



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BVP331

Predefinert informasjon

Startdato:	15-05-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	22-05-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BVP331 1 H 2020 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 305

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Møte med vold i psykisk helsearbeid

Antall ord *: 10832

Egenerklæring *: Ja **Inneholder besvarelsen** Nei
konfidensielt
materiale?:

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Møte med vold i psykisk helsearbeid

Managing violence in mental health care

Kandidatnummer: 305 og 334

Bachelorutdanning i vernepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for velferd og deltakelse

Innleveringsdato: 21.05.2020

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.*

*du mener livet
er en kamp
jeg er enig
men rett som det er
er det hjemmekamp
og vi topper laget
har sola i ryggen
medvind
og alle heier på oss*

Trygve Skaug

Sammendrag

Bakgrunn: Bakgrunn for denne bacheloroppgaven er at mennesker som jobber innenfor helseyrker opplever mer vold og trusler enn andre yrkesgrupper.

Formål: Bacheloroppgavens formål er å ta for seg ulike teknikker som kan brukes for å forhindre voldsutøvelse i arbeid med mennesker som har psykiske lidelser.

Studiedesign: Det er blitt tatt i bruk kvalitativ forskning der en går inn på erfaringer og holdninger om hvordan helsepersonell kan møte vold i psykiatrien.

Metode: Litteratursøk er gjennomført i databasen PubMed.

Resultater: Artikkelen beskriver ulike typer for de-eskalering, samt kommunikasjonsferdigheter som kan tas i bruk i møte med aggressive og voldelige pasienter. Pasienters og sykepleieres perspektiver om barrierer for bruk av de-eskaleringsteknikker presenteres i artikkelen. Resultat av artikkelfunn viser at bruk av de-eskaleringsteknikker er anbefalt metode i møte med mennesker som har psykiske lidelser som viser aggressiv eller truende atferd.

Konklusjon: Støtteteknikker er den foretrukne teknikken dersom det lar seg gjøre. Konklusjonen viser også at det kan oppstå et behov for bruk av ikke-fysiske kontrollteknikker og tvang, men at dette ikke er ønskelig, så langt det ikke er nødvendig.

Abstract

Background: The background of this bachelor thesis is that people that work within healthcare professions experience more violence and threats than other occupations.

Purpose: The purpose of this bachelor thesis is to enlighten different techniques used to prevent violent behaviour within mental health care.

Design: Qualitative research is used to find experiences on how to manage patient-initiated violence within mental health care.

Method: Literature search is conducted in the database Pubmed.

Results: The articles describes different types of de-escalation techniques as well as communication skills used facing aggressive and violent patients. The patients and nurses perspectives on barriers leading to success or failure of de-escalation techniques are presented in the articles. The literature shows that de-escalation techniques are the recommended method managing violence or threatening behaviour within mental health care.

Conclusion: The conclusion shows that non-physical control techniques and physical control techniques will be needed techniques in certain situations. When possible, support-techniques are the preferred methods in managing aggression and violent behaviour.

Innholdsfortegnelse

1.0 Bakgrunn	7
1.1 Problemstilling.....	7
1.2 Oppgavens oppbygning	8
1.3 Rammer og prosess.....	8
1.4 Begrepsavklaringer	8
1.4.1 Psykiske lidelser	8
1.4.2 De-eskalering.....	9
1.4.3 Avmakt	9
1.4.4 Tjenestemottaker og tjenesteyter.....	9
1.5 Lovens bestemmelser.....	9
1.6 Politiske føringer.....	10
2.0 Teori	11
2.1 Hva er vold?.....	12
2.1.1 Fysisk vold	13
2.1.2 Seksuell vold	13
2.1.3 Materiell vold	13
2.1.4 Psykisk vold	13
2.1.5 Latent vold.....	14
2.1.6 Mot-vold.....	14
2.2 Det som ligger bak volden	14
2.3 Profesjonelle kommunikasjonsferdigheter	15
2.3.1 «Menneske-til-menneske-forholdet».....	15
2.3.2 Personorientert tilnærming.....	16
2.4 Empowerment.....	16
3.0 Metode	17
3.1 Litteratursøk som metode	18
3.2 Søkestrategi og artikkelfunn	18
3.3 Supplerende litteratur.....	20
3.4 Etikk.....	21
3.5 Styrker og svakheter ved metoden.....	21
4.0 Resultat av artikkelfunn	23
4.1 Artikkel 1	23
4.2 Artikkel 2	24
4.3 Artikkel 3	25
4.4 Oppsummering og sammenligning av resultater	26
5.0 Drøfting og refleksjon	28
5.1 Støtteteknikker.....	28
5.1.1 Passiv intervensjon.....	29

5.1.2 Beroligelse	29
5.1.3 Distraksjon.....	30
5.1.4 Identifisering av problem og problemløsning	30
5.1.5 Innramming av problemer og årsaker	31
5.2 Ikke-fysiske kontrollteknikker	31
5.3 Tvang	33
5.4 Forståelse av tjenestemottakers eskalerende atferd	33
5.5 Miljøfaktorer i møte med vold.....	36
5.6 De-eskalering på systemnivå	37
5.7 Empowerment og autonomi.....	38
5.8 Motstansbarrierer	39
6.0 Avslutning	40
7.0 Referanser	42

1.0 Bakgrunn

Til tross for at arbeidsmiljøloven (2005, § 4-3 punkt 3 og 4) sier at en så langt som mulig skal beskyttes mot vold og trusler i arbeidet, viser en analyse fra Statistisk sentralbyrå at tjenesteytere i helseyrker opplever mest vold og trusler på arbeidsplassen, og at vernepleiere er særlig eksponert for vold (Lande, 2018). Statistikken viser at over halvparten av vernepleiere har møtt atferd i form av vold, trusler og trakassering. Av rapporteringene kommer volden og truslene oftest fra utenforstående. For ansatte i helseyrker vil det si at volden oftest kommer fra tjenestemottakere (Statistisk Sentralbyrå, 2016). Felles for tjenesteytere i helseyrker er at de ofte jobber tett med mennesker som har somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne (Lande, 2018).

Helsedirektoratet (2017, s. 17) skriver at vold og trusler forekommer hyppigst i psykiatrien, og at det jobbes med å gi helsepersonell kompetanse og rutiner for å møte vold og trusler. Å øke bevissthet rundt voldshandlinger og trusler mot helsepersonell, samt å samle erfaringer rundt forebygging av voldshendelser er nødvendig i helsetjenestene (Helsedirektoratet, 2017, s. 6). Dette er for å bidra til forebygging av helsekonsekvenser for helsepersonell (Arbeidsmiljøloven, 2005, §4-3). Samtidig som en skal beskyttes mot vold og trusler i arbeidet, jobber vernepleieren også for å ivareta tjenestemottaker sin rett på helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a og 2-1b (1999), dette gjelder også tjenestemottakere som utøver vold.

1.1 Problemstilling

På bakgrunn av vår forforståelse om tema har vi utarbeidet problemstillingen

“Hvordan kan vi som vernepleiere møte vold i arbeid med mennesker som har psykiske lidelser?”.

Oppgaven tar for seg vold som utføres av mennesker som har psykiske lidelser som mottar et tjenestetilbud. Formålet med problemstillingen er å undersøke hvordan vi som vernepleiere kan håndtere, eller stanse vold på best tenkelig måte.

1.2 Oppgavens oppbygning

I denne bacheloroppgaven skal vi først definere noen sentrale begreper. Deretter presenteres rammer og prosesser. Videre viser vi til aktuelle lover og føringer som er relevant for tema. I et teorikapittel skal vi forklare begrepet vold, og beskrive relevante kommunikasjonsferdigheter i møte med vold. I et metodekapittel forklares valgt metode og søkestrategi. Vi diskuterer også oppgavens etiske dilemma, og styrker og svakheter ved metoden. For å drøfte problemstillingen tar vi i bruk relevant teori og forskning. Videre vil vi drøfte eventuelle motstandsbarrierer knyttet til problemstillingen, før vi avslutter.

1.3 Rammer og prosess

Før vi startet med oppgaveskriving laget vi en prosjektplan. Denne inneholdt blant annet en handlingsplan over mål ved oppgaven, og når og hvordan målene skulle oppnås. Handlingsplanen har vært til hjelp for å strukturere oppgaveskrivingen. Med en gruppe på to har fordeling av oppgaver falt naturlig, og begge har tatt del i alle deler av oppgaven. Vi har hatt daglig kontakt gjennom hele perioden. Begge har hatt tilgang til oppdaterte endringer i oppgaven via GoogleDocs. Grunnet covid-19 har vi ikke hatt tilgang på offentlige biblioteker, noe som har medført større bruk av digitale ressurser.

1.4 Begrepsavklaringer

I oppgaven har vi anvendt noen engelske begreper. Dette har vi valgt å gjøre fordi en oversettelse ikke vil gi korrekt beskrivelse av begrepene. Vi ønsker ikke å vektlegge bruk av tvang i oppgaven, selv om noen teknikker fra artiklene innebærer bruk av tvang.

1.4.1 Psykiske lidelser

ICD-11 (2019) beskriver psykiske lidelser som psykiske-, atferdsmessige- og nevroutviklingsforstyrrelser som er syndromer preget av klinisk signifikant forstyrrelse i en persons kognisjon, emosjonell regulering eller atferd som gjenspeiler en funksjonssvikt i de psykologiske, biologiske eller utviklingsmessige prosessene, som ligger til grunn for mental og atferdsmessig funksjon. Disse forstyrrelsene er vanligvis forbundet med nød eller svekkelse i personlige, familierelaterte, sosiale, pedagogiske, yrkesrelaterte eller andre viktige funksjonsområder i livet.

1.4.2 De-eskalering

De-eskalering går ut på at tjenesteyter bidrar til at tjenestemottaker skal få en roligere sinnstilstand ved å bruke psykososiale og verbale intervensjoner (Berring og Buus, 2018).

1.4.3 Avmakt

Avmakt er det motsatte av makt. Det er en følelse av å ikke ha påvirkningskraft eller kontroll over egen livssituasjon. Avmakt kan komme av forhold som er en faktiske, biologiske, fysiologiske, opplevelsesmessige eller følelsesmessige. En kan derfor si at alle har kjent på følelsen av avmakt i større eller mindre grad. For enkelte blir avmaktsfølelsen så vanskelig å håndtere at det resulterer i ulike former for vold (Isdal, 2018, s.109).

1.4.4 Tjenestemottaker og tjenesteyter

Det blir tatt i bruk mange ord for å beskrive mennesker som mottar helse- og tjenestetilbud. For å unngå forvirring har vi valgt å forholde oss til bestemte begreper, selv om andre ord kunne vært brukt. I oppgaven vil vi anvende ordet “tjenestemottaker” når vi beskriver mennesker som har psykiske lidelser som benytter seg av kommunens tjenestetilbud eller spesialisthelsetjenesten. Noen ganger vil vi bruke “han” for å beskrive tjenestemottaker. Dette er uavhengig av hvilket kjønn tjenestemottaker er. Når vi beskriver ansatte i tjenestene vil vi ta i bruk begrepet “tjenesteyter”. Om andre ord brukes er det på grunn av referanse til forskning eller direkte sitat.

