagering eller uro 3. Har tatt i bruk kunnskapen fra TMA kurset - har ikke fått tatt det nye MAP kurset 4. Kommunikasjon, plassering og bruk av alarm 5. Føring til rom - plassering og avstand med tanke på egen sikkerhet og for personell 6. Avstand, kroppsspråk og kommunikasjon 7. Plassering, teknikk, holdninger 8. Både ja og nei- i krisesituasjoner bruker jeg egen kunnskap om sikkerhet 9. Kommunikasjon (snakke rolig) plassering i rommet - har ikke brukt teknikker da dette er vanskelig og ugunstig i reelle situasjoner 10. Forebygging, fordeling av personell, føring og kartlegging
Mottatt oppfrisking i (MAP) kurset	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nei 2. Nei 3. Ja, nedleggingsteknikk, men ikke godt nok 4. Nei 5. Delvis 6. Nei 7. Ja, men ikke tilstrekkelig 8. Ja, men har vert lite nå under Corona pandemien 9. Vi har noen ganger øving på avdelingen, men det går ofte flere måneder mellom 10. Ja
Er det rutiner for håndtering av aggressive pasienter	<p>Alle informantene svarte ja, men ikke faste rutiner. Ingen situasjoner er like så man må bruke skjønn og erfaring for å løse situasjonen på best mulig måte.</p>
Har du tatt (MAP) kurs	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ja, 2018 2. Ja, 2017 3. Ja, men alt for mange år siden 4. Ja, mange år siden- den gang het det (TMA) 5. Ja, 2020 6. Ja, lenge siden 7. Ja, 2014 8. Ja, 2018 9. Ja, 2011 10. Ja, men jeg tok (TMA) i 1999

5.2 Samspill mellom kollegaer

Samtlige av informantene påpekte at samarbeidet mellom kollegaene i vanskelige situasjoner med aggressive og psykotiske pasienter oftest var bra. Alle informantene sa seg enig i at fast og kjent personell på avdelingen var et absolutt minstekrav for å kunne ivareta et godt samarbeid. Mye av det samme ble nevnt av informantene når spørsmålet om trygghetsfølelse ble stilt. De fleste trakk frem viktigheten av erfarne og trygge sykepleiere. Gode holdninger og god kommunikasjon ble også påpekt av to av informantene. Flere av informantene hadde fått tilbud om og tatt MAP kurset, men det var stor variasjon og mange års forskjell på når kurset ble tatt. De fleste informantene påpekte at tilbudet om oppfriskning av MAP kurset var minimalt.

Tabell 5: fysiske omgivelser

Kategori	Uttalelser fra sykepleier 1 til 10
Fysiske sikkerhets Kilder som er avgjørende for ansatte	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bemanning, trygt og kjent personell, alarm og god ledelse 2. Bemanning, alarm og tunge møbler 3. Bemanning, alarm og låste dører 4. Bemanning, jevnlig trening og oppfriskning i MAP kurset, romslig bruk av beroligende medisiner i akutte faser for pasienter 5. Bemanning, trygt personell, alarm og romalarm 6. Metalldetektor, alarmer, bemanning, låste dører og erfarne ansatte 7. Bemanning, alarm, låste dører og reduksjon av farlige gjenstander 8. Bemanning, alarm, medisin, belteseng og kloss til isolasjon 9. Bemanning, alarm, låste dører og tunge møbler på skjerming 10. Bemanning, trygt personell, alarm, romalarm, fastmonterte senger og fjerne farlige gjenstander
Mangler eller svakheter i den fysiske sikkerheten	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ikke som jeg kommer på nå, men vet at det er noe 2. Nei 3. Ja, mangel på HMS rutiner for å forsikre at den fysiske sikkerheten er som den skal og lange og uoversiktlige korridorer 4. Ja, lange og uoversiktlige korridorer som gjør det vanskelig å ha oversikt dersom annet personell blir utsatt for vold og alarm ikke blir benyttet 5. Vaktrommet på skjermet avdeling er for trangt og ikke sikkert for personell. Dette har jeg formidlet til ledelsen og de er klar over dette 6. Metalldetektor, bedre oversikt i avdelingen, smale ganger, mange nyansatte og mangel på oppfriskning i MAP kurset 7. For lav bemanning og uoversiktlige ganger i avdelingen 8. Ja, det hender at ansatte ikke dukker opp i alarmstasjoner, noe som er alvorlig svikt. Ledelsen er informert og klar over dette. Det er også for lav bemanning 9. Små å trange pasientrom og smale korridorer 10. For lav bemanning. Tidvis løst i form av ekstra innleid personell
Burde noe utbedres ved den fysiske sikkerheten	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ja, bedre tilbud om oppfriskning av MAP kurs og metalldetektor 2. Nei 3. Oftere trening på MAP og metalldetektor 4. Metalldetektor utenfor hovedinngangen til avdelingen. Avdelingen burde ha blitt bygd om da avdelingen er uoversiktlig. Fare for at personell bli angrepet uten at andre får det med seg. 5. Mulighetens får et uteområde hvor pasientene kan gå inn og ut selv. Dette med tanke på ansattes sikkerhet. Pasienter blir sint når de ikke får lov til å gå ut for frisk luft eller røyke 6. Ja, MAP oppfriskning og mer debriefing eller samtaler angående håndtering av aggressive pasienter 7. Ja, den faste bemanningen må økes. Pasientrommene er ikke sikre nok og må utbedres 8. Metalldetektor, mer oversiktlige ganger, bygge om avdelingen og høyere bemanning 9. Små å trange pasientrom, smale korridorer og metalldetektor 10. Oppfriskning av MAP kurs eller rom for diskusjon rundt temaet, sikre vinduene bedre, metalldetektor, per i dag trumfer pasientens rettigheter, ansattes sikkerhet

5.3 Omgivelser

Samtlige av informanter sa seg enig i at tilstrekkelig bemanning er viktig for å kunne ivareta den fysiske sikkerheten på avdelingen. Også andre fysiske sikkerhetsverktøy som alarm, låste dører og erfarne ansatte ble trukket fram. Ved spørsmål om det finnes mangler eller svakheter ved den fysiske sikkerheten, svarte informantene noe forskjellig. Det ble påpekt viktigheten av god grunnbemanning, oppfriskning av MAP kurs, rom for mer diskusjon og læring/trening i håndtering av aggressive og psykotiske pasienter. Mange av de samme tingene gikk igjen på spørsmålet om behovet for utbedring av den fysiske sikkerheten. Informant fire formidlet behovet for renovering av rommene da disse er uoversiktlige og direkte farlige for ansatte å bevege seg inn i dersom man håndterer en aggressiv pasient. Flere informanter påpekte behovet for metalledetektor utenfor hovedinngangen til avdelingen. Dette for å sikre at pasientene ikke får med seg skarpe gjenstander inn på avdelingen. En slik metalledetektor eksisterer kun ved mottaksavdelingen og sikkerhetsavdelingen i dag.

