

Forståelse av pasientaggresjon og forklaringer på nedgang i voldsrate ved Regional sikkerhetsavdeling,

Ragnar Urheim



Dissertation for the degree philosophiae doctor (PhD)
at the University of Bergen

2014

Dissertation date: 20 mars

Summary

A reduced amount of violence in a regional high security psychiatric ward - what happened and how to describe main dimensions of patient aggression?

This thesis is based on 17 years of clinical data and experience from a forensic high security psychiatric ward. While description of violence rate in general points to large cultural and historical variation and considerable diversity in expression, the literature on psychiatric inpatient violence rate is sparse and mainly treats aggression as a homogenous phenomenon. Firstly, the aim of the thesis is to describe changes in ward variables during a period of 18 years and to apply these in exploring plausible explanatory variables for the observed reduction in violence rate during the middle part of this period. Secondly, in order to gain a more comprehensive understanding of patient aggression we also tested a 3-factor model of motivations for violent behaviour in inpatients in a forensic high security unit.

Firstly, using historical-documentary methods, we documented a change in regime during the observation period of 17 years, allowing increased patient autonomy. This co-occurred with changes in ward staff and quality of treatment methods. Staff with experience from this part of the 17-year period, were interviewed about their explanations of the decline in violence rate. They suggested several explanatory variables for this decrease, whereof some of them addressed contextual factors. These were then formally tested by visually comparing the development in each suggested variable with the development in inpatient violence. This approach falsified some of the suggested explanations. Among those not falsified, introduction of procedures of post-incident interviews and increased ratio of female staff were the most frequent mentioned.

Secondly, a common feature of the suggestions was more individualized treatment of patients. Confirmatory factor analysis of data based on staff's evaluations of incidents supported the 3-factor model of patient aggression with factors for irritable, instrumental and defensive aggression. Irritable was the most prevalent type of aggression in this context, followed by instrumental and defensive.

The findings indicate that transforming a restrictive ward regime into allowing more patient autonomy quality of treatment can co-occur with reduced inpatient violence, but the research design does not allow us to conclude about causal relationship. Other variables suggested by experience clinicians to be relevant explanatory factors for the reduced violence incidence are staff qualities, improved management of risk situations and violence, promoting staff-patient cooperation, and more individualized treatments. All these factors changed at the time of the reduced violence incidence, and can thus have caused the reduced incidence of violence.

INNHOLDSFORTEGNELSE:

Summary	1
Takk til bidragsytere	4
Forord	6
Sammendrag	7
<i>Mål</i>	7
<i>Metode</i>	7
<i>Resultat</i>	8
<i>Konklusjon</i>	9
Forkortelser	10
Oversikt over artikler	11
Bakgrunn for PhD-prosjektet	12
<i>Utfordringer i arbeidet med denne pasientgruppen</i>	12
<i>Tiltak for å møte slike utfordringer.</i>	13
<i>Noen erfaringer og funn frem til prosjektstart</i>	13
<i>Endringer i pasientens livssituasjon</i>	14
<i>Endringer i arbeidsmåter</i>	14
<i>Bruk av aggresjonsdata for å evaluere endringer</i>	14
<i>Problemstillinger og spørsmål</i>	15
<i>Utfordringer for det videre prosjektet</i>	16
Litteraturgjennomgang	17
<i>Aggresjon og vold</i>	17
<i>Sinnslidelse og voldsproblemer</i>	18
<i>Voldsproblemer hos inneliggende pasienter</i>	19
<i>Faktorer knyttet til vold i institusjon</i>	19
<i>Organisasjon og ledelse</i>	20
<i>Personalkarakteristika</i>	20
<i>Kultur og postregler</i>	20
<i>Normer og sikkerhetsstandarder</i>	21
<i>Samspill mellom pasienter og personale</i>	21
<i>Voldsreducerende tiltak</i>	22
Mål for prosjektet	23
Metode	24
<i>Retrospektiv tilnærming og metodisk avklaringsprosess</i>	24

