



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Vernepleieren i arbeid med vold- og
agresjonsproblematikk.

Anders Rønning Myran

Totalt antall sider inkludert forsiden: 36

Molde, 25.05.2022



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§16 og 36.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert, jf. høgskolens regler og konsekvenser for fusk og plagiat	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Bjørn Kjetil Larsen

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Dato: 25.05.2022

Antall ord: 8929

Forord

Interessen min for å lese mer om psykiatrien ble vekket av hendelsene som preget mediebildet i siste halvdel av 2021. Vi kunne alle lese om “pil og bue mannen” og “drapet på bislett”. I begge sakene gikk pårørende ut i media og fortalte at dette nesten var varslede katastrofer, og at det var levert flere bekymringsmeldinger på forhånd. Samtidig var Randi Rosenqvist ute i media og kritiserte psykiatriens oppfølging av pasienter. Psykiatri er et felt jeg har noe erfaring fra som ufaglært, og som jeg trolig skal tilbake til etter endt utdanning. Vernepleierutdanningen har kanskje ført til at jeg kan se på arbeidet i psykiatrien med nye briller, og jeg håper at arbeidet med denne oppgaven har gjort meg faglig sterkere, samt gitt meg noen nye verktøy jeg kan benytte i møte med volds- og aggresjonsproblematikk.

Jeg ønsker å rette en takk til min veileder Bjørn Kjetil Larsen for tilbakemeldinger og samtaler underveis i arbeidet, samt min samboer for interessante diskusjoner, tålmodighet og korrekturlesing.

Innhold

1.0	Innledning	1
2.0	Problemstilling, avgrensing og begrepsavklaring	2
2.1	Sinne, vold og aggresjon	2
2.2	Oppgavens struktur.....	4
3.0	Metode.....	5
3.1	Beskrivelse og metode.....	5
3.2	Fremgangsmåte og søkestrategier	5
3.3	Validitet og reliabilitet.....	6
4.0	Teori	7
4.1	Psykisk helsevern	7
4.2	Miljøterapi	8
4.3	Avmakt	9
4.4	Ulike former for vold	10
4.4.1	Fysisk vold	10
4.4.2	Psykisk vold	11
4.4.3	Latent vold	11
4.4.4	Strukturell vold	11
5.0	Drøfting	12
5.1	Predikasjon og aggressiv atferd.....	12
5.1.1	Predikasjonsverktøy og risikokartlegging.....	14
5.2	Deeskalering	17
5.3	Miljøterapeutiske tiltak.....	19
5.4	Tvang.....	20
5.5	Personlig kompetanse, holdninger og kultur	21
6.0	Avslutning	23
	Litteraturliste.....	

1.0 Innledning

I løpet av siste halvdel av året 2021 preget “Pil og bue mannen” og “drapet på bislett” forsidene på alle landets aviser. Begge sakene er alvorlige hendelser hvor mennesker mistet livet. På kvelden 13.oktober mistet fem mennesker livet i Kongsberg, hvor gjerningsmannen hadde skutt mot en dagligvarebutikk med pil og bue. Nettavisen kunne melde at familie og venner flere ganger har levert bekymringsmeldinger angående gjerningsmannens psykiske helse (Ighoubah et al., 2021). Under en måned senere blir en mann drept av politiet på Bislett i Oslo. Mannen truet flere mennesker med kniv, og opptrådte truende mot politiet da de ankom stedet. Politiet valgte tilslutt å avfyre flere skudd mot gjerningsmannen. Gjerningsmannen var dømt til tvungen psykisk helsevern etter et drapsforsøk i 2019, og var 10.november på permisjon fra en helseinstitusjon. (Buggeland og Elgaaen, 2021). I begge tilfellene har det blitt stilt spørsmål om de vil kunne regnes som tilregnelige, og i begge tilfellene har også venner og familie stått frem i media og fortalt om gjerningsmennesenes dårlige psykiske helse, og mangel på hjelp.

Randi Rosenqvist har gjennom tidene uttalt seg mye i media angående situasjonen i psykiatrien. I mars 2021 skrev hun i fagbladet Journalen, et tidsskrift utgitt av Oslo legeforening, at antall sengeplasser i Norsk psykiatri er redusert med nærmere 15 000 plasser siden 60-tallet. Hun forklarer videre at en reduksjon i antall sengeplasser er naturlig på grunn av bedre poliklinisk behandling, uførhetstrygd og medisiner, som førte til at færre trengte omsorg hele døgnet. Det Rosenqvist problematiserer er at en del pasienter har et større behov for oppfølging og omsorg, og at et døgnopphold absolutt ikke er nok for å gi god nok behandling (Rosenqvist, 2021). “Pasientsikkerhet i psykiatrien må være at pasienter får riktig diagnose og riktig behandling til riktig tid” (Rosenqvist, 2021). Når intensjonen er at pasienten kun skal roes ned på en sengepost, for deretter å skrives ut og følges opp poliklinisk, så får man ikke brukt nødvendig tid og ressurser på å skape trygghet og en god relasjon.

Rosenqvist (2021) skriver at hun savner de faglig gode psykiatriske sykehjemmene, og at kommunene i dag ikke har kompetanse, ressurser eller hjemler til å gi de sykeste og mest aggressive pasientene en stabil og trygg omsorg. De pasientene som blir værende i psykiatrien er kanskje de aller sykeste, og de med den mest aggressive atferden. Statens

arbeidsmiljøinstitutt publiserte i 2008 en rapport som viser at 20 prosent av sykepleiere og 30 prosent av vernepleiere utsettes for vold eller trusler én eller flere ganger i måneden, mens andre rapporter viser at 90 prosent av leger og sykepleiere som jobber ved psykiatriske avdelinger har vært utsatt for pasientvold i løpet av karrieren (Lillevik & Øien, 2014; Almvik, Woods & Rasmussen, 2000). Det kan også se ut som om voldsproblematikk hos pasienter i psykiatrien er et økende problem (Almvik, Woods & Rasmussen, 2000, 1285). Derfor er det nødvendig å se på hvordan man kan jobbe med disse pasientene og brukerne på en god og aggresjonsdempende måte.

2.0 Problemstilling, avgrensning og begrepsavklaring

Hvordan kan vernepleieren bruke miljøterapi i møte med pasienter med volds- og aggresjonsproblematikk i psykiatrien? Og hvilke muligheter har man til å jobbe rehabiliterende med pasienter med volds- og aggresjonsproblematikk?

I denne oppgaven har fokuset vært å se på vold og aggresjon i psykiatrien. Oppgaveteksten er dermed avgrenset fra andre typer institusjoner eller arenaer der man også opplever volds- og aggresjonsproblematikk. Ved å fokusere på vernepleieren, samt hvordan man kan bruke miljøterapi i møte med volds- og aggresjonsproblematikk, vil man ekskludere en del andre profesjoner, som leger og psykiatere, og hvordan disse kan behandle den samme problematikken. Diagnostisering, medikamentell behandling, samt andre mulige former for behandling vil ikke bli diskutert i oppgaven.

2.1 Sinne, vold og aggresjon

Bjørkly (2001) skriver at aggresjonsbegrepet er noe uklart definert, noe som også gjør det vanskeligere å skille aggresjonsbegrepet fra begrepene vold og sinne. Det kan være vanskelig å sette definisjoner som setter helt klare grenser for hva som er vold, hva som er aggresjon, og hva som er sinne. I dagligtalen kan man også si “en aggressiv alpinist”, uten å mene at alpinisten er voldelig, sint eller utagerende. Her kan betydningen “aggressiv” være at alpinisten for eksempel var dristig (Bjørkly, 1997, 10). Bjørkly (1997, 11) skriver at man i dagligtalen kan tillate en slik språklig romslighet, men at det på fagspråk og i

faglitteraturen er problematisk å ikke ha klare definisjoner. Ifølge Lillevik og Øien (2014, 28) er det vanlig å skille begrepene sinne og aggresjon, hvor sinne “kan forstås som en subjektiv følelsesmessig reaksjon” (ibid.). Sinne kan med andre ord være en rasjonell følelsesmessig reaksjon, og man kan føle på sinne uten å vise aggressiv atferd.

For mens sinne kan forstås som en subjektiv følelse, så inneholder begrepet aggresjon et handlings- eller en adferdsmessig komponent (Lillevik og Øien, 2014, 28). Bjørkly (2001, 28) definerer aggresjon som “et samlebegrep for atferd som et individ med hensikt utfører eller gir eksplisitt verbalt eller fysisk uttrykk for å ville utføre, for at et annet individ skal påføres fysisk skade, fysisk smerte eller kroppslig krenkelse”. Aggresjon kan dermed brukes som en samleterm for et vidt spekter atferd der utøverens hensikt er å skade en annen person. Denne definisjonen vil også inkludere begrepet “Vold”. Bjørkly (1997, 2000) skriver at det som skiller vold og aggresjon er at aggresjon er atferd der utøveren har til hensikt å påføre et annet fysisk skade, mens vold er atferd der utøveren har en intensjon om å påføre *alvorlig* fysisk skade på et annet individ.

