

Vold mot helsepersonell i arbeid med psykisk helse- og rus

En kvalitativ studie om hvordan helsepersonell opplever å bli utsatt for vold

MERETE THINGVOLD

VEILEDER

Elsa Almås

Universitetet i Agder, 2020

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for psykososial helse

Master

Forord

Slag, spark, kvelning, kasting og en rekke trusler er bare noe av det jeg har opplevd i min rolle som sykepleier. Samtidig som jeg har fått føle volden på kroppen, så har opplevelsene gitt meg en økt interesse og nysgjerrighet. Jeg er fasinert, både over hvorfor noen utøver vold og hvordan vi som mennesker mestrer å bli utsatt for vold. Denne nysgjerrigheten og fasinasjonen dannet ideen og motivasjonen til å skrive denne oppgaven.

Utallige arbeidstimer senere, med dette temaet som virkelig engasjerer meg, er arbeidet med oppgaven over. Det føles mest godt, men også litt vemodig. Midt i innspurten har verden stått overfor en pandemi med koronaviruset. Masteroppgaven har vært altoppslukende og har for min del vært noe av det viktigste i livet akkurat nå, samtidig forstår jeg at den ikke er viktig i den store sammenhengen. Koronaviruset har gitt utfordringer i innspurten, med stengt bibliotek har det ikke vært mulig å få tak i alle artiklene jeg ønsket meg. Karantenetilværelsen har også gjort at jeg måtte stå på egne bein, men jeg tror dette mest av alt har styrket meg. Hele prosessen har vært lang og i perioder vanskelig. Det var ingen selvfølge at jeg skulle komme i mål. Akkurat nå føler jeg meg stolt over å kunne levere en ferdig oppgave. Jeg har lært så utrolig mye på veien, som jeg allerede har nytte av i min jobb. Det inspirerer meg, og jeg gleder meg til å dele kunnskapen med andre i tiden som kommer.

Nå er det tid for å takke alle som har vært viktige for meg i denne prosessen, for uten gode støttespillere hadde ikke dette vært mulig. Jeg vil først og fremst takke informantene mine, uten dere hadde ikke oppgaven blitt til. Jeg er så utrolig takknemlig for at dere viste tillit og ville dele deres kunnskap med meg, jeg føler meg privilegert. Jeg vil videre takke min veileder Elsa Almås, som har fulgt meg tålmodig gjennom prosessen, som for meg har blitt ekstra lang. Jeg vil videre takke min samboer Kai for mental støtte og praktisk hjelp, uten deg ville aldri tiden strekt til. Jeg vil også takke mamma og pappa for at dere alltid har hatt troa på meg, uten dere hadde jeg ikke hatt tro på meg selv. Jeg vil til slutt takke både venner og kolleger, som hele veien har heiet på meg og vært med på gode diskusjoner.

Tusen takk!

Sammendrag

Bakgrunn

Innenfor psykisk helsearbeid opplever flere helsepersonell at det å bli utsatt for vold er en del av hverdagen.

Hensikt og problemstilling

Hensikten med oppgaven er å belyse vold mot helsepersonell på en måte som fanger opp den enkeltes opplevelse. Ved å ha mer kunnskap kan man bedre følge opp den ansatte i etterkant av voldshendelser. Oppgavens problemstilling lyder som følgende:

«Hvordan opplever helsepersonell innenfor fagfeltet psykisk helse- og rus å bli utsatt for vold i forbindelse med arbeidet? Hva opplever de som viktig i en jobb med voldsrisiko?»

Metode

Kvalitative forskningsintervju er valgt som metode for å besvare problemstillingen. Utvalget består av 5 personer med helsefaglig utdanning fra 5 ulike arbeidssteder. De har blitt utsatt for vold på jobb og møter psykisk helse- og ruspasienter som en del av hverdagen.

Datamaterialet er analysert ved hjelp av metoden systematisk tekstkondensering.

Resultater

Funnene viser at det å bli utsatt for vold der hensikten er å skade oppleves som den vanskeligste. Etter en voldshendelse er god oppfølging viktig, god oppfølging handler om at noe blir gjort. Kompetanse, relasjon til pasienten og nok bemanning på jobb beskrives som viktig for å føle seg trygg. Interesse for pasientgruppen beskrives som vesentlig. Kolleger trekkes frem som viktig på flere måter, det handler om tillit, lojalitet og trygghet.

Konklusjon

Det å bli utsatt for vold er en individuell opplevelse, sinne er en vanlig følelse, mye handler om å finne mestringsstrategier. Kolleger og egen interesse anses som viktig.

Nøkkelord

Vold, helsepersonell, psykisk helsearbeid, rus, mestring

Abstract

Background

Within mental health work, several health professionals experience that being exposed to violence is a part of the daily life.

Purpose and Research question

The purpose of this project is to illuminate violence against health personnel in a way that captures the individual experiences. By having more knowledge, you can better follow up the employee in the aftermath of violence. The research question of the assignment reads as follows:

“How do health professionals in the field of mental health- and drug addicts experience being exposed to violence in connection with their work? What do they feel is important in a job with risk of violence?”

Method

Qualitative research interview is chosen as a method to answer the research question. The selection consists of 5 people with health education from 5 different workplaces who have been exposed to violence at work. They all meet mental health patients and drug addicts as part of their job. The data is analysed using the systematic text condensation.

Results

The findings show that being exposed to violence where the intention is to harm is perceived as the most difficult. After a violent incident, a good follow-up is important. A good follow-up is about the fact that something is being done. Competence, relationship with the patient and enough staff at work are described as important factors for feeling safe. Interest in the patient group is described as significant. Colleagues are highlighted as important in several ways, it is about trust, loyalty and security.

Conclusion

Being subjected to violence is an individual experience, anger is a common feeling, much is about finding coping strategies. Colleagues and self-interest are considered important.

Keywords

Violence, health personnel, mental health work, drug abuse, coping

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.2 Forekomst av vold og trusler	2
1.3 Tidligere forskning	2
1.3.1 Kvaliteter hos hjelperen som bidrar til å forebygge trusler og vold fra klienter	3
1.3.2 Miljøterapeutisk praksis i forebygging av vold	3
1.3.3 Aksepterer vold på jobben.....	4
1.3.4 Development of a coping model for work-related fear among staff working in emergency department in Finland.....	4
1.4 Problemstilling og hensikt	5
1.5 Avgrensning.....	5
1.6 Begrepsavklaring	5
2.0 TEORETISK FORANKRING	7
2.1 Hva er vold?.....	7
2.2 Voldens natur	9
2.3 Helsepersonell som offer for vold.....	10
2.4 Ivaretagelse.....	12
2.5 Mestring og forsvarsmekanismer.....	13
3.0 METODE.....	15
3.1 Valg av metode.....	15
3.2 Utvalg og rekruttering	16
3.2.1 Hvem er informantene?	17
3.3 Datainnsamling.....	17
3.3.1 Transkribering.....	18
3.4 Analyse.....	19
3.4.1 Helhetsinntrykk – fra villnis til foreløpige temaer	19
3.4.2 Meningsbærende enheter – fra foreløpige temaer til koder og sortering.....	20
3.4.3 Kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold	22
3.4.4 Syntese – fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater.....	23
3.5 Redegjørelse av egen forforståelse	24
3.6 Etske overveielser	25
3.6.1 Konfidensialitet og oppbevaring av personidentifiserende opplysninger	26
3.6.2 Konsekvenser.....	26
3.6.3 Forskerrollen	27
3.7 Metodekritikk.....	27

3.8 Validitet.....	28
4.0 RESULTATER.....	31
4.1 «En kniv mot ingenting er et dårlig mattestykke» - Historier om voldsopplevelser.....	31
4.2 Volden som gjør vondt er den med bevisst hensikt om å skade	32
4.3 «God» oppfølging handler om at noe blir gjort.....	35
4.4 Kunnskap, relasjon og flere på jobb er viktig i voldsforebyggingen.....	36
4.5 Personlig interesse og en samstemt personalgruppe er viktig på voldsutsatte arbeidsplasser	39
5.0 DISKUSJON	42
5.1 Hvordan oppleves det for helsepersonell å bli utsatt for vold og hva gjør volden med dem?	42
5.1.1 Voldens hensikt som utgangspunkt for hvordan den oppleves	42
5.1.2 Følelsene redsel og sinne	43
5.1.3 Kroppen aktiveres.....	43
5.1.4 Betraktes voldsutsatt helsepersonell som et voldsoffer eller er dette noe vi må tåle?	44
5.2 Hvilke strategier brukes for å mestre en voldsutsatt jobb?	45
5.2.1 Mestring gjennom unngåelse eller «tilstedeværelse»	45
5.2.2 Mestring gjennom årsaksforståelse og plassering av skyld	45
5.2.3 Mestring gjennom kollegastøtte	46
5.3 Hva gir trygghet i en voldsutsatt jobb?	47
5.3.1 Kompetanse – summen av kunnskap og erfaring.....	47
5.3.2 Relasjon	47
5.3.3 «Kollegatrygghet» gjennom hele voldsforløpet.....	48
6.0 KONKLUSJON	49
LITTERATURLISTE	51
Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring.....	i
Vedlegg 2: Semistrukturert intervjuguide.....	iv
Vedlegg 3: Godkjenning Fakultets etiske komite (FEK).....	v
Vedlegg 4: Vurdering Norsk Senter for forskningsdata (NSD)	vi
Vedlegg 5: NSD Vurdering for endring av sluttdato.....	ix
Vedlegg 6: Søknadsskjema til SSHF om tillatelse til innhenting av data	x

1.0 INNLEDNING

«Jeg elsker pasientgruppen, jeg synes det er utrolig spennende å snakke med dem og lytte til dem. Ja altså, se på verden fra de sine øyne. Om det er psykose eller ikke, altså det fasinerer meg. De har jo noen fortellinger som er helt, ja de er unike. Jeg synes det er kjempegøy»

Jeg valgte å innlede denne oppgaven med sitatet over fra en informant, fordi jeg synes det beskriver psykisk helsearbeid på en god måte. Psykisk helsearbeid er ifølge Karlsson og Borg (2013) forankret i den humanistiske tradisjonen (s. 45). I psykisk helsearbeid skal en anerkjenne og bekrefte det den andre sier, deres opplevelser og erfaringer er verdt å lytte til. Det legges vekt på menneskelige kvaliteter som selvrefleksjon, opplevelse av mening, verdier, håp, fellesskap, handling, aktivitet og følelser (s. 45). I det mellommenneskelige møtet mellom fagperson og pasient gjør den enkelte sine erfaringer med den omsorg og behandling som gis. Pasienten erfarer ikke bare det mellommenneskelige møtet, men også de rammene som innvirker på omsorgen som utøves, alt fra de fysiske rammene, deres praktiske og estetiske utforming, hverdagslivet, mulighetene for ro og hvile og hvordan samtalene om private og personlige forhold innrammes (s. 47). I møte med fagpersoner innenfor psykisk helsevern erfarer mange pasienter at deres verdighet eller integritet blir truet eller krenket, men noen fagpersoner opplever det samme når de blir fysisk truet, slått eller verbalt trakassert av pasienter. Makt utøves ikke bare av fagpersonen, det utøves også av pasienten. Det ligger mye makt i et slag, en trussel eller en avvisning (s. 49).

«Arbeidstaker skal, så langt det er mulig, beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre» (arbeidsmiljøloven, 2005, §4-3). Gjennom praksis, studier og møte med annet helsepersonell har jeg fått erfaring og forståelse av at dette ikke alltid er mulig. Ifølge arbeidstilsynet (2017) er det stadig flere arbeidstakere i Norge som utsettes for vold og trusler i forbindelse med arbeidet. Risikoen for å bli utsatt for vold og trusler varierer utfra yrke, men helserelevante yrker er blant de mest utsatte. 1. januar 2017 ble det innført nye bestemmelser om vold og trusler. Bestemmelsene handler om planlegging av arbeidet, opplæring og informasjon, utforming av arbeidslokaler, risikovurdering tiltak og oppfølging. Ifølge Isdal (2018, s. 71) må vold gjøres til vold, bare på denne måten kan vi få bukt med volden. Jeg tror likevel det er lang vei å gå, og tror det er urealistisk at ingen skal bli utsatt for vold i forbindelse med arbeidet.

På bakgrunn av dette ønsker jeg i denne oppgaven å rette oppmerksomheten mot helsepersonell som utsettes for vold innenfor psykisk helsearbeid. Jeg ønsker å belyse hvordan det oppleves for den enkelte som utsettes for vold, og hva som er viktig for at den enkelte skal ha en så god jobbhverdag som mulig.

Temaet for oppgaven er: Vold mot helsepersonell i arbeid med psykisk helse og rus.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg jobber til daglig som sykepleier på en avdeling der vold og trusler er en del av hverdagen. Jeg har fått rollen som verneombud, og deltar aktivt i arbeidet med helse, miljø og sikkerhet (HMS). Jeg har fått føle på kroppen hvordan det er å oppleve vold av ulike varianter, jeg har også fått et innblikk i hvordan mine kolleger opplever det. Jeg har sett at reaksjonene kan være svært ulike. Det har skremt meg litt hvor lite man reagerer og hvor mye vold som kan være til stede uten at det registreres, fordi det har blitt en del av hverdagen. Påregnelighet er et begrep som jeg har undret meg over, i denne sammenheng handler det om at en må regne med noe når en velger en slik jobb, men skal vi som helsepersonell egentlig regne med vold på jobb? Dette økende innblikket både i form av hverdagen og HMS arbeidet har ført til en økt nysgjerrighet. Jeg ønsker mer kunnskap om den enkeltes opplevelse av å bli utsatt for vold.

1.2 Forekomst av vold og trusler

Totalt oppgir 6,6 % at de har vært utsatt for vold og/eller trusler på jobb det siste året. Vernepleiere, politi/vakt, pleie- og omsorgsarbeidere og sykepleiere er spesielt utsatt for vold og trusler. 38,4 % av vernepleiere/sosialarbeidere, 24,7 % av pleie- og omsorgsarbeidere og 23,7 % av sykepleiere oppgir at de har vært utsatt for vold og/eller trusler siste året. Fordelt på næring ligger pleie- og omsorgstjenester i institusjon høyest med 31,4 %, etterfulgt av sykehustjenester på 15,5 % (noa, 2020).

1.3 Tidligere forskning

Litteratursøk ble gjennomført under utarbeidelse av prosjektplan, underveis i prosjektet og etter analyse. I forkant av hvert søk har jeg brukt helsebibliotekets terminologibase meSh på norsk og engelsk for å finne aktuelle søkeord (helsebiblioteket, 2020). Databasene Swemed+ og Ovid har blitt brukt for å gjennomføre litteratursøk, de mest brukte søkeordene er: «Workplace violence», «Violence», «Health personnel», «Psychiatry», «Drug users», «Defence mechanisms», «Nurses»

Det har også blitt søkt på oria, idunn.no, sykepleien.no, helsebiblioteket.no og google scholar. Ved funn av relevant artikler ble det lest gjennom litteraturlisten, for å se om den kunne inneholde andre relevante artikler.

Gjennom litteratursøk har jeg funnet endel forskning på hvordan man kan forebygge vold og hva som kan føre til vold. Gjennom mitt søk har det vært vanskelig å finne forskning på hvordan det oppleves for helsepersonell å bli utsatt for vold og hva som er viktig for at de skal oppleve god oppfølging. Dette betyr ikke at det ikke finnes forskning.

Jeg vil videre presentere fire artikler som er relevante for arbeidet med prosjektet.

1.3.1 Kvaliteter hos hjelperen som bidrar til å forebygge trusler og vold fra klienter

Lillevik og Øien (2010) gjennomførte en kvalitativ studie der hensikten var å forstå hvilke kvaliteter eller holdninger hos hjelperen som bidro til å redusere faren for vold. Et av de sentrale funnene var at volden har en mening, den er ikke alltid tydelig og åpenbar, men den er der. Ved en utagering er handlingen meningsbærende og den er et uttrykk for noe. Det at hjelperen klarer å forstå hvorfor beskrives som helt vesentlig for utfallet, da forståelsen gir grunnlag for handling. Aggresjon kan noen ganger ha en helt konkret mening for klienten, andre ganger kan det være vanskeligere for hjelperen å få tak på det som er meningsbærende for den andre, det er ikke alltid klienten heller er bevisst på bakgrunnen for egen aggresjon. Det ble reflektert rundt interesse for å forstå meningen med volden. Noen kan si at handlingen kun er for å få oppmerksomhet, men da må vi forstå at det ønskes oppmerksomhet for noe. Et annet sentralt funn er at hjelperen vil den andre vell. Hjelperen viser en anerkjennende og bekreftende holdning overfor den andre, ved å vise dyp respekt og empati. Dette kommer også til uttrykk i situasjoner der det har vært nødvendig å bruke tvang, nødverge eller nødrett for å beskytte seg selv eller andre. Det er en gjennomgående holdning at det er viktig å minimere maktbruken, for å minske klientens opplevelse av avmakt.

1.3.2 Miljøterapeutisk praksis i forebygging av vold

Lillevik og Øien (2012) har gjennomført en kvalitativ studie der hensikten er å sette søkelys på hvordan miljøterapeutisk praksis kan forebygge vold. Det kan være vanskelig å forutsi vold, men mange mener at brukernes opplevelse av ansatte som grensesettere og relasjonen mellom dem kan være viktigere årsaker til vold. Resultatet av denne studien er at det ble utviklet 3 begreper: miljøsensitivitet, valgveiledning og situasjonsvalidering. Miljøsensitivitet handler om at den ansatte har en bevisst oppmerksomhet rettet mot det som skjer i avdelingen, altså en sensitivitet i forhold til det som skjer i miljøet. Ved å være skjerpet på stemningen

kan den ansatte gripe inn på et tidlig tidspunkt, og de kan prøve å snu situasjonen før det utvikler seg til frustrasjon og aggresjon. Valgveiledning handler om ansattes evne til å synliggjøre ulike valgalternativer til aggresjon og utagering. Dette skjer i situasjoner der det har oppstått en konflikt. Mulighetene skal gis innenfor de rammene som er satt, og rammene skal være tydelige og faste, men likevel såpass romslige at det er plass for alternativer. Man skal ikke vike fra reglene man har. Når man er lojal overfor de miljøreglene som er satt er man også lojal mot sine kolleger. Dette er med på å forebygge vold og aggresjon på et senere tidspunkt. Situasjonsvalidering handler om hvordan man som miljøterapeut samhandler med brukeren etter at det har vært en situasjon som har vært voldelig eller truende. Det som har skjedd anvendes til noe meningsfylt, som kan gi læring både til den ansatte og brukeren. Det å snakke om hva som ledet til og utløste hendelsen kan hjelpe brukeren til å bli bedre kjent med eget reaksjonsmønster og kanskje endre det.