6.0 Diskusjon

Ut ifra intervjuene fikk jeg en oppfatning av at informantene arbeider i et godt miljø med mulighet for åpenhet, ærlighet og inkludering. For å kunne svare på problemstillingen må jeg se nærmere på informasjonen fra informantene og knytte dette opp mot relevant teori. På denne måten kan jeg få en dypere forståelse for hvilken risiko sykepleierne opplever i møte med psykotiske og aggressive pasienter i psykiatrien. I diskusjonen vil jeg se nærmere på temaene;

- Opplevd risiko
- Samspill mellom kollegaer
- Fysiske omgivelser

6.1 Opplevd risiko

Det kommer frem av svarene til alle informantene at egen opplevd risiko er forhøyet på arbeidsplassen. En felles forståelse informantene har om risikobegrepet er at dette kan føre til en uønsket hendelse eller fare for skade på personell. Sykepleiernes forståelse for risikobegrepet kan ses i likhet med Avens (2006) tolkning av begrepet. Han påpeker at begrepet brukes for å definere farer som uønskede hendelser representerer for miljø, økonomiske verdier og mennesker (Aven, 2006). Også i dagligdagse temaer benyttes risikobegrepet som oftest i sammenheng med farer som nevnt av informantene, eller sannsynlighet for en fare (Rausand & Ute, 2009). Rausand & Ute (2009) trekker også frem at risiko kan bety ulike ting for mennesker på bakgrunn av ulik erfaring og kunnskap i tilnærmingen til risiko (Rausand og Ute, 2009). Når informantene fikk spørsmålet om å rangere gjennomsnittlig opplevd risiko på en skala fra en til ti, der ti er mest risikofyllt, fikk jeg noenlunde samme tall hos de fleste. Tallene varierte fra fire til seks, noe som ga en median på fem totalt. En median med verdien fem kan sies å være høy da dette er den risikooppfatningen de ansatte sykepleierne går og kjenner på til enhver tid på jobb.

Ved spørsmål om hvor ofte sykepleierne har kontakt med aggressive pasienter kom det frem noe ulike svar, men flertallet sa at de møter denne typen aggresjon ofte, men at dette igjen kunne variere veldig. Når man som menneske møter andre aggressive mennesker reagerer vi alle ulikt. I følge Luptons (2013) tilnærming til risiko, kan folk ofte være mer bekymret for risikoer som oppfattes som nære. På den andre siden har de risikoene som anses som vanlige og mindre alvorlige en tendens til å bli undervurdert (Lupton, 2013). Dette er interessant å tenke over da sykepleierne ofte har kontakt med aggressive pasienter og noen ganger også hver dag. Det kan

tenkes at alvorlige situasjoner lettere kan oppfattes som vanlige eller mindre alvorlig for sykepleierne enn folk generelt, da de møter slike situasjoner daglig. Som Lupton (2013) påpeker kan risikoer som anses som vanlige bagatelliseres og kanskje i noen tilfeller også undervurderes av sykepleierne. Det kan diskuteres om risikoen til tider blir undervurdert når pågangen av aggressive pasienter er økende og på denne måten også blir mer normalisert i dette tidsrommet. Risikoen sykepleierne opplever i møte med psykotiske og aggressive pasienter er sjelden frivillig, og blir nok oftest sett på som en del av jobben, noe man bare må stå i og håndtere. Lupton (2013) påpeker at frivillige eller kjente risikoer oppfattes som mer akseptable, mens risikoene som anses som nye eller pålagte kan oppfattes som mindre akseptable. Aven (2006) skriver også at aksept for en risiko kommer an på om risikoen er frivillig eller påtvunget. Aven (2006) sier videre at risikoen knyttet til visse hendelser imidlertid kan aksepteres dersom kombinasjonene av mulige konsekvenser av hendelsen som inntreffer, kan håndteres på en akseptabel måte (Aven, 2006). Det kan tenkes at sykepleierne ser for seg mulige konsekvenser basert på tidligere erfaringer og på denne måten legger en strategi med oppbemanning og forebyggende sikkerhetstiltak, slik at mulige konsekvenser blir akseptable. På den andre siden kan også disse strategiene føre til et utfall som ikke er akseptabelt. Noe som kan gjøre slike situasjoner svært vanskelige og komplekse. Noen ganger kan sykepleierne møte på så høy risiko at selv forbyggende tiltak og strategier ikke vil være akseptable i møte med den aggressive og psykotiske pasienten. I slike situasjoner må man ifølge informantene ty til hjelp fra andre instanser som politi, for å kunne få kontroll på situasjonen og samtidig ivareta de ansattes trygghet og sikkerhet.

