

# Hvorfor ble pasientene mindre aggressive?

I løpet av 5–6 år gikk antall voldsepisoder på sikkerhetsavdelingen ved Sandviken sykehus ned til det halve.

TEKST:

**Nina Strand**

PUBLISERT 5. mai 2014

EMNER

Voldsrisiko

Selvbestemmelse

Pasientperspektivet

relasjon



**BEDRE FOREBYGGING:** Belastende restriksjoner og tvangsbruk overfor pasienter må tilpasses reell risiko, og det bør legges vekt på pasientens perspektiv og samarbeid ved håndtering av risiko, mener Ragnar Urheim. Foto: Helga Maria Sulen Sund

Ragnar Urheim hadde en litt annerledes vei inn i forskningen sin. I rundt 25 år har han jobbet som psykolog ved Regional sikkerhetsavdeling ved Sandviken sykehus. Helt siden avdelingen ble opprettet i 1989 som følge av nedleggingen av Reitgjerdet sykehus, har de ansatte sørget for fortløpende oppføring av data om aggresjon og voldelige episoder ved avdelingen. På begynnelsen av 2000-tallet oppdaget de en trend: Voldsratene på avdelingen var gått ned fra i snitt én alvorlig episode i døgnet til omtrent

det halve. To spørsmål utkrystalliserte seg: Hva var årsakene til nedgangen i voldsraten? Hva kan en analyse av aggressive episoder fortelle oss om ulike former for pasientaggresjon?

### **Økt selvbestemmelse**

Skyldtes nedgangen i voldstallene en planlagt endringsprosess? Kanskje en ny leder som ville endre praksis og satte i gang med tiltak?

– Nei, svarer Urheim. – Dette var i hovedsak en endringsprosess med bred deltakelse, med utgangspunkt i pasientnær praksis og med høy grad av konsensus om tiltakene.

Et samspill mellom mange faktorer trakk i samme retning, og påvirket pasientenes livssituasjon, mener Urheim. Økt oppmerksomhet på pasienters rettigheter, på autonomi og menneskeverd kan ha vært et bakteppe for nye måter å møte pasienter på – også på sikkerhetsavdelinger.

– Ved vår avdeling ble det gjort mange endringer fra midten av 1990-tallet. Essensen var mer vekt på pasientenes autonomi og på mestring, mindre paternalisme, færre restriksjoner, mer samarbeid med pasientene. Undersøkelsen vår viser en betydelig endring i pasientenes mulighet for selvbestemmelse, sier psykologen.

### **Individuell behandling**

Utviklingen på avdelingen mot slutten av 90-tallet forteller om en større interesse for og mer hensyn til pasientens perspektiv. Resultatet kan ha vært færre opplevelser av krenkelse og færre konflikter, tror Urheim. Sammen med kolleger tok han utgangspunkt i omfattende historiske data og grundige intervjuer med tidligere og nåværende ansatte. Intervjuene viser at det skjedde en normalisering av pasientene hverdag. Pasientene fikk økt tilgang på aktiviteter, og husreglene som blant annet regulerer bruk av mobiltelefon, og tilgang på egne eiendeler og røyking ble lempet på og mer tilpasset den enkelte. Hver pasient ble betraktet med et mer nyansert blikk: Restriksjoner for å håndtere risiko tok i større grad utgangspunkt i pasientens tilstand og vurdering av løpende endringer i risikobildet. En tok mer hensyn til at situasjonen for den enkelte kan svinge fra dag til dag.

**«- Hvis en i det daglige har et greit forhold, er det et bedre utgangspunkt for samarbeid i en tilspisset situasjon»**

Personalet syntes å bli mer avventende i risikosituasjoner, fant Urheim. Håndteringen av utfordrende eller truende atferd ble mindre regelstyrt og sanksjonerende, for eksempel ved bruk av skjermingsrom.

– Vi brukte ikke makt like tidlig i hendelsesforløpet som før, og tvangsbruk ble oftere erstattet av samtaler.

## **Vennlig og reflekterende samtale**

En viktig rutine-endring ble innført i 1995: Etter alvorlige aggressive episoder møter pasienten den som ble utsatt for aggresjonen, sammen med en nøytral person. Fra hvert sitt ståsted snakker de om hendelsen, om årsaker og om egne opplevelser. Dette ble godt mottatt, både av pasienter og ansatte.

– Det skal være en vennlig og løsningsfokuseret samtale, og jeg opplever at den demper spenninger og bidrar til å reparere det som ellers kunne ha blitt en anstrengt relasjon mellom pasienten og den ansatte, sier Urheim.

Slike tiltak er lite beskrevet i faglitteraturen, men i de siste årene har lignende ordninger blitt utprøvd etter bruk av tvang ved vanlige avdelinger i psykisk helsevern.

– Våre erfaringer kan knyttes til forskning som viser at pasient og ansatt kan ha ulik oppfatning av årsakene til aggressive episoder. Personalet forklarer det ofte med egenskaper hos pasienten, mens pasienter legger mer vekt på situasjonen, sier psykologen.

Pasientperspektivet og større vekt på relasjonen mellom ansatte og pasienter ser ut til å ha skapt en endringskultur på avdelingen som har bedret samarbeidet mellom pasienter og personale.