1.3.3 Aksepterer vold på jobben

Helme og Alteren (2014) gjennomførte en spørreundersøkelse der et av spørsmålene handlet om årsaken til at helsepersonell ofte aksepterer vold. Deltakerne la forventningene til det å være helsepersonell til grunn, forventningen til rollene skapte en slags normalisering av volden. De beskrev at det skjer så ofte at personalet til slutt ikke reagerer på det og at det blir en del av hverdagen. Det blir ikke gjort noe med volden fordi den oppleves som ufarlig, men likevel ubehagelig. Det beskrives at helsepersonell blir så vant til volden at både de og lederen bagatelliserer hendelsene. Samtidig fører dette til at de mister muligheten til å lære av hendelsene og at man kan glemme å lete etter de bakenforliggende årsaksforklaringene. De beskriver at det skyldes misforståelser mellom helsepersonell og pasient i de fleste tilfellene der pasienten utøver vold, og at forståelse for hvorfor det skjer gjør det lettere å akseptere volden. Volden som utøves oppleves ikke som ondskap, men som angst og frustrasjon over egen situasjon

1.3.4 Development of a coping model for work-related fear among staff working in emergency department in Finland

Mikkola, Huhtala og Paavilainen (2019) har gjennomført en kvantitativ studie der målet er å utvikle en mestringsmodell for jobbrelatert frykt for ansatte som jobber i nødnetten i Finland. Vold er en av utfordringene personalet møter, vold beskrives som en av årsakene til jobbrelatert frykt. Frykt er en av menneskenes grunnleggende følelser, det skjer automatisk og ofte veldig raskt. Diskusjon med kolleger var den mest brukte mestringsmetoden, diskusjon med partner, overordnet og deltakelse i debrifing var også brukt. Profesjonell hjelp var mer

etterspurt enn det var tilgjengelig. Det ble på grunnlag av dette delt inn i fire metoder som ble brukt for å mestre frykt: problemfokusert mestring, sosial støtte, følelses fokusert mestring og unngåelse. Problemfokusert mestring innebar planlegging, aktiv mestring, godkjennelse og positiv nytenking. De som hadde jobbet som helsepersonell lenge hadde brukt denne metoden mer enn dem som hadde jobbet en kortere periode. Sosial støtte innebærer emosjonell støtte og ventilering. Nesten alle deltakerne i studien hadde brukt denne metoden, kvinner brukte metode oftere enn menn. Følelses fokusert mestring innebærer religion, atferdsfrihet og selvbefredelse. Dette er en mindre brukt metode enn de to førstnevnte. Over halvparten av deltakerne har brukt metoden litt. Unngåelse innebærer benektelse, stoffbruk, distraksjoner og humor. Dette var den minst brukte metoden for mestring av frykt.

1.4 Problemstilling og hensikt

Problemstillingen har vært under kontinuerlig bearbeidelse gjennom hele prosessen, for at den skal fange opp fenomenet jeg ønsker å studere best mulig. Den valgte problemstillingen lyder slik:

Hvordan opplever helsepersonell innenfor fagfeltet psykisk helse- og rus å bli utsatt for vold i forbindelse med arbeidet? Hva opplever de som viktig i en jobb med voldsrisiko?

Hensikten med prosjektet er å belyse vold mot helsepersonell på en måte som fanger opp hvordan det oppleves for den enkelte å bli utsatt for vold. Det er urealistisk å tenke at vold aldri skal forekomme. Mer kunnskap om hvordan det oppleves, gjør at bedre oppfølging kan gis til de som rammes.

1.5 Avgrensning

Vold avgrenses i denne oppgaven til å gjelde vold som utøves av tredjeperson (pasient) mot ansatt. Vold mellom kolleger, mellom brukere og fra pårørende vil ikke bli inkludert. Denne oppgaven er avgrenset til å gjelde vold fra pasientgruppen psykisk helse- og rus.

1.6 Begrepsavklaring

Jeg vil videre gjøre rede for sentrale begreper som blir brukt i oppgaven og begrunne begrepsvalget.

Helsepersonell

Ifølge Helsedirektoratet (u.å.) er en person som er nevnt i helsepersonelloven §3 definert som helsepersonell. Deretter omfatter personell i helse- og omsorgstjenestene som yter helsehjelp.

Medhjelpere til helsepersonell som får oppgaver av helsepersonell, betegnes som helsepersonell.

På grunnlag av dette ser jeg det mest hensiktsmessig å bruke begrepet helsepersonell om deltakerne i prosjektet. De tilhører ulike arbeidsplasser og har ulike yrkestitler. Miljøterapeut kunne vært en riktig betegnelse på noen av dem, men ikke alle. Jeg anser det derfor som mest ryddig å omtale informantene som helsepersonell, da det beskriver utvalget bedre i sin helhet.

Pasient

Det blir brukt mange begreper for å beskrive den som mottar tjenestene, eksempler på dette er pasient, bruker, beboer og klient. Begrepet pasient vil være korrekt beskrivelse overfor alle gruppene deltakerne beskriver, jeg velger derfor å bruke dette konsekvent gjennom oppgaven.

Ifølge Helsedirektoratet (u.å.) brukes begrepet pasient om personer som gis eller tilbys hjelp fra helsetjenesten eller henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp. Friske personer med behov for ytelser fra helsetjenesten vil etter loven også være pasient. Ved helsehjelp som ytes uoppfordret eller mot personens vilje, vil personen også defineres som pasient.

Begreper som omtaler vold

Vold blir brukt som et ganske vidt begrep i denne oppgaven, dette vil derfor bli gjort rede for under teoretisk forankring. I litteraturen blir vold ofte beskrevet som vold og trusler. Gjennom oppgaven velger jeg å se på trusler som en del av voldsbegrepet, da dette passer inn under psykisk vold. Det finnes utallige beskrivelser av at en person gjennomfører voldshandlinger, som beskrives på andre måter enn ved bruk av ordet vold. Det vanligste begrepet er kanskje utagering, andre beskrivelser kan være ufarliggjørende begreper som hendelse og situasjon. Jeg vil så langt det lar seg gjøre gjennom denne oppgaven omtale vold som vold.

2.0 TEORETISK FORANKRING

Jeg vil her gjøre rede for den teoretiske forankringen i dette prosjektet. Prosjektet er ikke teoristyr, det vil si at teorien er valgt på bakgrunn av funnene.

2.1 Hva er vold?

Ifølge Isdal (2018) har alle mennesker en formening om hva de forstår med ordet vold. Den enkleste definisjonen på vold er følgende: «Vold er enhver bruk av fysisk makt for å skade andre». Denne definisjonen passer godt til den forståelsen folk flest har av begrepet vold, men den er mangelfull og begrensende. Definisjonen gjør at vold delvis blir redusert til fysiske handlinger, den krever også at det er en intensjon om å skade, men det er ikke slik at voldsofferet og voldsutøveren opplever at voldsbruken innebærer en intensjon om å skade (s. 37).

Arbeidstilsynet (2017) definerer vold og trusler som:

Vold og trusler er hendelser hvor arbeidstakere blir fysisk eller verbalt angrepet i situasjoner som har forbindelse med deres arbeid, og som innebærer en åpenlys eller antydningstrussel mot deres sikkerhet, helse eller velvære.

Trusler er verbale angrep eller handlinger som tar på sikte å skremme eller skade en person.

Vold er enhver handling som tar til hensikt å føre til fysisk eller psykisk skade på person. Det kan også defineres som vold når arbeidstakere opplever utagerende handlinger hvor det utøves stort skadeverk på inventar og utstyr.

En definisjon bør fokusere på handlingen i seg selv og handlingens konsekvens, i stedet for å knyttes til handlingens hensikt (Isdal, 2018, s. 38). Definisjonen som vil bli brukt i denne oppgaven er følgende:

Vold er enhver handling rettet mot en annen person, som gjennom denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker, får den personen til å gjøre noe mot sin vilje eller slutte å gjøre noe den vil (Isdal, 2018, s. 39).

Ifølge Isdal (2018) innebærer voldsbegrepet et vidt spekter av handlinger. Det er svært viktig å bruke begrepet vold, fordi vold skaper et stort ubehag hos den som utsettes og bare ordet vold kan bekrefte dette ubehaget. Dersom vi omtaler volden som noe annet og nøytralt, vil det ikke være samsvar mellom ordene og ubehaget hos den som utsettes for vold. Dersom en bruker ordet vold som merkelapp på noen av sine handlinger, så blir en tvunget til å stoppe opp å problematisere det (s. 70-71).

Ifølge Isdal (2018) kan vold deles inn i 5 undergrupper. Definisjonen på de ulike variantene av vold vil bli presentert sammen med eksempler i tabell 1.

Tabell 1: Ifølge Isdal (2018) kan vi dele de ulike voldsformene inn i 5 undergrupper. De vil bli presentert her sammen med definisjon og eksempler		
	Definisjon	Eksempler
Fysisk vold	<i>er bruk av enhver form for fysisk makt som gjennom at den smerter, skader, skremmer og krenker, påvirker et annet menneske til å slutte å gjøre noe det vil eller gjøre noe mot sin vilje.</i>	å holde, dytte, riste, klype, slå, sparke, bruke slagvåpen, stikkvåpen, skytevåpen og drap.
Psykisk vold	<i>er alle måter å skade, skremme eller krenke på som ikke er direkte fysiske i sin natur, eller måter å styre eller dominere andre på ved hjelp av en bakenforliggende makt eller trussel.</i>	Kan igjen deles inn i 7 undergrupper: direkte trussel, indirekte trussel, degraderende og ydmykende atferd, kontroll, utagerende sjalusi, isolering og emosjonell vold
Materiell vold	<i>er alle handlinger rettet inn mot ting eller gjenstander, som gjennom at de virker skremmende eller krenkende, påvirker andre til å gjøre noe mot sin vilje eller slutte å gjøre noe de vil.</i>	å slå i dører eller vegger, knuse eller ødelegge gjenstander, rive i stykker klær og kaste ting
Seksuell vold	<i>er alle handlinger rettet inn mot en annen persons seksualitet, som gjennom at de smerter, skader, skremmer eller krenker, får denne personen til å gjøre noe mot sin vilje eller slutte å gjøre noe den vil.</i>	Seksuell trakassering og krenkelse. Press til seksualitet Voldtekt og seksuell tortur
Latent vold	<i>er vold som virker bare i kraft av sin mulighet.</i>	Når muligheten for vold styrer ens atferd

Som fremstilt i tabell 1 betegner fysisk vold et vidt spekter av handlinger. Ifølge Isdal (2018) er det vanlig å skille mellom ulike grader av vold, der det vanligste skillet går på alvorlighetsgrad. Alvorlig vold er de handlingene som gir høy risiko for skade, der det ikke er en slik risiko brukes benevnelsen moderat vold. Fysisk vold er en handling som rammer vår fysiske eksistens som gjør at vi kan oppleve redsel for egen ødeleggelse og død, fysisk vold må derfor betraktes som den mest grunnleggende (s. 47).

Ifølge Isdal (2018) har de 7 undergruppene av psykisk vold til felles at de skaper avstand og ødelegger kjærlighet. Direkte trussel er ytringer om hva som kommer til å skje av vold hvis en person ikke gjør som man ønsker, for eksempel drapstrussel (s. 51). Indirekte trusler er andre måter å formidle en mulig fare eller voldelig konsekvens på. De kan være verbale, men kan

også formidles ved å bruke kroppen (s. 53). Degradierende og ydmykende atferd er ment for å krenke eller såre en annen person psykisk, den rammer ens verdighet, målet er å påføre noe vondt eller ubehagelig. Det er vanlig å bruke de ord og uttrykk som rammer sterkest, det handler om å gi negative karakteristikker eller kalle en person noe som er dårlig eller uverdigg. Det kan betegnes som vold når man går fra å være saklig til å bli personlig ufin og krenkende (s. 54). Kontroll er når man ved makt eller trussel tar eller krever kontroll over den andres liv eller deler av det, det er en dominans og en innsnevring av den andres frihet (s. 55).

Utagerende sjalusi skal dekke de tilfeller der sjalusi i seg selv enten skremmer og krenker eller brukes som et virkemiddel for å kontrollere andre (s. 60). Isolering er helt eller delvis frihetsberøvelse. Trusler om sanksjoner gjør at den som utsettes for volden isoleres fra omverdenen (s.63). Emosjonell vold er atferd med mål om å få andre til å føle seg små, dårlige eller uviktige. Eksempler kan være å systematisk overse en annen person, ikke ta hensyn til avtaler, taushet og nedlatende behandling (s. 64).

Som fremstilt i tabell 1 innebærer den materielle volden vold mot gjenstander. Isdal (2018) beskriver at den materielle volden kan oppleves spesielt skremmende dersom vedkommende har opplevd fysisk vold tidligere. Den materielle volden viser at vold ofte er mer kontrollert enn man tror, ved at det velges ut gjenstander som enten er verdiløse eller har et stort potensial til å krenke/såre. Mange kan se på den materielle volden som et alternativ til vold, dette innebærer også at terskelen for å bruke materiell vold er lavere enn ved andre voldsformer (s. 51). Den seksuelle volden kan være den mest nedbrytende, fordi den rammer vår mest private og sårbare side (s. 48).

Ifølge Isdal (2018) er det viktigste man kan gjøre med vold å bryte tausheten og snakke om den. Dette gjelder uansett om man er utøver, offer eller observatør. Videre gjelder det å gjøre vold til vold og plassere ansvaret der den hører hjemme (s. 177). Isdal (2018) hevder vi må ha en grunnleggende regel når det gjelder vold: «Vold er utøverens ansvar» (s. 100).

2.2 Voldens natur

Ifølge Isdal (2018, s. 72) ser vi at all voldsbruk som finnes har noen fellestrekk, volden følger en form for system eller mønster, som kan kalles for voldens grunnregler eller voldens natur. Som hendelser mellom mennesker er vold en hierarkisk, en intelligent og en effektiv handling.

Volden kan karakteriseres som en hierarkisk handling ved at den går ovenfra og nedover. Vold utøves vanligvis av dem med mer makt mot dem med mindre makt, men den kan også

utøves innenfor likeverdige forhold for å skape maktforskjeller. Vold er et svært effektivt maktmiddel gjennom den angst og avmakt volden gir (Isdal, 2018, s. 74-75).

Ved å fokusere på selve voldshendelsen vil man se at nær sagt all vold inneholder en form for intelligens, med dette menes det at volden inneholder et sett vurderinger og avveininger, den inneholder et valg av virkemidler for å oppnå målet. Når man skal forstå vold er det viktig å anerkjenne at den har to sentrale komponenter, en emosjonell del og en fornuftsdel. Ingen voldsbruk er bare fornuftig og logisk, all vold har et emosjonelt element. Alle voldshandlinger vil inneholde elementer av fornuftsmessig styring, men dette betyr ikke at den som utøver vold er et fullstendig fornuftig menneske. Innenfor voldens intelligens så er det ikke tilfeldig hvem som utsettes for vold, i hvilke situasjoner eller hva slags vold de utsettes for. I utøvelsen av vold ligger det en vurdering av risiko og utbytte, volden rettes ofte mot personer som står lavt i hierarki eller som har mindre mulighet til å forsvare seg. Innenfor psykiatri er for eksempel kvinnelige ansatte på lavere nivåer mer utsatt enn menn, fordi det gir mindre risiko for mot-vold. En kan også se at pasienter sjeldent går løs på overlegen som er ansvarlig for det pasienten opplever som galt, frustrasjonen går ut over mindre mektige personer som sykepleieren, pleiemedhjelperen eller andre. Vold rettes hovedsakelig mot personer som voldsutøveren kjenner og har en relasjon til. Selve voldsutøvelsen har som oftest en grad av kontrollert handling. Mesteparten av volden som utøves gir ikke fysiske eller synlige skader. Det er få mennesker som ønsker å påføre andre fysisk skade, så dette viser at det ikke er tilfeldig hva slags vold som brukes. Vold handler i realiteten om akkurat passe eller litt mer. Hensikten er vanligvis ikke å skade, men å oppnå dominans eller underkastelse. Oddsene går nesten alltid i utøverens favør ved at den utøves enten av noen som er større enn, sterkere enn, flere enn, bedre bevæpnet enn eller mer kampkompetent enn den som utsettes for volden (Isdal, 2018, s. 82-94).

Vold er effektivt, det er den viktigste faktoren som fremmer og opprettholder vold. Vold er tidsbesparende og en effektiv metode for å få sin vilje eller få andre til å gjøre det du ønsker, dette gjør at volden blir et fristende middel. Når maktbruk for eksempel i psykiatrien brukes som en metode for å hjelpe andre mennesker, bør man være ekstra på vakt (Isdal, 2018, s. 95-98).

2.3 Helsepersonell som offer for vold

Ifølge Isdal (2018, s. 138) er offeret den som volden rettes mot. Offeret vil i varierende grad fra lett ubehag til ekstrem dødsangst oppleve at volden rammer kroppen. Å bli utsatt for vold

er i seg selv en avmacts opplevelse, opplevelsen av avmakt vil variere med voldens utforming, muligheten til å beskytte seg selv og om en har tidligere erfaringer med lignende episoder. Vanligvis vil offeret oppleve volden sterkere enn den som utøver den. Først og fremst fordi offeret kjenner hvordan volden rammer, men det har også mye med følelsene å gjøre. I gjerningsøyeblikket føler offeret ofte redsel, mens utøveren føler sinne. Redsel øker sensitiviteten som er nødvendig for å beskytte seg selv, mens sinne minsker sensitiviteten som er nødvendig for å tørre og angripe. Offeret vil ofte få de følelsesmessige reaksjonene i etterkant av volden, fordi kroppen er konstruert med kapasitet til å beskytte seg selv i ekstreme situasjoner. Utøver har vanligvis sine følelsesmessige reaksjoner gjennom selve voldsutøvelsen og opplever situasjonen som ferdig i det volden opphører.

Volden vil feste seg bedre i hukommelsen enn andre hendelser i livet, fordi den er ment å skulle smerte, skremme eller krenke den som utsettes for det. I utgangspunktet har vold et potensial for å kunne bli et traume, som er en overveldende opplevelse av manglende kontroll over en situasjon og i ytterste forstand redsel for å tape eget liv. Spesielt i den fysiske volden ligger dette som et element av offerets opplevelse. Sterk vold oppleves stort sett alltid traumatisk, men volden trenger ikke være brutal for å bli et traume. Det er avgjørende hvor truet, skremt eller prisgitt offeret opplever seg i situasjonen. Kroppen vil settes i en kronisk beredskapstilstand både fysisk og psykisk når man opplever vold som et traume, spesielt ved gjentatte voldstraumer. Denne beredskapstilstanden vil føre til at kroppen aldri får hvile. Organismen innstiller seg på fare, sansene rettes inn mot mulige tegn og kroppen er i en kontinuerlig spenningstilstand hvor den alltid er klar til å reagere for å beskytte seg selv. Dette vil over tid være svært nedbrytende. Siden volden kan oppleves som et traume, kan den få en varig innflytelse på de personer som opplever den (Isdal, 2018, s. 138-140).

Vi har vanligvis en grunnleggende forståelse av at verden er forutsigbar, trygg og rettferdig i dagliglivet. Denne forståelsen kan bli satt på prøve når vi utsettes for vold. Reaksjonen på vold vil være forskjellig for den enkelte ansatte. Normale reaksjoner etter en voldsopplevelse kan være sinne, redsel, angst, gråt, muskelspenninger og skjelvninger, psykisk lammelse og maktesløshet. Etter en tid kan man få reaksjoner som unngåelsesatferd, sosial isolasjon, vedvarende angst, konsentrasjonsvansker, hukommelsesvansker, følelsesmessige svingninger, søvnvansker, selvbebreidelse og skam, påtrengende minner eller flashbacks, tvil på egen mestringsevne, redusert selvbilde og kroppslige reaksjoner som magesmerter og hodepine (Lillevik og Øien, 2014, s. 152-153).