<i>Datagrunnlag</i>	25
<i>Aggresjonsdata</i>	25
<i>Rømmingsdata</i>	25
<i>Pasientopplysninger</i>	25
<i>Reliabilitet i kliniske data</i>	26
<i>Miljø og regimedata</i>	26
<i>Design og grunnlag for valg av metodiske tilnærminger</i>	26
<i>Metodiske tilnærminger i de ulike delene av prosjektet</i>	27
<i>Undersøkelse av avdelingens historisk utvikling</i>	27
<i>Utfordringer</i>	27
<i>Innsamling og bearbeiding av data</i>	28
<i>Sjekk av fremstilling av historisk forløp</i>	28
<i>Konkluderende slutninger</i>	29
<i>Forklaring av redusert voldsrate</i>	29
<i>Utfordringer</i>	29
<i>Egnetet for statistisk hypotesetesting</i>	29
<i>Løsninger</i>	30
<i>Dimensjoner ved aggressiv atferd</i>	31
<i>Utfordringer</i>	32
<i>Løsninger</i>	32
<i>Tiltak og vurderinger knyttet til fagetisk holdbarhet</i>	33
<i>Undersøkelse av egen arbeidsplass</i>	33
<i>Fagetiske/-politiske spørsmål</i>	33
<i>Bruk av sensitive opplysninger</i>	34
Resultat	36
<i>Kjennetegn ved avdelingens utvikling</i>	36
<i>Forklaringer på redusert voldsrate</i>	36
<i>Dimensjoner ved pasientaggresjon</i>	37
Diskusjon	38
<i>Hva kom frem i undersøkelsene?</i>	38
<i>Hva er nytt?</i>	38
<i>Undersøkelsens styrke</i>	39
<i>Begrensninger</i>	39
<i>Begrensninger ved første del av prosjektet</i>	40
<i>Begrensninger ved den historiske undersøkelsen</i>	40
<i>Begrensninger ved forklaring av redusert voldsrate</i>	41
<i>Evaluering av forklaringer ut fra Bradford Hills kriterier</i>	42
<i>Begrensninger ved undersøkelse av aggresjonsdimensjoner</i>	43
<i>Bidrag til faglitteraturen</i>	43
<i>Klinisk relevans</i>	46
<i>Ettersamtale som bidrag til økt samarbeid</i>	46
<i>Avveining av restriktive tiltak opp mot pasientautonomi</i>	46
<i>Kvalitetssikring av behandlingsmiljøer</i>	46
<i>Forståelse av variasjon i pasientaggresjon</i>	46
<i>Videre forskning</i>	47
<i>Konklusjon</i>	48
Litteratur	50

Takk til bidragsytere

En viktig fase i forkant av PhD-prosjektet var da vi begynte å vurdere ulike tilnæringer for å få en bedre forståelse av den reduserte voldsraten. Dette skjedde ikke så lenge etter at Tom Palmstierna ble tilknyttet kompetansesenteret. Sammen med Knut Rypdal hadde vi et fruktbart samarbeid da vi utforsket data ut fra ulike perspektiver. Knut gjorde en omfattende innsats som bidro til videre kvalitetssikring av data og tilrettelegging av supplerende datakilder for å kaste lys over voldstrender og -mønstre. Hans innsats mht. databearbeiding og beregninger og Tom sin støtte på løpende tilbakemeldinger og veiledning for øvrig har vært svært verdifulle.

En avgjørende inngang til prosjektet var samarbeidet med Arnstein Mykletun, som etter noen år med mer avgrenset veiledning overbeviste meg om at det lå interessante muligheter i data utover skriving av enkeltstående artikler. Han må berømmes for tydelige veivalg og kreative løsninger for hypotesetesting. Videre gjennomføring ble gjort mulig takket være at min arbeidsgiver Helse Bergen har gitt meg rammer for å tilrettelegge arbeidet, og at jeg har fått delta i PhD-programmet ved Psykologisk Fakultet ved Universitetet i Bergen.