– Gode relasjoner er en beskyttelsesfaktor. Hvis en i det daglige har et greit forhold, er det et bedre utgangspunkt for samarbeid i en tilspisset situasjon. Da har en mer å miste ved å ty til vold.

## **Kvinnelige ansatte - en sikkerhetsrisiko?**

Kulturen på avdelingen var altså i klar endring mot årtusenskiftet, og sider ved dette kan relateres til redusert vold. Men hvorfor kom disse endringene? Urheim vil ikke komme med endelige og uttømmende forklaringer, men snakker heller om mulige årsaker. Han peker på at viktige endringer i lovverket styrker pasientens posisjon og autonomi. Med Opptrappingsplanen fra 1999 fikk avdelingen flere ressurser. Et høyere utdanningsnivå hos personalet og større andel av kvinner i personalgruppen har sannsynligvis også betydd mye i tillegg til endringer i risikovurderinger og behandlingsregimet.

Rekrutteringen av flere kvinnelige ansatte hadde vakt debatt: Ville dette gå utover evne til å håndtere voldsrisiko? Tvert imot, konkluderer Urheim.

– Det kan tenkes at kvinner har andre måter å kommunisere på som virker mindre provoserende. De inviterer i større grad til dialog. Jeg må skynde meg å si at vi ikke har undersøkt akkurat det i doktorgradsarbeidet. Men i noen intervjuer ble det trukket frem at større andel av kvinnelige ansatte kunne virke dempende på tilløp til en macho-kultur.

## **Aggresjon grunnet frykt**

Som ledd i doktorgradsarbeidet undersøkte han variasjon i, og dimensjoner ved, pasientaggresjon. Grunnlaget for analysen var hendelser slik de ble opplevd av ansatte som ble utsatt for aggresjon, og en 3-faktormodell fikk støtte. De fleste episodene ble vurdert som irritasjonsutløste, som reaksjoner på frustrasjoner og det pasienten opplevde som krenkelser. Mange episoder ble også vurdert som instrumentelle, motivert av pasientens ønske om kontroll eller å oppnå noe. En mindre andel ble vurdert å være en defensiv form for aggresjon, knyttet til pasientens frykt og ønske om å forsvare seg.

Urheim legger vekt på at ulike typer aggresjon selvsagt ikke finnes i «ren form». Samme pasient kan utøve ulike aggresjonstyper, og den ene kan gli over i den andre i løpet av en hendelse.

– *Hvilken nytte har denne inndelingen?*

– Holdbare begreper for å snakke om pasientaggresjon er sentralt i vår arbeidshverdag, svarer psykologen.

– Personalet på en sikkerhetsavdeling trenger god kunnskap og forståelse, både om variasjoner i aggressiv atferd og om hvordan de skal møte den enkelte pasientens aggresjonsproblemer på en dempende og respektfull måte.

Urheim legger til at det trengs gjentatte undersøkelser av ulike pasientgrupper over tid for å se om funnet er robust.

## **Klare konklusjoner**

I pressemeldingen om doktorgradsarbeidet gir Urheim klar beskjed:

Funnene peker på betydningen av miljøfaktorer for forebygging av vold ved psykiatriske sykehus. Belastende restriksjoner og tvangsbruk må tilpasses reell individuell risiko, og det bør legges vekt på pasientens perspektiv og samarbeid ved håndtering av risiko. Beskyttende faktorer ved avdelingskulturen, og dermed relasjonell sikkerhet, bør også utvikles og sikres. Forståelse av variasjon i aggressiv atferd og kompetanse i å møte og behandle individuelle aggresjonsproblemer må stå sentralt.

Han mener det trengs mer forskning på det å håndtere risiko gjennom tillitsforhold og samarbeid i tillegg til vanlige fysiske restriksjoner.

– Det har sine grenser, og det gjelder å ha tunga rett i munnen, sier han.

– Jeg ønsker også mer forskning der pasientene spørres. Hva tenker de? Hva ønsker de?

Nå er han pensjonist, og planlegger å trappe ned faglig arbeid. Men først ville han få frem viktig kunnskap og erfaringer fra feltet sitt. Han understreker at denne typen retrospektiv undersøkelse av årsakssammenhenger innebærer klare begrensninger med hensyn til hvilke konklusjoner som kan trekkes. Han ser også problemet med å forske på egen arbeidsplass, at en kan fristes til å støtte egne kjepphester.

– Men det er jo en oppløftende fortelling, selv om den munner ut i flere spørsmål enn svar, avslutter Ragnar Urheim.

#### **RAGNAR URHEIM**

- Psykologspesialist ved Klinikk for sikkerhetspsykiatri, Helse Bergen
- Forsvarte 20. mars 2014 avhandlingen Forståelse av pasientaggresjon og forklaringer på nedgang i voldsrate ved Regional sikkerhetsavdeling, Sandviken sykehus for Ph.D.-graden ved Universitetet i Bergen

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 51, nummer 5, 2014, side 420-422*

#### **TEKST:**

**Nina Strand**, journalist i Tidsskrift for Norsk psykologforening