1.5 Lovens bestemmelser

Arbeidsmiljøloven (2005) skal verne om ansattes sikkerhet og helse. Arbeidsmiljøloven (2005, § 4-3 punkt 3 og 4) presiserer at arbeidstakere ikke skal utsettes for trakassering eller annen utilbørlig opptreden, og så langt som mulig skal “...beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre”. For å opprettholde bestemmelsen i arbeidsmiljøloven i § 4-3 (2005) sier Forskrift om utførelse av arbeid (2011, § 23A-1) at arbeidsgiver skal kartlegge en risikovurdering basert på mulige voldssituasjoner som kan oppstå i arbeidet. Risikovurderingen skal ta hensyn til arbeidets organisering, tilrettelegging, potensielle voldssituasjoner, alenearbeid, bemanning, kompetanse, fasiliteter og effekten av iverksatte og planlagte forebyggende tiltak.

Det er et kommunalt ansvar å sørge for gode og forsvarlige helse- og omsorgstjenester for personer med behov for hjemmetjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Helse- og

omsorgstjenesteloven (2011, § 3-1) presiserer at dette gjelder alle mennesker med “... *somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne*”, som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen.

Omsorgstjenestene kommunen tilbyr skal så langt som mulig skape selvstendighet og meningsfullhet for tjenestemottakerne (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). I pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 1-1) stipuleres det at “*Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkeltes pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd*”.

Psykisk helsevernloven (1999, § 1-2) verner om mennesker med psykiske lidelser med behov for undersøkelse, behandling, pleie og omsorg i spesialisthelsetjenesten. Ved gjennomføring av psykisk helsevern skal en verne om personlig integritet (Psykisk helsevernloven, 1999, §4-2). “*Restriksjoner og tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige, og det skal så langt det er mulig tas hensyn til pasientens syn på slike tiltak. Det kan bare benyttes tiltak som gir en så gunstig virkning at den klart oppveier ulempene med tiltaket. Er mindre inngripende tiltak tilstrekkelig, skal disse benyttes*” (Psykisk helsevernloven, 1999, §4-2).

1.6 Politiske føringer

I regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020, Omsorg 2020, legges det frem at det er nødvendig med en omsorgstjeneste som står faglig sterkt og tilbyr rett kompetanse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014).

For å sikre bærekraftige og gode tjenester, er det også behov for faglig omstilling og en heving av det faglige nivået, blant annet gjennom å øke andelen personell med høgscoleutdanning, skape større faglig bredde, flere faggrupper og økt vekt på tverrfaglig arbeid. Videre er det behov for å styrke tjenestenes eget kunnskapsgrunnlag gjennom forskning og kunnskapsutvikling. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 33, utheving tillagt).

Regjeringen vil sikre dette gjennom Kompetanseløftet 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Kompetanseløftet 2020 presenterer seks strategier som skal bidra til en faglig sterk kommunal helse- og omsorgstjeneste:

- **Strategi 1:** Sikre god rekruttering og stabil bemanning av helse- og sosialfagleg personell
- **Strategi 2:** Sikre at grunn- og vidareutdanningane har god kvalitet og er tilpassa kva tenestene treng
- **Strategi 3:** Auke kompetansen hos dei tilsette med mål om styrka forskning, innovasjon og kunnskapsbasert praksis
- **Strategi 4:** Leggje til rette for tenesteutvikling, teamarbeid og innovasjon
- **Strategi 5:** Bidra til god praksis, fagleg utvikling, større fagleg breidd og kunnskapsspreiing
- **Strategi 6:** Bidra til betre leiarskap gjennom målretta satsing på auka kompetanse for leiarar

(Helsedirektoratet, 2020, utheving tillagt)

2.0 Teori

I dette kapitlet skal vi beskrive hva vold er. Vi skal forklare ulike typer vold, og hva som ligger bak volden. Vi skal videre se på ulike kommunikative ferdigheter som er relevant i arbeid med mennesker som har psykiske lidelser, og ta for oss begrepet “empowerment”.

Først og fremst er det viktig å poengtere at de færreste i Norges befolkning utøver vold, og at dette også gjelder mennesker som har psykisk lidelser (Lein, 2018). Blant mennesker som har psykiske lidelser er det noen faktorer som øker risikoen for utøvelse av vold, deriblant demografiske faktorer, rus, lavere intelligens og psykoselidelser (Ose, Lilleeng, Pettersen, Ruud og Weeghel, 2017). Høyest estimert risiko var det blant de som har lav utdanning og de som ikke har egen inntekt. Blant de ble flesteparten regnet som “ingen risiko” eller “lav risiko” for å utføre voldshandlinger (Ose, Lilleeng, Pettersen, Ruud og Weeghel, 2017, s. 554-555).

2.1 Hva er vold?

Arbeidstilsynet (2020, s. 2) definerer vold som “... hendelser hvor arbeidstaker blir fysisk eller verbalt angrepet i situasjoner som har forbindelse med deres arbeid...”. Vold er handlinger som fysisk eller psykisk skader en person. Dette inkluderer også voldshandlinger uten en bevisst intensjon om å skade en annen. For eksempel når en person har manglende kjennskap til konsekvensene dette medfører på grunn av “...rus, psykisk/somatisk sykdom, mental og emosjonell tilstand eller liknende” (Arbeidstilsynet 2020, s. 2).

Vold kan sees på som en form for kommunikasjon. Avsenderen vil være voldsutøveren, budskapet blir uttrykt gjennom vold, og mottakeren er voldsofferet. En ser at voldens funksjon er å endre eller påvirke noen andre (Isdal, 2018, s.39). Intensjonene til voldsutøveren avgjør om volden er instrumentell eller relasjonell. I en situasjon der en person utfører relasjonell vold vil utøveren som regel kjenne på en form for avmakt eller ha mangel i sine grunnleggende behov. Relasjonell vold er preget av følelser som for eksempel frykt, forvirring eller frustrasjon fra voldsutøverens side. Det kan komme som et resultat av dårlig kommunikasjon mellom partene, manglende grensesetting, interessekonflikter eller som resultat av rus og psykisk sykdom. Instrumentell vold utføres med mål om å få verdier eller fordeler. Det kan være både i form av materielle goder eller for å få kontroll over noen. Felles

for instrumentell- og relasjonell vold er at volden uttrykkes enten fysisk eller verbalt for voldsutøveren (Arbeidstilsynet, 2020, s. 2).

2.1.1 Fysisk vold

Mange forbinder ordet “vold” med fysisk vold. Fysisk vold er en type vold som innebærer at voldsutøveren bruker en form for fysisk makt for å påføre noen smerte, skade, redsel, krenkelse eller for å hindre noen i å gjøre det de vil gjøre, eller for å få noen til å gjøre noe de ikke ønsker å gjøre. Det kan for eksempel være ved å slå, klype, sparke eller dytte noen. Denne typen for vold inkluderer også bruk av våpen eller andre gjenstander som brukes for å påføre fysisk smerte, skade, skremme eller krenke (Isdal, 2018, s.45).

2.1.2 Seksuell vold

Seksuell vold er ord og handlinger som rettes mot en persons seksualitet. Handlingen eller trakasseringen påfører smerte, skade, redsel, krenkelse, hindrer noen i å gjøre som den ønsker, eller får personen til å gjøre noe den ikke ønsker. Noen former for seksuell vold er seksuell trakassering, voldtekt, seksuell tortur og tvang til å ha sex med mennesker, dyr eller gjenstander som offeret ikke ønsker seksuell kontakt med (Isdal, 2018, s. 47).

2.1.3 Materiell vold

Materiell vold er rettet mot inventar og gjenstander. Materiell vold vil i de fleste tilfeller virke skremmende, krenkende og kan føre til at den hindrer voldsofferet i å gjøre som den ønsker, eller får personen til å gjøre noe den ikke ønsker. Materiell vold er skremmende i seg selv, men kan oppleves særlig skremmende dersom mottakeren har opplevd fysisk vold tidligere. Voldsofferet er gjerne redd for at den materielle volden skal utarte seg til å bli fysisk (Isdal, 2018, s. 50). Isdal (2018, s. 50) hevder at denne formen for vold er mer kontrollert enn det ser ut som. Voldsutøveren velger gjerne enten gjenstander som er verdiløse, eller noe som er av verdi for den motsatte parten. Det kan være en gjenstand eller inventar som har en form for verdi, enten i form av affeksjonsverdi eller økonomisk verdi. Det er sjelden at voldsutøver utfører materiell vold mot et inventar eller en gjenstand som voldsutøver er spesielt glad i (Isdal, 2018, s.50).

2.1.4 Psykisk vold

Psykisk vold innebærer at en person påfører skade, redsel eller krenkelse uten at det tas i bruk noen form for fysisk makt. Psykisk vold hindrer voldsofferet i å gjøre det den vil, eller få

voldsofferet til å gjøre noe den ikke vil. Det kan være gjennom trusler, degraderende og ydmykende atferd, kontroll, isolering, utagerende sjalusi eller emosjonell vold. Et eksempel på trussel kan være å si at voldsutøveren skal drepe eller skade noen dersom voldsofferet ikke gjør som voldsutøveren sier (Isdal, 2018, s. 51-66).

2.1.5 Latent vold

Latent vold er når en person er så redd for å oppleve voldshandlinger at det blir styrende for offerets liv og væremåte. Voldsofferet har en strategisk væremåte for å unngå voldshandlinger. I denne voldsformen trenger ikke voldsutøveren nødvendigvis å ha noe kontakt med voldsoffer, men voldsutøveren kan ha det (Isdal, 2018, s. 68). Eksempelvis kan det være at mange nordmenn ikke tør å reise til Marokko på grunn av at en gruppe en gang henrettet to skandinaviske kvinner der.

2.1.6 Mot-vold

Mot-vold eller forsvarsvold er når den svake part svarer med vold mot den som har utsatt dem for vold. Mot-vold forekommer først og fremst når det er urettferdige og skjeve forhold der den ene parten er større, sterkere eller mer mektig enn den andre (Isdal, 2018, s. 69). Isdal (2018, s. 69) hevder at denne formen for vold er svært risikabel ettersom at den øker sannsynligheten for at volden kan eskalere til å bli mer alvorlig fra den sterkeste part. Dette kommer delvis av at mot-volden gir den sterkeste parten en mulighet for å forsvare og avproblematisere sin egen voldsbruk (Isdal, 2018, s. 69).

2.2 Det som ligger bak volden

I følge Isdal (2018, s. 28) er det lite som er tilfeldig i voldsutøvelse. Det er nesten aldri tilfeldig hvilke situasjoner som fører til vold, når vold oppstår og hvem voldsofferet er (Isdal, 2018, s. 28).