Direkte belastninger er de hendelsene helsepersonell blir direkte utsatt for, for eksempel: vold, trusler, krenkelser, grenseoverskridelser, seksualisert atferd og avvisning. Alt dette er emosjonelle belastninger som gjør noe med oss. De signaliserer fare eller representerer overskridelser av vår integritet som aktiverer vår beredskap. Ansatte med høy risiko for direkte belastninger over tid vil tilpasse seg og utvikle en kronisk forhøyet beredskap. Vi kan også snakke om traumatisering i arbeidet dersom de direkte belastningene er sterke, gjentatte, overveldende og/eller overraskende. Den forhøyede beredskapen er på den ene siden nyttig fordi den forbereder oss på fare og vi kan dermed håndtere det bedre når vi blir angrepet. På den andre siden innebærer dette vedvarende stress som blir en belastning (Isdal, 2018, s. 64).

Helsepersonell gjør jobben sin med tålmodighet, ro, tilstedeværelse og faglighet. På samme tid kan vi føle oss urolige og aktivert på innsiden, selv om ikke dette vises utenpå. Det er ikke alltid man registrerer det som skjer i kroppen, for dem som er mye og ofte aktivert kan belastningen bli en normaltilstand. Konsentrasjonen og oppmerksomheten brukes til å rette fokus mot arbeidsoppgavene som skal gjøres og man er rolig i situasjonen, selv om man i etterkant kan føle at det har vært en tøff dag. Faktorer som påvirker i hvilken grad vi blir emosjonelt og fysiologisk aktivert kan være kompetanse, erfaring og tilvenning/habituering. Kompetanse kan gi trygghet som gjør at vi tåler mer og reagerer mindre, fordi man skjønner hva som skjer. Uerfarne medarbeidere er sannsynligvis de som blir sterkest emosjonelt og fysiologisk aktivert. Erfaring handler om at man har vært i lignende situasjoner tidligere, og har erfaring med hvordan man kan møte det og hva som er best å gjøre. Mennesker har en medfødt evne til å venne seg til ting, noe som på fagspråket kalles habituering. Vi vil gradvis reagere mindre når vi opplever noe mange ganger. Gradvis tilvenning kan være en fordel i jobben, men også en ulempe dersom denne habitueringen overføres til privatlivet. Det kan bli problematisk på jobben dersom vi slutter å føle også når det er hensiktsmessig og naturlig (Isdal, 2018, s. 107-108).

2.4 Ivaretagelse

Arbeidsforholdene betyr mye for de ansattes helse. Noen helt grunnleggende faktorer er: sikkerhet, tilpasset arbeidsmengde, anerkjennelse, medinnflytelse og meningsfullhet i arbeidet. Alle arbeidsplasser bør ha tiltak for å forebygge helsebelastninger hos ansatte og kunne dokumentere disse. De ansatte bør på sin side ha kjennskap til de tiltakene arbeidsplassen faktisk har, dette kan være med å gi trygghet i arbeidet. Det negative kan ofte ta all plassen i oppmerksomheten og i samtalene mellom kolleger, vi trenger å minne hverandre på styrkende tiltak og ordninger (Isdal, 2018, s. 228-234).

Vi har et felles ansvar for å hjelpe og må tenke som et lag. Ivaretagelse av hverandre bør være en del av jobben. En av utfordringene i fellesskapet er nettopp det at vi er forskjellige i utgangspunktet, det er viktig å skape et fellesskap som har respekt for ulikheter. Det kan være nyttig at man i fellesskap på arbeidsplassen kartlegger hva som er behovet, som hva man trenger av hverandre og hva man ønsker å bidra med til hverandre (Isdal, 2018, s. 235-237).

Debriefing er en metode for å bearbeide noe man har opplevd. Det handler om å gå gjennom traumatiske hendelser i etterkant innenfor en trygg og ivaretagende ramme. Debriefing er noe som kan gjøres innenfor et bredt spekter. Alt fra å dele følelser og opplevelser med kollega til en systematisk og profesjonell gjennomgang. Målet er bearbeiding (Istad, 2018, s. 190).

2.5 Mestring og forsvarsmekanismer

«Mestring beskriver individets måte å forholde seg til og løse en situasjon eller hendelse på som medfører mistriivsel, ubehag eller trussel mot ens integritet» (Håkonsen, 2003, s. 303).

Mestring handler om hvordan mennesker møter belastende livssituasjoner. Mestring er summen av de indre psykiske og direkte handlingsorienterte krefter den enkelte bruker til å gjenfinne meningen med livet og beherske, tolerere og redusere belastningene vedkommende utsettes for. Evnen til mestring hos den enkelte består av faktorer som alder, kjønn, personlige forutsetninger, interesser, motstandskraft mot påkjenninger og tidligere erfaringer med stress, kriser og sykdom (Reitan, 2006, s. 157-162). Ifølge Håkonsen (2003) er psykologiske påkjenninger ofte knyttet sammen med følelse av ubehag og mistriivsel som skaper en motivasjon for endring av situasjonen. Lazarus og Folkman skiller mellom problemfokustert mestring og følelsesmessig fokusert mestring som to hovedformer. Ved problemfokustert mestring fokuserer man på den aktuelle situasjonen, man forsøker å endre, avslutte eller løse de vanskeligheter som er forbundet med situasjonen. Ved følelsesmessig fokusert mestring fokuserer man på de følelsesmessige problemene som er knyttet til situasjonen eller hendelsen. En forsøker å redusere det følelsesmessige ubehaget uten å endre situasjonen. Denne type mestring er ofte forbundet med situasjoner der man opplever høy grad av stress, ubehag og mistriivsel, men oppfatter at det er lite som kan gjøres for å endre situasjonen (s. 303-304).

Ifølge Håkonsen (2003, s. 305-308) kan følelsesmessig fokusert mestring innebære bruk av forsvarsmekanismer. Forsvarsmekanismene bidrar til å opprettholde stabilitet og ro i følelseslivet, ved å redusere indre spenninger. På den ene siden ivaretar forsvarsmekanismene

en normal og hensiktsmessig funksjon, men de kan også utgjøre en fornektende funksjon. De ulike forsvarsmekanismene vil bli presentert i tabell 2.

Tabell 2: Ifølge Håkonsen (2013) skilte Freud mellom flere ubevisste og grunnleggende forsvarsmekanismer.	
Fortrengning	<i>Er den vanligste. Innebærer at man skyver tanker følelser og impulser bort fra bevisst erkjennelse.</i>
Fornektning	<i>Innebærer at man nekter å erkjenne visse realiteter.</i>
Regresjon	<i>Ved opplevelse av at våre mestringsstrategier ikke fungerer kan vi forsøke metoder som tidligere har vært vellykket. For eksempel ved økt hjelpsløshet og manglende initiativ.</i>
Rasjonalisering	<i>Innebærer at vi tillegger oss rasjonelle og aktverdige motiver for våre handlinger, for at vi lettere kan akseptere handlingene overfor oss selv.</i>
Intellektualisering	<i>Når vi forsøker å mestre en situasjon ved å forholde oss intellektuelt til det som skjer, og lar vær å forholde oss til følelsene.</i>
Reaksjonsdannelse	<i>Når vi forsøker å skjule våre tanker, følelser eller impulser ved å gi uttrykk for motsatte oppfatninger.</i>
Projeksjon	<i>Når vi skyver tanker og følelser vi ikke ønsker å vedkjenne oss over på andre mennesker.</i>
Forskyvning	<i>Når vi skyver følelser til et annet menneske til et annet sted. Det er lettere å uttrykke negative følelser overfor personer som ikke utgjør noen trussel for en selv.</i>

Ifølge Isdal (2018, s. 141) blir offerets mestring av voldsopplevelsen å gjøre noe som gir vedkommende opplevelse av kontroll, dette blir motvekten til opplevelsen av tapt kontroll og bidrar til å redusere angst. Den vanligste mestringsformen er unngåelsesatferd, der man gjennom å unngå situasjoner eller handlinger før volden opplever noe større kontroll. Underkastelse er også en naturlig og vanlig mestring av vold fordi dette beskytter mot nye episoder og gir offeret en opplevelse av å kunne unngå vold. En annen mestring er det å oppleve skyld og ansvar for den volden man ble utsatt for, dette gir en form for opplevelse av kontroll og reduserer angst. Det handler om at dersom man tror man har gjort noe som har forårsaket volden, har man også makten og muligheten til å unngå vold. Man skal ikke uten videre ta skyldfølelsen fra et menneske fordi den kan fungere som et viktig forsvar.

3.0 METODE

Ifølge Dalland (2007, s. 81) er metoden redskapet vårt i møte med det vi ønsker å undersøke. Aubert (1985, s. 196) beskriver metode på følgende måte:

En metode er en fremgangsmåte, 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.

Jeg vil i dette kapittelet presentere metoden som er valgt med begrunnelse, og gi et innblikk i prosessen fra et metodisk ståsted. Jeg har valgt å gi metode god plass i denne oppgaven, da jeg også vil drøfte metodiske valg i oppgaven underveis.

3.1 Valg av metode

Jeg finner det hensiktsmessig å bruke kvalitativ metode for å besvare problemstillingen, fordi jeg ønsker kunnskap om hvordan det oppleves for helsepersonell å bli utsatt for vold. Ifølge Malterud (2017) bygger de kvalitative forskningsmetodene på det fortolkende paradigmet. Her anerkjennes og undersøkes subjektivitet med forskeren som et sentralt og medvirkende redskap, man har en grunnleggende forståelse for at verden kan oppfattes ulikt avhengig av hvilket ståsted man har. Det brukes en induktiv tilnærming, det vil si at vi trekker slutninger fra det enkeltstående til det allmenne (s. 27). Kvalitative metoder er forskningsstrategier for beskrivelse, analyse og fortolkning av karaktertrekk og egenskaper ved de fenomenene som skal studeres. Metoden er egnet når vi ønsker å vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger (s. 30-31).

Som utgangspunkt for forståelse i den hermeneutiske tradisjonen handler det om tolkning av meninger i det menneskelige uttrykk. Det legges spesielt vekt på forholdet mellom deler og helhet (den hermeneutiske sirkel) og på betydningen av kontekst og selvrefleksjon ved tolkning av tekst. Fenomenologi handler om forståelse av menneskers subjektive erfaringer og bevissthet. En forutsetning innenfor fenomenologien er at man skal sette tidligere kunnskap i parentes (bracketing), for å rette kritisk oppmerksomhet mot den subjektive erfaringen i lys av individets livsverden. Disse filosofiske retningene har vokst frem i forlengelsen av hverandre, de har sammen levert et teoretisk grunnlag for det fortolkende paradigme og de kvalitative metodene, selv om det er viktige forskjeller mellom dem. Innenfor de kvalitative metodene står forståelse og utforskning av menneskelig subjektivitet og samhandling i fokus, alle inneholder elementer av teksttolkning, bevegelser mellom del og helhet og forståelse av menneskelige erfaringer, uten at noen av de filosofiske retningene eier disse egenskapene mer

enn andre. Det er viktig å huske at en forskningsmetode ikke er det samme som en filosofi, derfor kan det bli misvisende å omtale kvalitative forskningsmetoder som hermeneutiske, fenomenologiske eller hermeneutisk-fenomenologiske, uten at dette er tydelig filosofisk forankret. På grunnlag av dette ønsker jeg ikke å tilegne denne oppgaven noe spesifikk filosofisk forankring, da det blir brukt elementer inspirert både fra hermeneutikken og fenomenologien (Malterud, 2017, s. 28-29).

For å besvare problemstillingen har jeg valgt å bruke intervju som metode. Ifølge Malterud (2002) egner intervjuer med enkeltpersoner seg godt for temaer som krever trygghet og ettertanke, noe jeg mener er viktig innenfor dette temaet.

3.2 Utvalg og rekruttering

Ifølge Malturud (2017) er det i kvalitative studier svært viktig at forskeren retter et spesielt skarpt blikk på utvalgets egenart og betydningen det har for overførbarhet av kunnskapen som skal utvikles (s. 57). I dette prosjektet har jeg valgt å rekruttere informanter ved hjelp av et strategisk utvalg, det vil si at utvalget er sammensatt med et mål om at materialet kan belyse problemstillingen best mulig (s. 58).

Jeg hadde på forhånd bestemt meg for følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier:

- Informantene skal være utdannet helsepersonell.
- Informantene skal møte psykisk helse- og ruspasienter jevnlig i sin arbeidshverdag.
- Informantene skal ha opplevd vold (fysisk, psykisk, seksuell, materiell, latent) fra pasient i forbindelse med arbeidet.
- Informantene skal ikke ha ubearbejdede opplevelser, dette var opp til dem selv å vurdere.
- Informanter fra egen arbeidsplass skal ekskluderes.

Kjennskap til fagfeltet opplevdes som viktig under rekrutteringen. Etter godkjente søknader rekrutterte jeg informanter ved å ta kontakt med avdelingsledere, som videreformidlet informasjon om prosjektet til aktuelle kandidater som igjen tok kontakt med meg. Jeg tok først kontakt med flere avdelingsledere med forespørsel om kun 1-2 informanter fra hver arbeidsplass, det var viktig for meg med informanter fra flere arbeidsplasser for at temaet kunne belyses fra ulike perspektiver. Ifølge Malterud (2017) kan et strategisk utvalg med fokus på mangfold representere bedre informasjonsstyrke, med mulighet til å beskrive flere nyanser om samme fenomen (s. 59). Etter første runde satt jeg igjen med kun 2 informanter.

Jeg tok derfor kontakt med flere avdelinger, noen av dem jeg tidligere hadde tatt kontakt med og noen nye. Jeg valgte å ta kontakt med avdelinger innenfor akuttmedisin, som møtte psykisk helse- og rus pasienter som en av sine pasientgrupper. Jeg forsøkte også å ta kontakt med bedriftshelsetjenesten og en tillitsvalgt i Norsk Sykepleierforbund, uten å få noe respons.

Det var en tidkrevende prosess å rekruttere informanter, grunnet manglende respons fra flere avdelingsledere. Intervjuene ble derfor gjennomført fortløpende. Jeg hadde ikke satt noen fast ramme på antall informanter, men anslo at jeg ville trenge 4-8. Malterud (2017) beskriver at metning er oppnådd når man vurderer at ytterligere datainnsamling ikke tilfører ny kunnskap. Jeg endte opp med 5 informanter som jeg gjennomførte intervju med, det ble vurdert som tilstrekkelig for å kunne besvare problemstillingen.

3.2.1 Hvem er informantene?

Det ble rekruttert 5 informanter fra 5 ulike arbeidssteder i Agder. Tre av informantene jobbet kun med rus- og psykiatripasienter til daglig, de to andre jobbet innenfor akuttmedisin, men opplevde psykisk helse- og rus pasienter som en del av hverdagen. To av informantene var utdannet sykepleier, en var ambulansefagarbeider og de to andre hadde ulike relevante bachelorgrader med videreutdanning innenfor fagfeltet. For å sikre informantenes anonymitet ønsker jeg ikke gå nærmere inn på hvilket arbeidssted de tilhører. Jeg ønsker heller ikke knytte kjønn til den enkelte informant.

3.3 Datainnsamling

Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) søker det kvalitative forskningsintervjuet å forstå verden fra intervjupersonens side. Målet er å få frem betydningen av folks erfaringer og avdekke deres opplevelse av verden (s. 21).

Kvale og Brinkmann (2015) beskriver intervjuguiden som et manuskript som strukturerer intervjuforløpet mer eller mindre stramt. Den kan enten inneholde temaer som skal dekkes eller ha detaljert rekkefølge av formulerte spørsmål. Den semistrukturerte intervjuguiden vil inneholde en oversikt over emner som skal dekkes og forslag til spørsmål (s. 162). Før jeg startet med intervjuene utarbeidet jeg en semistrukturert intervjuguide. Jeg ønsket at informantene skulle få mulighet til å snakke mest mulig fritt, samtidig som jeg som uerfaren forsker trengte litt struktur. Intervjuguiden kunne hjelpe meg å komme gjennom aktuelle emner som var nødvendige for å besvare problemstillingen. Intervjuguiden bestod av noen hovedspørsmål og forslag til oppfølgingsspørsmål. Jeg hadde fra starten av bestemt meg for at jeg skulle ha et åpent design, med muligheter for å gjøre endringer underveis. Intervjuene ble

gjennomført fortløpende etter hvert som informantene ble rekruttert. De fleste intervjuene ble transkribert før neste intervju. Etter hvert intervju reflekterte jeg over spørsmålene jeg stilte, og svarene jeg fikk. På bakgrunn av dette gjorde jeg endringer underveis basert på kunnskapen jeg tilegnet meg. Jeg tok ikke bort spørsmål, men omformulerte og la til oppfølgingsspørsmål. Det var varierende hvor mye intervjuguiden ble brukt, noen informanter var mer frittalende enn andre. Jeg opplevde ofte at spørsmålene ble besvart uten at jeg trengte å stille dem.

Det var viktig for meg at informantene skulle føle seg trygge i situasjonen. Intervjuene ble derfor gjennomført i kjente omgivelser for informanten. Fire intervju ble gjennomført på informantens arbeidsplass, et intervju ble gjennomført hjemme hos informanten etter informantens ønske. Før båndopptaker ble slått på presenterte jeg meg og ga nødvendig informasjon om prosjektet.

3.3.1 Transkribering

Jeg valgte å transkribere intervjuene selv, det gjorde at jeg ble godt kjent med datamaterialet. Jeg ønsket å være lojal med informantene og få frem deres mening så presist som mulig. Som Malterud (2017) beskriver er muntlig språk ofte mer oppstykket og uformelt enn skriftspråket. Man skal som forsker også være svært oppmerksom på at man ikke latterliggjør informanten ved å tilstrebe en ordrett skriftliggjøring. Jeg forsøkte å transkribere samtalen så virkelighetsnært som mulig, men tok bort en del gjentakende ord som for eksempel «ehh», «altså», «sånn», «likksom», «men». De fleste informantene hadde dialekt, for å bevare deres anonymitet best mulig ble transkripsjonen skrevet om til bokmål. Dette kalles i engelskspråklig litteratur «slightly modified verbatim mode» (s. 78). Ved å transkribere intervjuene selv følte jeg at jeg fikk gjenoppleve intervjusituasjonen. Opptakene hadde stort sett god lyd kvalitet, men dersom noe var vanskelig å høre opplevde jeg svært god nytte av å ha vært til stede i intervjusituasjonen (s. 80). Jeg opplevde det som nyttig å transkribere kort tid etter intervjuet. Ved å høre på intervjuet og transkribere ble jeg bevisst på meg selv og hva jeg burde gjøre annerledes før neste intervju. Den første lærdommen var for eksempel å gi mest mulig nonverbale bekreftelser, da jeg under første intervju var et forstyrrelsesmoment når intervjuet skulle transkriberes. Jeg ble også bevisst på at båndopptakeren ikke burde slås av før jeg var helt sikker på å være ferdig, da det også ofte kom nyttig informasjon i en avsluttende fase. Transkripsjonen på dette prosjektet endte med 56 tetskrevne sider, som dannet utgangspunktet for analysen.

3.4 Analyse

Jeg har valgt å analysere datamaterialet ved hjelp av metoden systematisk tekstkondensering (engelsk: Systematic Text Condensation – STC). I følge Malterud (2017, s. 115-116) var Giorgis psykologiske fenomenologiske metode en viktig inspirasjon for STC, men STC er likevel ikke en fenomenologisk metode.