Bjørkly har i sin definisjon avgrenset vold til “påføre alvorlig fysisk skade”, og har dermed ikke inkludert trusler eller psykiske krenkelser i sin definisjon. Flere vil trolig argumentere for at denne definisjonen er ganske snever. Det er ganske vanlig å forbinde vold med fysisk bruk av makt, men en slik definisjon vil ekskludere trusler og psykiske krenkelser, og vi vil miste noen viktige psykiske aspekter ved volden (Lillevik og Øien, 2014, 16). Isdal (2000, 39) definerer vold som “enhver handling rettet mot en annen person, som gjennom at denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker, får denne personen til å gjøre noe mot sin vilje eller slutte å gjøre noe den vil”. Noe Isdals definisjon kan kritiseres for er at den er svært vid, og legger mye vekt på den subjektive opplevelsen. Et barn som må sitte inne å gjøre lekser, selv om det heller vil ut å leke, vil falle under Isdals definisjon av vold (Lillevik og Øien, 2014, 17). I Isdals definisjon er det ikke lagt særlig vekt på utøverens intensjon bak voldsutøvelsen. Yngve Hammerlin har gitt ut flere bøker og artikler rundt temaet vold. I boken “I fars vold” fra 2000, som han skrev sammen med Mogens Møller, brukes følgende definisjon på vold;

Vold er for meg en særegen fysisk, psykisk og/eller sosial virksomhet med en destruktiv bruk av kraft og metoder (for eksempel makt- og hersketeknikker) der målet eller motivet med handlingen kan være å skade, krenke, passivisere,

utmanøvrere eller uskadeliggjøre en annen. Den som utøver volden, kan ha som mål eller motiv å plage eller svekke den handlingen er rettet mot. Målet kan være å påføre offeret smerte eller ubehag. Men voldsbruken kan også være et middel til å disiplinere eller tvinge et menneske til å utføre handlinger som strider imot dets vilje, moraloppfatning eller interesser. Bruk av vold er en form for maktanvendelse mot en persons integritet og frihet, der makt- og herskemetoder brukes for å undertrykke eller nedvurdere ham eller henne (Møller og Hammerlin, 2000, 34)

Møller og Hammerlin forsøker i sin definisjon å romme hele voldens kompleksitet. De skriver at utøveren *kan* ha som mål å plage eller påføre smerte, men de understreker også at voldsutøveren og de som er ofre for volden vil kunne forstå og definere volden forskjellig.

Mens Bjørkly definerer vold som “alvorlig fysisk skade”, så skriver Møller og Hammerlin at den verbale volden kan føre til mer alvorlig skade enn den fysiske. “Noen ganger er den verbale volden knusende og den mest fryktskapende, andre ganger fører den fysiske volden til en fullstendig ødeleggelse” (Møller og Hammerlin, 2000, 35).

2.2 Oppgavens struktur

Temaet for oppgaven er hvordan vernepleiere kan møte volds- og aggresjonsproblematikk i psykiatrien, med fokus på miljøterapi. Problemstillingen er aktualisert ved å vise til to hendelser høsten 2021, som fikk mye medieoppmerksomhet. Samtidig har den kjente psykiateren Randi Rosenqvist uttalt seg en god del offentlig om hvorfor nedbygging av sengeposter i psykiatrien vil få svært negative konsekvenser. Deretter er det forsøkt å presentere noen definisjoner på vold og aggresjon, samt hva som skiller sinne fra aggresjon og vold. Videre vil oppgaven ta for seg metode og kildekritikk. Deretter skal sentral teori og noen sentrale begreper presenteres i teoridelen. Der skal blant annet begrep som avmakt og miljøarbeid presenteres og defineres. Videre skal oppgaven gå nærmere inn på hvordan vernepleieren kan jobbe med volds- og aggresjonsproblematikk, hva som er viktig i møte med denne type pasienter og brukere, samt presentasjon av noen metoder man kan benytte seg av.

3.0 Metode

3.1 Beskrivelse og metode

Dalland (2020, 54) skriver at metoden er redskapet man bruker for å fremskaffe den informasjonen og datamaterialet man har behov for. I denne oppgaven er det brukt metoden litteraturstudie, også kalt litteraturgjennomgang. Høgskolen i Molde har satt begrensninger når det kommer til datainnsamling, som igjen vil begrense bruken av kvalitative og kvantitative metoder. Dermed har litteraturstudie vært den mest hensiktsmessige metoden for denne oppgaven. “En litteraturgjennomgang er en systematisk gjennomgang av eksisterende forskning innenfor et spesifikt tema eller fagfelt” (Persson, 2021, 13). I en litteraturgjennomgang skal man med andre ord samle eksisterende litteratur, forskning og fagkunnskap, for deretter å sammenligne og presentere den utvalgte kildene (Dalland, 2020; Pettersen, 2019). Persson (2021, 14) skriver at “hensikten med litteraturgjennomgangen er å bygge et grunnlag for å kunne uttale seg om et spesifikt tema. Vi blir eksperter på dette temaet fordi vi systematisk har gått igjennom hva tidligere forskere har skrevet”. Ved å gå gjennom eksisterende litteratur og forskning, så vil man få et godt grunnlag til å uttale seg om dette spesifikke tema.

3.2 Fremgangsmåte og søkestrategier

Da jeg skulle finne litteratur og forskning om temaet “vold og aggresjon i psykiatrien”, så fant jeg noen oppdaterte pensumlistor på emner som omhandlet vold og psykisk helse. Denne litteraturen anså jeg som kvalitetssikret siden den nylig har vært på en pensumliste på høyskolenivå. Jeg skumleste noe av denne litteraturen, og fant flere henvisninger og kilder som virket interessant. Denne søkestrategien kaller Dalland (2020, 151) for manuell søk eller snøballeffekten. “Snøballeffekten” oppstår når man går til litteraturlista i en relevant kilde for å finne ny litteratur som kan være spennende og relevant for temaet man jobber med (ibid.). Dermed oppstår det en snøballeffekt der man kan fortsette å lete etter ny litteratur nesten i det uendelige, og omfanget av kilder man har tilgjengelig kan bli veldig stort. Det er i hovedsak denne metoden jeg har benyttet meg av. Innimellom ble det nødvendig å finne ytterligere litteratur, og jeg benyttet meg da av ulike databaser som Google Scholar, PsycInfo og Oria. Ved å søke på ulike begreper som vold, aggresjon,

psykiatri, og tvang, samt ulike kombinasjoner av disse begrepene, så kunne jeg også finne noe relevant litteratur. Jeg foretok også noen søk på engelsk for å få flere treff.

3.3 Validitet og reliabilitet

Dalland (2007, 66) skriver at “kildekritikk er en metode som brukes for å fastslå om en kilde er sann”. Å kvalitetssikre kildene er en prosess der man prøver å skille forskning fra spekulasjoner (ibid.). I denne oppgaven blir det henvist blant annet til Bjørkly, Hammerlin og Isdal. Alle tre har publisert flere bøker og artikler om temaet vold og aggresjon. Noe av forskningen til Bjørkly er noe gammel (1997 - 2001), men samtidig veldig god. Samtidig blir det publisert litteraturstudier og artikler som fortsatt henviser til den samme forskningen til Bjørkly som brukes i denne oppgaven. Man kan også finne den samme forskningen på pensumlister til flere emner ved andre høyskoler i Norge, noe som også burde regnes som et kvalitetstegn, da det er en prosess for å få godkjent litteraturen i en pensumliste. Derfor anser jeg forskningen til Bjørkly som er brukt i denne oppgaven som relevant, til tross for at den er noe gammel.

Stål Bjørkly, Per Isdal og Yngve Hammerlin er alle anerkjente forfattere, og har alle produsert artikler eller bøker så sent som 2021 og 2022. Hammerlin har også helt til nylig undervist om temaet vold på høyskolenivå. Alle forfatterne er hentet fra pensumlister ved andre høyskoler, og jeg anser de derfor som valide og gode.

I denne oppgaven henvises det også en del til den norske rettspsykiateren Randi Rosenqvist. Hun er en anerkjent psykiater som har stor erfaring fra å jobbe med mennesker med store psykiske lidelser, og uttaler seg ofte kritisk til dagens psykiatri og nedbyggingen av denne. Hun styrer også “Nasjonal aksjon for bevaring og utvikling av de psykiatriske sykehusene”, og fronter behovet for langtidsbehandling av pasienter med alvorlige psykiske lidelser og psykoselidelser (Zerener, 2021). Med Rosenqvist sin erfaring og anerkjente kritikk anså jeg det som relevant å ta med noen av hennes uttalelser for å belyse relevansen av tema og problemstilling.

Annen sentral litteratur som er brukt for å belyse problemstillingen i denne oppgaven er boken til Ole Greger Lillevik og Lisa Øien fra 2014. Boken er lettlest og man finner ofte henvisninger til denne boka i annen litteratur som omhandler temaet vold og aggresjon.

Det at andre forfattere velger å henviser til boka kan være et kvalitetstegn. I tillegg finnes også denne boka på pensumlister til emner som omhandler vold og aggresjon ved andre høyskoler i Norge. Som nevnt tidligere er det et godt tegn på at kilden kan være god.