All vold er basert seg på voldsutøverens følelsesmessige tilstand, tanker og handlingsvalg (Isdal, 2018, s. 18). Følelser som kan gi avmaktsfølelse er for eksempel krenkelse, sårbarhet, hjelpeløshet, sinne, raseri, hat og behov for kontroll (Isdal, 2018, s. 85). For å oppnå kontroll eller balanse over disse følelsene anvendes vold (Isdal, 2018, s. 31). Vold blir da brukt som en effektiv metode for å mestre de ubehagelige følelsene (Isdal, 2018, s. 31). Bruken av vold fører til at voldsutøveren oppnår makt og mestring (Isdal, 2018, s.198).

Isdal (2018, s. 10) påpeker at dersom volden er uten mening, blir den nesten umulig å forstå. Derfor er det viktig å finne meningen med volden. For å forstå personen som utøver vold, må en lytte til volden som utøves (Isdal, 2018, s. 36).

2.3 Profesjonelle kommunikasjonsferdigheter

I møte med tjenestemottakere som utøver vold er det nødvendig at tjenesteyter har gode kommunikasjonsferdigheter. Eide og Eide (2017, s. 39) beskriver at gode kommunikasjonsferdigheter kan hjelpe tjenesteyter i å forstå tjenestemottaker som person, og på den måten gi bedre hjelp og støtte. Det kan også bidra til at tjenestemottaker føler trygghet, stimuleres til utvikling og motivasjon og tar gode beslutninger.

Profesjonell kommunikasjon er personorientert (Eide og Eide, 2017, s. 40). Personorientert kommunikasjon er ferdigheter som anvendes og kombineres på ulike måter for å være hjelpende, støttende og problemløsende for tjenestemottaker (Eide og Eide, 2017, s. 33). Eide og Eide presenterer ti ferdigheter som kan være hjelpende, støttende og problemløsende for tjenestemottaker:

1. *å lytte aktivt*
2. *å observere og fortolke verbale og nonverbale signaler*
3. *å forstå hva de andre opplever som viktig*
4. *å anerkjenne den andres helseprosjekt*
5. *å stimulere den andres selvbestemmelse og ressurser*
6. *å formidle informasjon på en klar og forståelig måte*
7. *å strukturere en samtale eller samhandlingssituasjon*
8. *å skape alternative perspektiver og åpne for nye handlingsvalg*
9. *å forholde seg åpent til vanskelige følelser og eksistensielle spørsmål*
10. *å medvirke til gode beslutninger og løsninger - samvalg*

(Eide og Eide, 2017, s. 33, utheving tillagt)

2.3.1 «Menneske-til-menneske-forholdet»

Travelbee (2001, s. 177) definerer et menneske-til-menneske-forhold som de erfaringene som finnes mellom tjenestemottaker og tjenesteyter. Ut i fra Travelbees tenkning er tjenesteyteres oppgave “å anerkjenne pasienter som unikt, uerstattelig individ, å utvikle menneske-til-

menneske-forhold til pasienten, å møte behovene til pasienten, pårørende eller andre involverte” (Eide og Eide, 2017, s. 364). Hun var kritisk til betegnelsene “pasient” og “sykepleier”, fordi hun mente dette skapte rolleoppfatninger (Eide og Eide, 2017, s. 364).

2.3.2 Personorientert tilnærming

Carl Rogers er et kjent navn innen humanistisk psykologi. Sentralt i hans perspektiv var evnen til å lytte til den andre som person, uten å vurdere eller dømme. Hans tenkning baserte seg på at alle mennesker av natur er positiv, sosial og fornuftig. Rogers mente at mennesket er en fri person og en selvstendig aktør med evne til å forandre og velge seg selv (Eide og Eide, 2017, s. 375-376).

Personorientert tilnærming er basert på Rogers tenkning. Han la særlig vekt på fire betingelser i forholdet mellom tjenestemottaker og tjenesteyter: empati, ubetinget respekt, varme og genuinitet. Han mente at tjenesteyter må være i stand til å sette seg inn i den andre sin situasjon, og møte personen med ubetinget respekt og varme, være genuin og vise empati for å kunne hjelpe (Eide og Eide, 2017, s. 375). I arbeid hvor en møter mennesker som er fremmed for seg selv, for eksempel at ved at de viser en atferd som ikke samsvarer med de følelsene vedkommende egentlig har, vil den rogerianske strategien være å vise sympati, aksept, varme, toleranse og respekt (Eide og Eide, 2017, s. 377).

2.4 Empowerment

Begrepet “empowerment” ble lansert i 1986 og blir brukt i forskning og helsearbeid i ulike sammenhenger (Nikolaisen, 2019, 4. juli). Det finnes ingen direkte oversettelse av begrepet, men en kan på norsk kalle det «myndiggjøring». Begrepet kan bety «å gi makt til», «å gi autoritet til», «å gjøre i stand til», eller «å tillate» (NOU 1998: 18, 1997, s. 10).

Empowerment kan beskrives som en psykologisk prosess som gir en person mulighet til å øke kontrollen over egen helsetilstand og livssituasjon (NOU 1998: 18, 1997, s. 275).

Empowermentarbeid blir særlig tatt i bruk i behandling av mennesker som har psykiske lidelser og mennesker som har ruslidelser. Medvirkning og anerkjennelse av tjenestemottakerens evner står sentralt i empowerment-tenkningen. I metoden legges det vekt på økt samhandling både på individnivå og samfunnsnivå for å skape gode tjenester.

Mennesker som trenger hjelp av helsevesenet skal få hjelp til å definere hva som er vanskelig, og få hjelp til å finne egne løsninger på det som er vanskelig (Nikolaisen, 2019 4. juli).

Prosesen baserer seg på et ”bottom up” prinsipp, hvor involvering og bestemmelse starter nedenfra (NOU 1998, s. 316). Dette går ut på at empowermentarbeid skal styrke det sosiale og psykiske gjennom å arbeide mot å bedre menneskers selvtillit, ressurser, aktivitet og deltakelse (NOU, 1998: 18, 1997, s. 318).

3.0 Metode

Dalland (2017, s. 52) beskriver metode som et redskap i møte med noe en ønsker å undersøke. Metode er «...en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.» (Dalland, 2017, s. 51). Denne oppgaven er løst ved bruk av litteratursøk som metode.

3.1 Litteratursøk som metode

Forskning kan beskrives som en “ *kreativ virksomhet som utføres systematisk for å oppnå økt kunnskap*” (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim og Reinar, 2012, s. 17). En identifiserer et problem og tar i bruk en metode for å svare på problemet. I dette ligger det som kalles hermeneutikk. Hermeneutikk betyr fortolkningslære, og handler om å fortolke meningen i noe, eller forklare noe som i utgangspunktet er uklart. Ved å få innsikt i andres erfaringer, tanker og måter å forstå på, utvikler en nye måter å se verden på. En kan få økt toleranse for ulikheter, og større åpenhet for andre holdninger og væremåter. Samtidig kan egne verdier bli forsterket (Dalland, 2017, s. 45).

For å innhente forskning av allerede eksisterende data gjennomfører man et litteratursøk. På denne måten tilegner man seg forskningsbasert kunnskap, som er en del av kunnskapsbasert praksis. Formålet med kunnskapsbasert praksis er å bevisstgjøre ansatte i helse- og omsorgstjenestene om hvilken kunnskap en kan ta i bruk i praksis. Dette er for å sørge for at prosedyrer gjennomføres etter oppdatert og korrekt kunnskap (Helsebiblioteket (a), u.å). Vi mener at litteraturstudie er en god metode, som vil gi svar på vår problemstilling. Vi har brukt Mesh for å finne engelske faguttrykk. Inkluderte artikler er kritisk vurdert i vedlegg 2.

3.2 Søkestrategi og artikkelfunn

For å gjøre søk etter forskning lettere har vi formulert noen inklusjonskriterier:

- Studien må være publisert mellom 2000 og 2020
- Studien begrenser pasientutvalget til voksne med psykiske lidelser
- Studien er publisert eller oversatt til engelsk, norsk eller skandinavisk
- Studien er gjennomført i vestlige land
- Metoden i studien er kvalitativ
- Studien oppfyller de fleste kravene til sjekklisten

Vi har valgt å inkludere studier med kvalitativ metode, fordi dette er den best egnede metoden når en skal tilegne seg kunnskaper om noens erfaringer og holdninger (Helsebiblioteket, 2016). Kvalitative studier viser resultater basert på en mening eller opplevelse (Dalland, 2017, s. 52). Vi ønsket å finne studier gjennomført i vestlige land, slik at resultatene kan forstås i sammenheng med tjenestene som finnes i Norge. Med det mener vi ikke at helsetjenestene i vestlige land er like, men i vurdering av artiklene mener vi at det er mulig å anvende tiltakene i norske helsetjenester. Vi har valgt å inkludere artikler fra de 20 siste årene for å få et bredere søk. På denne måten kan en får mer konkrete treff på tema, og et større perspektiv på eventuelle endringer som har skjedd.

I søk etter forskning startet vi med å søke øverst i kunnskapspyramiden. Det fantes lite oppsummert forskning om tema. Vi fortsatte å søke etter etter systematiske oversikter. Cochrane Library er en database med forskningsbasert informasjon om tiltak for forebygging og behandling. Vi tok i bruk søkeordene “violence AND aggression AND intervention”. Søket ga oss 7 treff, men ingen relevante.

Vi fortsatte å søke i PubMed, som er en internasjonal database med referanser til tidsskriftartikler innen medisin, sykepleie, odontologi, veterinærmedisin, helsestell og preklinisk vitenskap. Vi brukte søkeordene “violence AND aggression AND mental health care”. Da fikk vi 382 treff. Vi spisset søket, og brukte søkeordene “violence AND aggression AND mental health care AND caregiver”, og fikk 15 treff. Da fant vi forskningsartikkelen “*Encountering violence and aggression in mental health nursing: a phenomenological study of tacit caring knowledge*” (2009) av Carlsson, Dahlberg og Drew. Se søkestrategi i vedlegg 1, Artikkel 1.

Forskningsartikkelen ble valgt på grunn av relevans for vår problemstilling. Forskerne har intervjuet ansatte ved en psykiatrisk klinikk. Det er ikke beskrevet hvor studien er gjennomført, men det beskrives at data har blitt analysert fra et livsverdensperspektiv. Vi vurderer derfor at det vil være mulig å se studien i sammenheng med tjenestene som ytes for personer med psykiske lidelser i Norge. Studiet er basert på ansattes erfaringer.

Vi ønsket også å finne forskning basert på tjenestemottakeres perspektiv. Vi søke derfor etter systematiske oversikter i Campbell Library. Campbell Library tilbyr systematiske oversikter over effekt av tiltak innenfor sosialfeltet, psykologi, kriminologi og utdanning.

Vi anvendte søkeordene “violence AND patient perspective”, men fikk ingen treff. Vi fortsatte søket etter systematiske oversikter i Cochrane Library med søkeordene “violence AND aggression AND patient perspective”. Vi fikk to treff, men ingen relevante.