Analysemetoden er tverrgående, det vil si at den sammenfatter informasjon fra mange forskjellige deltakere. Ved rike empiriske data er denne metoden lettere å følge enn en langsgående analyse, men den krever også flere deltakere for å få en forsvarlig informasjonsstyrke (Malterud, 2017, s. 93).

Ifølge Malterud (2017, s. 98) gjennomføres analysen i 4 trinn:

1. Å få et helhetsinntrykk
2. Å identifisere meningsdannende enheter
3. Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene
4. Å sammenfatte betydningen av dette.

Metoden har fellestrekk med flere andre analysemetoder, men den har noen metodiske grep som er spesifikke for denne fremgangsmåten. Metoden retter oppmerksomheten mot relativt få temaer og kodegrupper innledningsvis, i motsetning til de fleste andre analysemetoder som starter med å gå bredt ut. Fremgangsmåten for abstrahering med utvikling av et kondensat er spesifikt for STC (Malterud, 2017, s. 98).

Jeg vil videre presentere analysens 4 trinn, samtidig som jeg beskriver hvordan dette har blitt gjennomført i denne oppgaven.

3.4.1 Helhetsinntrykk – fra villnis til foreløpige temaer

I analysens første trinn skal hele datamaterialet gjennomleses for å få et helhetsinntrykk. Forskeren skal jobbe aktivt med å sette egen forforståelse og teoretiske referanseramme midlertid i parentes, samtidig som problemstillingen ikke glemmes. For at arbeidet skal være gjennomførbart og meningsfylt er det viktig at datamaterialet ikke er alt for omfattende, er det alt for omfattende kan analysen bli grundigere og mer håndterlig med en trinnvis strategi. Når man har lest gjennom alt er tiden inne for å oppsummere inntrykket og spør seg selv hvilke foreløpige temaer vi kan se i teksten. En skal videre velge ut fire til åtte temaer som intuitivt vekket oppmerksomheten, hvert av temaene får et midlertidig navn (Malterud, 2017, s. 99).

Intervjuprosessen i dette prosjektet har foregått over lang tid, jeg har derfor underveis lest gjennom hvert intervju og skrevet stikkord. Under gjennomlesingen av hele datamaterialet valgte jeg å legge stikkordene til side, for å kunne se helheten med nye øyne. Etter å ha lest gjennom hele datamaterialet sitter jeg igjen med følgende foreløpige temaer:

- «Snakke ned pasienten»
- Oppfølging etter en hendelse
- Trygghet, lojalitet og ærlighet både i forhold til seg selv og kolleger.
- Interesse for pasientgruppen.
- Nullstille seg og legge fra seg jobben.
- Egne ferdigheter og opplæring.
- Hva er påregnelig?
- Hvilke voldshendelser gjør noe med deg.

Dette er temaer som intuitivt dukker opp når jeg er ferdig med å lese, som jeg mener representerer datamaterialet som helhet.

3.4.2 Meningsbærende enheter – fra foreløpige temaer til koder og sortering

I andre analysetrinn skal den delen av datamaterialet som skal studeres videre organiseres, mens det andre legges til side. I denne prosessen er det en stor fordel å gjennomføre analysen sammen med en annen forsker, slik at man kan få øynene opp for detaljer en ikke ser alene. En bør bruke tid på å drøfte hva en mener med de ulike temaene, og hvordan de belyser problemstillingen. De betegnelsene man først kom frem til vil som oftest reformuleres, og skal samles til tre til fem reviderte foreløpige temaer, som danner grunnlag for kodegrupper. I STC anses ikke hele teksten som meningsbærende enheter, relevant tekst skilles fra irrelevant og den delen som kan belyse problemstillingen sorteres. Hele datamaterialet skal gjennomgå linje for linje for å identifisere meningsbærende enheter, kodegruppene man kom frem til skal brukes som sorteringsgrunnlag i tankene. Hver kodegruppe skal representere ulike sider av problemstillingen. De meningsbærende enhetene man finner i teksten, skal samtidig systematiseres, dette kalles koding. Målet med koding er å identifisere og sortere alle meningsbærende enhetene i teksten (Malterud, 2017, s. 101).

Dette trinnet var en tidkrevende prosess der jeg brukte mye tid på refleksjon, jeg har vært bevisst på om min forforståelse spiller inn. Jeg ser gjennom mine foreløpige temaer fra forrige trinn og tenker nøye gjennom hva problemstillingen ber om, og hva den ikke ber om. Jeg

kommer frem til at noen av de foreløpige temaene egentlig ber om det samme. Etter hvert står jeg igjen med følgende kodegrupper:

- Oppfølging etter en hendelse
- Trygghet, lojalitet og ærlighet
- Egne ferdigheter og opplæring
- Hva gjør noe med deg og hva er påregnelig
- Legge fra seg jobben

Med utgangspunkt i de valgte kodegruppene gikk jeg gjennom datamateriale linje for linje for å identifisere meningsbærende enheter, som ble sortert inn i de ulike kodegruppene. Før jeg startet med sorteringen kopierte datamaterialet, slik at en versjon forble uberørt av analysen. Jeg valgte kun å bruke «word» som hjelpemiddel, og ved hjelp av klipp og lim ble de meningsbærende enhetene sortert inn i kodegrupper.

Underveis i sorteringen opplevde jeg at kodegruppene ikke var like relevante som først antatt, jeg valgte likevel å gå gjennom hele datamaterialet. Jeg identifiserte meningsbærende enheter som var relevante for problemstillingen, men som ikke passet inn i noen av kodegruppene.

Underveis i prosessen la jeg til en ny kodegruppe som ble kalt: «når man føler at noe er i ferd med å skje». Jeg gikk tilbake igjen til start for å identifisere meningsbærende enheter som kunne passe i denne kodegruppen. Det ble en del dobbeltføring av meningsbærende enheter som passet inn i flere kodegrupper, noen kodegrupper inneholdt veldig få meningsbærende enheter. Jeg mistenkte at forforståelsen hadde vært mer til stede enn først antatt under utarbeidelse av kodegruppene.

I følge Malterud (2017) kan kodene (som er navn på kodegruppene) utvikles og justeres etter hvert som datamaterialet gir oss innspill og ideer. Når vi er i gang med det konkrete arbeidet vil vi se at det er nødvendig å korrigere den intuitive klassifiseringen av kodegrupper. Vi bør begynne å overveie om kodene inkluderer fenomener av samme klasse. Underveis kan vi også velge å ta ut temaer fordi de ikke sier noe om problemstillingen. En forutsetning for omforming fra tema til kode og videre til reviderte kodegrupper er å arbeide fleksibelt. Når det er lett for forskeren å gå tre skritt frem og to tilbake, vil man dra nytte av den økende innsikten som følger av nærhet til data. Det er ikke noe i veien for at en meningsbærende enhet kodes til flere kodegrupper, men blir det mye dobbelt og trippelkoding er dette et tegn på at kodene ikke er presise nok. Prosjektloggen er viktig for å dra nytte av ettertanke og læring underveis (101-104).

Etter første gjennomgang valgte jeg å gå noen skritt tilbake. Underveis i sorteringen av meningsbærende enheter til de første kodegruppene, skrev jeg tanker og ideer i prosjektloggen, noe som gjorde det lettere for meg å kunne ta noen steg tilbake. Ved hjelp av prosjektloggen og produktet jeg satt igjen med etter å ha sortert meningsbærende enheter fra hele datamaterialet, valgte jeg å utarbeide nye kodegrupper. De nye kodegruppene ble følgende:

- Den enkeltes opplevelse av voldssituasjonen
- Forebygging og kompetansetiltak
- Oppfølging, bearbeiding og det å kunne legge fra seg jobben
- Lojalitet, trivsel og trygghet i personalgruppa
- Taus kunnskap og interesse for pasientgruppa

Arbeidet jeg hadde gjort med identifisering og sortering av meningsbærende enheter ble lagt bort og jeg begynte helt på nytt. Jeg opplevde at disse kodegruppene fungerte bedre, og at jeg får med all relevant informasjon som kan belyse problemstillingen. Til slutt er det få meningsbærende enheter i kodegruppene «lojalitet, trivsel og trygghet i personalgruppa» og «taus kunnskap og interesse for pasientgruppa». Jeg valgte derfor å slå disse sammen til kodegruppen «personlig egnethet og samspill i personalgruppa».

3.4.3 Kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold

I det tredje analysetrinnet skal den sorterte informasjonen abstraheres, ved å identifisere og kode de meningsbærende enhetene. Den delen av datamaterialet der det ikke er funnet meningsbærende enheter legges foreløpig til side. Man skal deretter ta for seg en etter en kodegruppe for å sortere datamaterialet i kodegruppen i to til tre subgrupper, hvilke subgrupper vi fester oss med preges av det perspektivet vi leser teksten fra. Videre er det subgruppen som er analyseenheten. Et spesielt metodisk grep innenfor STC er at det lages et kondensat på dette analysetrinnet. Kondensatet skal få med det konkrete innholdet fra de enkelte meningsbærende enhetene ved å omsette dem til en mer generell form. En skal starte med en av de meningsbærende enhetene i den aktuelle subgruppen som oppfattes spesielt uttrykksfull, deretter skrives det inn tekst fra de øvrige meningsbærende enhetene rundt denne. Hver eneste meningsbærende enhet i subgruppene skal vurderes og inngå i et kondensat, dersom den ikke passer inn i kondensatet passer den kanskje bedre i en annen subgruppe, kodegruppe eller kanskje den utgår fra analysen fordi den ikke tilfører noe relevant. Om det er mange meningsbærende enheter som sier omtrent det samme, skal en velge det som uttrykker seg best. Det brukes jeg form fordi sitatet skal representere hver av

deltakerne. Deretter velger man et gullsitat som best mulig illustrer det som er beskrevet i kondensatet. Når vi er ferdig med en kodegruppe går vi videre til neste (Malterud, 2017, s. 105-107).

Jeg tok for meg en etter en kodegruppe. Under arbeidet med å finne frem til subgruppene valgte jeg å lese gjennom hver enkelt meningsbærende enhet og skrive et stikkord om hva jeg synes dette handlet om. Etter å ha gjort dette hadde jeg et bedre overblikk i forhold til hva de meningsbærende enhetene beskrev. I hver av kodegruppene endte jeg opp med noen meningsbærende enheter som ikke passet inn i noen av subgruppene. Disse ble stående i slutten av dokumentet og jeg vurderte underveis om de passet i noen andre kodegrupper. De fleste ble sortert inn i andre kodegrupper, mens noen få utgikk fra analysen.

3.4.4 Syntese – fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater

I følge Malterud (2017, 108) skal man på dette trinnet rekontekstualisere, det vil si at bitene skal settes sammen igjen. Det som er funnet skal sammenfattes i form av fortolkete synteser som grunnlag for nye beskrivelser, dette skal gjøres på en måte som er lojal mot deltakernes stemmer, samtidig som forskeren skal ta ansvar for sin rolle som fortolker.

Først skal kondensatene brukes til å lage en analytisk tekst for hver subgruppe og kodegruppe. Hver subgruppe får sitt eget avsnitt, men ikke nødvendigvis egen overskrift, da dette kan gi feilaktig inntrykk av detaljnivået i analysen. Innholdet skal presenteres i tredjepersonsformen, fordi man som forsker skal gjenfortelle på vegne av andre slik at det blir ny kunnskap, det gjør også at det skapes en analytisk distanse som gir påminnelse om at vi skal ta ansvar for våre tolkninger. Det er den analytiske teksten som skal presentere de nye beskrivelsene man har kommet frem til, mens sitatene brukes til å illustrere nyansene. Etter å ha skrevet den analytiske teksten skal man vurdere om gullsitatet fra forrige analysetrinn fortsatt representerer en relevant illustrasjon. Til slutt skal den analytiske teksten fra hver kodegruppe få en overskrift som sammenfatter hva det handler om (Malterud, 2017, s. 108-110).

Jeg tok utgangspunkt i tekstkondensatene fra hver subgruppe for å skrive en analytisk tekst. For å presentere resultatene på en nyansert måte gikk jeg også tilbake til analyse trinn 3 og de meningsbærende enhetene. Jeg opplevde det spesielt utfordrende å skrive en analytisk tekst basert på deltakernes utsagn der de forteller om når de ble utsatt for vold. Jeg opplevde dette som vanskelig fordi hver historie er så personlig, og det vil være vanskelig å lage en analytisk tekst av dette samtidig som jeg er lojal mot deltakernes stemmer og historie. Jeg ønsker derfor å presentere et utdrag av deltakernes historier som en innledning til resultatkapittelet. Jeg

tenker det er viktig for lesernes å få et innblikk i hva deltakerne har opplevd, for å kunne se dette i en sammenheng med hvordan det oppleves å bli utsatt for vold.

Selv om det nærmer seg slutten, er analysen enda ikke ferdig. Nå skal funnene valideres opp mot sammenhengen de er hentet fra. Resultatene skal rekontekstualiseres opp mot det empiriske materialet. En skal lese gjennom det opprinnelige datamaterialet for å få en påminnelse om hva som egentlig ble sagt. En skal lete systematisk etter data som kan motsi de konklusjonene vi har kommet frem til, for å utfordre resultatene. En skal ikke forvente at alle deler av teksten kan kobles tilbake til en enkelt deltaker, men en bør stoppe opp litt dersom vi opererer med tolkninger, beskrivelser eller begreper som det er vanskelig å tilbakeføre til opprinnelig data. Dersom vi ser at en deltaker har bidratt med få tekstbiter, skal vi interessere oss ekstra for denne. En bør til slutt vurdere det som er funnet opp mot foreliggende empiri og teori, litteratursøket bør fornyes for å se om tilsvarende resultater er presentert av andre. I så fall er resultatet svakt og man kan vurdere om en ny analyserunde kan bidra med nye dimensjoner (Malterud, 2017, s. 110-111).

Jeg har til slutt lest gjennom hele datamaterialet slik det var i utgangspunktet. Her har jeg sett delene opp mot helheten. På steder der jeg opplever at delene er mangelfulle med tanke på å presentere informantenes budskap, har jeg lagt til litt fra den opprinnelige transkriberte teksten. Jeg har til slutt i denne prosessen aktivt lett etter noe som kunne motsi funnene jeg har kommet frem til.

3.5 Redegjørelse av egen forforståelse

Ifølge Gilje og Grimen (1993) er en grunntanke i hermeneutikken at vi alltid forstår noe på grunnlag av visse forutsetninger, forutsetningene bestemmer hva som er forståelig og uforståelig, men vi møter aldri verden forutsetningsløst. Hans-Georg Gadamer har utviklet det mest kjente begrepet for å beskrive dette, han kaller det for forforståelse. Vi møter aldri verden nakent, for at forståelse i det hele tatt skal være mulig er forforståelse et nødvendig vilkår (s. 148). Aadland (2004) beskriver at det mest avgjørende perspektivet fra hermeneutikken er oppmerksomheten på hvilken rolle forforståelsen spiller. Det vil være av overordnet betydning å reflektere over hvilke forestillinger man møter oppgaven med, da egne perspektiver og premisser alltid vil utgjøre horisonten (s. 212). Ifølge Malterud (2017) kan forforståelsen ofte være en viktig side av vår motivasjon til å sette i gang med prosjektet om det aktuelle temaet, men forforståelsen kan også bidra til at vi går inn i prosjektet med begrenset horisont (s. 45).

Jeg har selv mye erfaring med å bli utsatt som vold som helsepersonell. Det er min opplevelse av dette, altså forforståelse, som dannet idegrunnet for denne oppgaven. Forforståelsen har vært med meg gjennom hele prosessen, men jeg har hele veien vært oppmerksom på den. Som sykepleier har jeg hatt en usikkerhet i forhold til hva man skal tåle av vold. Jeg hadde en forforståelse om at vold mange steder er en del av arbeidet som man må regne med. Jeg har reflektert over egen reaksjon på vold og tenker at det er skremmende hvordan man blir vant til volden og etter hvert ikke legger merke til dens tilstedeværelse. Min erfaring og forforståelse har helt klart vært med både under utarbeidingen av problemstillingen og intervjuguiden. I møte med informantene har jeg derimot forsøkt å legge egne erfaringer til sides. Selv om jeg har mye erfaring, har jeg gått inn i dette prosjektet med en nysgjerrighet på hvordan vold oppleves for den andre. Jeg har vært åpen for at andre kan oppleve det på en helt annen måte enn meg selv. Under enkelte intervju har forforståelsen spilt inn og bidratt til at jeg har stilt oppfølgingsspørsmål ut fra egne erfaringer som ikke var relevante i forhold til problemstillingen. Dette har bevisstgjort meg på egen forforståelse, slik at jeg ikke har gjort det samme i neste intervju. Informasjon som ikke er relevant i forhold til problemstillingen har blitt tatt bort under analysen.

3.6 Ethiske overveielser

Før rekrutteringen av deltakere startet ble prosjektet søkt til og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) og fakultetets etiske komite (FEK). Det ble vurdert at prosjektet ikke var søknadspliktig til regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Jeg sendte søknad til Sørlandets Sykehus HF (SSHF) med forespørsel om å forske på ansatte. Det ble påført på søknaden hvilke avdelinger jeg ønsket å inkludere i prosjektet og flere aktuelle enhetsledere godkjente søknaden.

Informantene ble i forkant av intervjuet tilsendt informasjonsskriv, som inneholdt skriftlig informasjon om prosjektet og hva deltakelse ville innebære. Viktig informasjon ble i tillegg skrevet på epost til aktuelle deltakere. Informantene hadde mulighet til å stille spørsmål før, under og etter intervjuet. Informantene måtte i forkant av intervjuet skrive under på skjema for informert samtykke.

Informantene ble rekruttert ved at jeg tok kontakt med avdelingsledere på aktuelle arbeidssteder, tanken bak dette var at informantene skulle ha mulighet til å snakke med sin leder dersom det skulle dukke opp tanker etter intervjuet. Det gjorde også at leder kunne gjøre en vurdering i forhold til hvem som ville være aktuelle kandidater.

3.6.1 Konfidensialitet og oppbevaring av personidentifiserende opplysninger

I forskningen refererer konfidensialitet til enigheten med deltakeren om hva som kan gjøres med dataene som blir et resultat av deres deltakelse. Som oftest innebærer dette at opplysninger som identifiserer deltakerne ikke avsløres. Konfidensialitet kan være et etisk usikkerhetsområde knyttet til at anonymitet på den ene siden skal beskytte deltakerne og dermed er et etisk krav, men på den andre siden kan dette tjene som alibi for forskerne ved å gi dem mulighet til å tolke deltakernes utsagn uten at noen motsier dem. Informantene bruker tiden sin og forsyner forskeren med viktig informasjon. På den ene siden skal anonymitet beskytte dem, men det kan også frata dem stemmen i forskningen som er dens formål (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 106).

Jeg har gjennom hele prosjektet hatt fokus på at informantene konfidensialitet sikres. Direkte personidentifiserende opplysninger om informantene ble oppbevart avskilt fra datamaterialet ved hjelp av en koblingsnøkkel. Koblingsnøkkelen var skrevet på papir og inneholdt navn på deltakerne med et nummer som koblet dem til intervjuet. Papiret ble oppbevart innelåst sammen med signerte samtykkeerklæringer. Båndopptaker ble ikke satt på før etter at jeg hadde presentert meg for informantene. Jeg tilstrebet at ikke navn, arbeidssted eller andre direkte personidentifiserende opplysninger skulle bli tatt opp på lydbånd. Det var likevel et par informanter som nevnte eget navn og arbeidssted i forbindelse med sin beskrivelse. Båndopptaker ble låst inn og lydopptakene ble heller ikke overført på PC. På PC har jeg kun oppbevart ferdig transkribert tekst der personidentifiserende opplysninger fra lydbånd har blitt tatt bort. PCen er sikret med passord, og det er kun meg som har tilgang. Lydopptak vil bli slettet når oppgaven er levert og godkjent. Koblingsnøkkel og samtykkeerklæringer vil bli makulert.