Dalland (2007, 66) skriver at “hensikten med kildekritikk er å gi leseren del i de refleksjonene du har gjort deg om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen”. Jeg har nevnt noen av de mest sentrale kildene som er brukt i denne oppgaven, og hvorfor jeg anser de som relevante og gyldige.

4.0 Teori

4.1 Psykisk helsevern

Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2018, 42) skriver at “psykiatrien kan forstås som et praksisfelt, med virksomheter innenfor det psykiske helsevernet. Det handler om hvordan vi organiserer møtene med dem som er rammet av psykiske lidelser.” Samtidig kan man si at “psykiatri er en gren av legevitenenskapen som steller med forebygging, undersøkelse, behandling og rehabilitering av psykiske lidelser” (Aarre, 2018, 39). Dette er to korte sitater som sier noe om hva psykiatri er, og at det handler om å møte mennesker med utfordringer. Noen vil kanskje argumentere for at dette er noen av de menneskene som har det aller vanskeligst, og psykiatrien skal drive med forebygging, undersøkelser, behandling og rehabilitering i møte med disse menneskene.

Innledningsvis ble det vist at Randi Rosenqvist har flere ganger kritisert nedbyggingen av psykiatrien og psykisk helsevern i Norge. Sengeplasser legges ned, og det fokuseres mer på behandling som tilsynelatende krever mindre ressurser, som poliklinisk og medikamentell behandling. I psykiatrien blir det stadig færre ansatte, og samtidig er de som legges inn langt sykere enn før. Ved akuttpsykiatrisk avdeling ved Ullevål sykehus har man opplevd at antall tilfeller med pasientvold har mangedoblet seg siden 2015, og at det i 2019 var registrert hele 227 tilfeller (Heggen, 2019). Det er ingenting som tyder på at dette er en trend som isolerer seg til Ullevål sykehus, og man tror heller ikke at denne trenden vil stagnere med det første (ibid.).

Det er viktig å understreke at mennesker med psykiske lidelser på ingen måte er “tikkende bomber”. “Galskap, sinnssykdom eller psykiske lidelser har i årtusener blitt presentert som en nærmest naturgitt forklaring på voldsatferd. Denne oppfatningen fører fortsatt til stigmatisering av mennesker med psykiske lidelser” (Bjørkly & Grøndahl, 2016, 213). Og selv om forskning viser at mennesker med alvorlig psykisk lidelse har høyere risiko for å utøve vold enn normalbefolkningen, så svekkes denne sammenhengen dersom man også ser på innvirkningen av for eksempel rusmisbruk og antisosialitet. Andre faktorer som også kan være relevant er om man er utsatt for vold selv, eller om man bor i et voldsutsatt nabolag (ibid.). “Studiene påpeker at en sterkt kompliserende faktor er at mennesker med psykose har høyere sannsynlighet enn “normalpopulasjonen” for eksponering i forhold til ikke-psykotiske risikofaktorer” (Bjørkly & Grøndahl, 2016, 214). Med andre ord kan det se ut som om mennesker som får psykoselidelser også er utsatt for andre faktorer som øker risikoen for å utøve vold. Med andre ord er det ikke de psykiske lidelsene alene som nødvendigvis sier noe om voldsrisiko, men kompleksiteten i personens levekårsutfordringer.

4.2 Miljøterapi

Begrepet “miljøterapi” er over 50 år gammelt, og stammer fra da de første asylene ble etablert (Solbjør og Kleiven, 2013, 5). Den humanistiske tradisjonen som preget psykiatrien på denne tiden hadde en tro på at det sosiale miljøet i en psykiatrisk avdeling kunne være et terapeutisk virkemiddel, og skulle være en motsetning til det kliniske og medisinske ved avdelingene (Skorpen og Øye, 2010, 18). I dag defineres miljøterapi som

En planlagt og faglig begrunnet terapeutisk virksomhet som nyttiggjør seg av de til enhver tid tilgjengelige ressurser som omgivelsene gir. Gjennom samhandling tar en sikte på å legge til rette for fysisk, psykisk og sosial og åndelig vekst - og å styrke brukerens egenomsorg. Dette oppnås ved å variere mellom støtte og utfordring i en terapeutisk allianse preget av anerkjennelse og respekt for brukerens egenverdi og integritet (Lillevik og Øien, 2014, 78).

Med andre ord skal miljøterapien ta utgangspunkt i brukerens ressurser og behov, og benytte seg av de naturlige omgivelsene for å skape trivsel, endring og vekst. Egenomsorg

kan her forstås som selvivaretagelse, og rommer alt en person gjør for å ivareta egne behov. På den måten skal miljøterapien hjelpe tjenestemottaker til å selv kunne vedlikeholde vekst (ibid.).

Solbjør og Kleven (2013, 5) skriver at miljøterapi er en behandlingsform som, med utgangspunkt i tjenestemottakers ståsted, benytter samspillet mellom tjenestemottaker og de omgivelsene man til enhver tid befinner seg i. “Brukeren må forstås som en kompleks helhet, hvor alle sider av menneskets aspekter står i gjensidig påvirkning av hverandre. Problemer knyttet til ett eller flere av disse aspektene vil påvirke de andre” (Lillevik og Øien, 2014, 81). Miljøterapeuten må ha fokus på hvordan ulike faktorer som eksempelvis sosialt nettverk, hjemmesituasjon, kognitive ferdigheter, impuls kontroll, trivsel og motivasjon kan påvirke tjenestemottakerens evne til å beherske utfordringer. Evnen å se helheten er helt nødvendig for å kunne bidra til vekst (ibid.). Videre er det viktig at miljøet ikke begrenses til et fysisk avgrenset område. Miljøet skal romme hele konteksten der tjenestemottaker og terapeut er i samhandling, og kan dermed inkludere alt i tjenestemottakerens omgivelser, som samvær, samtaler, rutiner og aktiviteter (Lillevik og Øien, 2014; Solbjør og Kleven, 2013). For miljøterapeuter som i sitt arbeid møter volds- og aggresjonsproblematikk understreker Lillevik og Øien (2014, 83) viktigheten av å bruke “fredstid” på å skape gode relasjoner. Dette vil kunne skape økt trygghet og større spillerom i perioder med mye sinne og frustrasjon.

4.3 Avmakt

Lillevik og Øien (2014, 27) skriver at “Oversikt og kontroll gir oss en opplevelse av å ha makt over oss selv og vårt eget liv. Dette kan vi kalle egenmakt”. Når vi opplever egenmakt, og makt over vårt eget liv, så klarer vi å dekke de ulike behovene vi har, og mestrer vi de utfordringene vi møter i tilværelsen. Avmakt kan dermed forstås som det motsatte, oppstår når et individ ikke har de nødvendige betingelsene for å dekke psykologiske eller fysiologiske behov. Når man opplever å være i avmakt, finner man ingen løsninger eller muligheter til å endre sin situasjon (Lillevik og Øien, 2014, 27). Isdal (2000, 114) skriver at avmakt kan forstås som mangel på kontroll, forutsigbarhet og innflytelse. Når man ikke finner løsningsmuligheter, ikke opplever beskyttelse eller trygghet, eller når man opplever å ikke bli sett, hørt eller forstått. “Hvordan vi håndterer avmaktsopplevelsen, styres av vår evne til å holde ut opplevelsen av å ikke ha kontroll,

oversikt eller påvirkningsmulighet. [...] Noen har høy toleranse for slike negative følelser, blir løsningsorienterte og tåler frustrasjon godt, mens andre tåler den mindre” (Lillevik og Øien, 2014, 38). Enkelte individer vil kunne tåle å stå i følelsen av avmakt, og vil i større grad være løsningsorienterte når man blir frustrert. Andre vil ha lavere toleranse for disse negative følelsene, og det å være i en avmaktsposisjon vil kunne oppleves som både angstskapende og nedverdiggende (ibid.).

Aggresjon eller angrep er ikke en uvanlig måte å mestre avmakt på, og redde mennesker er mer aggressive enn trygge mennesker (Isdal, 2000, 123). Der og da kan volden oppleves som en effektiv mestringsstrategi mot opplevelsen av avmakt, selv om volden ikke nødvendigvis fjerner årsaken til avmaktsopplevelsen (Lillevik og Øien, 2014, 35) Dersom man vil jobbe forebyggende, så vil det være nødvendig å se på voldens funksjon. Med forståelse for at vold kan være individets botemiddel på avmakt, vil det påvirke hvordan man velger å møte mennesker med volds- og aggresjonsproblematikk.

4.4 Ulike former for vold

Møller og Hammerlin (2000) opererer med et bredt spekter av typer vold. De skiller mellom fysisk og psykisk vold, men også sosial vold, strukturell vold, symbolsk vold, defensiv vold, verbal vold, latterliggjøring, og løgn. Her kan grensen mellom vold og hersketeknikker være noe flytende. For Møller og Hammerlin, som har forsøkt å romme hele voldens kompleksitet, har det trolig vært nødvendig å se så bredt på fenomenet. I annen litteratur er det langt vanligere å dele vold opp i kategoriene fysisk, psykisk og latent vold (Lillevik og Øien, 2014, 24).