Vi gikk videre til å søke i PubMed, med søkeordene “violence AND patient perspective”, og fikk 456 treff. Vi spisset søket og tok i bruk søkeordene “aggression AND patient perspective AND mental health”, og søkte etter artikler fra de fem siste årene. Da fikk vi 21 treff, og 2 relevante. Den ene er forskningsartikkelen er “*Patient perspectives on barriers and enablers to the use and effectiveness of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings*” (2017) av Price, Baker, Bee, Grundy, Scott, Butler, Cree, Lovell. Se søkestrategi i vedlegg 1, Artikkel 2 og 3.

Vi valgte denne forskningsartikkelen fordi det er sentralt å inkludere tjenestemottakeres perspektiv. Målet med studien var å undersøke tjenestemottakers perspektiver om hvilke barrierer og hjelpemidler som kan bidra til å håndtere aggresjon for mennesker som har psykiske lidelser. Studien har tatt i bruk semistrukturert intervju som metode, og er gjennomført på fire sykehus for personer med psykiske lidelser i England.

Den andre er forskningsartikkel er “*The support-control continuum: An investigation of staff perspectives on factors influencing the success or failure of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings*” (2017) av Price, Baker, Bee og Lovell. Se søkestrategi i vedlegg 1 Artikkel 2 og 3. Vi valgte å inkludere denne artikkelen fordi vi synes det var interessant å inkludere hvilke funn samme forfattere hadde gjort i en sammenligning av tjenestemottakers perspektiv og tjenesteyters perspektiv.

3.3 Supplerende litteratur

I tillegg til artikkelsøk har vi brukt relevant litteratur fra pensum. Per Isdal skriver i *Meningen med volden* (2018) om forståelse rundt menneskers voldshandlinger, og tar for seg hvordan verden ser ut for voldsutøveren. Boken er bakgrunn for valg av tema og har gitt oss inspirasjon og nye tanker. Hilde Eide og Tom Eide har i sin bok *Kommunikasjon i relasjoner* (2017) gode forklaringer, teknikker og perspektiver på god kommunikasjon. Boken er en

forskningsbasert fagbok om kommunikasjon i helsefag. Fokus på god kommunikasjon er sentralt i vernepleieryrket.

3.4 Etikk

Når en tar i bruk litteraturstudie som metode er det viktig å sørge for at en ikke gjengir informasjon uten kilde. I tillegg er det viktig at data en samler inn ikke forvrenges, men at den gir informasjonen som var forfatterens formål (Dalland, 2017, s. 164).

Metoden skal være troverdig. Det vil si at kravene til validitet og reliabilitet må være oppfylt. Validitet står for relevans og gyldighet, og omhandler i hvilken grad resultatene fra studien er gyldige. Reliabilitet betyr pålitelighet. Det vil si at metoden utføres korrekt, og at eventuelle feil blir oppgitt (Dalland, 2017, s. 40). Selv om artikler er publisert i anerkjente tidsskrifter er det viktig å vurdere artikkelens gyldighet, metodiske kvalitet, resultater og overførbarhet (Helsebiblioteket (b), u.å). Vi har tatt i bruk en sjekkliste for å kritisk vurdere studiene (vedlegg 2). Hensikten med kritisk vurdering er å vurdere studiens gyldighet (Helsebiblioteket (b), u.å).

3.5 Styrker og svakheter ved metoden

Som en del av kunnskapsbasert praksis er det en styrke ved metoden at vi anvender eksisterende data. Dette er med på å styrke vår bevisstgjøring over egen praksis, og bruk av oppdatert kunnskap. Vi er heller ikke erfarne forskere, og litteratursøk er dermed en vel så god metode som egen innsamlet data. Vi ville også hatt tidsbegrensninger som ville påvirket kvaliteten på data. Det er også en styrke ved metoden at artikkelfunn oppfyller de fleste kravene i sjekklisten for kritisk vurdering (vedlegg 2).

Det er en styrke ved metoden at vi har inkludert en studie om tjenestemottakers perspektiv, fordi dette er et sentralt perspektiv i vernepleiefaglig arbeid. På en annen side kan dette være en svakhet, fordi tjenestemottakers perspektiv kan være påvirket av miljøfaktorer eller personlige faktorer. Det er viktig å bemerke at inkludert forskning er fra akuttpsykiatriske tjenester. Tjenestemottakere og tjenesteytere i akuttpsykiatriske tjenester kan ha andre erfaringer enn i andre tjenester for mennesker som har psykiske lidelser. Likevel er det sannsynlig at resultatene også kan tas i bruk utenfor akuttpsykiatriske tjenester.

I tillegg til artikkelfunn bidrar litteratur fra Isdal og Eide og Eide til å svare på problemstillingen. Dette gjør at vi i oppgaven kan gå dypere inn på tema, og tolke forskningen opp mot annen litteratur.

4.0 Resultat av artikkelfunn

I dette kapittelet skal vi presentere funn vi har gjort i de tre forskningsartiklene. Vi vil til slutt sammenligne resultatene for å fremme likheter og ulikheter. Videre i oppgaven vil vi anvende “artikkel 1, 2 og 3” når vi henviser til de ulike forskningsartiklene for å lette lesingen. Dette er på grunn av at artikkel 2 og 3 ville fått lik kildehenvisning.

4.1 Artikkel 1

I studien *Encountering violence and aggression in mental health nursing: a phenomenological study of tacit caring knowledge* (2009) av Carlsson, Dahlberg og Drew er det forsket på hva som skaper det forskerne kaller positive møter. Studien finner sted på en psykiatrisk klinikk som tilbyr akutt psykiatrisk omsorg. Målet med studien er å identifisere tjenesteyteres strategier som skaper positive møter med aggressive og voldelige tjenestemottakere. Studien presenterer syv momenter som er med på å skape positive møter:

1. Respekt

Møte tjenestemottaker med respekt og med hensyn til individualitet. Det handler også om å respektere egne følelser av redsel i møte med tjenestemottaker (Carlsson et al, 2009, s. 538).

2. Berøring

Tjenesteyterne beskriver berøring som å bevege seg nær tjenestemottaker, og berøre personen fysisk. Ved bruk av berøring skaper en nærhet. Berøring virker beroligende og trøstende for tjenestemottaker (Carlsson et al, 2009, s. 539).

3. Dialog

Tjenesteyterne griper den aggressive situasjonen ved å lese og forstå tjenestemottakers signaler. Tjenesteyterne legger vekt på dialogen i form av nonverbalt kommunikasjon mellom dem og tjenestemottakerne. Studien fremmer stillet som et godt virkemiddel i dialog mellom tjenesteyter og tjenestemottaker (Carlsson et al, 2009, s. 539).

4. Situert kunnskap

Tjenesteyternes situerte kunnskap handler om hvordan en skal håndtere akutte situasjoner på kreative måter. Tjenesteyterne i studien beskriver at det er viktig å

plassere seg i tjenestemottakernes situasjon for å lettere forstå aggresjonen (Carlsson et al, 2009, s. 540).

5. Stabilitet

Stabilitet blir i artikkelen beskrevet som stabilitet i form av tilstedeværelse.

Tjenesteyter er rolig, bestemt og tar ansvar for situasjonen. Dette er med på å skape en atmosfære preget av sikkerhet for tjenestemottaker (Carlsson et al, 2009, s. 540).

6. Gjensidig anerkjennelse

Gjensidig anerkjennelse handler om at tjenesteyter viser åpenhet, engasjement og tilstedeværelse. Tjenesteyter må gi av seg selv (Carlsson et al, 2009, s. 541).

7. Fleksibilitet

Fleksibilitet handler om at tjenesteyter er tilpasningsdyktig. Tjenesteyter skal være ikke-autoritær og ikke-dømmende. En må finne en balanse mellom å være nær, men ikke for nær, å være tålmodig og rolig, men våken (Carlsson et al, 2009, s. 541).

Den vesentlige betydningen av fenomenet tjenesteyters opplevelse med aggressive og voldelige tjenestemottakere blir i studien forstått som et gyldent øyeblikk. Et gyldent øyeblikk beskrives som et øyeblikk preget av fleksibilitet, profesjonens evne til å være nær så vel som fjern, aktiv så vel som passiv, villig til å vente så vel som å iverksette tiltak. I det gyldne øyeblikket tas mange avgjørende og spontane avgjørelser, og tjenesteyter må sette grensene for situasjonen og hvordan de skal formidle deres forståelse av situasjonen til tjenestemottaker (Carlsson et al, 2009, s. 542).

4.2 Artikkel 2

I forskningsartikkelen *Patient perspectives on barriers and enablers to the use and effectiveness of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings* (2017) av Price, Baker, Bee, Grundy, Scott, Butler, Cree, Lovell, settes det søkelys på tjenestemottakers perspektiver i "mental health settings". Artikkelen presenterer de-eskaleringsteknikker som anbefalte tiltak i førstelinjetjenesten for håndtering av aggresjon i "mental health settings" (Price et al, 2017, s. 614). Studien viser at denne tilnærmingen fremmer tjenestemottakers autonomi under eskalerende adferd (Price et al,

2017, s. 619). Likevel fortsetter bruken av restriktiv praksis. Restriktiv praksis vil si at praksisen er innskrenkende, regulerende og strengere (Price et al, 2017, s. 615).

Studien undersøkte tjenestemottakernes perspektiver på hvordan ansatte, pasient- og miljøfaktorer påvirker implementeringen og effektiviteten av de-eskaleringsteknikker for aggresjon i “mental health settings”. Deltakerne identifiserte barrierer og hjelpemidler som finnes i “mental health settings”, som hindrer bruk av de-ekspleringsteknikker. Artikkelen presenterer funn i tre overordnede tema. Det første temaet beskriver personalets praksis og atferd. Tema to handler om pasientatferd og kontekster, og tema tre beskriver miljø- og kulturfaktorer.

Studien viser at tjenestemottakerne vektlegger mangel på refleksjon over praksis blant tjenesteyterne, respektløshet, sosial avstand, og makt og kontroll hos personalet som barrierer i håndtering av aggresjon. Som hjelpemidler beskriver tjenestemottakerne at redusert sosial avstand kan oppleves ved at tjenesteyter viser ydmykhet, gjensidighet, bruker humor og er selvutleverende. Berøring trekkes frem som et hjelpemiddel hos kvinnelige tjenestemottakere. Tjenestemottakerne i studien er også opptatt at tjenesteyterne viser forståelse og har toleranse for eskalerende atferd, at det foregår en menneske-til-menneske-dialog og at tjenesteyterne lytter til dem. Det er viktig for tjenestemottakerne at de kan ha tillit til systemet, og at de selv får delta i identifisering av løsninger av problemet.

4.3 Artikkel 3

Forskerne som forsket på “patient perspectives” på de-eskaleringsteknikker i artikkel 2 har også foretatt en kontrollstudie der de forsker på suksess og feil med de-eskaleringsteknikker fra tjenesteyter sitt perspektiv. Artikkelen *The support-control continuum: An investigation of staff perspectives on factors influencing the success or failure of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings* av Price, Baker, Bee og Lovell (2017) tar for seg støtteteknikker, ikke-fysiske kontrollteknikker og fysisk kontroll.