3.6.2 Konsekvenser

Som forsker har man et ansvar for å reflektere over mulige konsekvenser både for dem som deltar i undersøkelsen og den større gruppen de representerer. Det etiske prinsippet velgjørighet handler om at risikoen for å skade en deltaker bør være så lav som mulig. Summen av mulige fordeler for deltakeren og betydningen av den oppnådde kunnskapen bør veie tyngre enn risikoen for å skade deltakeren (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 107).

Min opplevelse i møtet med informantene var at de synes det var fint å kunne delta i prosjektet, og at dette var et viktig tema å snakke om. De hadde alle en interesse for temaet og hadde opplevd ulike varianter av vold i varierende omfang. Noen ønsket å fortelle sin historie, mens

noen hadde mye erfaring de ønsket å dele. Jeg fikk et inntrykk av at informantene synes det var godt å snakke om sine opplevelser, og en informant beskrev muligheten til deltakelse som gøy. På grunnlag av dette tror jeg fordelene ved prosjektet, er større enn mulige ulemper for informantene. To av informantene ønsket å få tilsendt ferdig oppgave. Informantene vil ha nytte av kunnskapen som kommer frem.

3.6.3 Forskerrollen

Under arbeidet med oppgaven har jeg reflektert over hvilken rolle jeg som person og min integritet kan ha hatt for gjennomføringen. I forbindelse med intervju øker betydningen av forskerens integritet, fordi intervjueren selv er det viktigste redskapet til innhenting av kunnskap. På grunn av interpersonlige samspill med informantene kan forskeren la seg påvirke av dem og identifisere seg så sterkt med deltakerne at de ikke opprettholder en profesjonell avstand, dette kan føre til rapportering og fortolkning ut fra deltakernes perspektiver (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 108). Jeg opplevde at forskerrollen ble utfordret da informantene kom inn på temaer som engasjerte meg sterkt. Jeg måtte da være ekstra oppmerksom på å legge egen forforståelse til side, for at dette ikke skulle påvirke hvilke oppfølgingsspørsmål jeg stilte.

3.7 Metodekritikk

Jeg vil videre trekke frem styrker og svakheter ved den valgte metoden og gjennomføringen av prosjektet.

For at gjennomføringen av prosjektet skulle bli mulig trengte jeg tilgang til fagfeltet. Redalen, Ellingsen, Studsrød og Willumsen (2013) beskriver portvakter som de personene som gir adgang til et forskningsfelt, de kan være formelle og uformelle. I første omgang møtte jeg på NSD og FEK som portvakter, videre måtte forskningsavdelingen på SSHF søkes for å få tillatelse til å forske på ansatte. Søknaden til SSHF ble godkjent av flere enhetsledere, jeg ble av dem henvist videre til avdelingsledere som skulle hjelpe meg med rekrutteringen. Selv om prosjektet ble godkjent var det likevel flere avdelingsledere ikke svarte på henvendelse. De kan betegnes som portvakter som gjorde at jeg ikke fikk tilgang til enkelte avdelinger. Ifølge Redalen et. al. (2013) viser forskning at godkjenning fra overordnet ikke nødvendigvis sikrer engasjement hos dem som skal gjennomføre oppgaven. Dette kan handle om portvaktens behov for å beskytte informantgruppen. Det kan være en svakhet at ikke jeg fikk informanter fra alle avdelingene jeg anså som mest relevante. Samtidig kan dette være en styrke, ved at

jeg måtte gå bredere ut for å rekruttere informanter, kan jeg også ha fått større bredde i datamaterialet.

Jeg valgte å ekskludere ansatte fra egen arbeidsplass, svakheten ved dette er at kunnskap som kunne tilført prosjektet viktig informasjon går tapt. Samtidig mener jeg totalt sett at dette er en større styrke enn svakhet for prosjektet. Jeg er en uerfaren forsker, det kunne blitt vanskelig å skille forskerrollen fra kollegarollen. I tillegg ville det vært utfordrende å legge egen forforståelse til side både under intervju og analyse, da jeg sannsynligvis hadde kjent til mange av historiene.

Når det kommer til analysen er det en svakhet at denne er gjennomført alene, datamaterialet har med det kun blitt sett med mine «briller». Jeg har derfor brukt god tid, gått gjennom prosessen flere ganger og rettet kritisk blick mot egne tolkninger. Det kunne med fordel vært flere deltakere i studien for å belyse temaet fra enda flere sider, men til gjengjeld ble det valgt deltakere med stor informasjonsstyrke. Utvalget var også skjevt fordelt når det gjelder kjønn, noe som gjorde at opplysninger om kjønn ble utelatt for å sikre deltakernes anonymitet, men hensikten var uansett ikke å forske på kjønnsforskjeller. Det var vanskelig å nå et metningspunkt ved deltakernes subjektive beskrivelser, fordi hver historie og beskrivelse var individuell.

3.8 Validitet

Kvale og Brinkmann (2015) beskriver at valideringen skal gjennomsyre hele forskningsprosessen (s. 277), den er kontinuerlig og skal fungere som en kvalitetskontroll ved å sjekke feilkildene (s. «276»). I vanlige ordbøker blir validitet ofte definert som en uttalelses sannhet, riktighet og styrke, mens validitet i samfunnsvitenskapene handler om hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det den skal undersøke (s. 276). På bakgrunn av validitetsspørsmålet vil jeg hevde at kvalitative forskningsintervju var en godt egnet metode, fordi jeg ønsket innblikk i den andres opplevelse om et tema som for mange kan være sårbart.

Malterud (2017) beskriver at det første spørsmålet om intern validitet er hva det er sant om. Begrepet relevans kan være et nyttig for slike overveielser, med tanke på om det ble brukt relevante begreper eller kartleggingsmetoder for å studere fenomenet. Mindre åpenbart kan det være at begreper ikke oppfattes på samme måte av dem som blir spurt, dermed kan vi risikere at folk snakker sant om noe annet enn det vi ønsker å spørre dem om (s. 23). I denne oppgaven er vold et sentralt begrep. Begrepet vold kan innebære flere ulike oppfatninger. Som Isdal (2018) beskriver har folk flest en forståelse av at vold handler om når man bruker

fysisk makt for å skade andre (s. 37). I denne oppgaven ønsket jeg derimot å studere flere dimensjoner av vold. For å sikre at deltakerne hadde samme opplevelse av begrepet ble dette presentert i informasjonsskriv som ble tilsendt deltakerne på forhånd. I tillegg ble det oppklart muntlig i starten av flere av intervjuene. Jeg brukte også oppfølgingsspørsmål for å invitere deltakerne til å snakke om flere typer vold.

Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) er det vanlig at forskningsintervjuene får kritikk for at funnene ikke er valide fordi deltakernes utsagn kan være usanne (s. 281). Malterud (2017) beskriver at det er viktigere å spørre seg selv hva deltakerne snakker sant om eller hva vi retter søkelyset mot i observasjonen, fremfor å spørre om deltakerne snakker sant. Utveksling av kunnskap representerer muligheter for misforståelser, som kan skje når partene ikke er klar over at de snakker forbi hverandre. Dialogisk validering er når forskeren regelmessig sjekker egen forståelse ved å stille spørsmål (s. 193). Under intervjuene ble det stilt spørsmål vedrørende egen forståelse når jeg opplevde at noe var uklart. Jeg opplevde deltakerne som ærlige, engasjerte og med et ønske om å dele sin kunnskap, utfra dette har det vært opp til meg som forsker å sørge for å stille de spørsmålene til datamaterialet som det faktisk svarer på.

Ifølge Malterud (2017) innebærer kommunikativ validitet at forskerens evne til å kommunisere forskningen påvirker gyldigheten kunnskapen får (s. 196). Det innebærer ikke bare forskningsprosjektets resultater og konklusjoner, men i like stor grad prosessen. Det er bare når forskeren klarer å vise frem veien som er fulgt, at leseren får nødvendige forutsetninger til å forstå de versjonene, tolkningene og slutningene som presenteres (s. 197). Jeg har valgt et fleksibelt design for å ha mulighet til å bevege seg frem og tilbake, som følge av kunnskapen som har utviklet seg underveis. Det har vært viktig for meg å synliggjøre for leseren den veien som er gått. Egen forforståelse har blitt gjort rede for og under presentasjonen av analysen har jeg gjort rede for analyseprosessen i dette prosjektet. Kunnskap som ble utviklet i samspill med informantene, gjorde at intervjuguiden endret seg underveis. Informantene besvarte ofte spørsmålene i intervjuguiden før de ble stilt, dette viser at spørsmålene var relevante. Problemstillingen har også være under kontinuering bearbeiding for at den best mulig skal besvare fenomenet jeg ønsket å beskrive. Teori har blitt valgt som følge av resultatene. For å få til en fleksibel prosess som samtidig skal være mulig å presentere for leseren, så har prosjektloggen vært et viktig verktøy. Opplysninger og refleksjoner omkring avgjørelser som ble tatt har gjennom hele forskningsprosessen blitt notert i prosjektloggen. Dette har gjort det mulig for meg å bevege meg frem og tilbake.

Andre elementer jeg mener er med på å styrke den interne validiteten er kjennskap til fagfeltet og det at jeg transkriberte selv. Jeg fikk under transkripsjonen gjenoppleve intervjusituasjonen, det gjorde dette lettere å skape en skriftlig tekst som er lojal overfor deltakernes stemmer. Ved å ha kjennskap til fagfeltet hadde jeg en forståelse av hvor jeg skulle lete for å finne informanter som kunne besvare problemstillingen. Videre ble informantenes kjennskap til fagfeltet brukt for å utvide horisonten ytterligere, ved at de ga råd om relevant arbeidsplasser.

Ifølge Malterud (2017) er generaliserbarhet et begrep som gir urealistiske assosiasjoner om allmenngyldig overførbarhet, fordi forskning bare unntaksvis kan levere allmenngyldige resultater. Det kan derfor være mer hensiktsmessig å bruke begrepet overførbarhet, fordi det i større grad anser grenser og betingelser for hvordan funnene gir ny innsikt som andre kan ha nytte av i andre sammenhenger (s. 66). Et viktig stikkord når det gjelder overførbarhet er kontekst, som handler om hvorvidt våre funn kan gjøres gjeldende utover den konteksten der de er kartlagt. Kontekst kan for eksempel handle om ulik etnisk bakgrunn eller ulike lovverk (s. 24). I forhold til dette prosjektet tenker jeg det kan handle om hvorvidt resultatet kan overføres til helsepersonell som jobber med andre pasientgrupper enn psykisk helse- og rus. På den ene siden tenker jeg resultatet er overførbart fordi det å bli utsatt for vold trolig oppleves på samme måte uavhengig av hva slags diagnose vedkommende har. På den andre siden var et viktig funn at volden oppleves verre når offeret opplever at hensikten er å skade, dette kan imidlertid være varierende utfra hvilken pasientgruppe man jobber med. Ifølge Malterud (2017) kan spørsmålet om overførbarhet og kontekst også gjelde kjønn, fordi det kan tenkes at svarene til menn ikke dekker kvinners virkelighet (s. 24). Dette kan være en svakhet ved dette prosjektet fordi det var flere menn enn kvinner. På den andre siden så har jeg valgt å ikke fokusere på kjønn, fordi enhver opplevelse er individuell uavhengig av kjønn.

Malterud (2017) hevder at et strategisk utvalg med god informasjonsstyrke kan gi godt grunnlag for kunnskap som gir innsikt utover den konteksten der studiet ble gjennomført (s. 63). Jeg mener at rekrutteringen av deltakere i dette prosjektet er med på å styrke den eksterne validiteten, fordi alle kom fra ulike arbeidsplasser og hadde god informasjonsstyrke.

4.0 RESULTATER

4.1 «En kniv mot ingenting er et dårlig mattestykke» - Historier om voldsopplevelser

Alle informantene har opplevd å bli utsatt for vold i forbindelse med arbeidet med rus- og psykiatrispasienter. De har opplevd vold av ulike varianter og i varierende omfang. Enhver historie er individuell, men det alle har til felles er at det har gjort noe med dem på en eller annen måte i etterkant. Når man skal få frem hvordan dette oppleves for den enkelte, syns jeg det er helt vesentlig med et innblikk i deres historie. Jeg vil derfor innlede presentasjonen av resultatene med et utdrag av informantens historie om å bli utsatt for vold.

Alle informantene forteller om at de har vært utsatt for fysisk vold eller trusler om fysisk vold. De forteller alle om at de har blitt slått av pasienter, men at utfallet som oftest ikke ender med alvorlige fysiske skader. To av informantene har vært utsatt for fysisk vold av alvorlig karakter.

Jeg har vært borti mye vold som har kommet som lyn, altså det har ikke vært mulig å skjønne at ting kan skje så fort. Den verste episoden jeg var borti tok vel 7 sekunder. Jeg var på vei ut og husker jeg skulle si adjø til pasienten, da så jeg i blikket at det var helt svart. Han gjorde et forsøk på å ta kvelertak, og etter det husker jeg ikke helt hva som skjedde. Jeg hadde blikkontakt med en kollega og vi klarte å kommunisere at det er noe på gang. Det tok bare noen sekunder før han var der, men det resulterte i at det gikk noen ribbein og halebein. Det ble forsøkt å dra pasienten fra meg, han var besatt av å ta kvelertak. Jeg har vært borti han før, så det var ikke første gangen han har prøvd å ta mitt liv. Det var veldig mye sjalusi her, jeg var jo hans nærmeste primærkontakt.

Den andre informanten som kom fysisk til skade som følge av vold forteller sin historie på denne måten:

Det var en pasient som var veldig ruset og ufin overfor noen kolleger. De ønsket å få han opp i leiligheten for å slappe av, pasienten var godt kjent og vi visste at det som regel går over med litt søvn. Jeg ble hentet, men på det stadiet var han ikke så veldig tilsnakkenes. Etter hvert reiser pasienten seg og jeg trodde han skulle gå inn. Men plutselig hopper han på meg og slår meg i kragebeinet, samtidig som han dytter så jeg faller og slår hodet i en steinplattning. Han fortsetter å sparke meg i brystet og hodet mens jeg ligger nede. Jeg får automatisk skjermet meg, så han treffer ikke veldig godt.

En av de andre ansatte dro han vekk, så jeg kom meg på beina igjen, det var litt vanskelig for beina følte som gele. Jeg bristet to ribbein og fikk en hjernerystelse. Jeg tror det var en veldig bevisst handling. Jeg ble målskiva fordi han var irritert på meg, det har han sagt under samtale i etterkant. Dette er en situasjon som egentlig kunne endt veldig galt.

To av informantene forteller om opplevelser der de har blitt truet med kniv, den ene beskriver det på følgende måte:

Så sto jeg der i slutten av det L formede rommet, med lite plass på hver side var det ingen mulighet til å gjøre noe. Jeg var helt ny, så det var ikke noe spennende start på dette her. Det var ikke noe gøy, fordi jeg hadde ingen kontroll. Så visst han hadde ønsket å stikke meg ned, så kunne han i hvert fall ha gjort et forsøk. Jeg har drevet med kampsport før, så jeg hadde hatt noe motsvar, men en kniv mot ingenting er dårlig mattestykke på en måte da.

Alle informantene forteller at de har opplevd psykisk vold og trusler. I hverdagen jobber de mellom å skille det som er reelle trusler og det som bare er språk. En informant har opplevd psykisk vold av alvorlig karakter:

Det var en pasient som ønsket medikamenter, men ville ikke undersøkes. Det begynte med at vi er udugelige og at vi burde skjønne at han må ha disse medikamentene. Det ringer litt i alarmklokkene, for han kan de riktige medisinske betegnelsene på medikamentene. Så jeg tenker at han har peiling på hva han vil ha, mange rusmisbrukere har jo det, så jeg antok at han var i den kategorien. Så begynner uttrykkene å endre seg. Det går fra å kalle meg udugelig til at drapstruslene begynner ganske forsiktig. Etter hvert så eskalerer det, og han blir ganske målrettet, han er direkte med at han skal enten skyte meg eller knivstikke meg. Han skal ikke gjøre det når jeg er på jobb, men på fritiden, og hele familien skal slettes på grunn av dette her. Sånn er han målrettet i nærmere en halv time, det er liksom ikke bare tomme ord, han snakker såpass greit og er så lite ruset at han har ingen problemer med å gjøre seg forstått.

4.2 Volden som gjør vondt er den med bevisst hensikt om å skade

Det er noe variasjon i forhold til hvordan informantene opplever volden de har vært utsatt for. Kun en informant opplevde den fysiske volden som verst, informanten beskrev at vold ikke var en del av hverdagen og at det var verst når pasientene faktisk blir fysiske, dette var trolig

den informanten som opplevde minst vold i sin jobb. Kun to informanter snakker om seksuell vold. Den ene informanten beskriver den seksuelle volden som noe man ofte ler bort. Flere av informantene har opplevd materiell vold. En informant beskriver den latente volden som den verste:

Der enn går rundt og tripper og venter, det er den verste. Der du aldri er helt sikker. Jeg har nok vært veldig trygg av meg som person og vet at ting kan skje. Men så er det også forskjell på hvis du går rundt og kjenner på volden som vil komme, den er ekstremt kjip. Men hvis den bare kommer uten at den er planlagt, du vet ikke om det, så skjer det så fort at du får ikke tid til å reagere.

Flere informanter trekker frem den psykiske volden som mest krevende og som den som er mest til stede. En informant tror det er viktig at man som ansatt kjenner seg selv såpass godt at man vet hva man reagerer på, og at man lettere kan oppleve trusler man tar personlig dersom man skaper småløgner for seg selv. Informanten opplever at pasientene er flinke til å finne ut hva man reagerer på, slik at de har noe å presse deg på. Flere av informantene trekker frem at situasjoner der trusselbildet varer lenge er spesielt krevende. En informant valgte å anmelde saken og opplevde dette som vanskelig fordi det tok så lang tid å bli ferdig med den. En informant beskriver sin opplevelse av psykisk og fysisk vold på denne måten:

Det var først en stund etterpå jeg skjønnte at det gjorde noe med meg. Det å få seg en på nesa, et slag i skuldra eller noe sånt, er en sånn fysisk ting der og da, det går vekk når blåmerket forsvinner. Mens det andre, det var jeg veldig lite herre over. Så for min del, så var den psykiske biten verre enn de fysiske tingene. Det som gjorde denne saken så utrolig plagsom var at trusselen han kom med var så direkte og angikk ikke bare meg, det angikk ungene.