Videre kommer det frem av intervjuene at oppfølging av ansatte etter spesielle hendelser med aggressive pasienter er for dårlig. De fleste informantene trakk frem debriefing som en del av oppfølgingen etter spesielle hendelser. Informant fem, syv og ni derimot fikk ikke tilbud om debriefing etter en spesiell hendelse i møte med en aggressiv pasient, og trakk frem at dette var noe som ble sterkt savnet. Debriefing etter utløst alarm ved en spesiell hendelse skal som nevnt tidligere innebærer kort informasjon om forløpet: når og hvorfor uro oppsto med pasienten og hvilke valg som ble tatt underveis. Deretter skal det tas en runde hvor alle involverte kan fortelle hvordan de opplevde situasjonen og kan komme med konstruktive tilbakemeldinger: Hva var bra? Hvis det ble planlagt noe i forkanten: hvordan fungerte planen i praksis? Hva kan gjøres annerledes til en annen gang? Ved debriefing får de ansatte muligheten til å dele følelsene og tankene sine. Det å miste tilbudet om en debriefing eller ikke ta oppfølgingen seriøst etter risikopregede situasjoner kan prege mange sykepleiere i etterkant uten at dette kommer tydelig

frem. Dette kan ses i sammenheng med Renns (2008) teori, som trekker frem at mennesker former synet sitt på risiko ulikt ut ifra egne subjektive vurderinger. Denne vurderingen inkluderer blant annet faktorer som verdier, følelser, kontrollbarhet og fortrolighet (Renn, 2008).

Mennesker har ulike personlige erfaringer i møte med aggressive pasienter og ulike Sosiokulturelle forutsetninger som igjen kan påvirke vurderingen i den gitte situasjonen, og dermed deres risikooppfatning (Aven, 2020). Flere av informantene fortalte om en følelse av ubehag og hjertebank i møte med aggressive pasienter. Informantene reflekterte rundt hvorfor dette kunne være tilfelle og kom frem til at tidligere lignende situasjoner kan ha gitt dårlige opplevelser og en negativ innvirkning på dem. Blant disse situasjonene har flere ført til en uønsket hendelse i form av avvikende rutiner i situasjonen som igjen har ført til skade på personell i form av fysisk vold eller psykiske plager. En slik erfaring kan som Lupton (2013) påpeker oppleves som ekstra nær og føre med seg store bekymringer og usikkerhet for sykepleieren. Flere av informantene påpekte at de flere ganger hadde opplevd frafall av tilbudet om debriefing. Dette grunnet mangel på kontroll i situasjonen. Andre ganger ble debriefing glemt, skjøvet til siden eller rett og slett ikke prioritert, men som oftest var dette grunnet stress, uoversiktlige forhold og travelhet i den gitte situasjonen. Debriefing kan også tilbys timer eller dager etter en hendelse har inntruffet, men som informant syv la frem blir dette ofte glemt eller undervurdert i en ellers travel hverdag.

Sett ut ifra informantenes svar kan det virke som om de fleste føler seg generelt trygge på jobb, men at dette er avhengig av en god inndeling mellom uerfarne og erfarne sykepleiere på vakt. Flere av informantene påpekte at de følte seg trygge på jobb dersom de hadde robuste og kompetente kollegaer i ryggen, men at dette fort kunne snu dersom de møtte på kveldsvakt til et syn av bare nyansatte og vikarer som oftest er i behov for oppfølging og opplæring. Det kan tenkes at opplæring og oppfølging av nyansatte og vikarer ikke er noe de erfarne og fast sykepleierne har tid til på en ellers travel kveldsvakt. Som Engen (2016) trekker frem er robusthet nært knyttet til begrep som tilpasning, fleksibilitet og resiliens. Det kan tenkes at sykepleierne er avhengige av fleksible kollegaer som har evnen til å tenke selv og ta beslutninger i ulike situasjoner, også under pressede og usikre situasjoner. Med andre ord er sykepleierne enig i at behovet for robuste sykepleiere på vakt er ekstremt viktig for å kunne ivareta sikkerheten til de ansatte på avdelingen og dermed også trygghetsfølelsen.

Mange av informantene svarte likt ved spørsmål om opplevd risiko når pasienter scorer høyt på BVC skjema før et vaktskifte. Som tidligere beskrevet gir BVC score en indikasjon på pasientens stemningsleie og dokumenteres i journalen av sykepleieren som har ansvaret for pasienten. BVC skjemaet består av en skala fra 1 til 6 hvor man krysser av på punktene: irritabel, forvirret, fysiske trusler, verbale trusler, høylytt og slag/spark mot gjenstander eller personell. Dette skjemaet blir lest høyt på rapporten for sykepleierne som kommer på kveldsvakt. Ved å få dette lest høyt, får sykepleierne en oppfatning av pasientens stemningsleie før vaktskiftet og på denne måten en mulighet til å tilrettelegge eller planlegge fordelingen av bemanningen og sette inn forbyggende sikkerhetstiltak. Flere av informantene påpekte at de ofte kjente på en usikkerhet og utrygghet når de fikk oppgitt pasienter med høy BVC score før en kveldsvakt. Flere oppga likevel at dette skjemaet ga dem muligheten til å forutse eventuelle situasjoner som kunne oppstå i løpet av kveldsvakten, og dermed hadde muligheten til å planlegge noen forebyggende tiltak i møte med den aggressive pasienten.

Aven (2006) påpeker at det er av relevans å definere hva usikkerhetsbegrepet kan bety i fremtiden. Dette fordi det alltid vil ligge en viss usikkerhet knyttet til om en hendelse vil inntreffe eller ikke, og hva eventuelt konsekvensene vil bli av hendelsen (Aven, 2006). Som nevnt ovenfor kan sykepleierne bruke usikkerheten til å sette inn forebyggende tiltak. Dette ved å for eksempel sette inn flere personell der det er stor usikkerhet og uoversiktlige forhold, slik at en oppnår kontroll på den aggressive pasienten, og reduserer omfanget av konsekvenser som kunne oppstått. Det kan tenkes at sykepleierne tar i bruk tidligere erfaringer når de foretar vurderinger om sannsynligheten for at en viss hendelse vil inntreffe. Sykepleiernes evne til å vurdere usikkerhet og sannsynlighet basert på tidligere erfaring kan også ses i likhet med Avens (2006) forklaring på sannsynlighetsbegrepet, der han uttrykker at sannsynlighet er en usikkerhet knyttet til om ulike hendelser vil skje basert på tidligere erfaring og kunnskap som er tilgjengelig på det aktuelle tidspunktet (Aven, 2006). Videre viser Aven (2006) til bruk av subjektive eller kunnskapsbaserte antagelser av sannsynlighet. Med andre ord en måte å uttrykke «grad av tro» på at en hendelse vil inntreffe (Aven, 2006). Denne tilnærmingen til sannsynlighet benytter sykepleierne ofte når de vurderer voldsrisiko og mulig skade en pasient kan utgjøre på personell eller andre pasienter. Dette kan være utfordrende da sykepleierne har stor variasjon i erfaring og vil med dette vurdere risikoen ulikt. På den andre siden kan denne måten å tilnærme seg sannsynligheten på også være nyttig. Dette med tanke på at sykepleierne har fått opplæring i hvordan de skal håndtere aggressive pasienter. Med erfaring fra tidligere

situasjoner vet gjerne sykepleierne hvilke tiltak som bør iverksettes og hvilke forebyggende sikkerhetstiltak som bør prioriteres.