Støtteteknikker er de-eskaleringsteknikker som går ut på å få tjenestemottaker til å klare å regulere aggresjonen på egenhånd eller med støtte fra tjenesteyter. Ikke-fysiske kontrollteknikker er også former for de-eskaleringsteknikker. Det som skiller den fra støtteteknikker er at ikke-fysisk kontrollteknikker er mer autoritær og innebærer at tjenesteyter kommer med advarsel mot tjenestemottakers oppførsel. Dette gir tjenestemottaker

en sjans til å de-eskalere før uønskede metoder blir tatt i bruk. Fysiske kontroll teknikker brukes for å eliminere aggresjon ved å bruke restriktive praksiser og blir regnet som tvang (Price et al, 2017, s. 201).

Ved å se på hvordan og hvorfor tjenesteyterne valgte de spesifikke teknikkene som svar på eskalerende atferd, åpnet de for ny forståelse i prosessen av å implementere de-eskaleringsteknikker i praksis. Det viste hvordan tjenesteyter, tjenestemottaker og miljøfaktorer påvirker hvorvidt de-eskaleringen fører til suksess eller fiasko. Et viktig funn var at ikke-fysisk kontroll ofte førte til eskalerende aggresjon og økt bruk av restriktive praksiser (Price et al, 2017, s. 205).

4.4 Oppsummering og sammenligning av resultater

Ved å sammenligne resultatene fra de tre artiklene kan en lettere se sentrale arbeidsmetoder en kan anvende i møte med voldelig atferd hos mennesker som har psykiske lidelser. Tabell 4.4 viser en forenklet presentasjon av resultatene.

Tabell 4.4 Oppsummering og sammenligning av resultater

Artikkel 1	Artikkel 2	Artikkel 3
<ul style="list-style-type: none"> • respekt • berøring • dialog • erfaringsbasert kunnskap • stabilitet • gjensidighet • anerkjennelse • ikke-autoritær og ikke-dømmende • fleksibilitet 	<p>Barrierer for bruk av de-eskalering</p> <ul style="list-style-type: none"> • mangel på refleksjon over egen praksis • respektløshet • sosial avstand • makt og kontroll hos personalet <p>Hjelpemidler for bruk av de-eskalering</p> <ul style="list-style-type: none"> • redusere sosial avstand • berøring (hos kvinnelige tjenestemottakere) • menneske-til-menneske-dialog • forståelse 	<p>Support techniques:</p> <ul style="list-style-type: none"> • støtte til selvregulering • passiv intervensjon • bruk av betryggende ord • tjenesteyter bidrar til å utforske og identifisere problemet • imøtekomme tjenestemottakers behov <p>Non physical control techniques:</p> <ul style="list-style-type: none"> • redusere uønsket stimuli • avvise upassende oppførsel • avskrekkende advarsler • instruksjoner til tjenestemottaker

- toleranse for eskalerende atferd
 - lytte til tjenestemottaker
 - tjenestemottaker deltar i identifiseringen av mulige løsninger
 - tilgjengelig personale
 - tillit til systemet
 - avmakt
- Physical control techniques**
- tvang
- Barrierer**
- organisatoriske faktorer
 - miljøfaktorer
 - ressurser
 - pasientens selvreguleringsevner
 - risiko
 - kunnskap hos tjenesteyter
 - rutiner

5.0 Drøfting og refleksjon

I dette kapittelet går vi nærmere inn på resultatene av artikkelsøk. Vi skal drøfte resultatene knyttet opp mot relevant teori, og løfte resultatene opp mot tema i oppgaven for å svare på problemstillingen: *“Hvordan kan vi som vernepleiere møte vold i arbeid med mennesker som har psykiske lidelser?”*. Vi skal først diskutere de ulike de-eskaleringsteknikkene. Videre drøftes kommunikasjonsferdigheter som er relevant i arbeid med mennesker som har psykiske lidelser. Til slutt diskuteres vi motstandsbarrierer og andre forhold som kan påvirke en eventuell implementering av de-eskaleringsteknikker.

Resultat av artikkelfunn viser at artikkel 2 og 3 beskriver at bruk av de-eskaleringsteknikker er anbefalt i møte med mennesker som har psykiske lidelser, som viser aggressiv eller truende atferd. Dette er fordi de-eskaleringsteknikker kan minske risikoen for at tjenestemottaker tyr til vold samtidig som at det kan redusere bruken av tvang (Price et al, 2017, s. 198). Dette kan tjenesteyter oppnå ved blant annet å ta i bruk de syv momentene i “positive møter” som presenteres i artikkel 1. Sentralt i møte med vold er det Carlsson et al (2009, s. 542) beskriver som gyldne øyeblikk. En bør vise fleksibilitet, evne til å være nær så vel som fjern, aktiv så vel som passiv, villig til å vente så vel som iverksette tiltak.

5.1 Støtteteknikker

Artikkel 3 beskriver støtteteknikker som den ønskede de-eskaleringsteknikken i møte med eskalerende atferd hos mennesker som har psykiske lidelser. Tjenesteyterne anerkjenner at støtteteknikker krever et visst nivå av selvregulering hos tjenestemottakeren og gjensidighet med personalet for at tjenesteyter skal kunne engasjere seg på en trygg måte (Price et al, s. 200). Støtteteknikker innebærer ofte å få tjenestemottaker til å revurdere situasjonen for å redusere det opplevde behovet for vold. For å oppnå de-eskalering i møte med aggressiv atferd kan en anvende følgende støtteteknikker: passiv intervensjon, beroligelse, distraksjon, identifisering av problem, problemløsning og innramming av synspunkter og årsaker (Price et al, s. 202).

Den ene grunnen til at støtteteknikker blir regnet som ønsket de-eskaleringsteknikk er at artikkel 3 beskriver at ikke-fysiske kontrollteknikker blir mer praktisert, og at teknikken kan føre til at bruken av tvang øker. Dette kommer av at redsel hos tjenesteyter ofte påvirker

valget av teknikk (Price et al, 2017, s. 205). Den andre grunnen er at støtteteknikker ivaretar menneske-til-menneske-forholdet og likeverd i større grad enn de andre teknikkene.

Dersom det er et ovenfra-og-ned-perspektiv mellom tjenesteyter og tjenestemottaker kan det være vanskeligere for tjenestemottaker å delta i problemløsning. Dermed kan det også bli vanskeligere for tjenesteyter å hjelpe tjenestemottaker til å ty til andre metoder enn vold. Tjenestemottakerne i artikkel 2 verdsetter at tjenesteyterne prater til dem på en “naturlig” og “normal” måte (Price et al, 2017, s. 620). Dette støtter opp under Travelbees (2001, s. 177) tenkning om menneske-til-menneske-forhold. Carlsson et al (2009, s. 541) beskriver at en gjensidig anerkjennelse handler om at tjenesteyter gir av seg selv, viser åpenhet, engasjement og tilstedeværelse.

5.1.1 Passiv intervensjon

Passiv intervensjon beskrives i artikkel 3 (Price et al, 2017 s. 200) som lite inngripende, fordi teknikken ikke innebærer annet enn at tjenesteyter legger til rette for frigjøring av sinne på en kontrollert måte. Price et al (2017, 2. 200) sier at en kun kan anvende passiv intervensjon dersom miljøfaktorene ligger til rette for det. Dette krever at tjenesteyter har brukerkunnskaper om tjenestemottaker, og vet at tjenestemottaker ikke kommer til skade for seg selv eller andre, enten fysisk eller psykisk. Det positive med denne teknikken er at tjenestemottaker kan få mulighet til å samle seg på egenhånd. Uten forstyrrelser fra andre kan passiv intervensjon være en form for trening av følelsesreguleringen. Det som er utfordrende med teknikken er at tjenesteyter må gi slipp på kontrollen over situasjonen i mye større grad, særlig dersom de bruker passiv intervensjon i form av å “forlate” tjenestemottaker.

5.1.2 Beroligelse

I artikkel 3 beskriver tjenesteyterne at bruk av korte og enkle setninger kan trygge og roe ned tjenestemottaker i en eskalerende situasjon (Price et al, 2017, s. 202). I artikkel 3 kaller de denne teknikken for beroligelse. Mennesker som har psykiske lidelser kan ha vansker med å sortere tanker og følelser, spesielt under eskalerende situasjoner (ICD-11, 2019). Derfor bør det som formidles til tjenestemottaker være tydelig og lett forståelig.

Tjenestemottakere i artikkel 2 (Price et al, 2017, s. 620) beskriver at det er beroligende at tjenesteyter er ærlig og ikke prøver å være noen andre enn den de er. Ærlighet hos tjenesteyter kan føre til tillit fra tjenestemottaker. Hovedprinsippet bør basere seg på at tjenesteyter er

ærlig. På den andre siden er det ikke alltid nødvendig å fortelle hele sannheten til tjenestemottaker, dersom en vet at det å fortelle hele sannheten kan føre til eskalerende atferd eller mistillit. Et eksempel kan være at en beboer ser at en annen beboer er på vei ut, og spør tjenesteyter om hvor den andre beboeren skal. Da kan ikke tjenesteyter si hvor den andre skal for å ivareta hans personvern, men kan fortelle en tilsynelatende sannhet for å ivareta en tillit mellom tjenestemottaker og tjenesteyter. Samtidig bør en være observant på at uærlighet også kan føre til eskalerende atferd og mistillit.

Carlsson et al (2009, s. 539) skriver at tjenesteyterne opplever at berøring kan virke beroligende og trøstende for tjenestemottaker. Tjenestemottakerne i artikkel 2 bekrefter også at berøring kan være beroligende (Price et al, 2017 s. 620). På en annen side er det ikke gitt at alle mennesker setter pris på berøring. Derfor bør bruk av berøring vurderes i forhold til hver enkelt individ og situasjonen en befinner seg i. Dersom tjenesteyter er i tvil bør en spørre om tjenestemottaker setter pris på berøring. Sinne kan for eksempel vises gjennom gråt og frustrasjon. En umiddelbar respons kan være at tjenesteyter ønsker å legge en trøstende hånd på skulderen, fordi han mistolker følelsene til tjenestemottaker. På denne måten kan noe så enkelt som berøring føre til eskalerende atferd, på grunn av at tjenestemottaker ikke verdsetter berøring når han er sint. Det er viktig å påpeke at situasjonen ikke alltid tilsier at det ligger til rette for å spørre tjenestemottaker om det er greit med for eksempel en hånd på skulderen.

5.1.3 Distraksjon

Distraksjon innebærer at en som tjenesteyter prøver å flytte tjenestemottakers fokus fra det som fører til eskalerende atferd over på noe annet. Tjenesteyterne i artikkel 3 anerkjente at teknikken burde brukes i kombinasjon med annen teknikk fordi den ikke kommer til bunns i problemet. De synes at teknikken hadde best effekt når den ble brukt mot mennesker som har psykisk utviklingshemning (Price et al, 2017, s.200). Det er da viktig å få frem viktigheten av å ta opp igjen det som førte til den eskalerende atferden for å kunne bidra til problemløsning.