Flere informanter forteller at de har reagert med sinne etter å ha blitt utsatt for vold. En informant beskriver det som viktig at man ikke har de følelsene i situasjonen dersom man ikke vet hvorfor pasienten utøver vold, det kan være sykdom. En informant beskriver det som spesielt vanskelig dersom det går lang tid før man møter pasienten igjen. En annen informant hadde behov for å møte pasienten igjen etter kort tid for å få ut egen frustrasjon:

Jeg var veldig sint og ville ta hevn. Jeg var såpass heldig at jeg fikk jo lov til å dra rett tilbake til avdelingen etter at jeg hadde vært på legevakta, og kjefet han ut. Jeg måtte bare få det ut. Og han trodde vel kanskje at jeg ikke kom til å være hans primærkontakt, at jeg kom til å bli redd og forsvinne, det skjedde jo ikke.

Flere av informantene har fått fysiske skader eller psykiske reaksjoner etter å ha blitt utsatt for vold. En informant beskriver kroppslige reaksjoner etter fysisk vold på denne måten:

Kroppen reagerte jo. Når jeg ble sittende å vente på en legesjekk, så begynte jeg plutselig å hylgrine og skjelve, jeg skjønnte ingenting. Det eneste jeg ville var å komme meg hjem. Det var fredag, jeg hadde planlagt at jeg skulle ut, og jeg var veldig sur for nå var planene mine ødelagt.

En annen informant fikk mer langvarige psykiske følger etter å ha blitt utsatt for trusler om drap:

Jeg tok de overtidsvaktene som kom, for han var så målrettet i at dette ikke skulle skje mens jeg var på jobb. Jeg begynte å se meg over skuldra når jeg var ute på byen, og egentlig så sluttet jeg å gå til byen etter hvert. Jeg isolerte meg litt i forhold til det å gå ut med kompiser, og satt heller inne med mer kontroll over hvem som er til stede. Jeg har fjernet meg selv fra sosiale medier, så en prøver å skjule seg litt.

Flere av informantene er ganske tydelige på at man må tåle litt når man velger å jobbe med pasientgruppen psykisk helse- og rus. En informant forteller at det er helt greit at man syns en situasjon er kjip, men at man ikke bør være redde på jobb hver dag, uten at det er noen situasjoner. En annen informant beskriver det slik:

Jeg tenker at du skal ikke forvente at du blir skjelt ut, slått ned eller blir kastet ting på, men du må faktisk regne med det. Du må regne med å få virkelig stygge ubekvemsord og at det blir sagt at «jeg skal faen meg drepe deg din jævla hurpe». I de fleste tilfeller er det ikke du som person, men det er du som er der i nået, som irritasjonen går utover.

Flere av informantene mener det går en grense når pasienter truer med å blande inn familien din eller truer med å utøve vold på fritiden din. Flere av informantene beskriver vold som et smerteuttrykk og ser på seg selv som et objekt for utløpet. En informant tror det fysiske kan komme til uttrykk når folk er frustrerte og mangler sin verbale uttrykksform, man vet jo ikke hva som rører seg i hodet til folk. En annen informant beskriver at tanken på hvordan det kunne gå som det gikk har vært vanskelig, og er sikker på at situasjoner kan unngås dersom personalet er oppmerksomme og ikke slapper av for tidlig. Felles for alle informantene er at vold med hensikt om å skade oppleves vanskeligere i etterkant, enn tilfeller der man rammes av vold som et tilfeldig objekt for frustrasjon. Flere av informantene syns det er viktig å skille

mellom hva som er reelle trusler og hva som er et språk som frustrasjon for noe annet og tomme trusler:

De fleste pasientene som kommer inn de er jo ikke sånn velldannede som alle andre, så noe språk må en tåle, men det er ofte trusler om drap. Men hvis det bare er sånn gjentakende greie hele veien hver gang de er sinte, så gidder jeg ikke bry meg.

4.3 «God» oppfølging handler om at noe blir gjort

Flere av informantene trekker frem at det er viktig med klare rutiner for oppfølging etter en hendelse. En informant mener det er viktig at ting må være litt styrt og at den første kontakten mellom ansatte og leder skal være der. Denne informanten beskriver samtidig en opplevelse av at den beste hjelpen er å snakke med kolleger som kjenner pasienten godt. Det handler om at man kan beskrive sine følelser som forbannelse, sinne, irritasjon og tillate seg å være sint på pasienten. Informanten mener også det er viktig at den som har vært i situasjonen møter pasienten igjen som tidlig som mulig, i trygge omgivelser:

Jeg tror nok at som ansatt så er det litt dette her med å komme seg opp på hesten igjen, altså har du falt av så må du opp igjen. Drøyer du det litt, så tror jeg du raskere kan skape en redselssituasjon for deg selv, altså det kryper seg inn en litt sånn snikende skepsis.

En annen informant trekker frem at man uansett skal ha startrundene med debrifing når en har opplevd en vanskelig situasjon. Denne informanten har opplevd at kolleger trekker frem egen erfaring for å vurdere behovet for debrifing, vurderingen kan gå ut på at man må tåle sånt siden en har opplevd det så mange ganger før i psykisk helsearbeid, informanten bruker dette som et eksempel på hvordan det ikke skal fungere.

Flere av informantene forteller om at de har opplevd dårlig oppfølging, mange av informantene beskriver oppfølgingen som dårlig når de ikke har fått noen oppfølging. Flere av informantene trekker frem at de melder hendelser i avvikssystemet, og at man også har et ansvar selv for å si ifra. En informant valgte å slutte i jobben grunnet manglende oppfølging etter en hendelse. En annen informant beskriver at det oppleves som et svik og ikke få støtte fra egen leder. En tredje informant beskriver oppfølgingen på følgende måte:

Jeg har nok sørget mer for bearbeiding på egenhånd, enn det som har ligget sånn på systemnivå. Altså på det stedet så syns jeg det var mangelfullt, så det var noen ganger som jeg krevde debrifing, da måtte jeg si ifra om det selv.

En annen informant beskriver utfordringen med å ha en jobb der det ikke alltid er tid til å ta en debrifing, fordi man ikke kan ta tid fra andre pasienter som trenger hjelp her og nå. To av informantene beskriver et ønske om at sykehuset som enhet kan anmelde voldshendelser, uten at anmeldelsen skal være personlig. En informant beskriver sin opplevelse på følgende måte:

Jeg finner ut at jeg faktisk må anmelde dette, og da kommer det neste sjokket. Det er at ledelsen på sykehuset, de fnyser av det og de liksom bare børster det vekk. Og de sier at visst jeg vil gjøre noe med denne saken, så må jeg gjøre det sivilt. Visst en velger å anmelde så har en ikke lyst til at ens eget navn skal bli tilgjengelig for den som har utøvd den volden eller kommet med alvorlige trusler om vold.

Flere av informantene beskriver det som viktig at man ikke tar med jobben hjem, og tror man lett kan bli utbrent om man tar med seg alle situasjoner hjem og liksom ikke får ro i hodet. Mange av informantene beskriver likevel at de kan tenke gjennom opplevde voldshendelser i noen dager, og at de trenger mer tid til å bearbeide dem. En informant beskriver mye tanker i forhold til om det er noe som kunne vært gjort annerledes for å forhindre volden eller om den kunne vært håndtert på en måte som gjorde at volden ikke ble så alvorlig. En informant beskriver at den kan oppleves krevende å nullstille seg til neste pasient når man har vært utsatt for vold. En annen informant la fra seg jobben på en slette under sykkelturen på vei hjem.

4.4 Kunnskap, relasjon og flere på jobb er viktig i voldsforebyggingen

Alle informantene mener at opplæring er viktig med tilstedeværende voldsrisiko i arbeid med psykisk helse- og ruspasienter. Informantene har varierende erfaringer når det gjelder deres opplevelse av å ha god nok opplæring. En informant mener det lite som skal til for å vippe en situasjon når det gjelder stemmebruk og plassering. En annen informant bekrefter dette og understreker viktigheten av tilstrekkelig tid og kompetanse, slik at en kan tenke gjennom situasjoner med voldsrisiko. Informanten mener forarbeidet kan gjøre utfallet bedre. En annen informant synes det er viktig å være bevisst på når man trekker seg ut, hvilke situasjoner man står i og når man tilkaller ekstern hjelp. En informant synes det å forstå dynamikken og hva som fører til vold er veldig spennende.

Flere av informantene beskriver at de er bevisste på egen plassering, fluktruter og det å vite at man kan komme seg unna. Noen informanter beskriver at man har lettere for å ta disse forutsetningene når man kjenner pasienten godt, og at trygghet i en situasjon ofte avhenger av om man har mulighet til å komme seg bort. En informant har også erfaring med et

spesialtilpasset undersøkelsesrom, der det er to sikkerhetsdører og ingen farlige gjenstander som kan brukes som våpen inne på rommet. Flere av informantene forteller om viktigheten av kroppsholdning og fremtoning. En informant beskriver at man lett kan eskalere situasjonen dersom man går inn og prøver å være tøffere enn den andre personen:

Jeg tenker at kroppsholdning og fremtoning er viktig. Det er en del måter å stå på som virker avvæpnende, samtidig som man er veldig forberedt at hvis noen skulle skalle deg ned eller prøve å slå deg, da vil du stå på en måte som vil gjøre minst mulig skade, uten at man oppleves truende.

Tre av informantene har erfaring med opplæring på grep for å holde og beskytte seg. De to andre informantene mener en slik opplæring hadde vært nødvendig, de har begge gått på kampsport på fritiden. En informant sier de har samhandlingstreninger der de trener på bruk av grep, men opplever at ingenting blir tatt i bruk når ting først skjer. En annen informant sier personalgruppen trener jevnlig på dette og har erfaring med at grepene blir brukt, og at dette igjen fører til nye erfaringer:

Vi har jo vært på verge kurs¹. Jeg har erfart at den biten der du slipper opp faktisk er en veldig kritisk fase, og man må faktisk sikre seg til man er helt sikker og ikke til man tror man er sikker, det er ABC læring.

En informant beskriver at man som ansatt ikke ønsker å gå til dette skrittet der man må ta i bruk grepene og holde, og at dette som oftest ikke er ønskelig for pasienten heller.

Informanten har likevel erfart at det å holde i enkelte tilfeller har vært en positiv opplevelse for pasienten og beskriver dette slik:

Jeg har opplevelser av personer som har vært veldig aggressive og utagerende. Og når de har blitt holdt, har de rett og slett takket for det, fordi det har blitt opplevd som trygt og godt. Jeg har også en pasient som hadde tenkt på om han ville klare å ta personalet, da han innså at han ikke ville klare det, da var det greit, da var det heller å bruke språket i stedet.

¹ Kurs for å forebygge og håndtere utfordrende atferd, innenfor faglige, etiske og funksjonelle rammer (<https://www.verge.no/om-oss>)

En informant mener opplæringen er alt for dårlig, men har tilegnet seg mye kunnskap på eget initiativ:

Jeg har ikke fått noe opplæring i å kunne deescalere en verbalt utagerende pasient, det er bare snakk om å finne en dør, pelle seg ut og ringe politiet. Jeg er ikke så engstelig lenger, for jeg har hatt en egeninteresse for å kjenne igjen den voldelige og truende personen. Jeg senket skuldrene når jeg lærte meg teknikker på å snakke ned de folka som bare er verbale, og kunne forsvare meg når en virkelig treffer den idioten vi ikke klarer å snakke ned.

Flere av informantene mener det å være flere er viktig både når det gjelder forebygging av vold og sikkerhet. En av informantene synes de har blitt bedre til å gå to og to på risiko situasjoner. En annen informant beskriver dette slik:

Jeg tenker at den her tilstedeværelsen, det å vise at man er flere er dempende i seg selv og skaper en litt større trygghet hos pasientene. Jeg tenker det er utrolig viktig å tenke egen sikkerhet i alle mulige situasjoner. Vi bør bruke mye timeout visst vi opplever at det er noe som surrer, trekke oss tilbake og snakke litt sammen om hva dere tenker er i ferd med å skje nå.

Flere av informantene snakker om at relasjonen til pasienten er veldig viktig for å forebygge vold. En informant understreker at vold ofte kan være en del av sykdomsforløpet. En informant beskriver at den personlige relasjonen i noen tilfeller kan føre til større trygghet og en opplevelse av kontroll i truende situasjoner. Informanten forteller også om at en får et annet syn på situasjonen, og kan tenke at de konsekvensene som kommer som følge av dette er kjipe for pasienten, og at det dermed blir ganske trist. En informant forteller om at det ofte er i samtale de klarer å roe ned pasienten, men at det er viktig å ha bygd en relasjon før man kommer til det tidspunktet at de utagerer. En annen informant beskriver dette slik:

Jeg tror vi gjør alt for å forebygge vold i det daglige, det viktigste er relasjonen til pasienten og måten man kommuniserer på.

En informant beskriver at det ofte i det daglige er veldig vanskelig å få til gode samtaler med psykisk helse- og ruspasienter, en del av samtalene kommer ofte i etterkant av situasjoner. Informanten mener det er viktig å snakke med pasienten i etterkant om hva man kan gjøre for å unngå slike situasjoner i fremtiden og for å se på mulighetene til å endre atferd. Informanten

beskriver disse samtalene som veldig gode og fine for relasjonen, noen pasienter tar lærdom, men for andre er det vanskelig.

4.5 Personlig interesse og en samstemt personalgruppe er viktig på voldsutsatte arbeidsplasser

De fleste informantene beskriver interesse for pasientgruppen og tror det er viktig om man skal ha en slik jobb. De beskriver kolleger som en viktig på mange måter. Flere av informantene forteller om at det er viktig at alle i personalgruppa følger de bestemmelsene som er avtalt. En informant beskriver dette slik:

Det var veldig ulikt fra alle som fulgte opp, så var det meg og en til som fulgte de bestemmelsene som ble avtalt, men det ble ellers tatt mye snarveier hos en person med behov for helt tydelige, klare rammer og veldig lik tilnærming fra alle, det skapte grobunn for skarpe situasjoner.

Informanten beskriver også at det er frustrerende å ta tak i en situasjon der pasienten hadde gjort noe som førte til en konsekvens, og informanten selv var uenig i retningslinjene. Informanten forteller også at det lett kan gå dårlig dersom man er uenig med sin kollega. En annen informant synes det er utrolig viktig at alle må kunne gjennomføre de tiltakene som skrives ned. Informanten mener videre at tiltaket må endres dersom det er en som ikke kan gjennomføre, og at man faktisk ikke er bedre enn svakeste ledd. Det beskrives som viktig å være tydelig overfor pasientene, informanten beskriver dette slik:

Jeg tror en av de viktigste tingene når du jobber med gruppa med psykose pasienter og rus, er at du er en tydelig person for de, visst du blir litt utydelig så skaper du en usikkerhet overfor pasienten som igjen gjør at vedkommende blir mer engstelig.

Flere av informantene snakker om kolleger som en viktig faktor når det kommer til å føle seg trygg på jobb. Flere beskriver det å ha tillit og være trygge på hverandre som veldig viktig, for en informant fremstår tillit til kollega som en selvfølgelighet. En informant sier det er viktig at folk er godt trent på å være der de skal være, når oppgavene fordeles i løpet av en vakt. En annen informant mener det er viktig at en har den backupen man trenger og at man aldri føler seg alene. En informant nevner også at tilstrekkelig bemanning til å kunne håndtere disse pasientene er viktig. En informant mener at det psykososiale arbeidsmiljøet er viktig å jobbe med, og at man bør få lov til å snakke om sine engstelser med kolleger. For informanten innebærer dette at man skal snakke sammen om de følelsene som oppstår. Det er mye man

skal tåle i en slik jobb, og da er det viktig å snakke om sine følelser før glasset renner over. En informant nevner at man kan være sikker på at det er andre kolleger som sitter med de samme følelsene. En informant beskriver dette slik:

God dialog med kollegaer, åpenhet, at en har tillit til hverandre, en skal jo stole veldig mye på hverandre i en sånn situasjon, er viktig for at jeg skal føle meg trygg på jobb.

En informant mener det er viktig å tenke gjennom hvilke pasienter man personlig kommer best overens med og tror alle har noen de kommer bedre overens med enn andre. Informanten mener at man har mulighet til å jobbe litt og lære av hverandre dersom man har en såpass høy trygghetsterskel i personalgruppa. En informant mener at vi ikke må glemme hvem vi er der for. En bør se på det som en ressurs at man er flere ulike personer i en personalgruppe, som igjen gjør at man treffer en større pasientgruppe. Informanten tror man noen ganger kan glemme at man er en medarbeider satt i et system og at det egentlig er systemet og frustrasjonen i hverdagen til pasientene som gjør at de truer og opptrer truende.

Flere av informantene forteller om at de har stor interesse for og syns det er veldig spennende å jobbe med pasientgruppen. En informant tror egen interesse er av stor betydning og en nødvendighet når man skal jobbe med pasientgruppen. En annen informant beskriver trivsel i situasjoner der en kan merke at ting er i ferd med å skje, og at man kan finne løsninger for å unngå at situasjonen oppstår. En informant beskriver at episoder litt utenom det vanlige alltid har vært gøy, og at det er spennende å jobbe i et slik miljø.

Flere av informantene snakker om at magefølelsen blir brukt som en fornemmelse av at noe er i ferd med å skje.

Jeg hadde en artig opplevelse her om dagen. Det var en person jeg bare så bakfra, der jeg kjente med en gang at her er det noe. Og så fikk jeg vite etterpå at jeg hadde helt rett. Denne personen var karakterisert som kjempesfarlig. Og jeg så han bare bakfra, likevel så skapte det en del sånne følelsesmessige reaksjoner at her må jeg være på vakt.

En informant beskriver også at man kan merke bare en liten endring av atferd når man kjenner pasientene godt. En informant beskriver at når man har litt erfaring kartlegger man automatisk situasjoner, og ser rundt seg i rommet om det er noen gjenstander som kan brukes som våpen. Informantene beskriver at man bør lytte til magefølelsen sin og ta en prat med kolleger om hva som er i ferd med å skje og hva man bør gjøre.

En informant tror det er mange som tar på seg denne type jobb fordi de tror den er kul og at man kan slippe å gå inn i situasjoner, men da gjør man bare livet surt for seg selv. En annen informant beskriver at helsepersonell noen ganger prøver å være «kongen på haugen» der man egentlig burde være ydmyke og på tilbudssiden. Informanten opplever det som helt feil der helsepersonell ønsker at pasienten skal høre på dem, i stedet for å høre på pasienten.

En informant legger vekt på å selv ha valgt en jobb som er litt tøff i perioder, og at en ikke bør velge denne typen jobb dersom man er redd og skvetten. Informanten ønsker heller ikke vise redsel overfor pasientene:

Pasientene skjønner det med en gang hvis du er redd. Jeg har aldri lyst til å vise overfor pasienten at han har gjort meg såpass mye skade at han har ødelagt for meg.

En annen informant mente at alle som jobber i dette yrket bør ha en viss form for redsel. Det er dette som gjør deg til en god medarbeider, fordi du er oppmerksom på ting som skjer. Flere informanter mener at man faktisk må finne løsninger på ting som oppstår. Informantene er tydelige på at det skal være lov til å synes at en situasjon er ubehagelig, det ville vært rart om man aldri følte på dette. En informant mener at de som aldri kjenner på disse følelsene burde skaffe seg en annen jobb. Det er forskjell på å være redd og føle en situasjon er ubehagelig, og på å være redd på jobb hver dag uten at det er noen situasjon.

Og jeg sier at hvis du ikke er redd, finn deg et annet yrke. Du har ingenting i dette yrket å gjøre hvis du ikke har den sunne formen for redsel, som gjør at du er oppmerksom når det skjer noe som er veldig utenfor boksen.