4.4.1 Fysisk vold

Isdal (2000, 43) definerer fysisk vold som “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”. Fysisk vold kan dermed romme et stort spekter av handlinger, som for eksempel dytting, slag, spark, biting, kaste gjenstander mot, legge i bakken, bruk av våpen, eller drap (Lillevik og Øien, 2014; Isdal, 2000; Møller og Hammerlin, 2000). Fysisk vold kan føre til både fysiske og psykiske skader hos den som utsettes for det (Lillevik og Øien, 2014, 24). Møller og Hammerlin (2000, 36) skriver at

begrepet “fysisk vold” kan romme både fysiske angrep på en annens kropp, men også fysiske angrep på gjenstander og ting. Denne typen fysisk vold kan kalles materiell vold (Lillevik og Øien, 2014, 25).

4.4.2 Psykisk vold

Den psykiske volden kan være vanskeligere å skille fra det som defineres som trusler. Mens trusler har til hensikt å skremme, så er psykisk vold handlinger som faktisk skader den andre. Psykisk vold kan resultere i sterke psykologiske reaksjoner, som frykt, angst, utbrenthet og sorg, men den kan også føre til kroppslige plager. Eksempler på psykisk vold kan være verbale utfall, plaging, psykisk terror, latterliggjøring, truende kroppsspråk og væremåte, isolering og utestenging, eller ydmykende utsagn (Møller og Hammerlin, 2000; Lillevik og Øien, 2014). Det er også vanskeligere å identifisere psykisk vold, og ofte er volden ganske subtil. Dette gjør den vanskelig å oppdage, spesielt for de som står utenfor og som ikke selv føler volden på kroppen (Lillevik og Øien, 2014, 25).

4.4.3 Latent vold

Møller og Hammerlin (2000, 27) skriver at vold kan være latent. “Latent vold eller potensiell vold, oppstår når en person har vært voldelig, og frykten for ny voldsadferd preger enkeltpersoner, deler av eller hele miljøet” (Lillevik og Øien, 2014, 26). Latent vold virker fordi mennesker kjenner på en forhøyet risiko, en mulighet, for å bli utsatt for vold (Isdal, 2000, 67). Den latente volden kan påvirke menneskers følelser og handlinger i stor grad, og Isdal (2000, 67) trekker frem kvinner som ikke går ut på byen på lørdagskvelder som eksempel. Muligheten, og redselen, for å bli utsatt for overgrep påvirker deres atferd. I arbeid med mennesker som har volds- og aggresjonsproblematikk, så kan en brukers tidligere voldelige atferd påvirke de ansatte i lang tid. “Alle tilstedeværende i miljøet kan påvirkes av den potensielle voldens gjennomgående tilstedeværelse, og den kan innebære en stor psykisk belastning” (Lillevik og Øien, 2014, 26).

4.4.4 Strukturell vold

Lillevik og Øien (2014, 19) beskriver strukturell vold som en kollektivt rettet vold, hvor de som har makt undertrykker grupper av mennesker gjennom politiske, økonomiske eller sosiale strukturer. eksempler på strukturell vold kan være ulike former for segregering,

forskjellsbehandling på grunn av kjønn, rase, alder eller kultur, eller klassestrukturer som muliggjør undertrykkelse (Møller og Hammerlin, 2000, 42). Det er med andre ord ikke nødvendigvis enkeltpersoner som utøver vold, men lover, regler og samfunnsstrukturer legger til rette for undertrykking (Lillevik og Øien, 2014, 19). Konkrete eksempler på strukturell vold kan være hvordan Taliban hindrer kvinners utdanning i Afghanistan (Andreassen og Ismaeli, 2021), og at homoseksuelle straffes med fengsel i hele 78 land, fordi de elsker en av samme kjønn (Amnesty international, 2012).

Strukturell vold kan også finne sted i en organisasjon eller institusjon, hvor mennesker står i fare for å bli institusjonaliserte. Et menneske risikerer å bli institusjonalisert når det, under et opphold i en institusjon, blir avhengig av hjelp. Pasienter i psykiatrien er en gruppe som står i fare for å bli institusjonaliserte. Mennesket man har som mål å styrke, gjøre selvstendig, uavhengig og fri, går heller inn i rollen som hjelpetrengende og avhengig av institusjonens støtte. (Lillevik og Øien, 2014, 19). Bjørkly (1997, 102) skriver om hvordan pasienter med psykose først kan oppleve den faste strukturen som ubehagelig, men at slike reaksjoner raskt erstattes av trygghet. Hos mange pasienter kan man se at de blir avhengig av den strenge strukturen for å mestre hverdagen. “Er en ikke oppmerksom på dette, kan en fast og trygg avdelingsstruktur snarere bli utviklingshemmede enn utviklingsfremmende for pasienten” (Bjørkly, 102, 1997).

5.0 Drøfting

Vernepleiere i psykiatriske institusjoner vil måtte stå i flere utfordrende situasjoner. De vil blant annet måtte møte pasienter med aggressiv og voldelig atferd. Vernepleiere må derfor ha verktøy til å håndtere vold og aggresjon. Denne delen av oppgaven vil gå nærmere inn på hvordan vernepleieren kan bruke miljøterapi i møte med vold og aggresjon, og hvilke muligheter man har for å jobbe rehabiliterende med pasienter med volds- og aggresjonsproblematikk.

5.1 Predikasjon og aggressiv atferd

“Management of violent behavior among psychiatric patients constitutes a major challenge in psychiatric hospitals units because it destroys the therapeutic climate, upsets fellow

patients, demoralizes staff, and sometimes results in fatal damage” (Almvik, Woods & Rasmussen, 2000, 1284). Voldelig atferd i institusjoner er dermed skadelig for både personalet og den som utøver volden, men den voldelige atferden skader også det terapeutiske klima og skremmer medpasienter. I arbeid med mennesker med volds og aggresjonsproblematikk, har man mulighet til å forsøke å vurdere fremtidig sannsynlighet for at en bruker kan få voldelig atferd. Bjørkly (1997, 58) kaller dette for prediksjon av aggresjon, eller aggresjonsprediksjon.

Når man skal vurdere aggresjonspotensialet hos mennesker, så skriver Bjørkly (1997, 58) at demografiske opplysninger som kjønn, alder, utdanning og sosial klasse kan påvirke risikoen. Alvorlig aggressiv atferd er oftere sett hos menn enn hos kvinner, og voldsrisikoen er lavere hos pasienter som har fylt 40 år. Videre kan pasientens oppvekst og relasjon til nærmeste familie gi viktig informasjon om risikoen for vold og aggresjon. Det ser ut som om det er en sterk sammenheng mellom fysisk eller seksuelt misbruk under oppveksten, og risikoen for aggressiv atferd i voksen alder. Denne koblingen er ekstra tydelig hos pasienter med psykoselidelser. Hiday (1997, 340) understreker også viktigheten av familierelasjoner og det psykososiale miljøet. Hun skriver at mennesker med alvorlig psykisk sykdom oftere kommer fra lavere økonomiske klasser, og er mer utsatt for å leve i fattigdom. Videre skriver hun at dette ofte er personer fra ressursvake familier preget av konflikt, og som ikke har lært å håndtere stress, sinne og redsel på en god måte. Pasienter som har liten tro på fremtiden, som oppleves som apatiske og resignerte vil også ha forhøyet risiko for å utøve vold (Bjørkly, 1997; Hiday, 1997). Pasienter som også misbruker alkohol, narkotiske stoffer eller medisiner vil også ha forhøyet risiko for aggressiv eller voldelig atferd (Hiday, 1997, 405).

I psykiatrien vil man også møte pasienter med ulike psykotiske lidelser, og hos pasienter med psykotiske lidelser vil symptomene være avgjørende når man forsøker å predikere risiko for aggresjon og vold. Ifølge Hiday (1997, 400) er det ikke psykotiske symptomer generelt, som for eksempel vrangforestillinger, hallusinasjoner eller disorganisering som i hovedsak fører til vold. Ikke en gang kommanderende stemmer, fordi de fleste unngår å følge kommandoene. De symptomene som kan øke risiko for voldsutøvelse er paranoide symptomer som gjør at pasienten føler seg truet, eller der pasienten opplever at noen eller noe tar kontroll over hans tanker og følelser, og som overstyrer selvkontrollen. “Paranoide vrangforestillinger ser ut til å fremme aggresjon sterkere når de fremstår i kombinasjon

med befalende stemmer som pålegger pasienten å uskadeliggjøre andre i et paranoid “selvforsvar” (Bjørkly, 1997, 63). Altså paranoide symptomer, der pasienten er redd for at noen eller noe er ute etter han og ønsker han skadet eller drept, vil øke risikoen for aggressiv og voldelig atferd. Dette gjelder spesielt i kombinasjon med opplevelsen av at noen kontrollerer tanker og følelser, eller kommanderende stemmer som kommanderer pasienten i å skade andre i et opplevd “selvforsvar”.