5.1.4 Identifisering av problem og problemløsning

Ved å spørre om hva som ligger bak problemet og hvordan en som tjenesteyter kan hjelpe, bidrar en til identifisering og utforskning av problemet. På denne måten kan en unngå antagelser og forhåndsoppfatninger. En kan spørre tjenestemottaker om å selv identifisere mulige løsninger, lytte mer enn å prate, forstå istedenfor å instruere og tilby valg og alternativer for å løse det som ligger bak aggresjonen (Price et al, 2017, s. 619). Dette kan

bidra til forståelse av tjenestemottakers eskalerende atferd.

5.1.5 Innramming av problemer og årsaker

Mye av aggresjonen til tjenestemottaker kan basere seg på generell frustrasjon over nåværende livssituasjon. Ofte kan praktiske løsninger til de problemene være utilgjengelig på tidspunktet. Tjenesteyter kan da bidra til at tjenestemottaker kan snakke om problemene og prøve å se de fra et annet perspektiv (Price et al, 2017, s.202). Dette kan minne om det Eide og Eide (2017, s. 211-212) beskriver som “å perspektivere”. Å perspektivere handler om å få tjenestemottaker til å se sin situasjon på avstand, fra en mer distansert synsvinkel. Dette kan tjenesteyter gjøre ved å alminneliggjøre opplevelsen av situasjonen og utfordre tjenestemottaker til å innta en avstandsposisjon. Det er viktig å opptre med forståelse samtidig som en gir informasjon som bekrefter tjenestemottakers erfaring. Dermed kan en gjøre tjenestemottakers opplevelse til noe felles, som noe andre også kan ha erfart. Dette kan gjøre problemet mindre personlig. På en annen side er det viktig å vise forståelse for å hindre at tjenestemottaker opplever at tjenesteyter bagatelliserer problemet (2017, s. 211-212).

5.2 Ikke-fysiske kontrollteknikker

Selv om de-eskaleringsteknikker er anbefalt metode viser artikkel 3 at ikke-fysiske kontrollteknikker har begrenset effektivitet, og at den i verste fall kan virke mot sin hensikt (Price et al, 2017, s. 205). Teknikken innebærer at tjenesteyter kommer med instruksjoner, avskrekkelser eller irettesettelser mot tjenestemottaker. Dette kan for eksempel være at tjenestemottaker får beskjed om at oppførselen er upassende, og at tjenesteyter sier hva som skjer dersom tjenestemottaker ikke roer seg (Price et al, 2017, 202).

Selv om støtteteknikker er den ønskelige de-eskaleringsteknikken, kan det også være behov for å anvende ikke-fysiske kontrollteknikker. Dette er på grunn av at eskalerende atferd til tider kan forekomme uten at den er sykdomsrelatert, og at det dermed kan være vanskeligere å empatisere med vold eller truende atferd (Price et al, 2017, 203). I artikkel 2 og 3 trekkes det frem at tjenestemottakerne opplever at tjenesteyter har formening om hva som er sykdomsrelatert og ikke. Tjenesteyter kan ha høyere forventninger til tjenestemottakere som ikke er preget av akutfase. Tjenestemottakere som mottar akuttpsykiatrisk hjelp er gjerne i en fase hvor det kan tenkes at det er vanskelig å motta informasjon og tenke konsekvenser. På den andre siden er det viktig at tjenesteyter er bevisst over de etiske dilemmaene og maktforholdet som oppstår når tjenesteyter skal avgjøre om den eskalerende atferden er

sykdomspreget, eller ikke (Price et al, 2017, s. 203). Det kan derfor tenkes at teknikken kan anvendes med større hell når den brukes utenfor akuttpsykiatriske tjenester.

Det å møte aggresjon, vold og trusler kan være ubehagelig for tjenesteyter. Dermed kan ikke-fysiske kontrollteknikker oppleves som lettere å anvende, på grunn av at en lettere kan skjule redsel, eller andre følelser som påvirker valg av teknikk (Price et al, 2017, s. 204). Dette er det viktig at tjenesteyter er bevisst over. At tjenesteyter anvender ikke-fysisk kontrollteknikker som svar på eskalerende atferd kan også være på grunn av at en ellers i samfunnet kan få sanksjoner dersom en bryter regler eller lover. Denne holdningen bør tjenesteytere i noen situasjoner legge fra seg. Det er ikke alltid slik at eskalerende atferd bør få negative konsekvenser i form av sanksjoner og straff. Dette er en vurderingssak basert på tjenestemottakers sykdom og alvorlighetsgrad av regelbrudd.

Bruk av ikke-fysiske kontrollteknikker kan føre til at tjenestemottaker opplever avmakt. På en annen side kan bruken av ikke-fysiske kontrollteknikker fra tjenesteyters side begrunnes med at en skaper trygghet for tjenestemottaker. Det er likevel ikke gitt at tjenestemottaker har forståelse for at dette bidrar til å skape trygghet. Tjenesteyter bør være reflektert over bruken av ikke-fysiske kontrollteknikker, på grunn av at det kan skape hierarkiske hindringer og en ubalanse i maktforholdet mellom tjenestemottaker og tjenesteyter (Price et al, 2017, 620).

Et eksempel på instruksjoner kan være regler. For eksempel kan det være nødvendig med regler i fellesstuen i et bofellesskap. Reglene kan ha som mål å opprettholde et trygt og godt miljø for de som oppholder seg i fellesstuen. Det kan også være nødvendig med sanksjoner dersom reglene brytes. På den måten kan regler være avskrekkende, fordi det kan føre til konsekvenser, som for eksempel at tjenestemottaker ikke lengre får oppholde seg i fellesstuen. Dersom tjenestemottaker begynner å vise eskalerende atferd som går i mot fellesstuens regler kan tjenesteyter for eksempel komme med instruksjoner om at tjenestemottaker må huske på reglene. Dette kan enten stoppe tjenestemottakers eskalerende atferd, eller føre til forsterkning av den eskalerende atferden. Enkelte tjenestetilbud vil ha større behov for tydeligere regler og struktur. Det vil ikke bety at det ikke er behov for regler i for eksempel akuttpsykiatriske tjenester, men at det er lettere å forholde seg til reglene dersom en ikke er i en akutfase.

5.3 Tvang

Tvang er ikke en de-eskaleringsteknikk, men tvang kan forstås som et til tider “nødvendig onde” som må tas i bruk når de-eskaleringsteknikker ikke er tilstrekkelige. I noen tilfeller kan tvang måtte anvendes for å skape trygghet for tjenestemottaker, tjenesteyter eller miljøet. Makt og kontroll kan føre til skader på både tjenesteyter og tjenestemottaker (Department of Health, 2014, s. 21). Et eksempel kan være at tjenesteyter må anvende tvang på grunn av at tjenestemottaker skader seg selv ved å dunke hodet hardt gjentatte ganger i veggen. Psykisk helsevernloven (1999, §4-2) trekker også frem at tvang kun skal tas i bruk dersom det er helt nødvendig, og at en skal bruke tiltak som er minst mulig inngripende. Dette forsvarer tolkningen om at de-eskaleringsteknikker er den best tenkelige måten å møte vold på.

5.4 Forståelse av tjenestemottakers eskalerende atferd

Forståelse er en egenskap som er viktig i arbeid med mennesker. Manglende forståelse kan tolkes som en hierarkisk og fysisk hindring for kommunikasjon mellom tjenestemottaker og tjenesteyter. Hierarkisk hindring kan tolkes som ubalanse i maktforholdet mellom tjenestemottaker og tjenesteyter. Rogers sin tenkning går ut på at en må møte en person med ubetinget respekt, varme, genuinitet og empati for å kunne forstå (Eide og Eide, 2017, s. 375). Det å forstå andre mennesker handler om mer enn å sette seg inn i situasjonen til den andre. Tjenesteyter kan lettere forstå ved å anvende personorientert kommunikasjon (Eide og Eide, 2017, s. 40). Aktiv lytting er et viktig i forståelsen av tjenestemottakers problem. Eide og Eide (2017, s. 25) beskriver at å lytte aktivt er å forstå samspillet mellom det verbale og nonverbale. Når tjenesteyter lytter aktivt må en både bruke verbale- og nonverbale kommunikasjonsteknikker for å vise at en forstår. En tjenestemottaker i artikkel 2 beskriver at han føler seg forstått når tjenesteyter snakker fra erfaring og setter seg inn i hans situasjon. Tjenestemottakerne vektlegger verdien av å bli snakket til på en naturlig og normal måte ”på nivå” med dem, og at dette fremmer menneske-til-menneske-dialog, i motsetning til “sykepleier-til-pasient-dialog” (Carlsson et al, 2009, s. 620). På den andre siden forklarer en annen tjenestemottaker i artikkelen at personalets forståelse kan virke som en falsk følelse av empati og kan eskalere aggresjonen. Overdreven vennlighet er ikke verdsatt blant tjenestemottakerne (Price et al, 2017, s. 620). En av tjenestemottakerne forteller:

One young nurse said "I know how you feel," I said "Why, do you hear voices, do you want to cut yourself or does someone tell you your mum killed herself because of you?" She said, "No," I said, "Well you don't understand me then so don't say you do." I hate people saying, "I understand" . . . that makes a person angry. . . they don't understand, they've not got mental health. (Price et al, 2017, s. 620)

Isdal (2018, s. 11) uttaler at forståelse ikke er det samme som aksept. Han skriver at forståelse til og med kan være det motsatte av aksept. "For å kunne forstå voldens mening må vi være villig til å høre nøye på dem som utøver volden. For å forstå voldens virkning må vi være villig til å lytte til dem som har blitt utsatt for den, og ta inn over oss deres følelser og opplevelser" (Isdal, 2018, s. 11). Fokuset bør være på å hjelpe tjenestemottakerne med å forstå og sette ord på følelsene, fremfor å kun si at en forstår hvordan tjenestemottaker har det. Med dette menes det ikke at en som tjenesteyter ikke ønsker å forstå hvordan tjenestemottaker har det, men at det å si "jeg forstår", ikke nødvendigvis viser at en forstår problemet.

Den nonverbale kommunikasjonen kan også gi forståelse om hvordan et annet menneske har det, og er derfor viktig i psykisk helsearbeid. Tjenesteyterne i artikkel 1 legger særlig vekt på den nonverbale kommunikasjonen ved at de møter den eskalerende situasjonen ved å lese og forstå tjenestemottaker (Carlsson et al, 2009, s. 539). Å lese kroppsspråk og ansiktsuttrykk kan bidra til å forstå tjenestemottaker. Dette kan for eksempel være at en ved erfaringsbasert kunnskap forstår at tjenestemottaker er sint på tjenesteyter, fordi han viser fingeren og har et stramt ansiktsuttrykk. Erfaringsbasert kunnskap er kunnskap en har tilegnet seg gjennom tidligere erfaringer (Helsebiblioteket (a), u.å). Til motsetning kan brukerkunnskap fortelle noe annet om hvorfor tjenestemottaker viser fingeren. Brukerkunnskaper er de kunnskapene en har om tjenestemottakers ønsker og behov i en gitt situasjon (Helsebiblioteket (a), u.å). Normalt vil en tenke at noen er sint når de viser fingeren til deg. Ved anvendelse av brukerkunnskaper kan en forstå om tjenestemottaker mener å vise fingeren som intern humor, eller om han faktisk er sint.