5.0 DISKUSJON

Jeg vil i dette kapittelet diskutere funnene opp mot teori og tidligere forskning. Jeg vil her inkludere egne erfaringer og meninger, der diskusjonen tillater det.

5.1 Hvordan oppleves det for helsepersonell å bli utsatt for vold og hva gjør volden med dem?

Det er vanskelig å finne noe fasitsvar på hvordan det oppleves å bli utsatt for vold når man er ansatt som helsepersonell. Det nærmeste jeg har kommet et fasitsvar er at voldopplevelsen er individuell, den vil oppleves forskjellig fra person til person. Opplevelsen av volden har like mange varianter som voldens former, og kanskje flere? Selv om ikke opplevelsen er lik for alle, kan man likevel finne noen fellestrekk for hvordan det oppleves, som jeg her vil gå videre inn på.

5.1.1 Voldens hensikt som utgangspunkt for hvordan den oppleves

På grunnlag av at det finnes utallige beskrivelser og definisjoner på begrepet vold, vil jeg starte diskusjonen om voldens hensikt ved å gjøre rede for hvordan vold defineres.

Arbeidstilsynet (2017) beskriver at vold og trusler er situasjoner der arbeidstakeren blir verbalt eller fysisk angrepet i forbindelse med arbeidet. De beskriver videre at vold er enhver handling med hensikt om å påføre fysisk eller psykisk skade. Dersom hensikten om å skade må være til stede for at en handling skal defineres som vold, vil jeg si at ansatte utsettes for mye vold som egentlig ikke er vold. Jeg har gjennom denne oppgaven derfor valgt å ta utgangspunkt i Isdal (2018) sin definisjon. Den retter fokus mot at handlingen vold skader, skremmer, krenker, får den andre til å gjøre noe mot sin vilje eller slutte å gjøre som man vil. Når man blir utsatt for vold er ikke alltid hensikten kjent. Et slag er et slag uansett om hensikten er å skade eller ikke. Isdal (2018) mener videre at vold som oftest ikke har som hensikt til å skade, men å oppnå noe.

Det er mye forskning på hvordan man som ansatt skal jobbe for å forebygge vold, det er også mange årsaksforklaringer på hvorfor volden oppstår, det er derimot lite på hvordan det oppleves for helsepersonell som enkeltperson å bli utsatt for vold. Opplevelsen bortforklares ofte som en forklaring på hvorfor, men sier lite om selve opplevelsen for individet. Ifølge Mikkola et. al. (2019) beskrives vold som en av årsakene til jobbrelatert frykt. Deltakerne i spørreundersøkelsen til Helme og Alteren (2014) beskriver på den andre siden at volden oppleves ubehagelig, men ufarlig, fordi volden ikke oppleves som ondskap, men som angst og frustrasjon over egen situasjon. Funnene viser at den volden der det er en hensikt om å skade

oppleves vanskeligere i etterkant, enn den volden der man utsettes som et tilfeldig objekt for frustrasjon. Kanskje dette handler om at volden med hensikt om å skade blir mer inngripende mot deg som person og dermed vanskeligere å mestre?

Funnene viser at helsepersonell ofte har en formening om hvilken hensikt volden har, dette gjør noe med deres opplevelse og forståelse av hvorfor volden oppstår. Selv om helsepersonell trolig utsettes for mye vold uten hensikt om å skade, kan voldens hensikt være å skade, skremme eller krenke. Dette gjør at den fester seg bedre i hukommelsen enn andre ting som oppleves i livet. Volden trenger ikke være brutal for å bli et traume (Isdal, 2018). Dette bekreftes i funnene ved at flertallet trekker frem psykisk vold som mest krevende.

5.1.2 Følelsene redsel og sinne

Ifølge Isdal (2018) er redsel en vanlig reaksjon når man utsettes for vold. Funnene viser at det er helt greit å være redd i en situasjon og at man må ha en form for sunn redsel, samtidig kan man ikke være redd på jobb hele tiden uten at det er noen situasjon. Isdal (2018) beskriver samtidig at følelsene hos voldsutøver er sinne. Funnene viser at også sinne er en vanlig reaksjon etter å ha blitt utsatt for vold og at tanken på hvordan det kunne gå som det gikk ofte er vanskelig. Funnene beskriver at sinne ikke er en følelse man kan ha i situasjonen, fordi man ikke alltid vet årsaken til at volden oppstår. Lillevik og Øien (2014) bekrefter at sinne er en vanlig reaksjon også etter å ha blitt utsatt for vold. Det er altså ikke noe fasitsvar på hvilke følelser som oppstår, da dette vil variere fra person til person.

5.1.3 Kroppen aktiveres

Ifølge Isdal (2018) kan man gjennomføre jobben med ro samtidig som man er aktivert på innsiden, belastningen kan bli en normaltilstand for dem som er mye og ofte aktivert. Funnene bekrefter at vold etter hvert kan oppleves som en normaltilstand. Funnene beskriver videre at lange voldsforløp oppleves som spesielt krevende, trolig fordi kroppen er aktivert over en lengre periode. Flere av deltakerne beskriver at det er viktig å være forberedt og oppmerksom på at noe kan skje. På den ene siden mener jeg dette er bra slik at de er forberedt på det som kommer, på den andre siden vil jeg tro dette kan føre til at kroppen er mye og ofte aktivert, noe som ifølge Isdal (2018) kan være nedbrytende over tid.

Isdal (2018) beskriver at en gradvis tilvenning kan være en fordel, men også en ulempe dersom habitueringen overføres til privatlivet. Funnene beskriver at det er kjempeviktig å legge fra seg jobben før man drar hjem, samtidig beskrives dette som vanskelig etter episoder med vold. Isdal (2018) beskriver videre at tilvenning kan være problematisk dersom man

slutter å føle når det er hensiktsmessig. Som Helme og Alteren (2014) beskriver kan man bagatellisere hendelsene. Funnene beskriver at det er viktig å akseptere følelsene som oppstår. Jeg tenker på den ene siden at bagatellisering kan hindre ansatte i å få snakke om det som oppleves vanskelig. Samtidig tror jeg ikke det er hensiktsmessig å ta enhver hendelse innover seg følelsesmessig i en jobb med mye vold. Dette bekrefter funnene med en beskrivelse om at man lett kan bli utbrent dersom man tar med seg hver minste situasjon hjem. Jeg tenker derfor det er viktig at ansatte får bearbeide sine følelser, for å ta med seg minst mulig hjem.

5.1.4 Betraktes voldsutsatt helsepersonell som et voldsoffer eller er dette noe vi må tåle?

Ifølge Isdal (2018) er offeret den volden rettes mot. Ut fra denne beskrivelsen gjelder dette alle som utsettes for vold, også helsepersonell. Gjennom prosjektet har jeg ikke møtt noen som har omtalt seg selv som et offer, kanskje det handler om begrepet? Min første tanke da jeg hører ordet offer er at det er forbundet med noe svakt. Om helsepersonell tenker på begrepet på lignende måte, så er det vel ingen som ønsker å omtale seg selv som svake. I funnene beskrives dette likevel, bare med andre ord. Informantene beskrev gjerne at de hadde vært utsatt for noe. I diskusjonen om helsepersonell betraktes som voldsoffer dukker også et annet spørsmål opp, nemlig hva er vold? Betraktes vold som vold blant helsepersonell, eller blir situasjonen forklart som noe annet? Ifølge Helme og Alteren (2014) skapte forventningen av rollen som helsepersonell en slags normalisering av volden. Det ble en del av hverdagen og personalet sluttet å reagere på det, både de og lederen bagatelliserte hendelsen. Dersom vold ikke blir sett på som vold, vil vel heller ikke helsepersonell utsatt for «noe» bli sett på som et voldsoffer? Ifølge Isdal (2018) er det viktigste man kan gjøre med vold å bryte tausheten og snakke om den. Her tenker jeg at helsepersonell også selv har et ansvar, nemlig å omtale vold som vold.

Gjennom egen arbeidserfaring har jeg ofte hørt ordet påregnelig. I denne sammenheng handler det om at man må regne med noe vold når man velger en jobb innen psykisk helse- og rus med voldsrisiko, da er spørsmålet videre hvor mye vi skal regne med? Hvor går grensen? Helme og Alteren (2014) beskriver at vold i mange tilfeller aksepteres. Funnene viser en forståelse av at man må tåle litt når man velger denne typen jobb, når det kommer til trusler går grensen når pasienten truer med å gjøre noe med familien eller på fritiden. En må regne med å bli skjelt ut, slått ned og bli kastet ting på, men skille på om det er rettet mot deg som person eller mot deg som er der akkurat nå. Med dette i bakhodet tenker jeg at det også gjør noe med måten man som helsepersonell tilnærmer seg på. Bevissthet i forhold til at noe kan

skje vil også gjøre at man er bedre forberedt og at en på best mulig måte kan forebygge og gjøre utfallet best mulig.

5.2 Hvilke strategier brukes for å mestre en voldsutsatt jobb?

Mestring handler om hvordan en møter livssituasjoner som er belastende i større eller mindre grad (Håkonsen, 2003). Vold, trusler, krenkelser, grenseoverskridelser, seksualisert atferd og avvísning er direkte belastninger som helsepersonell utsettes for, dette gjør noe med oss (Isdal, 2018). Funnene viser at det kan være svært varierende hva belastningene gjør med dem som utsettes for vold, funnene beskriver videre en rekke metoder for mestring av å bli utsatt for vold. Jeg tror en avgjørende faktor for om man klarer å stå i en jobb med voldssituasjoner, er å lære seg å mestre vold på en hensiktsmessig måte. Jeg vil videre gå gjennom de viktigste mestringsstrategiene.

5.2.1 Mestring gjennom unngåelse eller «tilstedeværelse»

Ifølge Isdal (2018) handler mestringen av voldsopplevelsen om å gjøre noe som gir opplevelse av kontroll. Den vanligste mestringsstrategien er unngåelsesatferd, der man gjennom å unngå situasjoner og handlinger før volden får en opplevelse av økt kontroll. Funnene bekrefter denne mestringsstrategien ved at en informant valgte å unngå steder der det var risiko for å møte personen igjen. Funnene viser også en mestringsstrategi som handler om det motsatte, jeg velger å kalle det «tilstedeværelse». Mestringsstrategien tilstedeværelse innebærer at noen opplever det som best å komme tilbake på jobb kort tid etter hendelsen. Det oppleves som viktig å møte den pasienten en har vært i situasjonen med etter kort tid, det handler om å komme seg opp på hesten igjen for å unngå at frykten bygger seg opp. Informantene som beskriver tilstedeværelse som viktig, beskriver samtidig at det er vanskelig om det går lang tid før en treffer pasienten igjen. Her vil altså behovet være det motsatte av behovet man har ved bruk av unngåelse som mestringsstrategi. Jeg tenker at mestringsstrategien tilstedeværelse er mer hensiktsmessig i en jobb der en blir utsatt for vold, fordi unngåelse lettere kan føre til at man blir borte fra jobb. Jeg tror hvilke av disse mestringsstrategiene man velger å bruke, er avgjørende for hvem som klarer å stå i en jobb med voldsrisiko.

5.2.2 Mestring gjennom årsaksforståelse og plassering av skyld

Isdal (2018) beskriver at en annen type mestring er å oppleve skyld og ansvar for den volden man ble utsatt for, det gir en opplevelse av kontroll og reduserer angst. Funnene bekrefter dette ved beskrivelser av at situasjoner ofte kunne vært unngått dersom de som helsepersonell

hadde gjort ting annerledes i forkant. Dette henger nært sammen med beskrivelser av forståelse for hvorfor pasienten utøvde vold. Helme og Alteren (2014) beskriver at forståelse for hvorfor det skjer gjør det lettere å akseptere volden, og at vold i de fleste tilfeller skyldes misforståelser mellom helsepersonell og pasient. Videre beskriver Lillevik og Øien (2010) at helsepersonells forståelse er helt avgjørende for utfallet i en utagering, fordi forståelse fører til handling. Funnene og teorien bekrefter hverandre ved at forståelse er svært viktig, og at helsepersonell lett kan plassere skyld på seg selv dersom de ikke har forstått tidsnok. Slik jeg ser det er det tydelig at helsepersonell er opptatt av forståelse, og at dette henger nært sammen med skyld og ansvar. Jeg tror dette er en av de mest brukte mestringsstrategiene for at helsepersonell skal kunne stå i en jobb med vold på dagsplanen. Isdal (2018) beskriver videre at det ikke er hensiktsmessig å ta fra et menneske følelsen av skyld fordi det fungerer som et viktig forsvar. Selv om man ikke skal frata den andre skyld, tenker jeg likevel det er viktig at man ikke gir den andre skyld. Funnene beskriver at det er viktig at man blir tatt vare på som helsepersonell som utsettes for vold. Funnene viser også at samtidig som helsepersonell ilegger seg selv skyld, så fratar de ansvaret fra voldsutøver fordi vedkommende er syk og volden er ingen bevisst handling. En kan med det stille spørsmål om det er hensiktsmessig å frata voldsutøver all skyld? Hvem er det i så fall hensiktsmessig for?

Ifølge Isdal (2018) gir kompetanse en trygghet som gjør at man tåler mer, dette handler om forståelsen for hvorfor noe skjer. Funnene viser at kunnskap er en viktig faktor når det gjelder forebyggingen og håndteringen av vold. På grunnlag av dette tenker jeg at kunnskap ikke bare handler om hvordan man skal forebygge og håndtere vold, det handler også om hvordan man skal mestre å bli utsatt for vold. Jeg vil hevde at kompetanse og forståelse henger nært sammen, det betyr ikke at det aldri vil gjøre noe med deg å bli utsatt for vold. Jeg mener likevel det er rettferdig overfor helsepersonell at de skal ha kompetanse for å ha best mulig forutsetning for å mestre volden de utsettes for.

5.2.3 Mestring gjennom kollegastøtte

Ifølge Mikkola et al (2019) er diskusjon med kolleger den mest brukte mestringsstrategien. Funnene bekrefter at kolleger er svært viktig for å mestre en voldsutsatt jobb, ved at man kan snakke sammen om de følelsene som oppstår og de engstelsene man har. Funnene beskriver også at arbeidsmiljø er viktig å jobbe med på slike arbeidsplasser. Ifølge Isdal (2018) må man samtidig unngå at det blir for ensidig fokus på det negative i personalgruppa. Jeg tenker det er en gyllen balansegang mellom å ha rom for å snakke sammen som det som er vanskelig, samtidig som det negative ikke skal ta all plass. Gjennom egen praksiserfaring har jeg

opplevd at humor er et godt virkemiddel for å unngå negativt fokus, samtidig som man snakker sammen. Videre beskriver funnene kolleger som viktig for å føle trygghet på jobb. Jeg vil påstå at trygghet også er viktig for å mestre en voldsutsatt jobb.

5.3 Hva gir trygghet i en voldsutsatt jobb?

Funnene viser at trygghet står sentralt når det kommer til å mestre en voldsutsatt jobb. Ifølge Isdal (2018) betyr arbeidsforholdene mye for den ansattes helse, alle arbeidsplasser bør ha tiltak for å forebygge helsebelastninger. Det at de ansatte kjenner til de tiltakene arbeidsplassen faktisk har kan gi trygghet i arbeidet. Jeg vil videre diskutere ulike former for trygghet som beskrives som viktig i en voldsutsatt jobb.

5.3.1 Kompetanse – summen av kunnskap og erfaring

Som nevnt tidligere gir kompetanse en forståelse som gir bedre forutsetning for å mestre vold. Funnene beskriver også at det er viktig å være oppmerksomme på det som skjer i avdelingen, og flere informanter snakker om magesfølelsen. Lillevik og Øien (2012) beskriver miljøsensitivitet som en bevisst oppmerksomhet rettet mot det som skjer i avdelingen, dette er viktig for å ha mulighet til å snu situasjonen før det utvikler seg. Funnene beskriver at en spennende del av jobben er nettopp det å prøve og snu situasjoner. Slik jeg ser det er dette en svært viktig kompetanse som utvikler seg med erfaring.

5.3.2 Relasjon

Lillevik og Øien (2012) mener det i forskningen har vært mye fokus på pasientrelaterte variabler som årsaksforklaringer, det rettes derfor mer fokus på relasjonelle årsaker knyttet til kvaliteten på forholdet mellom den ansatte og pasienten. Funnene bekrefter at relasjon er svært viktig i forebyggingen av vold. Funnene viser videre at relasjonen kan føre til større trygghet og følelse av kontroll når det oppstår situasjoner. Det gjør også at ansatte i noen tilfeller kan møte situasjonen med at dette er trist for den det gjelder grunnet konsekvensene som vil komme av handlingen. Det er sannsynlig at denne måten å tenke på gjør noe med hvilken omsorg vi møter situasjonen med, kanskje dette kan være forebyggende i seg selv?

Situasjonsvalidering handler om hvordan den ansatte jobber sammen med pasienten etter en situasjon som har vært voldelig eller truende (Lillevik og Øien, 2012). Funnene beskriver at det innenfor psykisk helse- og rus noen ganger kan være vanskelig å få til gode samtaler i det daglige. Samtalene kommer ofte etter at det har vært en situasjon, for å finne ut hva man kan gjøre for å unngå dette i fremtiden og muligens lære. Jeg tenker at dette kan være viktig for relasjonen, samtidig som om læringen om hva som kan gjøres på andre måter går begge veier.

Lillevik og Øien (2012) beskriver at pasientenes opplevelse av ansatte som grensesettere og relasjonen mellom dem er en viktig årsak til vold. Isdal (2018) beskriver dette som at man må være spesielt oppmerksom i situasjoner der makt brukes for å hjelpe andre mennesker.

Funnene bekrefter at utagering kan skje som følge av grensesetting. Ifølge Lillevik og Øien (2012) handler valgveiledning om den ansattes evne til å synliggjøre alternativer til vold.

Dette skal likevel gjøre innenfor rammene som er satt, men rammene må være fleksible nok til å gi rom for muligheter.

5.3.3 «Kollegatrygghet» gjennom hele voldsforløpet

Gjennom funnene beskrives kolleger som viktig på flere områder og i alle faser av en situasjon. Det brukes mange ord for å beskrive dette, men alle handler om trygghet, jeg velger derfor å kalle dette «kollegatrygghet». Jeg vil videre gjøre rede for hvorfor kolleger er viktig gjennom voldsforløpet.

I første omgang beskriver funnene at det er viktig at alle er lojale mot de tiltak, miljøregler og retningslinjer som er satt. Lillevik og Øien (2012) beskriver at man er lojal mot sine kolleger når man er lojal overfor de miljøreglene som er satt, dette kan igjen forebygge vold på et senere tidspunkt. Funnene bekrefter dette ved å beskrive det motsatte, ved at det lett kan oppstå voldshendelser dersom noen ikke er lojale mot felles bestemmelser. Funnene beskriver også at det å være flere på jobb kan virke forebyggende i seg selv. Dette bekreftes i teorien ved at Isdal (2018) beskriver at all vold har en form for intelligens. Intelligens innebærer at volden har et sett med vurderinger og avveininger, volden utføres ofte med hensikt om å oppnå noe. Ved å være flere ansatte til stede reduseres sannsynligheten for å lykkes med voldshandlingen, med det vil sannsynligheten for vold reduseres. Det å være flere beskrives også i funnene som viktig for tryggheten, da har man muligheten til å drøfte situasjoner sammen og finne mulige løsninger. Dersom det oppstår en voldssituasjon beskrives det i funnene som viktig med tillit til at kolleger er der de skal og at man er trygg på å få den hjelpen man trenger. I etterkant av en voldshendelse beskrives samtale med kollega som den beste bearbeidingen. Isdal (2018) mener at ivaretagelse av hverandre bør anses som en del av jobben. Utfordringen kan være at vi er forskjellige. Funnene beskriver at det er viktig å ha rom for å kunne snakke om de følelsene som har oppstått hos den enkelte. Selv om vi er helsepersonell må vi ikke glemme at det å bli utsatt for vold kan gjøre noe med oss

6.0 KONKLUSJON

Med denne oppgaven ønsket jeg å belyse hvordan det oppleves for helsepersonell å bli utsatt for vold, sett fra deres ståsted. Målet var å finne ut mer om hva som oppleves som viktig i en jobb med voldsrisiko, med hensikt om at arbeidsgiver og kolleger kan følge opp dem som utsettes for vold best mulig.