Ellers bygger prosjektet særlig registreringer som er gjennomført ved Regional sikkerhetsavdeling, jevnt og trutt over mer enn to tiår. En takk til de mange medarbeiderne som har bidratt her og på andre måter. Dette gjelder særlig Dagfinn Jakobsen for dedikert engasjement gjennom hele perioden, og som medansvarlig for satsing på gode kliniske data generelt. Vi har hatt løpende refleksjoner omkring pasientagresjon i tillegg til de fleste tenkelige faglige problemstillinger i hele denne perioden. Forhistorien til mye av det som er tatt opp i dette prosjektet ligger i daglige samtaler på vei til jobben og gjennom åpne nabodører. De som delte sine erfaringer gjennom fokusgruppe og individuelle intervjuer skal også ha takk for innsatsen

Bidrag og inspirasjoner fra inspirerende og engasjert personalmiljø har også betydd mye. Håndtering av risikosituasjoner var tema fra oppstart, og avdelingens kunnskap ble oppsummert i en bokutgivelse etter iherdig innsats fra en forfattergruppe på slutten av 90-tallet. Bidrag utenfra har også betydd mye. Gary Vanden Bos har gjennom sine hyppige besøk vært en viktig samtalepartner. Ved siden av hans inspirerende og kreative måter å få pasienter i tale, hadde han bl.a. hatt en aktiv rolle i utvikling og evaluering av etter-samtaleprosedyren og i avklaring av aggresjonsdimensjoner. Nitti-tallet var for øvrig preget av faglig nyskaping og kontakt med andre fagmiljøer. Stål Bjørkly var innom noen ganger mot midten av nittitallet, og inspirerte oss bl.a. til innføring av etter-samtale. Kirsten Rasmussen gav betydelig støtte ved innføring av rutiner for PCL-R og HCR-20 og utvikling av pasientregister.

Etablering av kompetansesenteret gav rom for systematisk arbeid. Den uttalt positive innstillingen som Siri Nome har hatt til mine prosjekter og det frie spillerommet hun har gitt meg har vært viktig. Betydningen av våre internasjonale tilknytninger viste seg også ved bidraget fra Stephen Hart ved tilrettelegging og publisering av en tidligere artikkel om pasientagresjon. Dette arbeidet ledet til en større innsats for å kvalitetssikre SOAS-databasen. Katrine Eik og Håkon Haugland ytte her viktige bidrag i forbindelse med at de skrev en masteroppgave i psykologi om aggresjonstrender. Kommentarer og tilbakemeldinger på artikkelutkast fra David Cooke utgjorde også viktige bidrag. Øvrige medarbeiderne ved kompetansesenteret har også bidratt gjennom et fruktbart faglig miljø med løpende diskusjoner og kommentarer.

David Nussbaum gav viktige innspill til gjennom sin presentasjon av en 3-faktormodell for pasientagresjon og ved videre kontakt for å prøve denne ut. Under veiledning av Arnstein bidro

Dagfinn Jakobsen og Helge Hoff i arbeidet med å utvikle et redskap til løpende klinisk bruk og med oppsummering av foreløpige funn. Medforfatterbidrag fra Helge Hoff på begrepsavklaringer og Ole Melkevik på teknisk bistand ved konfirmatorisk faktoranalyse til artikkelen om aggresjonsdimensjoner har også vært viktige.

En takk også til min kone Haldis Urheim som tålmodig og positiv har støttet prioriteringer og tidsbruk i forbindelse med skriving av avhandlingen, særlig siste året, og for å være en viktig samtalepartner.

Forord

Avhandlingen er skrevet mot slutten av et langt arbeidsforhold og med utgangspunkt i data fra mer enn 20 års drift ved en regional psykiatrisk sikkerhetsavdeling. Fra oppstart vurderte vi gode data som vesentlige for kvalitet i behandling og sikkerhet. Vi utviklet et register som kunne bidra til oversikt og forståelse av aggresjonsmønstre og påvirkningsfaktorer, uten at det lå forskningsambisjoner i dette. Etter hvert som erfaringer og data har økt, dukket spørsmål om mønstre og sammenhenger opp. Å undersøke hypoteser i etterkant av datainnsamling og ut fra erfaringer fra egen arbeidsplass, på en måte som tilfredsstillende krav til pålitelighet og gir grunnlag for holdbare konklusjoner, utgjør en betydelig utfordring. Vi håper at funnene våre kan bidra til videre kunnskapsutvikling i feltet.