Flere av informantene fortalte om en rekke utfordringer knyttet til pasienter med høy voldsrisiko. Noen av informantene trakk frem en følelse av å være hjelpeløs og redd i flere tidligere situasjoner de hadde opplevd i møte med aggressive pasienter. Det kom frem av informantene at en slik utrygghet var mest vanlig hos de sykepleierne med lite til ingen erfaring, men at denne utryggheten også kunne forekomme hos erfarne sykepleiere grunnet dårlig oppfølging i etterkant av hendelser. Flere påpekte at dårlig oppfølging i etterkant av en spesiell hendelse var med på å øke egen skyldfølelse, utrygghet og tanker om de rette valgene ble tatt i situasjonen. Slike tanker eller minner fra tidligere situasjoner kan potensielt fremprovosere følelser som frykt, hjelpeløshet og hjertebank på tross av mange års erfaring i psykiatrien. Sett i likhet med Renn (2008) kan negative assosiasjoner til risiko skape en følelse av hjelpeløshet og frykt (Renn, 2008). Flere informanter påpekte også en voksende frykt og usikkerhet i møte med aggressive pasienter. Dette fordi de må avvente fysiske tiltak til alt annet er forsøkt først. Det kan diskuteres om sykepleierne med andre ord faktisk må vente med å forsvare seg til de blir angrepet først. Man kan naturligvis tenke seg frem til at dette ikke er akseptabel risiko å stå ovenfor hver dag på jobb. Aven (2006) trekker frem i sin teori at risikoaksepkriterier er avhengig av flere komponenter, som menneskers oppfatning av og holdninger til aktivitetens risikonivå, viktigheten av å se på nytteverdien av aktiviteten, faren for ulykke, om det finnes gammel eller ny teknologi og om risikoen er frivillig eller påtvunget (Aven, 2006). Med dette sagt kan flere etiske spørsmål stilles og enda flere dilemmaer oppstå. Det kan med sikkerhet sies at nytteverdien av aktiviteten er til stede. Dette fordi sykepleierne hjelper psykisk syke mennesker som ikke alltid vet sitt eget beste, men selv om aktiviteten har en nytteverdi er fare for ulykke absolutt tilstede. Teknologi som Aven (2006) nevner som en del av risikokriteriene, har sykepleierne til stede i form av alarmer som kan utløses og signalisere behovet for hjelp. Flere av sykepleierne trakk frem at bruk av alarm var en god trygghet å ha, men at teknologien var noe gammel og utdatert. Med dette mente sykepleierne at alarmene var noe uoversiktlige og noen ganger også vanskelig å forstå. Alarmene signaliserer allikevel en sikkerhet som sykepleierne ser på som høyest nødvendig for å ivareta sikkerheten. De trakk frem at en oppdatering eller utskiftning av alarmene sikkert ville bidratt til økt trygghetsfølelse blant sykepleierne.

Det kan diskuteres om den risikoen sykepleierne står ovenfor i avdelingen er påtvunget eller ikke. Aven (2006) påpeker at det er avgjørende om risikoen er frivillig eller påtvunget og utgjør en del av akseptkriteriene for om risikoen er akseptabel eller ikke. Selv om sykepleierne frivillig har valgt å jobbe med psykotiske mennesker som potensielt kan bli aggressive og utgjøre høy voldsrisiko, er det dermed ikke sagt at denne risikoen er akseptabel. Man kan kanskje kalle dette for frivillig tvang da sykepleierne blir nødt til å håndtere psykotiske og mulig aggressive pasienter på en daglig basis. Sykepleierne er med andre ord tvunget til å akseptere det faktum at risikoen kan være høy og farlig, men dette er noe som sagt tidligere variere veldig og som igjen kan skape usikkerhet og utrygghet.

Viktige funn

Tabell 6

<ul style="list-style-type: none"> • Det er viktig å ta vare på erfarne sykepleiere slik at de kan bli flere og tryggere i møte med psykotiske og aggressive pasienter.
<ul style="list-style-type: none"> • Større fokus på debriefing etter spesielle hendelser.
<ul style="list-style-type: none"> • Fortsette å bruke BVC skjema for å forstå pasientens voldsrisiko.
<ul style="list-style-type: none"> • Større rom for samtale med kollegaer om egne følelser og tanker.

6.2 Samspill mellom kollegaer

Som nevnt tidligere påpekte samtlige av informantene viktigheten av trygge kollegaer med erfaring. På spørsmål om sykepleierne følte seg trygge i møte med aggressive pasienter, ble flere komponenter nevnt; trygge og erfarne sykepleiere, tydelig kommunikasjon både nonverbalt og verbalt, personell som er selvsikre og ikke redde i krevende situasjoner og personell med gode holdninger. Flere sykepleiere beskrev også en forventning til automatikk som en egenskap det forventes at de skal kunne mestre. Med andre ord vil dette si at de må kunne reagere raskt, snu seg rundt og samarbeide med kollegaer på sekundet. Det kan tenkes at denne automatikken som beskrevet er en egenskap sykepleieren tilegner seg etter flere år med observasjon, trening og erfaring. Aven (2020) forklarer to måter å behandle informasjon på i sin teori. Den første måten også kalt system 1 er automatisk, raskt, instinktivt og følelsesmessig. Det vil med andre ord si at den system 1 er en spontan reaksjon på omgivelsene rundt, når en person er i nærheten av en risiko. Denne måten å behandle informasjon på som Aven (2020) legger frem, kan ses i likhet med sykepleierens behov for kjapp respons og automatikk i krevende situasjoner med aggressive pasienter. Aven (2020) påpeker at den andre metoden også kalt system 2 også er viktig for å kunne håndtere risiko på en god måte. I denne metoden går

tankene saktere og inneholder nøyere vurdering av saken. Denne metoden er lettere å benytte når risikoen er på avstand.