Så hvordan oppleves det egentlig for helsepersonell å bli utsatt for vold i forbindelse med arbeidet? Det er det fremdeles vanskelig å skulle gi et kort og presist svar på. Volden er individuell, den kommer i mange former og kan oppleves ulikt utfra hva man har i bagasjen. Felles for deltakerne i dette prosjektet er at vold med hensikt om å skade dem oppleves verre enn vold der de som helsepersonell er tilfeldige objekter for frustrasjonen. En følelse som går igjen hos mange er sinne.

Så videre til påregnelighetsspørsmålet, hva skal man egentlig tåle? Deltakerne er ganske tydelige på at man må tåle litt når man velger å jobbe med pasientgruppen psykisk helse- og rus, dette gjelder spesielt psykisk vold og det er da viktig å vurdere hva som er reelt.

Deltakerne beskriver at det går en grense når pasienten truer med å blande inn familien din eller utøve vold på fritiden. I etterkant av en voldshendelse beskriver deltakerne det som viktig at de får oppfølging, dårlig oppfølging beskrives av mange som fraværende oppfølgingen. For at oppfølgingen skal være god er det viktig med klare rutiner og faste rammer for hva som skal gjøres. Det beskrives som viktig å snakke med kolleger og at det er rom for å få ut sine følelser.

Deltakerne beskriver forebygging som viktig for å unngå mest mulig voldshendelser og at utfallet skal være best mulig. Flere beskriver god opplæring og kunnskap som viktig, både når det gjelder forebygging og egen sikkerhet. Trygghet beskrives som et viktig element i en voldsutsatt jobb. For å føle seg trygg er kompetanse, relasjon og kollegaer viktig. Kollegaer beskrives som viktig på flere måter, i diskusjonen valgte jeg derfor å kalle dette «kollegatrygghet», dette handlet om å være trygg på sine kolleger både før, under og etter en situasjon. Til slutt beskrives interesse for pasientgruppen og relasjon til pasientene som viktig. Slik jeg ser det handler interessen om at man skal mestre å stå i en jobb med voldsrisiko. Relasjonen til pasienten er viktig både når det gjelder forebygging, trygghet i en voldssituasjon og for å kunne snakke om det som har skjedd i etterkant.

Diskusjonen viser at mange av funnene samsvarer med litteraturen. Slik jeg ser det handler mye om å finne gode mestringsstrategier for å kunne stå i en jobb med tilstedeværende vold

og voldsrisiko. Funnene tilfører en ny mestringsmetode som jeg valgte å kalle «tilstedeværelse». Dette innebærer at det er godt å komme tilbake på jobb og treffe pasienten igjen etter en voldshendelse. Flere av deltakerne beskrev dette som viktig. Kanskje mestring av vold blir ansett som en del av jobben?

Dette prosjektet har hatt få deltakere. På bakgrunn av funnene hadde det vært interessant å forske videre på om deltakernes opplevelse av det å bli utsatt for vold gjelder for flere, for eksempel ved en kvantitativ undersøkelse. Det hadde også vært interessant og nyttig med videre forskning på hensikten med å frata pasienten ansvaret for voldshandlingene.

Jeg ønsker å avslutte denne oppgaven med et sitat fra en informant som jeg syns beskriver opplevelsen av å bli utsatt for vold innenfor psykisk helsearbeid på en god måte:

«Vi jobber i et yrke der enn bruker mye av selv for andre mennesker. Når man i tillegg mottar mye dritt og trusler på eget liv og helse, så gjør det noe med deg. Dersom man ønsker å bevare folk så lenge som mulig i jobben, er det viktig at man verner om hverandre.»

LITTERATURLISTE

- Aadland, E. (2004). «Og eg ser på deg...» *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Arbeidsmiljøloven. (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. av 17. Juni 2005. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62#KAPITTEL_5
- Arbeidstilsynet. (2017). *Vold og trusler i forbindelse med arbeidet. Forebygging, håndtering og oppfølging*. Trondheim.
- Aubert, V. (1985). *Det skjulte samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Gilje, N. og Grimen, H. (1993). *Samfunnsvitenskapens forutsetninger – innføring i samfunnsvitenskapens vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Helme, R. og Alteren, J. (2014). Aksepterer vold på jobben. *Sykepleien*, 12, 40-42.
- Helsebiblioteket. (2020, 13. april). Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk. Hentet fra <http://mesh.uia.no/>
- Helsedirektoratet. (u.å.). Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer – alminnelige bestemmelser, definisjoner. Hentet 24. april 2020 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/alminnelige-bestemmelser/definisjoner>
- Håkonsen, K. M. (2003). *Innføring i psykologi* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Isdal, P. (2018). *Meningen med volden* (2. utg.). Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Isdal, P. (2018). *Smittet av vold – om sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet i hjelperyrkene*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Karlsson, B. og Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid – Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lillevik, O.G. og Øien, L. (2010). Kvaliteter hos hjelperen som bidrar til å forebygge trusler og vold fra klienter. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 6 (2), 84-96.

- Lillevik, O.G. og Øien, L. (2014). *Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lillevik, O.G. og Øien, L. (2012). Miljøterapeutisk praksis i forebygging av vold. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 9 (3), 207-217.
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 122(25), 2468-72.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mikkola, R., Huhtala, H. og Paavilainen, E. (2019). Development of a coping model for work-related fear among staff working in emergency department in Finland – study for nursing and medical staff. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33, 651-660.
- Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø/NOA. (2020, 16. april). Temaområder – vold og trusler. Hentet fra: <https://noa.stami.no/arbeidsmiljoindikatorer/psykososialtorganisasjon/vold-mobbing-trakkasering/vold-og-trusler/>
- Redalen, K., Ellingsen, I.T., Studsrød, I. og Willumsen, E. (2013). Portvakt eller døråpner – Å rekruttere informanter til barnevernsforskning. *Norges Barnevern*, 90(1), 18-31.
- Reitan, A. M. (2006). Mestring. I U. Knutstad og B.K. Nielsen (Red.), *Sykepleieboken 2 – Teoretisk-metodisk grunnlag for klinisk sykepleie* (2. utg., s.155-179). København: Gads Forlag

Vil du delta i forskningsprosjektet

” Vold mot helsepersonell i arbeid med psykisk helse og rus ”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få økt kunnskap om din opplevelse av vold fra bruker/pasient. I dette skrivet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Prosjektet skal inngå i min masteroppgave i psykisk helsearbeid ved Universitet i Agder. Hensikten med prosjektet er å få dyptgående kunnskap om hvordan det oppleves for helsepersonell å bli utsatt for vold fra bruker/pasient.

Den foreløpige problemstillingen er følgende: *Hvordan opplever helsepersonell vold fra brukere i arbeid med psykisk helse og rus? Hvordan opplever de oppfølgingen i etterkant av situasjoner med vold og hva gjøres for å unngå nye hendelser?*

Min veileder er Elsa Almås, som er ansatt i Institutt for psykososial helse ved Universitet i Agder. Mailadresse: elsa.almas@uia.no

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg har valgt å rekruttere deltakere ved hjelp av et strategisk utvalg. Det vil si at utvalget er sammensatt med mål om at materialet skal belyse problemstillingen på best mulig måte. Jeg ønsker å rekruttere 4-8 deltakere til dette prosjektet. For å delta i prosjektet ønsker jeg at du skal;

- være utdannet helsepersonell
- jobbe innenfor fagfeltet psykisk helse og/eller rus
- ha opplevd vold (fysisk, psykisk, seksuell, latent eller materiell) i forbindelse med arbeidet
- ikke ha ubearbejdede opplevelser (det er opp til deg selv å vurdere).

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at du møter til et intervju, det vil ta ca. 1 time. Vi gjør sammen avtale om når og hvor intervjuet skal være. Det vil bli brukt lydopptak under intervjuet, for at jeg skal kunne bruke informasjonen best mulig. Jeg vil transkribere dette selv og anonymisere slik at det ikke kan knyttes navn opp mot lydopptaket.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Du har rett til å få innsyn i transkribert tekst. Du kan når som helst trekke deg og få slettet det du har bidratt med, så sant det ikke allerede har inngått i analysen.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det er ingen andre enn meg som vil ha tilgang til ditt navn. Veileder vil ha tilgang til ferdig transkribert tekst, for at hun skal kunne bidra i analysen.
- Ved hjelp av en koblingsnøkkel vil datamaterialet fra intervjuet kun inneholde en kode. Listen med navn og kontaktopplysninger vil oppbevares innelåst og avskilt fra datamaterialet.
- Det vil ikke bli publisert direkte personidentifiserende opplysninger om deg i den ferdige oppgaven. Det vil være mulig at du selv kjenner igjen det du har bidratt med.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes Juni 2020. Personopplysninger og opptak vil bli slettet når oppgaven er godkjent.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Agder har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Prosjektet er også godkjent av Fakultetets etiske komite (FEK) ved Universitetet i Agder.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig Merete Thingvold (90625152/meretethingvold@gmail.com)

Veileder Elsa Almås (elsa.almås@uia.no)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Vold mot helsepersonell i arbeid med psykisk helse og rus», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- at opplysninger om meg publiseres slik at jeg kan gjenkjenne hva jeg har bidratt med

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. Juni 2020.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Semistrukturert intervjuguide

Intervjuguide

Kan du fortelle om en situasjon der du ble utsatt for vold som du synes var vanskelig?

Hva gjorde situasjonen vanskelig? Hvilke følelser hadde du?

Hva gjorde situasjonen vanskelig i etterkant?

Kan du fortelle om en annen situasjon der du ble utsatt for vold som ikke oppleves like vanskelig?

Hva er det som gjør denne situasjonen annerledes enn den første?

Hva er det som gjør at de ulike situasjonen oppleves forskjellig?

Hva er årsaken til at noen situasjoner oppleves mer truende enn andre?

Hva er det som gjør at situasjonen oppleves forskjellig?

Hvilken type vold har du opplevd som mest vanskelig?

Årsak?

Hva opplever du som en alvorlig trussel om vold?

Hvordan ble du fulgt opp i etterkant av voldshendelsen?

Hva var viktig for deg?

Er det noe som manglet eller som du ønsker var annerledes?

Hvilke strategier bruker du for å bearbeide voldsopplevelser?

Hva gjøres for å forebygge vold og trusler på avdelingen?

Hvilke sikkerhetstiltak iverksette?

Opplever du at ansatte bidrar i arbeidet?

Hva er påregnelig?

Hva er det som gjør at du mestrer en jobb der risikoen for vold er til stede?

Anser du vold som en del av hverdagen?

Hva er viktig for at du skal føle deg trygg på jobb?

Vedlegg 3: Godkjenning Fakultets etiske komite (FEK)

05/04/2019 10:13:48 CEST - Anne Valen-Sendstad Skisland^{Additional comments}

Vi informerer om at din søknad er ferdig behandlet og godkjent.

Kommentar fra godkjenner:

FEK godkjenner prosjektet under forutsetning av gjennomført som beskrevet i søknaden.

Vennligst benytt [Tjenesteportalen](#) for oppdateringer på din henvendelse/bestilling.

Med vennlig hilsen
Universitetet i Agder

Ref:MSG1919709

Vedlegg 4: Vurdering Norsk Senter for forskningsdata (NSD)

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Vold mot helsepersonell i arbeid med psykisk helse og rus

Referansenummer

353822

Registrert

24.01.2019 av Merete Thingvold - merett08@student.uia.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Agder / Fakultet for helse- og idrettsvitenskap / Institutt for psykososial helse

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Elsa Mari Almås, elsa.almas@uia.no, tlf: 95726062

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Merete Thingvold, meretethingvold@gmail.com, tlf: 90625152

Prosjektperiode

15.08.2018 - 31.12.2019

Status

05.03.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

05.03.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 05.03.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD ENDRINGER

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold og alminnelige personopplysninger frem til 31.12.2019.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a), jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen

formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål

dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet

lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Belinda Gloppen Helle Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17
(tast 1)

Vedlegg 5: NSD Vurdering for endring av sluttdato

NSD Personvern
04.11.2019 11:20

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 353822 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

NSD har vurdert endringen registrert 22.10.2019.

Vi har nå registrert 30.06.2020 som ny sluttdato for forskningsperioden.

NSD vil følge opp ved ny planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til videre med prosjektet!

Med vennlig hilsen NSD
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1).

Vedlegg 6: Søknadsskjema til SSHF om tillatelse til innhenting av data

Til Saksbehandler Utvikling og utdanning	Dette er søknadsskjema for datainnsamling ved ALLE enheter ved Sørlandet sykehus. Søknaden skal først <u>godkjennes av universitets veileder</u> og deretter sendes på e-post til postmottak@sshf.no
--	--

SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I FORBINDELSE MED ETTERUTDANNING, VIDEREUTDANNING, MASTEROPPGAVER ELLER ANNET.

Det forutsettes at gjeldene lover, forskningsetiske retningslinjer og metoder for datainnsamling følges!

I forbindelse med oppgaveskriving eller artikkelskriving kan det være ønskelig å innhente opplysninger direkte fra ansatte, pasienter eller pårørende. I den anledning søker undertegnede om tillatelse til å gjennomføre datainnsamling.

FYLLES UT AV SØKER

Navn på student/søker	Merete Thingvold
Arbeidssted/studie	Arendal kommune(Myratunet post 4)/ Master i psykisk helsearbeid ved Universitetet i Agder
Datainnsamling i forbindelse med:	Etterutdanning Videreutdanning Master X Annet (Fyll ut annet)

Tema og foreløpig problemformulering på oppgaven min er

Tema	Vold mot helsepersonell i arbeid med psykisk helse og rus
Problemformulering	Hvordan opplever helsepersonell vold fra brukere i arbeid med psykisk helse og rus? Hvordan opplever de oppfølgingen i etterkant av situasjoner med vold og hva gjøres for å unngå nye hendelser?
Veileder ved universitetet	Elsa Almås
E-post	elsa.almas@uia.no
Telefon	37 23 37 72

Presiseringer i forhold til datainnsamlingen:

Hensikt med datainnsamling	Få dyptgående kunnskap om hvordan det oppleves for den enkelte å bli utsatt for vold i forbindelse med arbeidet. Ved å få mer kunnskap om opplevelsen, kan man også iverksette tiltak for å ivareta dem det gjelder
Metode for datainnsamling (intervju, spørreskjema, observasjon, video- eller lydopptak)	Intervju med lydopptak
Populasjon/utvalg	<input checked="" type="checkbox"/> Ansatte SSHF <input type="checkbox"/> Pasienter (legg ved nødvendige godkjenninger) <input type="checkbox"/> Pårørende (legg ved nødvendige godkjenninger)
Forskning på	<input checked="" type="checkbox"/> Friske mennesker <input type="checkbox"/> Syke mennesker <input type="checkbox"/> Humant biologisk materiale <input type="checkbox"/> Helseopplysninger
Hvor oppbevares innsamlede data?	Anonymiserte data oppbevares på PC med kode, som ingen andre enn student har tilgang til. Data vil bli slettet når prosjektet er ferdig.

	<p>Kodeliste med direkte personidentifiserende opplysninger om deltakerne vil bli oppbevært innelåst, fraskilt fra selve datamaterialet. Kodenøkkelen vil ikke være elektronisk</p> <p><i>Merk at alle personopplysninger forutsettes avidentifisert (kodet). Data og kodelister skal oppbevares separat. Uttreksdata for videre analyse (SPSS, Excel el) skal være avidentifisert/pseudonymisert.</i></p>
På hvilke format skal innsamlede data lagres?	<input checked="" type="checkbox"/> Elektronisk <input type="checkbox"/> Papir
Ved elektronisk lagring skal kun godkjent løsning benyttes:	<input type="checkbox"/> Medinsight (kan inneholde kodeliste) <input type="checkbox"/> eReg (kan inneholde kodeliste) <input type="checkbox"/> Filområde tildelt av saksbehandler <input checked="" type="checkbox"/> Annet sted, oppgis: Anonymisert datamateriale oppbevares på pc med kode
Skal data sendes ut av landet?	<input checked="" type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja Til hvem/hvor/hvordan:
Hvor/hvordan skal koblingsnøkler/kodelister oppbevares?	<input type="checkbox"/> Medinsight eller eReg (kan inneholde kodeliste) <input checked="" type="checkbox"/> Annet sted. Hvor og hvordan beskyttet: på papir innelåst (merk: sikret, adskilt fra innsamlede data)
Ønsket antall respondenter ved SSHF	4
Tidspunkt/varighet ved SSHF	Vår 2020
Enhet/Avdeling (datainnsamling)	ARA avdeling fra rus- og avhengighetsbehandling, ARA døgnetet byglandsfjord, DPS Aust-Agder (Arendal), Psykiatrisk sykehusavdeling Arendal, Psykiatrisk sykehusavdeling Kristiansand, Akuttmottak (Arendal/Flekkefjord/Kristiansand)

Vedlegg (Sett kryss)

Vedlagt	Ikke aktuelt	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kopi av søknad til REK
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kopi av godkjenning/uttalelse fra REK (både opprinnelig uttalelse og evt senere uttalelser om endringer)
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kopi av godkjenning fra FEK
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopi av godkjenning fra NSD
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopi av informasjonsskriv til pasient/ansatt, inkl samtykkeskjema godkjent av veileder
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prosjektskisse
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taushetserklæring SSHF
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Databrukerkontrakt SSHF

Ved ønske om utfyllende informasjon, og ved bekreftelse/ avslag på denne søknaden, vennligst ta kontakt med	Navn Merete Thingvold	E-post meretethingvold@gmail.com	Telefon 90625152
---	--------------------------	-------------------------------------	---------------------

Med hilsen

Dato 14.01.20

Signatur

Navn student Merete Thingvold

E-post meretethingvold@gmail.com

Telefon 90625152

Innhenting av data må skje etter retningslinje "Datainnsamling. Etterutdanning, videreutdanning og masterstudenter" i EKWeb.

Godkjenning av innsamling av pasient- og pårørende data

Informasjonssikkerhetsleder og Personvernombud gjennomgår søknaden med tanke på ivaretagelse av informasjonssikkerhet og personvern, og gir sin tilrådning til Forskningsjef.

Dato:	Forskningssjef:
-------	-----------------

Godkjenning av tilgang til elektronisk pasientjournal

Omfang av tilganger	Org.enhet i Personalportalen
Dato:	Forskningssjef:

Kryssreferanser

[1.1.6.3-7](#) Datainnsamling - Etterutdanning, videreutdanning og masterstudenter