Det har vært en betydelig fagutvikling i denne perioden. Vi vet mer om pasientgruppen, om egenskaper ved pasientaggresjon og om risikofaktorer for voldsatferd. Samtidig er det fortsatt betydelige kunnskapshull, særlig omkring hvordan samhandling mellom pasienter og personale virker inn på forekomst av vold. Mye av behandlingen av pasienter med alvorlige voldsproblemer er fortsatt i liten grad evidensbasert. Hvordan oppnå klinisk relevant kunnskap omkring dette? Utfordringer i feltet er få pasienter, lang tidshorison for å oppnå og evaluere endringer, ulik organisering av tjenester og vanskelig kontrollerbare betingelser. Dette reduserer mulighet for bruk av randomiserte og kontrollerte design og begrenser mulighet for å undersøke hvordan spesifikke intervensjoner kan slå ut. Undersøkelse av miljørelaterte tiltak vil innbefatte komplekse variabler, der slike design kan være urealistiske. Supplerende strategier kan være nødvendige, der ulike typer erfaringer fra praksis kan utgjøre et bidrag.

Vårt fokus på aggresjon og voldsrisiko var i utgangspunktet praktisk-klinisk og dreiet seg om endringsforløp hos enkeltpasienter. Ut fra erfaringer og akkumulerte datatrender ble vi etter hvert interessert i sammenhenger på avdelingsnivå og for samlet pasientgruppe. Utvikling av personalkompetanse og oppsummerte erfaringer bidro til formulering av prinsipper for aggresjonshåndtering og videre i bokutgivelse. Ambisjoner om skriftlig systematisering og utforskning av aggresjonsdata økte også etter hvert, særlig i forbindelse med at en betydelig reduksjon i voldsrate viste seg. Utvikling av metodisk tilnærming til dette skjedde gradvis, og flere avklaringer og valg ble først gjort etter oppstart av PhD-prosjektet.

Tilnærmingen er også i begrenset grad teoristyr, noe som er i samsvar med en grunnleggende pragmatisk holdning som synes å prege dette fagfeltet. Dette kan henge sammen med de umiddelbare utfordringene, men også i mangfold og appell ved arbeidet med denne pasientgruppen. Dette vil påvirke avhandlingen. Det er behov for kunnskap som er praktisk relevant, og teoretiske ambisjoner har vært underordnet ønske om å oppnå kunnskap om hva som påvirker pasienter og hva som kan bidra til fagutvikling. Et viktig motiv for arbeidet også har vært generell nysgjerrighet overfor fenomenet menneskelig aggresjon. Jeg håper imidlertid at avhandlingen også kan illustrere Azrins (2009) understreking av betydningen av å oppsummere og formulere klinisk erfaring før den forsvinner.

Sammendrag

Mål

Ut fra aggresjonsdata og pasientopplysninger over to tiår, og med bakgrunn i kliniske erfaringer, tar avhandlingen opp aspekter ved pasientaggresjon ved en psykiatrisk sikkerhetsavdeling. Kan vi ut fra dette perspektivet og datagrunnlaget trekke konklusjoner om sammenhenger og mønstre? Kan beskrivelse av langtidsendringer ved avdelingen bidra til å forklare redusert voldsrate? Hva kan karakterisere sentrale dimensjoner ved pasientaggresjon? I tre artikler er sentrale utviklingstrekk ved avdelingen undersøkt, sannsynlige forklaringsvariabler for redusert voldsrate vurdert og sentrale dimensjoner ved aggressive episoder søkt beskrevet.

Litteraturen omkring aggresjonsproblemer hos inneliggende psykiatriske pasienter tar bl.a. opp individuelle risikofaktorer og epidemiologi, registreringsmetodikk, risikovurdering, tvangsbruk og andre håndteringsmåter knyttet til sikkerhet, behandlingstiltak og ulike miljøfaktorer. Kunnskapsgrunnlaget for tiltak varierer. Bruk av tvangsmidler og andre former for risikohåndtering er i stor grad basert på lokale eller nasjonale tradisjoner og kjennetegnet ved betydelig variasjon. Miljørettete, psykologiske, og medikamentelle behandlingsmetoder er større grad basert på teori, klinisk erfaring eller forskning. Evidensnivået i feltet er imidlertid generelt lavt og det foreligger få randomiserte og kontrollerte forsøk i den grad problemstillinger er egnet for slik tilnærming.