Problemet med teori og forskning som forsøker å finne sammenhenger mellom ulike variabler og aggressiv og voldelig atferd, er at der en artikkel finner klare sammenhenger, finner en annen artikkel ingen sammenheng mellom den samme variabelen og atferden (Woods og Ashley, 2007, 653). Det er kanskje vanskelig å gjøre slike undersøkelser på mennesker, og trolig snakker man her om store individuelle forskjeller. Man kan kanskje diskutere om det i heletatt er mulig å forutsi voldelig atferd. Man kan for eksempel spørre seg om en personalgruppe som forventer at en pasient vil opptre aggressivt og voldelig, kan ubevisst fremprovosere denne atferden. Kanskje kan vår forventning til en pasients atferd ubevisst påvirke hvordan vi møter denne pasienten. Redsel for å møte aggressiv atferd kan kanskje føre til at personalet “går mer rundt grøten”, holder større avstand, eller avlyser planlagte aktiviteter i frykt for mulig utagering. Slike “tiltak” kan kanskje oppleves som provoserende for pasienten, som igjen fører til en uønsket atferd.

Likevel er de fleste forskere enige i at den viktigste prediksjonsfaktoren for voldsatferd er tidligere voldsatferd (Bjørkly, 1997; Lillevik og Øien, 2014). En person som aldri har reagert med vold tidligere, vil sjeldent plutselig begynne å reagere med vold (ibid.). Motsatt kan vi tenke oss at en person som flere ganger reagerer med aggresjon og voldelig atferd lettere vil kunne ty til de samme virkemidlene. Den enkelte brukers journal burde derfor gjennomgå grundig for å få en tilbørlig vurdering av den enkeltes voldsrisiko (Johnstone og Cooke, 2008, 83).

5.1.1 Predikasjonsverktøy og risikokartlegging

Det finnes nok mange verktøy for å kunne predikere voldsrisiko hos pasienter. I denne oppgaven vil jeg ta for meg to typer verktøy; The Brøset Violence Checklist (BVC) og Skjema for vurdering av aggressiv og farlig atferd hos psykotiske pasienter (VAFA). Årsakene til at jeg ønsker å gå nærmere inn på disse to verktøyene er fordi BVC er et

enkelt verktøy som tar relativt kort tid å bruke, mens VAFA på sin side er litt mer omfattende. Mens BVC forsøker å forutsi om en pasient kommer til å vise aggressiv eller voldelig atferd i løpet av de neste 24 timene, så forsøker VAFA å forutsi om en pasient vil vise aggressiv atferd i løpet av de neste seks til tolv månedene (Almvik, Woods & Rasmussen, 2000; Bjørkly, 1997).

I 1995 ble det gjennomført en undersøkelse ved det psykiatriske sykehuset Brøset. Undersøkelsen gikk ut på at man i en 5 års periode undersøkte alle føringene på alle pasientene. I denne undersøkelsen oppdaget man at pasienter i løpet av 24 timer før en voldshendelse viste forvirring, var irriterte, hadde støyende atferd, kom med verbale eller fysiske trusler, og/eller gikk til angrep på gjenstander (Almvik, Woods & Rasmussen, 2000, 1285). The Brøset Violence Checklist er dermed en liste, hvor de nevnte variablene er listet opp. Etter å ha observert pasienten gis en score på 1 for nevnt atferd som er tilstede, mens nevnt atferd som ikke er tilstede gir en score på 0. Deretter summerer man scorene. En total score på 0 tilsier at det ikke er forhøyet risiko for voldelig atferd, mens en score på 1 til 2 tilsier at risikoen er moderat, men at man burde sette inn forebyggende tiltak. En total score på 3 eller mer tilsier at risikoen for voldelige hendelser er høy, og at man må jobbe forebyggende, men også forberede seg på en hendelse (Almvik, Woods & Rasmussen, 2000, 1286).

Mens BVC tar under fem minutter å fylle ut, så er VAFA mer omfattende, og har som mål å predikere fremtidig aggressiv atferd ved å systematisere de kunnskapene personalet, eksterne og pårørende har om den enkelte pasienten (Bjørkly, 1997; Almvik, Woods & Rasmussen, 2000). Mens BVC har til hensikt å predikere om det vil oppstå en voldshendelse, så er målet med VAFA å predikere i hvilke situasjoner pasienten antas å kunne bli aggressiv og voldelig, hvor stor sannsynlighet det er at pasienten blir aggressiv, samt hvor intens man kan forvente at den aggressive atferden kan bli (Bjørkly, 1997, 70). VAFA er på mange måter mer omfattende enn BVC, og mens BVC lett kan brukes i flere ulike institusjoner og passer godt å bruke på pasienter som er innlagt for en kortere tid, så kan VAFA brukes for å planlegge et lengre behandlingsløp. VAFA kan være et nyttig redskap ved innleggelse, den kan revideres ved overføring til ny avdeling eller før utskrivelse. Den kan også være smart å bruke ved utforming og revidering av tiltak rundt den enkelte pasienten (ibid.).

Et tredje verktøy som på mange måter forsøker å predikere risiko for voldshendelser, men på en litt annen måte er “PRISM” (Promoting Risk Intervention by Situational Management). Utviklerne bak verktøyet PRISM mener det er viktig å se på helheten ved institusjonen når man vurderer risiko for voldshendelser. “PRISM er et sett strukturerte faglige retningslinjer utviklet for å legge til rette for vurdering av situasjonsbetingede risikofaktorer for institusjonsvold” (Johnstone og Cooke, 2008, 21). I dette verktøyet skal man kartlegge tidligere voldshistorikk ved institusjonen. Hvilken type vold, når og hvor har den oppstått, samt hvilke type klager fremmes av brukergruppen. Videre skal man kartlegge om det fysiske miljøet er godt nok, om avdelingen oppleves som romslig, og om interiøret er skapt for å lage trivsel. Man kartlegger også om sikkerhetstiltakene er gode nok til å håndtere voldsepisoder. Deretter skal man vurdere organisatoriske faktorer som ledelse og håndtering, prosedyrer og evne til å respondere på konflikter i organisasjonen. Organisasjonens evne til å rekruttere og ivareta ansatte vurderes også som et tiltak for å dempe voldshendelser. En organisasjon med få og slitne ansatte vil ha en høyere risiko for å oppleve voldshendelser. Til slutt går man nærmere inn på individuelle risikofaktorer ved pasientene, hvilken risiko og behov den enkelte har, samt hvordan populasjonssammensetningen kan påvirke risikoen for voldshendelser (Johnstone og Cooke, 2008). Dette er en langt mer omfattende risikokartlegging. Mens VAFA og BVC kan gjennomføres av det gjeldende vaktlaget eller en ansvarsgruppe, så vil PRISM vurdere voldsrisikoen på systemnivå. Det vil være mer tidkrevende, og det forutsetter at organisasjonen danner en egen arbeidsgruppe.

Almvik, Woods & Rasmussen (2000, 1284) skriver at prediksjonsverktøy er viktig i arbeidet med pasienter som potensielt er aggressive og voldelige, fordi det potensielt fører til skader, stress, angst og psykosomatiske plager hos personalet. Man kan argumentere for at PRISM kan være et godt verktøy for å kartlegge voldsrisiko ved en institusjon, men igjen vil den være for omfattende til å ha god praktisk betydning. VAFA vil kunne være et godt verktøy for pasienter med lengre behandlingsforløp, samtidig har vi innledningsvis vist til Randi Rosenqvist sin kritikk av psykiatrien, og hvordan langtidsbehandling i stor grad har blitt erstattet av medisiner og poliklinisk behandling (Rosenqvist, 2021). De som legges inn i psykiatrien blir skrevet ut etter kort tid, og skal deretter forsøkes å følges opp poliklinisk. Det å holde på pasienter lenge nok til å bruke VAFA på en hensiktsmessig måte, kan være utfordrende.

BVC på sin side er som nevnt et prediksjonsverktøy som er mye mindre omfattende. Det er lett å bruke i en hektisk hverdag, og anslår med 62% nøyaktighet at voldelig atferd oppstår i løpet av de neste 24 timene. Samtidig predikerer det med 92% nøyaktighet at voldelig atferd *ikke* vil finne sted. Igjen kan man trekke inn hvorvidt en forventning om aggressiv atferd kan være med å fremprovosere den aggressive atferden. Kanskje kan et prediksjonsverktøy som viser at pasienten *ikke* vil opptre voldelig føre til at personalet senker garden, og dermed ikke fremprovoserer aggressiv atferd med sin væremåte.

5.2 Deeskalering

I akutte situasjoner der man opplever den andre som aggressiv eller truende, vil man være nødt til å finne måter å roe ned situasjonen på. I slike situasjoner må man handle intuitivt og raskt, uten mulighet til å legge en plan eller bruke kartleggingsverktøy. Når man står ovenfor en bruker som plutselig viser tegn på aggresjon, eller som fremstår som truende, så vil man normalt forsøke å roe ned situasjonen ved hjelp av deeskalering. Begrepet deeskalering kan defineres som et samlebegrep for en rekke psykososiale intervensjoner som har til hensikt å roe ned en eskalerende situasjon, og få den andre i en roligere sinnsstemning (Berring, Pedersen & Buus, 2016, 499). Lillevik og Øien (2014, 103) legger i sin definisjon av deeskalering vekt på at det er en "ikke-fysisk håndtering av situasjoner hvor en prøver å hjelpe brukeren tilbake til selvkontroll". I studien til Bak et. al. (2017, 3) står det at man ved å bruke deeskalering kan hjelpe psykisk syke til å utvikle bedre mestringsstrategier og bedre sin sosiale kompetanse. Dette kan på lang sikt føre til mindre bruk av makt og tvang, samt et mer nyansert omdømme av psykisk syke.