Det kan tenkes at tilnærming til begge disse to metodene, er gunstig for sykepleierne. System to kan være gunstig å bruke til å planlegge og sette inn forebyggingstiltak, slik at konsekvenser reduseres.. Mens system en på den andre siden burde gjerne benyttes i akutte situasjoner der risikoen var nært forestående og situasjonen uoversiktlig. Ifølge Aven (2020) benytter folk seg av begge disse systemene, selv når det er snakk om samme risikoen. Bruken av system en og to har altså en påvirkning på hvordan risikoen oppfattes. Med dette tatt i betraktning blir det lettere å skjønne hvorfor de samme risikoene kan ses på forskjellige måter av uerfarne og erfarne sykepleiere (Aven, 2020). Som Aven påpeker, tolkes risikoen forskjellig i ulike sammenhenger noe Rausand og Ute (2009) forklarer med at mennesker har ulike erfaringer og kunnskap i møte med risiko. En annen ting som også er viktig å ta med i betraktningen er at mennesker har ulik risikovillighet (Rausand og Ute, 2009).

De fleste informantene hadde fått tilbud om, eller gjennomført MAP kurs i arbeidstiden. MAP står for møte med aggresjonsproblematikk og handler om hvordan ansatte skal møte sinte og aggressive pasienter på best mulig måte. Informantene hadde tatt MAP kurset med mange års mellomrom. Noen hadde også tatt et annet og gammelt kurs, kalt TMA og ikke det nye MAP kurset. Informant ti hadde tatt TMA kurset og ikke MAP kurset i 1999, mens informant fem tok MAP kurset i 2020. Flere informanter påpekte at oppfriskning i kurset og øving på ulike teknikker var for dårlig. Samtlige av sykepleierne sa de tok i bruk noe kunnskap fra MAP kurset i møte med psykotiske og aggressive pasienter, men at de trolig ville benyttet kunnskapen mer og på en tryggere måte dersom fokuset på oppfriskning og trening ble større. Å gå lengre perioder uten å få tilbud om oppfriskning eller trening i programmer som regnes som et verktøy i møte med psykotiske og aggressive pasienter kan være med på å skape frykt for det ukjente og usikre for sykepleierne. Som Boyesen (2003) trekker frem kan mangel på personlige opplevelser av risiko knyttes til forhold utenfor det man vanligvis omgir oss med. Dette kan forklares med andre ord som en frykt for det ukjente. De ansatte har ikke alltid erfart krevende situasjoner med aggressive pasienter og mangler kanskje personlige opplevelser av denne typen risiko. Ved fokus på opp trening og oppfriskning i MAP kurset kan det tenkes at sykepleierne tilegne seg nyttig kunnskap om ulike risikosituasjoner og hvordan disse bør løses eller hvordan man bør tenke. Ved å fokusere mer på dette kan det tenkes at frykten for det ukjente blant

sykepleierne reduseres og kanskje gir en indre trygghet når vanskelige avgjørelser må tas under press.

Informantene trakk frem noen få punkter de husket fra kurset som; plassering i rommet, ulike teknikker, egne holdninger, kroppsspråk og kommunikasjon. Informant ni påpekte at hun/han ikke tok i bruk teknikkene fra MAP kurset da disse er vanskelige og ugunstige å benytte i reelle situasjoner. De fleste andre informantene nevnte et par ting de husket fra MAP kurset som gikk igjen, men at dette var noe tynt og skulle ønske at mer tid ble satt av i arbeidshverdagen til oppfriskning i kurset. Informantene trakk også frem behovet for større rom for å kunne snakke om følelser og tanker etter hendelser og på denne måten få trygghet og støtte fra kollegaer.

Tatt i betraktning det som allerede er diskutert kan det tenkes at samspillet mellom kollegaen også bedres i form av dypere forståelse for hvordan sykepleierkollegane tenker og tar beslutninger i vanskelige situasjoner. Ved å kommunisere disse individuelle avgjørelsene i MAP trening kan personell bedre forstå hverandre og bygge tillit. Som Renn (2008) påpeker er troverdighet og tillit avgjørende i folks respons og er med på styrke en mer sosial og kulturell tilnærming til risikooppfatningen.. Det kan også tenkes at de uerfarne og nyansatte har stort behov for dette og vil på denne måten komme styrket til vanskelige situasjoner med bedre kunnskap og forståelse for situasjonen. Som Renn (2008) påpeker, har folk sjeldent en direkte opplevelse av en risiko hendelse og må dermed stole på formidlet informasjon og innførte tiltak. Det kan tenkes at nyutdannede og sykepleiere med mindre erfaring får en bedre forståelse for hva høy risiko innebærer, ved å lære fra og reflektere rundt lignende situasjoner med erfarne sykepleiere. På denne måten vil kanskje sykepleiere med mindre erfaring føle seg tryggere i situasjoner med høy voldsrisiko.