Mål for prosjektet var å beskrive endringer i avdelingen gjennom en 18-årsperiode med vekt på pasientautonomi, risikoatferd og måter å håndtere denne på, samt å undersøke mulige årsaker til endringer. Med bakgrunn i dette var et neste mål å identifisere faktorer som kan forklare en betydelig reduksjon i voldsrate. Videre ble gyldigheten av en 3-faktormodell for å beskrive sentrale sider ved pasientaggresjon undersøkt.

Metode

For å undersøke endringer ved avdelingen, forhold omkring redusert voldsrate og karakteristika ved pasientaggresjon vil data som omhandler aggressive episoder stå sentralt i alle artiklene. Redskapet SOAS/SOAS-R har vært brukt for å registrere aggressive episoder siden avdelingens oppstart i 1989. De to første artiklene tar utgangspunkt i en redusert voldstrend i perioden 1990-2006 der datagrunnlaget var de alvorligste episodene vurdert ut fra en alvorlighetsskala. Tilnærmingen har her vært retrospektiv der problemstillinger delvis er presisert underveis, der sider ved metodikken ble videreutviklet. Artikkel 3 bygger på personalets vurdering av aggresjonsutøver i etterkant av episodene ved bruk av en tilleggs-skala fra 2006, konstruert ut fra en 3-faktormodell med affektive, instrumentelle og defensive dimensjoner.

For å identifisere variabler som kunne forklare den reduserte voldstrenden beskrev første artikkel endringer i pasientautonomi, risikoatferd og håndteringsmåter. Ett sett med variabler gjaldt pasientegenskaper. Avdelingens oppgave var å dekke behovet for psykiatrisk behandling av pasienter med de alvorligste voldsproblemene i Helseregion Vest. Alle pasienter med liggetid over 90 døgn er tatt med i undersøkelsen, både av praktiske grunner, men også at de må antas å være typiske regionale pasienter. Disse representerte 98,3 % av de totale liggedøgn og 98, % av alle voldsepisoder. De er

diagnostisert/re-diagnostisert etter ICD-10 og skåret med risikovurderingsinstrumentet HCR-20, innbefattet redskapet PCL-R.

Kontekstuelle variabler knyttet til historiske hendelser, avdelingsregime og personalkjennetegn er også undersøkt på bakgrunn av en rekke skriftlige og muntlige kilder. Ut fra sammenfatning av ulike data fra ulike kilder som pekte mot samme konklusjon (triangulering) ble mål for artikkelen utvidet til også å undersøke endring i pasientautonomi som et sentralt utviklingstrekk ved avdelingen i perioden.

For å identifisere plausible forklaringsvariabler for en varig og stabil reduksjon i voldsrate, ble hypoteser med grunnlag i data fra første artikkel undersøkt i artikkel 2. Forutsetninger for å teste hypoteser statistisk ble vurdert ikke å være til stede. Det ble derfor valgt å undersøke forklaringshypotesene til personale med erfaring fra avdelingen i de aktuelle årene, gjennom strukturerte intervju. Disse ble sammenholdt med variabler fra den historiske undersøkelsen, presentert som trendgrafer eller som tidslinjer der endringspunkter var markert. Vurdering av forklaringsvariabler ble gjort ut fra samsvar mellom variabel- og voldsgraf. Tilleggshypoteser, bestemt ved innholdsanalyse av intervjuetekst, supplerte de valgte og empirisk undersøkte variablene.

For å undersøke en tredimensjonal tilnærming til pasientagresjon undersøkte tredje artikkel dimensjoner i pasientagresjon og bygget på kliniske skårer utført av personale etter å ha blitt eksponert for aggresjon. En 13-ledds skala med utgangspunkt i en 3-faktormodell lå til grunn for skåringen. Ut fra klinisk erfaring ble ledd som dekket irritasjonsrelaterte, instrumentelle og defensive tema beskrevet og justert ut fra eksploratorisk faktoranalyse. Leddene ble så lagt inn i registreringsrutinen som en del av SOAS-skjema. Modellen ble evaluert ved bruk av eksploratorisk og konfirmatorisk faktoranalyse av 1651 episoder der 28 pasienter var involvert.