Når man jobber med mennesker vil alle situasjoner være ulike og komplekse, og vi vil ikke kunne spå utfallet av samhandlingen. Derfor er det viktig at samhandling ikke blir for preget av prosedyrer og manualer, fordi det vil ikke gi rom for behandlerens etiske og moralske vurderinger (Lillevik og Øien, 2014, 103). Med andre ord er det viktig å vite hva deeskalering innebærer, men det skal ikke være en manual som følges slavisk. Når deeskalering skal benyttes er det nettopp det å være til stede i situasjonen og ta vurderinger fortløpende. Berring, Pedersen & Buus (2016, 499) understreker at det under deeskalering er viktig at behandleren kjenner seg selv, kjenner pasienten, kjenner situasjonen og er god på å kommunisere. Målet med deeskalering er å dempe aggresjonsoppbyggingen, slik at

pasienten får tilbake selvkontrollen og dermed kan mestre en vanskelig situasjon uten å bruke vold (Lillevik og Øien, 2014, 104).

Berring, Pedersen og Buus (2016, 503) skriver at både pasientens og personalets forventninger til en eskalerende situasjon formes ut fra tidligere erfaringer. For eksempel kan tidligere erfaringer om at pasienten er voldelig skape en forventning til pasienten ikke er til å stole på, som kan påvirke personalet i møte med pasienten. En pasient som tidligere har opplevd å bli lagt i reimseng, vil kunne forvente å få samme reaksjon. På samme måte vil personalet som ved flere anledninger har måttet legge en pasient i reimer, kanskje forvente å måtte benytte reimer neste gang pasienten er aggressiv. Dette viser at mennesker ikke nødvendigvis reagerer på den fysiske virkeligheten man står ovenfor, men reagerer ut i fra de forventningene man har til situasjonen, som baseres på tidligere erfaringer. Deeskalering vil kunne gi både personalet og pasienten nye erfaringer og bedre mestringsstrategier.

Deeskalering kan deles opp i ulike faser, hvor den første fasen er å skape trygge omgivelser. Når man kommer inn i en eskalerende situasjon, vil det være viktig å holde trygg avstand til pasienten. Fysisk avstand vil gi både behandler og pasient mulighet til å vurdere situasjonen og tenke gjennom handlingsalternativer. Samtidig kan man vurdere om det er noe i omgivelsene som kan være en sikkerhetsrisiko (Berring, Pedersen & Buus, 2016, 504). Behandleren kan i denne fasen forsøke å senke tempo ved å være rolig og snakke rolig. Ved å stresse ned og bruke naturlige pauser i kommunikasjonen vil man kunne senke tempoet i konfliktoppyggingen (Lillevik og Øien, 2014, 109).

Den andre fasen handler om å etablere gjensidige relasjoner. Ved å etablere gjensidige relasjoner kan man ha forståelse for pasientens frustrasjon, og se pasientens perspektiv. Ved å være inkluderende og empatisk, samt skape en forutsigbar sosial interaksjon, vil man lettere kunne bevare pasientens integritet og samtidig se pasientens perspektiv. Det kan da være lettere for personalet å tilpasse hvordan de håndterer og reagerer på en eskalerende situasjon (Berring, Pedersen & Buus, 2016, 504).

I deeskaleringens tredje fase vil man ha dempet aggresjonsoppbyggingen, og man har mulighet til å komme med løsninger. Berring, Pedersen og Buus (2016) understreker også at det er viktig å kunne være kreativ under deeskaleringen. Ved å være kreativ vil man

kunne overraske, og dermed endre konteksten. Slik kan man få en vellykket deeskalering, selv om man kanskje ender med å finne utradisjonelle løsninger som ikke er helt i tråd med gjeldende regler og retningslinjer. Forfatterne bruker et eksempel der en pasient vanligvis ville blitt lagt i reimer, men i stedet ble han tilbudt en dusj (504). I en opphetet situasjon er det mindre viktig å følge reglene slavisk, og behandleren må være villig til å finne løsninger. “Det handler om balansegangen mellom å ivareta institusjonelle rammer og samtidig vise terapeutisk fleksibilitet” (Lillevik og Øien, 2014, 110). Kreativiteten gir situasjonen en ny ramme, samt personalet får mulighet til å gå inn i en hjelperolle, fremfor rollen som maktutøver. Ved å tilby alternative løsninger vil man kunne oppleve at en eskalerende situasjon avsluttes uten å måtte ty til mer inngripende tiltak, som både er tryggere for personalet, og som ivaretar pasientens integritet.

5.3 Miljøterapeutiske tiltak

For å sette i gang med individuelt tilpassede behandlingstiltak for å styrke personlig vekst, atferdskontroll og evne til å mestre eget liv, så er det viktig at miljøterapeuten har en grunnleggende forståelse av aggresjon, og at aggresjon ofte fungerer som individets botemiddel mot avmakt (Lillevik og Øien, 2014, 93). Bjørkly (1997, 99) skriver at aggressiv atferd kan forstås som et uttrykk for at pasientens evne til konstruktiv samhandling er begrenset. Han skriver videre at behandlerne ikke må se seg blinde på aggresjonen, fordi man da står i fare for å ende opp med det han kaller “stoppende tiltak”. Stoppende eller hemmende tiltak blir beskrevet som tiltak som ikke gir noen alternativer, og som iverksettes som en direkte følge av den aggressive atferden (ibid.). Eksempler på dette kan være skjerming eller holdeteknikker. Stoppende tiltak vil være nødvendig i akutte situasjoner der det kan være fare for liv og helse, men et ensidig fokus på slike tiltak vil ikke være formålstjenlig. Målet burde være at pasienten selv finner gode handlingsalternativer, og motivasjon til å bruke disse.

Fluttert et. al. (2008) skriver om “Early Recognition Method” som metode for å lære pasienten å kjenne igjen tidlige tegn på aggresjon hos seg selv. Ved å lage et samarbeid mellom behandlere, pasienten og pårørende, så skal man kartlegge hvilke forvarsler som dukker opp i forkant av voldshendelser eller aggressiv atferd. Deretter formuleres forvarslene i en plan, med det formålet at personalet og pasienten kan kjenne igjen signalene før det oppstår potensielle voldshendelser. Ved å lese pasientens forvarsler, for

eksempel irritasjon, avvisende kroppsspråk og reservert kommunikasjon, kan miljøterapeuten gå tidlig inn i situasjonen, før frustrasjonen eskalerer til aggresjon eller utagering (Lillevik og Øien, 2014, 95). Senere vil målet med metoden være at pasienten også skal kunne kjenne igjen forvarsler, og dermed kunne finne handlingsalternativer som for eksempel å trekke seg ut av situasjonen (Fluttert et. al., 2008). “Early recognition method” er dermed en måte for pasienten å bygge selvkontroll, og som Bjørkly (1997, 100) skriver “en persons evne til å realisere valg som går ut på å ivareta eget og andres beste, er en viktig indikator på selvstendighet og psykologisk modenhet”. En annen måte å øke pasientens selvkontroll er å bruke progresjonsstiger. Grunnprinsippet med progresjonsstiger er at pasienten er med på å utforme og gjennomføre en progresjon, der mestring av et trinn vil kunne gi mer frihet og utfoldelsesmuligheter (Bjørkly, 1997, 103). Dette vil kunne føre til at pasienten opplever mestring og motivasjon til å fortsette progresjonen.

5.4 Tvang

Det er ikke tvil om at det finnes miljøterapeutiske tiltak som fungerer i møte med vold og aggresjonsproblematikk. Spørsmålet er heller om de brukes, og hvor mye man får utnyttet potensialet i tiltakene. For dessverre er det slik at mange av pasienthistoriene er preget av opplevelsen av å ikke bli forstått, uverdighet, og unødvendig bruk av tvang (Tjora, 2018, 77). Lov om psykisk helsevern gir mulighet til å benytte seg av tvangstiltak som holding, beltelegging eller skjerming, men slike tvangsmidler skal kun brukes for å hindre pasienten i å skade seg selv eller andre, eller avverge betydelige materielle skader. Videre skal tvangsmidler bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være utilstrekkelige (phlv, 1999, §4-8). Likevel uttaler pasienter og brukere at tvangsmidler blir for raskt brukt, og at man ikke kan vise frustrasjon eller motstand uten å risikere å bli utsatt for tvangsbruk. Flere opplyser også at de opplever at bruken av tvang er en metode personalet bruker for å straffe uønsket oppførsel (Bjørngen et al., 2014, 52). Det samme viser rapporten fra sivilombudsmannen etter besøket ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, hvor det kommer frem at beltelegging og holding ble “opplevd som straff for atferd personalet ikke likte, i stedet for å bli brukt som en siste utvei for å hindre skade på pasient eller andre” (sivilombudsmannen, 2016, 36).