De aller fleste informantene sa seg enig i at det finnes rutiner for håndtering av psykotiske og aggressive pasienter, men at disse rutinene ikke er fastsatte eller passer til enhver situasjon. Sykepleierne er ofte nødt til å ta avgjørelser basert på tidligere erfaringer, tilegnet kunnskap og skjønn. Tiltak som må endres eller justeres ut ifra enhver situasjon er ikke uvanlig for sykepleierne. Flere av informantene trakk frem at også etter flere års erfaring ville situasjoner der rutiner måtte justeres eller endres være utrolig krevende. Ofte i slike situasjoner må sykepleierne vurdere sannsynligheten for forhøyet voldsrisiko. Som Renn (2008) påpeker i boken sin har flere forskere kommet frem til at det er flere skjevheter i hvordan mennesker overfører sannsynlighet til deres risikooppfatning. Dette kalles for intuitive ulikheter. Dette med

skjevheter påpeker også Lupton (2013) ved bruk av heuristikk eller mentale strategier til å gjennomføre risikovurderinger (Lupton, 2013). Uerfarne sykepleiere ble som tidligere nevnt av informantene ofte utrygge i vanskelige situasjoner og vil trolig på bakgrunn av dette ta helt andre intuitive beslutninger enn en erfaren sykepleier. Renn (2008) påpeker videre at dersom en risikohendelse er kjent for en person vil sannsynligheten oftest bli overvurdert og omvendt. En sykepleier som har erfart en lignende risikohendelse vil ha et bedre utgangspunkt til å kunne sette inn forebyggende tiltak og redusere konsekvenser ved å overvurdere risikoen og situasjonen. Forebyggende tiltak kan som informantene påpekte være økning i bemanning, plassering i rommet, kroppsspråk og kommunikasjon som nevnt tidligere i forbindelse med MAP kunnskap. Renn (2008) skriver i likhet at risikorelaterte egenskaper som frykt til en hendelse og kjennskapen påvirker vurderingen man gjør seg om hvor sannsynlig det er for at hendelsen vil inntreffe (Renn, 2008).

Viktige funn

Tabell 7

<ul style="list-style-type: none"> • Flere møter eller samlinger med fokus på håndtering av risiko.
<ul style="list-style-type: none"> • Bedre opplæring av uerfarne sykepleiere.
<ul style="list-style-type: none"> • Større rom for diskusjon og refleksjon fra tidligere risiko hendelser mellom erfarne og uerfarne sykepleiere.
<ul style="list-style-type: none"> • Fokus på trening og oppfølging av MAP kurs.

6.3 Fysiske omgivelser

Informantene trakk frem mye av det samme når de ble spurt om fysiske sikkerhetskilder. Viktige sikkerhetskilder som økt bemanning, alarmer og låste dører gikk igjen. I følge Njå (2020) kan disse sikkerhetskildene som nevnt ovenfor også kalles og benyttes som beredskapsbarrierer. Njå (2020) omtaler beredskapsbarrierer som de systemene eller fiksjonene som skal hindre eller begrense videre utvikling av farlige situasjoner. Et eksempel på en slik beredskapsbarriere vil i dette tilfelle kunne være alarmen alle ansatte bærer til enhver tid på avdelingen, for å kunne ivareta egen sikkerhet. Dette for å øke trygghetsfølelsen og kanskje også redusere opplevd risiko hos flere av sykepleierne. På den andre siden er alarmene som informantene påpekte uoversiktlige og til tider vanskelige å forstå. Alarmer som er vanskelige å tyde kan være problematisk dersom en sykepleier står alene i en alarmsituasjon med en pasient som er vurdert til høy voldsrisiko. Dette kan også skyldes at de som benytter alarmene er

uerfarne, ikke har fått god nok opplæring i hvordan alarmsystemet fungerer eller at informasjonen på displayet blir lest for fort og mistolkes av den som bærer alarmen.

Boyesen (2003) påpeker at trusler som er synlige og umiddelbare kan observeres og rammer ofte brått. Nedbemanning av antall sykepleier på en kveldsvakt kunne vært en synlig og umiddelbar trussel som kunne resultert i nedprioritering av tiltak og dermed også sikkerhet blant sykepleierne på jobb. Det kan tenkes at dersom dette var tilfelle ville sykepleierne mest sannsynlig stresset rundt på avdelingen for kun å «slukke branner». Med dette mener jeg at sykepleierne kun gjør det absolutt nødvendige, for annet er det ikke kapasitet eller tid til å prioritere. Dette vil igjen kunne føre til en følelse av utrygghet som kan påvirke og øke egen opplevd risiko. Og som nevnt tidligere kan risiko som gir sterke assosiasjoner til frykt øke sannsynligheten for at risikoen bli sett på som farlig. Også usikkerheten rundt situasjonen og negative tilknytninger kan gjøre at risikoen bli vanskelig å håndtere (Renn 2008).

Boyesen (2003) påpeker at det er en sammenheng mellom det vi mennesker tidligere har opplevd som risikofyllt, og hvordan man forholder seg til risiko i dag. Med andre ord vil det si at en risiko for meg, vil nødvendigvis ikke være tolket som en risiko for deg. Som tidligere nevnt kan de erfarne sykepleierne ha en helt annen oppfatning av risiko enn nyansatte sykepleiere. Dette fordi tidligere erfaring og kunnskap fra lignende uønskede hendelser gir en breiere forståelse for om risikoen er forhøyet og farlig eller om den kan håndteres med forebyggende tiltak. Sykepleieren med mindre erfaring står litt på bar bakke her, og trenger nettopp derfor bedre oppfølging og kunnskap i hvordan man håndterer pasienter med høy voldsrisiko.

Troverdighet og tillit er avgjørende for folks oppfatning av risiko og er med på å styrke en mer sosiokulturell tilnærming til risikooppfatningen (Renn, 2008). Det kan tenkes at tillit og troverdighet er av stor betydning for sykepleierne. Sykepleierne må ha tillit til hverandre og stole på de fysiske sikkerhetskildene på avdelingen. Renn (2008) påpeker at gjensidig tillit mellom ledelsen og de ansatte er avgjørende for å kunne begrense negative oppfatninger eller tolkninger. Sykepleierne må stole på at ledelsen i avdelingen vurderer risikoen jevnlig og bemanner opp dersom risikoen blir vurdert som høy. Sykepleierne skrøt av ledelsen da de flere ganger hadde leid inn ekstra sykepleiere på kveldstid ved forhøyet risiko på avdelingen uten å måtte be om godkjenning. Ledelsen på avdelingen viste på denne måten en tillit til sykepleierne som tok utfordringen i egne hender, og leide inn flere sykepleiere til avdelingen. Tilliten blant

sykepleierne og ledelsen på avdelingen har nok en viktig betydning og er trolig avgjørende for om risikoen tolkes som håndterbar (Renn, 2008).