Resultat

Den første artikkelen beskrev aspekter ved økt pasientautonomi i løpet av perioden. Bruk av makt i risikosituasjoner og av inngripende tiltak og press for å oppnå deltakelse i behandlingsaktiviteter ble redusert. Restriksjoner på pasienters livsutfoldelse ble også redusert. Dette skjedde særlig i midtre del av 18-årsperioden. Disse årene skjedde det også en utvikling mot mer individualiserte og dynamiske rutiner for behandling og risikohåndtering. Personalgruppen endret seg også på flere områder. I tillegg til færre voldepisoder, ble konsekvenser av disse mindre alvorlig og antall rømminger noe lavere.

Personalets forklaringer av redusert voldsrate pekte i hovedsak på endringer i behandlingsregime og til egenskaper ved personalgruppen. Særlig implementering av behandlings- og vurderingstiltak, økt utdanningsnivå og økt andel kvinnelig personale kom frem som foretrukne forklaringer. Disse hypotesene viste seg akseptable etter sammenligning mellom variabel- og voldstrend. Disse forslagene til forklaringsvariabler samsvarte i hovedsak med tilleggshypoteser ut fra intervjuetekst.

Ut fra konfirmatorisk faktoranalyse var 3-faktormodellen akseptabel, selv om den ikke passet perfekt til data. Leddene ladet i hovedsak som predikert, og modellen gjorde rede for 61 % av varians i data. Episoder med høyest skåre på irritasjonsutløste ledd var de vanligste. En stor andel av episodene hadde irritasjonsutløste og instrumentelle kjennetegn samtidig. Psykopati var knyttet til episoder med høye verdier på instrumentelle, men også irritasjonsrelaterte dimensjoner, og lave på defensive.

Konklusjon

Gjennom den undersøkte perioden var avdelingen kjennetegnet av utvikling mot et mindre restriktivt regime, uten at dette førte til økt risikoatferd hos pasienter. Dette kan knyttes til endringer i personalsammensetning, sentrale arbeidsmetoder og holdninger til risiko og avvik. For å forklare den reduserte voldsraten ble kontekstuelle faktorer trukket frem. Særlig plausible forklaringsvariabler ble vurdert å være samtaler mellom partene etter voldsepisoder, økt kvinneandel i personalgruppen og annen tilrettelegging av pasientbehandling og faglig utvikling. Dimensjonene irritasjonsutløst, instrumentell eller defensiv ble funnet å kjennetegne aggressive episoder og data støttet denne 3-faktormodellen. Episoder med irritasjonsrelaterte kjennetegn var vanligst, men ofte med samtidig innslag av instrumentelle kjennetegn.

Til tross for begrensninger knyttet til retrospektivt design, risiko for «bekreftelses-bias», og begrenset generaliseringsverdi knyttet til lite antall pasienter, bidro gode kliniske data og langsiktig perspektiv til funn med relevans for faglitteraturen. Beskrevne endringer i avdelingskultur støtter litteratur som betoner betydningen av aversive sider ved institusjonsmiljøet som risikofaktor for pasientvold, betydning av relasjonell sikkerhet, og som peker på konsekvenser av restriktive risikohåndteringstiltak ut fra null-toleranseprinsippet for vold. Sammenheng mellom denne endringsprosessen, endret personalsammensetning, faglig utvikling og redusert voldsrate illustrerer faglige prinsipper men også tema som ikke er beskrevet tidligere. Dette gjelder effekt av økt kvinneandel og innføring av etter-samtale, der betydning av individuell tilnærming og samarbeid omkring risiko ble illustrert. 3-faktormodell for pasientagresjon, der defensiv agresjon kom ut som en dimensjon, og med et betydelig innslag av instrumentell agresjon, er heller ikke beskrevet tidligere.

Funnene viser betydningen av gode kliniske dataregistre og langsiktige perspektiver, mulighet for evaluering av behandlingsmetoder knyttet til miljøbehandling, og for en mer inngående forståelse av variasjon ved aggressiv atferd.