I 2018 ga Sivilombudsmannen ut en rapport som omhandlet skjerming i psykisk helsevern. I denne rapporten kommer det frem at vedtak om skjerming i døgnenhet for voksne økte fra 2689 vedtak i 2009, til 3318 vedtak i 2012. I den samme perioden hadde vedtak om isolasjon gått fra 269 til 571 (Sivilombudsmannen, 2018, 18). “Regelverket setter ingen begrensning for hvor lenge en pasient kan skjermes, og en pasient kan derfor leve isolert fra andre enn behandlingspersonalet i årevis” (sivilombudsmannen, 2016, 34). Skjerming er et tiltak der “pasienten flyttes ut av sin vanlige samhandlingssituasjon og til et fysisk miljø som er spesielt avsatt til skjermingsformål. Dette vil i praksis si at pasienten flyttes bort fra fellesrom, og ved lengre tids skjerming bort fra eget rom også om natten.” (Bjørkly 1997, 121). Det er liten tvil om at tvangstiltak som skjerming gir lite rom og få muligheter til å jobbe med aggresjonsproblematikken på en mer konstruktiv måte.

Det er stadig færre pasienter som legges inn for langtidsbehandling i psykiatriske institusjoner. Og de pasientene som legges inn skal behandles for ulike og komplekse psykiske lidelser. Målet burde være å finne rehabiliterende tiltak slik at disse kan ha autonomi og mestre egen hverdag i størst mulig grad. Og vi har vist at det finnes flere gode verktøy og metoder for å møte mennesker med volds- og aggresjonsproblematikk. Samtidig har vi nevnt flere rapporter som viser at tvang, skjerming og isolasjon blir hyppig benyttet. I dag vet vi også at disse tiltakene kan skape eller forverre traumer og posttraumatisk stress syndrom, som gir alvorlige ettervirkninger (Bjørngen et al., 2014, 63). Potensielt får vi syke mennesker inn i psykisk helsevern, hvor de kan bli enda sykere.

5.5 Personlig kompetanse, holdninger og kultur

Lillevik og Øien (2014, 135) skriver at når vi står i truende situasjoner, så bruker vi i liten grad vår teoretiske kompetanse om konflikthåndtering og deeskalering. Vår toleranse for aggresjon, og vår evne til å stå i konflikt, er relativt stabile personlige egenskaper. Dermed er det personlige egenskaper som selvkontroll og tåleevne som vernepleieren får testet i møte med pasienter med volds- og aggresjonsproblematikk. Bjørkly (1997, 25) skriver også at det er lett for at de subjektive forsvarsreaksjonene som styrer samhandlingen, og dersom vernepleieren føler angst, frykt eller sinne, så vil det påvirke muligheten til å analysere situasjonen og forme effektive behandlingstiltak. For å ha en mulighet til å endre egen opptreden og handlingsmåte i møte med aggresjon er det viktig å kunne reflektere over egne holdninger og væremåte. Lillevik og Øien (2014, 140) kaller dette for

selvrefleksjon. Selvrefleksjon handler om å observere seg selv fra en posisjon utenfor seg selv, og denne måten å bli kjent med seg selv på kan være ubehagelig og smertefullt. Kanskje finner du sider ved deg selv som er lite flatterende.

Læring og utvikling kan man også gjøre ved hjelp av kollegiet. En personalgruppe som er åpen og trygg, med rom for å lære av tabber, vil kunne hjelpe til med både faglig og personlig utvikling (Lillevik og Øien, 2014, 145). En trygg og engasjert personalgruppe som gir anerkjennelse og konstruktive tilbakemeldinger vil også ha bedre potensiale for å jobbe med individuelle utfordringer, hindre ukultur, overgrep og undertrykkelse. Dessverre er det flere som har kritisert kulturen i psykiatriske institusjoner. Blant andre har Recoverybevegelsen fra USA kritisert den dehumaniserende praksisen innenfor psykisk helse (Karlsson og Borg, 2018, 622). Fra Norge kan vi bruke Sivilombudsmannens besøksrapport fra Universitetssykehuset i Nord-Norge, hvor det står at “Under besøket erfarte forebyggingsenheten en tydelig «oss-og-dem»-holdning på akuttpost Nord. Det ble funnet flere eksempler på at enkeltpasienter ble omtalt på måter som fremstod som dehumaniserende” (Sivilombudsmannen, 2016, 36). Dersom ansatte ikke forholder seg til pasientene som enkeltindivider, men begynner å behandle dem som objekter, så vil de allmennmenneskelige relasjonene svekkes. Dermed vil det oppstå risiko for umenneskelig behandling, og “oss-og-dem”-holdninger vil kunne føre til økt bruk av tvang, økt risiko for overgrep og undertrykkelse (sivilombudsmannen, 2016; Karlsson og Borg, 2018).

Personlige egenskaper som tålmodighet, toleranse for andres sinne og aggresjon, toleranse for egen frustrasjon, samt evne til å se og lytte til den andre, er alle egenskaper man kan jobbe med, men det krever at vernepleieren klarer å reflektere over egne reaksjoner og holdninger. Samtidig vil dette kreve en arbeidsplass og en kollegastøtte som gir rom for tilbakemeldinger og læring i situasjoner der de subjektive forsvarsreaksjonene har fått utløp. Samtidig vil dette trolig være vanskelig for vernepleieren i institusjoner som preges av en “oss-og-dem”-holdning, eller der man alt for lett tyr til tvang. En arbeidskultur som ikke gir rom for gode faglige diskusjoner eller refleksjoner, vil heller ikke gi rom for utvikling og læring. Samtidig er det vanskelig å stå imot en hel kultur ved en arbeidsplass, samme hvor motivert og engasjert man er.

6.0 Avslutning

Denne oppgaven har tatt for seg noen verktøy vernepleieren kan benytte i møte med pasienter med volds- og aggresjonsproblematikk i psykiatrien. Temaet har blitt svært aktuelt etter flere alvorlige voldshendelser, både drapet på bislett og “pil og bue-mannen” i Kongsberg. I begge tilfellene har det blitt stilt spørsmål om de har fått nok hjelp for de psykiske utfordringene. For mens psykiatrien mister sengeplasser, så kan det se ut som om voldsproblematikk hos pasienter i psykiatrien er et økende problem.

Innledningsvis ble det forsøkt å gi en begrepsavklaring for å skille begrepene sinne, aggresjon og vold. For mens sinne kan være en fullstendig rasjonell subjektiv følelse, så er aggresjon et samlebegrep for atferd som et individ utfører med hensikt, eller gir uttrykk for å ville utføre, for at et annet menneske skal påføres skade eller smerte. Det har blitt vist til at vold er et botemiddel for avmakt, og at det finnes flere typer vold. I drøftingsdelen presenterte jeg ulike verktøy for å predikere og kartlegge risiko for vold. PRISM blir for mange et for omfattende verktøy, og må dessuten benyttes på systemnivå. VAFA er trolig et svært godt prediksjonsverktøy for pasienter som er under et lengre behandlingsforløp, men vil kreve noe arbeid for å utfylle og følge opp. BVC er et verktøy som er svært effektivt tid og ressursmessig. Det tar 5 minutter å fylle ut, og kan anslå med 62% nøyaktighet hvorvidt en pasient vil ha en voldsepisode i løpet av de neste 24 timene. Videre ble det drøftet hvorvidt man faktisk kan predikere vold og aggresjon hos pasienter, eller om dette er mer komplekst. Kan kanskje en forventning om at pasienten kan bli aggressiv påvirke hvordan vernepleieren møter pasienten, og kan dette være med på å fremprovosere aggresjon og voldelig atferd? Dette er et interessant tema som jeg gjerne skulle sett nærmere på.

Deretter gikk jeg nærmere inn på deeskalering. Deeskalering er viktig i vernepleierens arbeid i møte med pasienter med volds- og aggresjonsproblematikk fordi det ikke er stort annet man får gjort i akutte og eskalerende situasjoner. Da handler alt om å klare å bryte eskaleringen ved å bruke kommunikasjon, kroppsspråk, være empatisk og forstående, og forsøke å finne andre løsninger enn bruk av tvang. Ofte kan løsninger og forslag som kommer litt overraskende på pasienten fungere godt. Samtidig er den personlige kompetansen avgjørende for hvordan man håndterer eskalerende situasjoner. Vernepleierens individuelle toleranse for andres sinne og aggresjon, tålmodighet, evne til å

se og lytte til den andre og toleranse for egen frustrasjon vil spille en viktig rolle i hvordan man håndterer å stå i en slik situasjon.