Flere av informantene påpekte også et ønske om metalledetektor ved inngangsdøren til avdelingen, med tanke på sikkerheten. En metalledetektor vil oppdage og pipe dersom pasientene bærer med seg skarpe gjenstander eller andre potensielt farlige gjenstander. En metalledetektor vil trolig bidra til at sykepleierne føler seg litt tryggere.

Viktige funn

Tabell 8

• Sykepleierne har behov for høyere bemanning på avdelingen.
• De gamle alarmene bør oppdateres eller skiftes ut.
• Bevare tilliten mellom ledelsen og de ansatte.
• Investere i metalledetektor ved inngangsdøren for å redusere skarpe og farlige gjenstander medbrakt av pasienter, og med dette skape økt sikkerhet i avdelingen.

7.0 Konklusjon

Sykepleierne i denne studien belyste en rekke utfordrende situasjoner i møte med psykotiske og aggressive pasienter i psykiatrien. Ut ifra spørsmålene om 1) opplevd risiko 2) samspill mellom kollegaer og 3) fysiske omgivelser, viser studien til at manglende bemanning øker sykepleiernes opplevde risiko og skaper utrygghet i avdelingen. Selvstendige, trygge og erfarne sykepleiere som samarbeider umiddelbart ved behov, kommer frem som et av de viktigste funnene i denne studien, og er av stor betydning for å kunne ivareta sykepleiernes trygghet på avdelingen. Dette fordi sykepleierne jobber tett sammen og er avhengig av godt samarbeid.

Det er grunn til å påpeke at det eksisterer et gap mellom informantenes forventning til sikkerhet, og den sikkerheten som praktiseres på avdelingen. Grunnen til dette skyldes ifølge informantene mangel på ressurser som medfører utrygghet og usikkerhet. For å kunne ivareta et godt samarbeid og opprettholde sikkerheten på avdelingen må sykepleierne kunne stole på kollegaene sine og ha tillit til at den fysiske sikkerheten er i orden. En indre trygghet blant sykepleierne er en forutsetning for å kunne samarbeide godt i krevende situasjoner i møte med denne pasientgruppen. Flere av sykepleierne påpeker at innleie av vikarer eller uheldige sammensetninger av uerfarne sykepleiere ofte skaper usikkerhet og utrygghet på avdelingen. Sikkerhetskilder som økt bemanning, alarmer og låste dører ble påpekt av flere informanter som en viktig forutsetning for å kunne ivareta den fysiske sikkerheten. Det ble påpekt behov for oppdatering eller utskiftning av gamle alarmer og et ønske om en metalldetektor for å øke trygghetsfølelsen til sykepleierne på avdelingen.

De overnevnte funnene legger grunnlaget for å kunne svare på problemstillingen: Hvilken risiko opplever sykepleiere i møte med aggressive og psykotiske pasienter innlagt ved en ordinær avdeling i spesialisthelsetjenesten. Alle informantene fremhevet at egen opplevd risiko på avdelingen var forhøyet. Manglende oppfølging og trening i håndtering av psykotiske og aggressive pasienter ble påpekt av de fleste informantene. Flere av informantene sa de savnet større rom for refleksjon rundt egne følelser og tanker etter traumatiske eller uønskede hendelser i møte med aggressive pasienter. Dette for å kunne ivareta kollegaers sikkerhet, trygghet og læring i møte med denne pasientgruppen. Samlet sett belyser sykepleierne behov for flere ressurser for å kunne ivareta hver enkelt sykepleier og redusere deres opplevde risiko på jobb. Sykepleierens hverdag innebærer en virkelighet der sannsynligheten for trusler, aggresjon og vold er nært forestående. De erfarne sykepleierne må ivaretas og bli flere, slik at

samhandling med denne pasientgruppen blir mer forutsigbar. Erfaring gir trygghet og trygghet signaliserer sikkerhet som er med på å styrke tilliten blant sykepleierne.

7.1 Videre forskning

Videre forskning bør kartlegge hvilke resurser sikkerhetsavdelingene har, og hvilke resurser de ordinære avdelingene har. Ved å undersøke dette vil man trolig få et bedre innblikk i forskjellen mellom sikrede avdelinger og ordinære avdelinger, og på bakgrunn av dette en forståelse for hvorfor ressursene er fordelt som de er i dag. Ved å sammenligne de ulike avdelingen tror jeg også man får en bedre forståelse for opplevd risiko, hva som reduserer opplevd risikoen og hva som fremmer opplevd risiko basert på tilgjengelige resurser. Ved å undersøke denne tematikken nærmere får man trolig et unikt innblikk i rutiner og tiltak og om disse er ulike ved en sikkerhetsavdeling og en ordinær avdeling. Videre kan man få svar på om dagens rutiner og tiltak fungerer optimalt med tanke på de ansattes sikkerhet, og om sikkerhetsavdelinger har rutiner som også ordinære avdelinger bør ta i bruk for å øke sikkerheten.

8.0 Referanser:

Aven, T., Renn, O., Rosa E. A. (2011). On the ontological status of the concept of risk. *Elsevier* 49 (8-9) 1074-1079. Hentet fra: <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2011.04.015>

Aven, T. (2006). *Risikostyring. Grunnleggende prinsipper og ideer*. Oslo: Universitetsforlaget.

Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern (LOV 2005-06-17-62)*. Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62?fbclid=IwAR1fiRShrZb7agfy148rYcwkIJw9WrJNLzEtDJK3Wp5urLiPQnM96ltcU9Q#KAPITTEL_6

Boyesen, M. (2003). *Risikopersepsjon – en innføring i fagfeltet*. Oslo: Direktoratet for sivilt beredskap (DBS).

Engen, O., Kruke, B., Lindøe, P., Olsen, K., Olsen, O., Pettersen, K. (2016). *Perspektiver på samfunnssikkerhet*. Stavanger: Cappelen Damm akademisk.