Forkortelser

BVC: Brøset Violence Check list

CFA: Confirmatory Factor Analysis

CFI: Comparative Fit Index

ERM: Early Recognition Method

EFA: Exploratory Factor Analysis

HCR-20: Historical Clinical Risk management

ICC: Intra-class Correlation Coefficient

PCL-R: Psychopathy Check List – Revised

PRISM: Promoting Risk Intervention by Situational Management

REK: Regional Etisk Komite

RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation

SOAS: Staff Observational Aggression Scale

SOAS-R: Staff Observational Aggression Scale – Revised

TERMA: Terapeutisk Møte med Aggresjon

WAS: Ward Atmosphere Scale

Oversikt over artikler:

Urheim R, Palmstierna T, Rypdal, K and Mykletun A. Patient Autonomy versus Risk Management: A Case Study of Change in a High Security Forensic Psychiatric Ward. *International Journal of Forensic Mental Health*, 2011; 10(1), 41-51

Urheim R, Palmstierna T, Rypdal K and Mykletun A. Explanations for reduced violence in a high security forensic psychiatric ward. Innsendt til *International Journal of Forensic Mental Health*

Urheim R, Rypdal K, Melkevik O, Hoff H, Mykletun A and Palmstierna T. Motivational dimensions of inpatient aggression. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 2013; Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com) DOI: 10.1002/cbm.1894

Bakgrunn for PHD-prosjektet

Norsk sikkerhetspsykiatri var tidligere knyttet til Reitgjerdet sykehus, vedtatt nedlagt i 1982 etter kritikk av manglende behandlingsstandard og rettssikkerhet. Sikkerhetsavdelingen ved Sandviken sykehus var en av fire regionale enheter som tok over oppgavene. Den åpnet i 1989 med ansvar for omsorg og behandling av sinnslidende pasienter med alvorligst voldsrisiko i Helseregion 3 i nybygde lokaler med gode behandlingsressurser (1). De 10 plassene dekker en region med en befolkning på noe under en million innbyggere. Formålet med avdelingen er todelt. Voldsrisiko må håndteres og sikkerhet for pårørende, allmennhet, medpasienter og personale må være forsvarlig. Behandling av sinnslidelse er et annet mål. Dette innebærer også forebygging av vold og at ivaretagelse av livskvalitet. Disse to målene står i forhold til hverandre ved at sikkerhetstiltak kan gjennomføres på en terapeutisk måte, og behandlingstiltak sikter mot å redusere voldsrisiko.

PhD-prosjektet bygger på data fra avdelingens oppstart i 1989, frem til 2006 for historiske opplysninger og til 2011 for kliniske data. Kliniske erfaringer som ble gjort i perioden er viktig for å forstå problemstillingene som er utgangspunktet for de tre artiklene i prosjektet. Funn som ikke beskrives i artiklene, er også relevante for prosjektet. Derfor vil jeg innledningsvis gå gjennom erfaringer og tidligere funn for å gi et bilde av forløpet frem til start av prosjektet.

Utfordringer i arbeidet med denne pasientgruppen.

Omsorg for og behandling av denne pasientgruppen kan være krevende ut fra de motsetningsfylte målene om behandling og sikkerhet. I tillegg til psykoselidelse vil pasientene ofte også kjennetegnes ved personlighetsforstyrrelse og rusproblemer. De er i hovedsak underlagt et tvangsregime, kan ofte avvise tilbud om omsorg og behandling og uttrykke dette på en belastende måte. I tillegg til ambivalens, manglende samarbeidsevne og lav motivasjon for behandling er behandlingsresistente symptomer vanlige. Aggresjon og annen utfordrende atferd preger ofte symptom bildet, og de fleste av pasientene utøver vold, til dels hyppig, under oppholdet.