Av eksempler på andre miljøterapeutiske tiltak ble Early Recognition Method og progresjonsstiger nevnt. Samtidig ble det vist til teori om at alt for ofte blir tvang og skjerming brukt som tiltak. Det er ikke tvil om at det finnes metoder for å få progresjon i arbeidet med volds- og aggresjonsproblematikk, spørsmålet er om de blir brukt i så stor grad som de burde. Sivilombudsmannen har de siste årene levert flere rapporter som viser at bruken av skjerming eller andre tvangstiltak er for høy. Videre viser Sivilombudsmannen at kulturen ved de ulike institusjonene lett kan preges av en “oss-og-dem”-holdning, som er med på å øke avstanden mellom pasientene og de ansatte. Denne holdningen er med på å øke bruken av skjerming og andre tvangstiltak, men også faren for overgrep og uverdigg behandling.

Litteraturliste

Aarre, Trond F. 2018. "Grunnlaget for et kunnskapsbasert psykisk helsevern." I *Psykiatri for helsefag*. Redigert av Trond F. Aarre, 39-53. Bergen: Fagbokforlaget.

Almvik, Roger, Phil Woods og Kirsten Rasmussen. 2000. The Brøset Violence Checklist: sensitivity, specificity and interrater reliability. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(12), 1284 - 1296.

Amnesty International. 2012. Verdens verste steder å være homo. *Amnesty International*. Oppdatert 17.02.2020

Hentet fra: <https://amnesty.no/verdens-verste-steder-vaere-homo>

Andreassen, Tor Arne og Afshin Ismaeli. 2021. Taliban sa at jentene skal få gå på skole og studere. Men det gjelder bare for dem som er under 12 år. *Aftenposten*. Oppdatert 03.10.2021

Hentet fra: <https://www.aftenposten.no/verden/i/47m31E/taliban-sa-at-jentene-skal-faa-gaa-paa-skole-og-studere-men-det-gjelder>

Bak, Jesper, Lene Lauge Berring og Frederik Gildberg, Jens Peter Hansen, Peter Hjorth, Rikke Jørgensen, Mette Kragh, Sanne Lemcke, Helle Schnor og Jacob Hvidhjelm. 2017. *Hvordan forebygges tvang i psykiatrien - et longitudinelt clusterstudie*. Ver 1.5.

Hentet fra: <https://bedrepsykiatri.dk/wp-content/uploads/2019/09/2017-Fors%C3%B8gsprotokol-Hvordan-forebygges-tvang-i-psykiatrien-Longitudinel-ver15-1.pdf>

Berring, Lene Lauge, Liselotte Pedersen og Niels Buus. 2016. Coping with violence in mental care settings: patients and staff member perspectives on de-escalation practices. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(5), 499 - 507.

Bjørngen, Dagfinn, Aina Storvold, Reidun Norvoll, og Tonje Lossius Husum. 2014. *Alternativer Til Tvang I : Sett Fra Et Bruker- Og Fagperspektiv : Ressurshäfte*. Vol. 2014:2. Erfaringskompetanse.no. Skien: Nasjonalt Senter for Erfaringskompetanse Innen Psykisk Helse.

Bjørnkly, Stål. 1997. *Aggresjon og vold: Teori, analyse og terapi*. Cappelen akademisk.

Bjørnkly, Stål. 2001. *Aggresjonens Psykologi : En Analyse Av Psykologiske Aggresjonsteorier*. Oslo: Universitetsforl.

Bjørnkly, Stål, Pål Grøndahl. 2016. *Psykose og vold: forskning med relevans for utregning av tilregnelighet*. Tidsskrift for Norsk psykologforening, 53 (3), 212 - 219.

Buggeland, Svein Arne, og Vilde Elgaaen. 2021. “Åpner tilsyn etter bislett-dramaet får høy prioritet”. *VG.no*. Oppdatert 10.11.2021.

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/G36BmQ/aapner-tilsyn-etter-bislett-dramaet-faar-hoey-prioritet>

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

Heggen, Fred. 2019. En oppskrift på mer vold mot ansatte i psykiatrien. *Nettavisen*.

Oppdatert 09.19.2019.

Hentet fra: <https://www.nettavisen.no/nyheter/en-oppskrift-pa-mer-vold-motansatte-i-psykiatrien/3423890869.html>

Fluttert, Frans, Berno Van Meijel, Chris Webster, Henk Nijman, Arnold Bartels, og Mieke Grypdonck. 2008. *Risk management by early recognition of warning signs in patients in forensic psychiatric care*. Arch Psychiatr Nurs. 2008 Aug;22(4):208-16.

Hiday, Viginia Aldigé. 1997. *Understanding the connection between mental illness and violence*. International Journal of Law and Psychiatry, 20(4), 399 - 417.

Ighoubah, Farid, Arild R. Hansen, Katrine Alexandra Leirmo Heiberg og Jenny Ulstein.

2021 “Sjekker også all netthistorikk og bruk av sosiale medier til 38 åringen”.

Nettavisen. Oppdatert 16.11.21

Hentet fra:

<https://www.nettavisen.no/nyheter/politiet-saumfarer-youtube-og-netflix-bruken-til-drapssiktede-espen-andersen-brathen/s/12-95-3424205527>

Isdal, Per. 2000. *Meningen Med Volden*. Oslo: Kommuneforlaget.

Johnstone, L. og Cooke, D. 2008. *PRISM: Promoting Risk Intervention by Situational Management: Strukturerte faglige retningslinjer for vurdering av situasjonsbetingede risikofaktorer knyttet til vold i institusjoner: Brukermanual*. Bergen: SIFER.

Karlsson Bengt og Marit Borg 2018. "Recovery - tradisjoner, fornyelser og praksiser" S. 617-633. referert i Aarre, Trond F., og Alv A. Dahl. *Praktisk Psykiatri*. 2. Utg. ed. Bergen: Fagbokforl.

Krug, Etienne G., James A. Mercy, Linda L. Dahlberg, Anthony B. Zwi. (red.). 2002. *The world report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.

Lillevik, Ole Greger og Lisa Øien. 2014. *Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Langeveld, Johannes, og Stål Bjørkly. 2014. *Treatment and Violent Behavior in Persons with First Episode Psychosis during a 10-year Prospective Follow-up Study*. Vol. 2014:10. Særtrykk (Høgskolen I Molde - Vitenskapelig Høgskole I Logistikk : Trykt Utg.). Molde: Høgskolen I Molde, Vitenskapelig Høgskole I Logistikk.

Møller, Mogens, og Yngve Hammerlin. 2000. *I Fars Vold*. Oslo: Kommuneforl.

Pettersen, Roar C. 2008. *Oppgaveskrivingens ABC : Veileder Og Førstehjelp for Høgskolestudenter*. Oslo: Universitetsforl.

Persson, Mats. 2021. *Hvordan Skrive En Litteraturgjennomgang? : En Praktisk Guide*. Oslo: Universitetsforlaget,

Psykisk helsevernloven. *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. Av 1999.07.02 nr. 62

Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>

Rosenqvist, Randi. 2021. Nedprioritering av psykiatriske pasienter, igjen. *Fagbladet Journalen*. Oppdatert 10.03.2021.

Hentet fra:

<https://fagbladetjournalen.no/nedprioritering-av-psykiatriske-pasienter-igjen/>

Sivilombudsmannen. 2016. Besøksrapport - universitetssykehuset i Nord-Norge HF, 26.-28.april 2016

Sivilombudsmannen. 2018. skjerming i psykisk helsevern - risiko for umenneskelig behandling. Temarapport 2018.

Skorpen, Aina og Christine Øye. 2010. Miljøterapiens bakgrunn, retninger og utfordringer. *Norsk Tidsskrift For Sykepleieforskning*, 12 (3):15-27

Skårderud, Finn, Svein Haugsgjerd, og Erik Stänicke. 2018. *Psykiatriboken : Sinn - Kropp - Samfunn*. 2. Utg. ed. Oslo: Gyldendal.

Solbjør, Marit, og Hanne Hestvik Kleiven. 2013. *Kognitiv Miljøterapi : Forskningsbasert Kunnskapssammenstilling*. Vol. Nr. 3/2013. Rapport (Nasjonalt Kompetansesenter for Psykisk Helsearbeid : Trykt Utg.). Trondheim: Nasjonalt Kompetansesenter for Psykisk Helsearbeid.

Tjora, Elisabeth. 2018. "Å være pasient i psykisk helsevern" s. 71-83 referert i Aarre, Trond F., og Alv A. Dahl. *Praktisk Psykiatri*. 2. Utg. ed. Bergen: Fagbokforl.

Vestreng, Tom og Sissel Hoffengh, 2021. "Psykolog: slik bør vi lære av Kongsberg- og Bislett-hendelsene". *Dagsavisen*. Oppdatert 22.11.2021.

Hentet fra:

<https://www.dagsavisen.no/oslo/nyheter/2021/11/22/psykolog-slik-bor-vi-laere-av-kongsberg-og-bislett-hendelsene/>

VGTV. 2021. "Den siktede mannen er Espen Andersen Bråthen (37)". Video. VG.

06:25 Oppdatert 14.10.21.

Hentet fra:

<https://www.vgtv.no/video/226647/den-siktede-mannen-er-espen-andersen-braathen-37>

Zerener, Anders. 2021. "Randi Rosenqvist blir leder i nasjonal aksjon". Dagens medisin.

Publisert 22.12.2021.

Hentet fra:

<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2021/12/22/randi-rosenqvist-blir-leder-i-nasjonal-aksjon/>