Carlsson et al (2009, s. 538) mener at å respektere følelsen av redsel i møte med voldelige tjenestemottakere er viktig. Tjenestemottakerne i artikkel 2 beskriver at tjenesteyternes redsel sjeldent var problematisk. En tjenestemottaker forklarer at tjenesteyternes redsel kan bidra til

å skape en beskyttende følelse for den aggressive tjenestemottakeren, fordi han da ser tjenesteyter som en sårbar og passiv person (Price et al, 2017, s. 620). På bakgrunn av dette kan det bety at redsel hos tjenesteyter bidrar til å redusere sosial avstand mellom tjenestemottaker og tjenesteyter. Tjenestemottakerne i artikkel 2 beskriver at verdien av redusert sosial avstand fremmer en følelse av likhet for tjenestemottakerne. De forklarer at det å bli invitert inn i normalt begrensede områder, bryte ned hierarkiske og fysiske hindringer for kommunikasjon, og fremme en atmosfære av respekt er hjelpemidler som kan redusere den sosiale avstanden mellom tjenestemottaker og tjenesteyter (Price et al, 2017, s. 620). På den andre siden kan frykt hos tjenesteyter gjøre at tjenestemottaker opplever ønsket resultat ved å ha aggressiv eller truende holdning. Artikkel 3 formidler at følelsesmessige responser som ikke er til hjelp må legges til side i møte med aggresjon og truende atferd (Price et al, s. 200).

Det blir blant tjenestemottakerne i artikkel 2 verdsatt at tjenesteytere “bryter” regler som oppfattes som lite nødvendig for tjenestemottakerne. En deltaker forklarer at det å kunne få lov til å ta en sigarett utenom den regelgitte tiden gir spillerom og frihet, selv om det innebærer at den ansatte går i mot reglene (Price et al, 2017, s 620). At tjenesteyters “regelbrudd” er verdifullt for tjenestemottaker kan tyde på at tjenestemottaker føler dette er med på å redusere den sosiale avstanden mellom dem. Tjenesteyter kan på den måten skape et sterkere menneske-til-menneske-forhold med tjenestemottaker. Under slike “regelbrudd” kan det oppstå noe internt mellom den enkelte tjenestemottaker og tjenesteyter, som kun er mellom de to. På den andre siden er det viktig å poengtere at regelbruddet ikke bør oppleves som belønning for tjenestemottaker. Dersom en tjenestemottaker bevisst skaper en eskalerende situasjon, fordi han vet at det resulterer i at han får en røyk, vil han få belønning for eskalerende atferd. Selv om regelbrudd kan bidra til å skape et sterkere forhold og gjerne tillit, er det viktig at tjenesteyter er konsekvent i bruken av regelbrudd og viser bevissthet over at reglene er til for en grunn.

Det er viktig å påpeke at det er individuelt hva som fungerer for de ulike tjenestemottakerne. Eide og Eide (2017, s. 40) hevder at teori om hvordan en skal møte mennesker ikke nok i seg selv. Med andre ord må tjenesteyter også anvende erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap sammen med forskningsbasert kunnskap. En vil heller aldri helt forstå hvordan noen andre har det, fordi vi ikke har de samme livserfaringene.

5.5 Miljøfaktorer i møte med vold

Ved bruk av de-eskaleringsteknikker med mennesker som har eskalerende atferd er det viktig å skape optimale forhold for kommunikasjon og trygge forhold for intervensjon. Tjenesteyter må da tolke omgivelsene og prøve å forstå tjenestemottakers følelser, samtidig som at tjenesteyter legger en plan for hvordan situasjonen skal håndteres. Dette vil være sentralt i opprettholdelse av arbeidsmiljøloven § 4-3 punkt 4 (2005), som omhandler tjenesteyters sikkerhet. I henhold til arbeidsmiljøloven § 2-1, § 2-2 og § 2-3 vil både tjenesteyter og hans arbeidsgiver ha et ansvar for at tjenesteyter får forsvarlig arbeidsmiljø. Dette innebærer at tjenesteytere får tilstrekkelig opplæring og kunnskap om mulige miljøfaktorer i møte med vold.

Det er mye som bør tas hensyn til i miljøet hvor den eskalerende atferden skjer. Tjenesteyter kan skape gode forhold ved å fjerne objekter som kan fungere som våpen for tjenestemottaker, sikre at tjenesteyter plasserer seg bevisst i rommet, sikre at en holder god nok avstand til den som har eskalerende atferd og at tjenesteyter hindrer at den voldelige atferden blir en "scene" for andre i miljøet (Price, Baker, Bee og Lovell, 2017, s. 198). Et eksempel på dette kan være at en skal formidle noe til tjenestemottaker hvor en ser for seg at han kan respondere med eskalerende atferd. For eksempel burde en ikke formidle beskjeden når tjenestemottaker står og kutter grønnsaker, for å hindre at han skader seg selv eller andre. Da bør en heller vente med å formidle beskjeden, eller eventuelt invitere tjenestemottaker bort fra aktiviteten. Videre bør tjenesteyter tenke på å plassere seg smart i forhold til rømningsvei og med god avstand fra tjenestemottaker. Da vil en lettere kunne komme seg ut av rommet dersom tjenestemottaker blir aggressiv.

Tjenesteyters kommunikasjonsferdigheter kan også påvirke miljøfaktorene. Et eksempel på dette kan være at tjenesteyters nonverbale kommunikasjon, som for eksempel kroppsspråk, kan påvirke atmosfæren i rommet, og dermed muligheten til bruk av de-eskaleringsteknikker. Derfor er det viktig at tjenesteyter har ferdigheter i anvendelse av profesjonell kommunikasjon. Arbeidstilsynet (2020, s. 11) råder tjenesteytere i møte med eskalerende atferd til å opptre rolig, lytte, være observant, ta initiativ, bruke tydelig språk, være hjelpsom, ikke være dominerende eller underkastende og holde en passende avstand. Det er også viktig å være bevisst over tjenestemottakers opplevelse av situasjonen (Arbeidstilsynet, 2020, s. 11). Selv om en tilrettelegger for disse forholdene, kan en derimot ikke garantere trygghet verken

for tjenestemottaker eller tjenesteyter. Det er vanskelig å forutsi hvordan et annet menneske vil agere.

5.6 De-eskalering på systemnivå

I artikkel 2 kommer det frem at tjenestemottakerne føler tjenesteyterne har manglende refleksjon over egen praksis. De beskriver at personalets praksis som svar på aggresjon kan oppleves som “robot-aktig”. En ofte identifisert barriere blant tjenestemottakerne er mangel på tid for personalet forårsaket manglende ressurser. Tjenestemottakerne mener dette reduserer tjenesteyternes mulighet til å identifisere årsaker til eskalering (Price et al, 2017, s. 618). Tjenesteyterne i artikkel 3 (Price et al, 2017, s.205) forklarer også at mangel på ressurser fører til at tvang blir det beste alternativet for effektivitet.

En deltaker i artikkel 2 trekker frem at personalet er så opptatt av prosedyrer at det distraherer dem fra å løse problemer, og at det heller anvendes en restriktiv praksis for å opprettholde kontroll (Price et al, 2017, s. 621). For det første kan det tenkes at tjenesteyter er opptatt av prosedyrer som et resultat av underbemanning. Underbemanning kan føre til at tjenesteyterne ikke har tid til å løse problemet på ønsket måte. For det andre kan tjenesteyternes fokus på prosedyrer være et resultat av at tjenesteyter har manglende kunnskap om hvordan en skal løse problemet, og er redd for å gjøre feil.

Stabilitet i form av tilstedeværelse blir fremmet som en faktor blant tjenesteyterne i artikkel 1 (Carlsson et al, 2009, s. 540). Det kan tyde på at stabilitet i form av tilstedeværelse til en viss grad krever kjennskap til prosedyrene, og at en derfor kan ha større fokus på nødvendige kommunikasjonsteknikker, som for eksempel å være rolig og bestemt. På den måten kan stabilitet i form av tilstedeværelse føre til mindre bruk av restriktiv praksis, og dermed større bruk av de-eskaleringsteknikker. Det kan bety et styrket behov for rekruttering av en stabil bemanning som har rett kompetanse. Dette beskriver strategi 1 i Kompetanseløftet 2020 (Helsedirektoratet, 2020).

For å skape stabilitet i tjenestene og en bemanning som står faglig sterkt må det videre legges til rette for at grunn- og videreutdanningene har god kvalitet (Helsedirektoratet, 2020). Bruk av kunnskapsbasert praksis bidrar til bruk av korrekt og oppdatert kunnskap i tjenestene (Helsebiblioteket (a), u.å). Dette er med på å bidra til gjennomføring av strategi 3, som handler om å øke kompetansen til helsetjenestene sine ansatte ved hjelp av blant annet

forskning og kunnskapsbasert praksis. Det må vektlegges og legge til rette for kunnskapsbasert praksis i tjenestene. Dette legges frem som strategi 4 og 5 i Kompetanseløftet 2020 for å sikre gode tjenester (Helsedirektoratet, 2020)

Behovet for en faglig sterk og stabil bemanning indikerer også at det ligger et ansvar hos leder. Som regjeringen beskriver i strategi 6 i Kompetanseløftet 2020 (Helsedirektoratet, 2020) er det viktig at leder har høy kompetanse innen lederskap. Leder er ansvarlig for å sørge stabilitet i personalgruppen. Stabilitet i personalgruppen påvirker videre tjenestemottakerne, og er nødvendig for å skape gode tjenester. Det er også viktig at leder er klar over ansvaret som ligger til grunn for å utvikle gode tjenester. Leder må følge lovens bestemmelser for å ivareta de ansatte (Arbeidsmiljøloven, 2005, § 2-1 og § 4-3). Videre skal leder sørge for at mulige voldssituasjoner blir kartlagt for å ivareta tjenestemottakers, tjenesteyter og miljøets sikkerhet (Forskrift om utførelse av arbeid, 2011, § 23A-1).

Arbeidsmiljøloven § 2-3 (2005) presiserer arbeidstakerne har medvirkningsplikt for å overholde arbeidsmiljølovens bestemmelser. På systemnivå er vernepleierens oppgave er å sørge for at en innehar kunnskap om hvilket ansvar som ligger hos hvem, slik at en som tjenesteyter kan bidra til å skape gode tjenester. På den måten kan tjenesteyter vurdere om problemet eller hindringen må håndteres internt på tjenestestedet, eller om problemet er forårsaket eksterne faktorer på systemnivå.