Helsenorge. (2022, 18. januar). *Psykose lidelser*. Hentet fra <https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/psykoser/>

Helsenorge. (2021, 21. desember). *Psykisk helsevern*. Hentet fra <https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/psykisk-helsevern/frivillig-psykisk-helsevern/>

Helsestavanger (2022, 20. mars) Klinikk psykisk helsevern voksne. Hentet fra <https://helsestavanger.no/avdelinger/klinikk-psykisk-helsevern-voksne>

Holtskog, E. T. (2011) Når erfarne psykiatriske sykepleiere håndterer høy voldsrisiko: En belysning av erfarne psykiatriske sykepleieres opplevelse og sykepleie i møte med pasienter der voldsrisiko er vurdert som høy (Masteroppgave, Universitetet i Oslo). Hentet fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/28228/duomaster1.pdf?sequence=2>

Johannessen, A., Tufte, P & Khristoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt.

Johannessen, A., Tufte, P & Khristoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lupton. (2013). *Risk* (2nd ed.). Routledge. Side 143- 159

Lindøe, P. H. (2018). *Risiko, Tillit og Kontroll: Et aktørperspektiv på risikostyring* (1. utg.).

Gyldendal Norsk Forlag AS.

Malterud, K (2006) Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Universitetsforlaget, Oslo

Neuman, L. W. (2014). *Understanding Research*. Pearson Education.

Njå, O., Sommer, M., Rake, E. L. & Braut, G. S. (2020). *Samfunnssikkerhet. Analyse, styring og evaluering*. Universitetsforlaget.

Nilsen, E. (2016, 28. oktober). Helsepersonell blant de mest utsatt for vold på jobb. *Dagens medisin*. Hentet fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/09/28/helsepersonell-blant-de-mest-utsatte-for-vold-pa-jobb/>

Renn, O. (2008). *Risk Governance: Coping with Uncertainty in a Complex World*. Earthscan.

Reason, J. (1997). *Managing the risks of organizational accidents*. Ashgate

Rosenqvist, R. (2022, 13. mai) Det er krise i norsk psykiatri. *Vårt land*: Hentet fra: <https://www.vl.no/meninger/verdidebatt/2022/05/13/det-er-krise-i-norsk-psykiatri/>

SIFER (2019, 03. mai) Møte med aggresjonsproblematikk. Hentet fra <https://sifer.no/map/>

Sørlandet sykehus HF (2018) Revisjon av vold og trusler mot helsepersonell (Konsernrevisjonen) Helse sør-øst-konsernrevisjonen. Hentet fra: <https://sshf.no/seksjon/Styret/Documents/Styredokumenter%202018/2018-11/068-2018%20Vedl1%20-%20Rapport%205-2018%20Vold%20og%20trusler%20mot%20helsepersonell.pdf>

Slovic, P. (1987). "Perception of risk". *Science*, 236, 280-285.

Slovic, P. (2000). *The Perception of Risk*. Earthscan, London

Tjora, A, H (2020). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal akademisk.

Tømmerbakke, G, S. (2020, 11. mai). En dobling av vold og trusler mot ansatte. *Dagens medisin*. Hentet fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/05/11/en-dobling-av-vold-og-trusler-mot-ansatte-i-klinikken/>

Utforsk sinnet. (2018, 29. november). Vet du hva en psykologisk debriefing er? Hentet fra: <https://utforsksinnet.no/vet-du-hva-en-psykologisk-debriefing-er/>

Vedlegg 1: Intervjuguide

1. Hvor lenge har du jobbet innenfor psykiatri?

Opplevd risiko

1. Hvordan tolker du, eller forstår du, ordet risiko? Først generelt, så i forhold til jobben din som sykepleier?
2. I din jobb, i hvilken grad eller hvor ofte vil du si at du har kontakt med pasienter som du vil betegne som aggressive eller tidvis aggressive?
3. I løpet av det siste året (dersom du har jobbet sammenhengende i ett år – alternativt, når du sist jobbet sammenhengende i et år): hvor mange risikosituasjoner har du opplevd å bli utsatt for i møte med aggressive pasienter?
4. Dersom du har en skal fra 1 til 10 i risiko, hvor 10 er mest risikabelt, hva vil du si er gjennomsnittet på dine opplevde hendelser i løpet av det siste?
5. Kan du beskrive den situasjonen av disse, der du opplevde sterkest/høyest grad av risiko?
6. Hvilken risiko kjente du på ovenfor deg selv når du sto med den aggressive pasienten?
7. Hva ble gjort etter hendelsen, fikk du oppfølging?
8. Kjenner du på nervøsitet eller redsel før du skal på kveldsvakt når du vet at det er krevende pasienter innlagt på avdelingen?
9. Føler du deg trygg på jobb dersom du vet at en pasient har høy voldsrisiko og nylig har utøvd fysisk vold mot personell? Hvis ja kan du utdype hva som gjør deg trygg. Hvis nei hva er det som gjør deg utrygg?
10. Hvilken risiko kjenner du på dersom en pasient scorer høyt på BVC og du får vite dette på rapporten rett før du skal på vakt?

Samspill mellom kollegaer

11. Hvordan opplever du at dere samarbeider i å håndtere aggressive pasienter og hvor mange ansatte er nødvendig å ha til stede i slike situasjoner?
12. Hva skaper trygghet i slike situasjoner? Hva skader trygghetsfølelsen?
13. Har du tatt MAP kurset? Om ja når tok du det?
14. Har du tatt i bruk kunnskap fra MAP kurset for å håndtere aggressive pasienter, Hvis Ja forklar mer om dette. Hvis nei utdyp hvorfor?
15. Har du fått oppfriskning i MAP kurset på de ulike rutinene ved å håndtere aggressive pasienter?
16. Har dere rutiner dere følger dersom en pasient oppleves truende eller aggressiv mot ansatte?

Omgivelser

17. Hvilke fysiske sikkerhetskilder mener du er avgjørende for sikkerheten til de ansatte?
Dette kan være bemanning, alarmer, låste dører osv.
18. Opplever du at det finnes mangler eller svakheter i den fysiske sikkerheten på avdelingen? Hvis ja vet ledelsen om dette?
19. Er det noe du mener burdet utbedres med den fysiske sikkerheten på avdelingen?