5.7 Empowerment og autonomi

Støtteteknikker skaper størst mulighet for tjenestemottaker til å påvirke hvordan tjenesteyteren skal møte volden. Dette gjenspeiles i tenkningen i empowerment. Dette er fordi støtteteknikker i størst grad innebærer at tjenestemottaker skal gjøre noe med situasjonen selv, med minst mulig innblanding fra tjenesteyters side. Dette viser til Rogers sin tenkning om at mennesket er en fri person og selvstendig aktør med evne til å skape forandring og bestemme selv (Eide og Eide, 2017, s. 375-376).

Det er likevel viktig å påpeke at verken støtteteknikker og andre de-eskaleringsteknikker nødvendigvis ivaretar tjenestemottakers autonomi fullstendig. Det er fordi tjenesteyter uansett vil forsøke å forhindre tjenestemottaker i å utføre vold på grunn av lovens bestemmelser i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999 § 1-1) og Arbeidsmiljøloven (2005, § 4-3).

Tjenesteyter vil hindre tjenestemottaker i å utføre vold, selv om tjenestemottaker har et ønske

om å utføre vold. Derfor kan det kan forstås som opprettholdelse av autonomi dersom tjenesteyter lar tjenestemottaker utøve voldshandlingene. Samtidig presiserer Pasient- og brukerrettighetsloven (1999 § 1-1) at tjenesteyter er ansvarlig for å hjelpe tjenestemottaker til å ivareta respekt og menneskeverd. Dersom tjenesteyter lar tjenestemottaker utøve vold mot seg selv eller andre, vil ikke tjenesteyter imøtekomme lovens bestemmelser. Med dette menes det at lovens bestemmelser i dette tilfellet vektlegges tyngre enn tankene om autonomi og empowerment, for å hindre skade på tjenestemottaker, tjenesteyter eller andre.

5.8 Motstandsbarrierer

Forhold og barrierer som kan påvirke tjenestemottaker direkte kan for eksempel være at tjenesteyter har mangel på ferdigheter i aggresjonshåndtering, frykt i møte med aggressive og truende tjenestemottakere, vansker med å empatisere med tjenestemottaker, alder og erfaring hos tjenesteyter og arbeidskultur. (Price et al, 2017, s. 201).

En barriere som kan påvirke tjenestemottaker indirekte kan være underbemanning og lav kompetanse i tjenestene kan føre til høyere bruk av tvang og lavere bruk av de-eskalering (Price et al, 2017, s.205). En motstandsbarriere for å oppnå økt bemanning og høyere kompetanse kan være tjenestene da vil kreve mer økonomiske ressurser. Et annet aspekt er at bruk av vikarer fører til mindre stabilitet i tjenestene, og dermed er det vanskeligere å anvende de-eskaleringsteknikker. Likevel er det vanskelig å unngå bruken av vikarer eller mindre stillinger, på grunn av uforutsette hendelser som for eksempel sykefravær. Det som da er viktig er at rutiner og prosedyrer blir formidlet til alle på tjenestestedet.

6.0 Avslutning

I denne oppgaven har vi drøftet problemstillingen “*Hvordan kan vi som vernepleiere møte vold i arbeid med mennesker som har psykiske lidelser?*”. Vi har anvendt lover for å argumentere for hvorfor bruk av de-eskaleringsteknikker er ønskelig teknikker for mennesker som har psykiske lidelser, og hvordan politiske føringer kan påvirke anvendelsen av de-eskaleringsteknikker. Vi har sett på teorier som bidrar til å skape en forståelse om hvorfor vold oppstår. For å svare på problemstillingen har vi tatt i bruk litteratursøk som metode. I litteratursøket fant vi tre relevante forskningsartikler. Artikkel 1 (Carlsson et al, 2017) handler om ulike kommunikative ferdigheter som er viktige i arbeid med mennesker som har psykiske lidelser. Den trekker frem gyldne øyeblikk som vesentlig i arbeidet. Artikkel 2 (Price et al, 2017) handler om tjenestemottakers perspektiver om barrierer som hindrer tjenesteyterne i å anvende de-eskalering. Tjenestemottakerne vektlegger respektløshet, sosial avstand, og makt og kontroll hos personalet som barrierer i håndtering av aggresjon. Som hjelpemidler forklarer tjenestemottakerne at respekt, sosial nærhet og avmakt kan bidra til å effektivisere bruken av de-eskaleringsteknikker. I artikkel 3 (Price et al, 2017) beskrives ulike former for de-eskalering og det trekkes frem fordeler og ulemper ved teknikkene. Resultatene viser at de-eskaleringsteknikker er en god måte å møte vold i arbeid med mennesker som har psykiske lidelser.

Utover dette er støtteteknikker den de-eskaleringsteknikken som møter vold på best tenkelig måte i arbeid med mennesker som har psykiske lidelser. Det er på grunn av støtteteknikker tar mest hensyn til empowerment-perspektivet som baserer seg på “bottom up” prinsippet, noe som er sentralt i alt arbeid med mennesker (NOU 1998, s. 316). Anvendelse av støtteteknikker er noe en som tjenesteyter bør strebe etter å oppnå i møte med vold i arbeid med mennesker som har psykiske lidelser. Grunnleggende i støtteteknikker er å forstå tjenestemottakeren ved å vise respekt, aksept og ved å lytte aktivt. På denne måten kan en skape et menneske-til-menneske-forhold mellom tjenestemottaker og tjenesteyter, og lettere kunne anvende støtteteknikker. Vernepleieren kan da bidra til at tjenestemottaker kan forstå det som er vanskelig, samtidig som en bygger relasjon og prøver å skape tillit ved å vise at en bryr seg.

Til syvende og sist er det viktig å være bevisst over at en som tjenesteyter, vernepleier eller privatperson aldri helt kan forstå hvordan et annet menneske har det, fordi vi ikke har de

samme livserfaringene den andre har.

7.0 Referanser

Arbeidsmiljøloven - aml. (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.

(arbeidsmiljøloven) (LOV-2005-06-17-62). Hentet fra:

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62/KAPITTEL_5#§4-1

Arbeidstilsynet (2020). Vold og trusler. Hentet fra:

<https://www.arbeidstilsynet.no/tema/vold-og-trusler/pageAsPdf?showAsImage=true>

Carlsson, G., Dahlberg K., Drew, N. (2009). Encountering violence and aggression in mental health nursing: a phenomenological study of tacit caring knowledge, *Issues in Mental Health Nursing, Volume 21 Issue 5*, 533 - 545. Hentet fra: <https://www.tandfonline.com.galanga.hvl.no/doi/pdf/10.1080/01612840050044276?needAccess=true>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

Department of Health, 2014. Positive and Proactive Care: Reducing the Need for Restrictive Interventions Hentet fra:

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/300293/JRA_DoH_Guidance_on_RP_web_accessible.pdf

Eide, H. og Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Forskrift om utførelse av arbeid. (2011). Forskrift om utførelse av arbeid, bruk av arbeidsutstyr og tilhørende tekniske krav (FOR-2011-12-06-1357). Hentet fra:

https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-06-1357/KAPITTEL_4-2#§23a-5

Helsebiblioteket (2016, 3. juni). Forskningsmetode. Hentet fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasertpraksis/sporsmalsformulering/forskningsmetode>.

Helsebiblioteket (a). (u.å). Kunnskapsbasert praksis. Hentet 08.05.20 fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>

Helsebiblioteket (b) (u.å). 4. Kritisk vurdering. Hentet 08.05.20 fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering>

Helsedirektoratet (2017, juli). Kartlegging av vold mot helsepersonell og medpasienter.

Hentet fra: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kartlegging-av-vold-mot-helsepersonell-og-medpasienter/Kartlegging%20av%20vold%20mot%20helsepersonell%20og%20medpasienter.pdf/_attachment/inline/15d0b938-d175-4779-b2fd-4584b150090b:c4424b37dce76b14ce86388aa8c25a1e5c77a8bf/Kartlegging%20av%20vold%20mot%20helsepersonell%20og%20medpasienter.pdf

Helsedirektoratet. (2020, 26. mars). Kompetanseløft 2020. Hentet 12. april 2020 fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/kompetanseloft-2020>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). Omsorgstjenesten. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/omsorgstjenesten/id426407/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). Omsorgsplan 2015 og 2020. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/omsorgsplan-2015-og-2020/id737786/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020). Hentet fra:

https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2f9cb7/omsorg_2020.pdf

Helse- og omsorgstjenesteloven - hol. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra:

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_1

ICD-11 (2019, April). 06 Mental behavioural or neurodevelopmental disorders.

Hentet fra: <http://id.who.int/icd/entity/334423054>

Isdal, P. (2018). Meningen med volden. (2.utg). Oslo: Kommuneforlaget.

Lande, W., M. (2018, 5. november). Kvinner og menn i helseyrker møter mest vold og trusler.

Hentet fra: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/kvinner-og-menn-i-helseyrker-moter-mest-vold-og-trusler>

Lein (2018, 18. desember). Psykisk sykdom fører ikke til mer vold. Hentet fra:

https://nhi.no/psykisk-helse/psykiske-lidelser/psykisk-sykdom-forer-ikke-til-mer-vold/?fbclid=IwAR1mKiJN4I0dAEIMSuUBeCFye6XpiTRtRWNb7vIhl1fmJZ_P2SIhIh7U8Ys

Nikolaisen, H. (2019, 4 juli). Empowerment – hjelp til selvhjelp. Hentet fra:

<https://ndla.no/nb/subjects/subject:4/topic:1:172816/topic:1:173908/resource:1:14331>

0

Nortvedt, M. W., Graverholt, B., Jamtvedt, G., Nordheim, L. V. og Reinart, L. M. (2012). *Jobbkunnskapsbasert!: en arbeidsbok*. (2. utg.) Oslo: Akribes

NOU 1998: 18. (1997). Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1998-18/id141324/>

Ose, S. O., Lilleeng, S., Pettersen I., Ruud, T. og van Weeghel, J. (2017). Risk of violence among patients in psychiatric treatment: results from a national census, *Nordic Journal of Psychiatry, Volume 71 Issue 8*, 551-560, DOI: <https://doi.org/10.1080/08039488.2017.1352024>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_1

Price, O., Baker, J., Bee, P., Grundy, A., Scott, A., Butler, D., Cree, L., Lovell, K. (2017). Patient perspectives on barriers and enablers to the use and effectiveness of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings, *Jan Leading Global Nursing Research, Volume 74 Issue 3*, 614-625. Hentet fra: <https://doi.org/10.1111/jan.13488>

Price, O., Baker, J., Bee, P., Lovell, K. (2018). The support-control continuum: An investigation of staff perspectives on factors influencing the success or failure of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings, *International Journal of Nursing Studies, Volume 77*, 197-206. Hentet fra: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.10.002>

Psykisk helsevernloven – phvl. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av

psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) (LOV-1999-07-07-62). Hentet fra:
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62#KAPTITTEL_4

Statistisk sentralbyrå (2016). Kvinner og menn i helseyrker møter mest vold og trusler
<https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/kvinner-og-menn-i-helseyrker-moter-mest-vold-og-trusler?tabell=367262>

Travelbee, J. (2001) Mellommenneskelige forhold i sykepleie. 6 opplag. Oslo, Gyldendal
Norsk Forlag