Slike forhold øker risiko for autoritære holdninger og verdier som vektlegger restriksjoner og tvang på bekostning av at individuelle behov imøtekommes (2). Slik praksis kan lett komme i konflikt både med menneske- og pasientrettigheter og medvirke til behandlingspessimisme og mangel på faglige ambisjoner. Forsøk på å endre slike forhold ved liberaliseringstiltak har ført til uforsvarlig praksis og svekket sikkerhet. En rapport fra sikkerhetssykehuset Ashworth i England omkring årtusenskiftet beskriver en slik utvikling. Her fikk pasienter gradvis aksept for aktiviteter som innebar klare brudd på elementære sikkerhetsregler og normer, med påfølgende alvorlige hendelser, medieoppslag og politisk reaksjoner (3).

Betydning av forutsigbarhet og konsistens i miljøbehandlingen står sentralt. Avveining mellom restriksjoner og tvangsbruk og livskvalitet og utviklingsmuligheter vil være en løpende utfordring. Denne motsetningen kommer hyppig frem i den pågående debatten om omfang av tvangsbruk innen psykisk helsevern. Det er funnet en betydelig variasjon i praksis ved ulike miljøer (4), noe som viser at utforming av et optimalt restriktivt nivå kan være svært krevende. Motsetninger kommer også ofte frem i mediebildet. Enkelte reportasjer kritiserer urimelig tvangsbruk, mens det i andre sammenhenger blir uttrykt kritikk av manglende restriksjoner for pasienter som antas å representere risiko.

Å arbeide i dette feltet innebærer også en rekke andre utfordringer. Alvorlige handlinger kan medføre vanskelige moralske vurderinger ut fra usikkerhet om pasientens ansvarsevne. Personalet forventes å

reagere, samtidig som det er vanskelig å finne gode reaksjonsmåter. Kontroll av utfordrende atferd er nødvendig samtidig som sanksjoner og disiplineringsforsøk oppleves krenkende eller uhensiktsmessige. Avveining mellom nærhet og avstand kan også være krevende der man står overfor pasienter med stort repertoar av beregnende regelbrytende atferd. Kroniske tilstander, tilbakefall eller liten behandlingseffekt kan oppleves faglig utilfredsstillende og føre til behandlingspessimisme. Slike utfordringer medfører arbeidsmiljøbelastninger med risiko for utbrenning.

Tiltak for å møte slike utfordringer.

Erkjennelse av ulike utfordringer lå til grunn for hvordan vi forberedte personalrekruttering, innføringsprogram og rutiner da avdelingen startet opp i 1989. Det ble lagt vekt på utbrenningsrisiko og på forebyggingsprogram, bl.a. ved debriftingsrutiner. Vi uttrykte høye faglige ambisjoner, der bl.a. betydningen av å bygge opp gode behandlingsrelasjoner ble fremhevet. Selv om god kvalitet på behandling ble understreket, ble omfattende sikkerhetsrutiner prioritert høyest. Vi la også lagt vekt på utvikling av kompetanse på terapeutisk mestring av vold, på å fremme gode relasjoner og samarbeid med pasientene og på å forebygge utvikling av kustodiale trekk ved avdelingskulturen ved seleksjon av personale.

Ved oppstart ble det også lagt vekt på kompetanse i å møte risikoatferd hos pasienter på en trygg men samtidig respektfull måte. Det ble også lagt vekt på å utvikle egen trenerkompetanse på opplæring av personalet i kommunikasjonsferdigheter og fysisk mestring. Trening på dette området fortsatte som en del av avdelingens løpende program, noe ujevnt etter hvor presserende behovet ble opplevd.

Ut fra forventning av omfattende aggresjonsproblemer ble oversikt over og forståelse av slik atferd vurdert som et viktig innsatsområde. Derfor valgte vi fra oppstart å ta i bruk kartleggingsredskapet Staff Observational Aggression Scale (SOAS) (5). Dette gir informasjon om sentrale sider ved hendelsesforløp og omstendigheter omkring aggressive episoder fylles ut raskt og enkelt. Rutiner for dette ble gjennomgått før inntak av de første pasientene, og alle episoder er siden registrert. Aggresjonsdata har siden rutinemessig blitt brukt ved behandlingsevaluering, vurdering av individuelt risikobilde og oppsummeringer av miljøbelastninger og utfordringer på post- og avdelingsnivå. Slik praksis kan ha bidratt til at registreringsrutinene har vært i kontinuerlig bruk over mer enn to tiår.

Noen erfaringer og funn frem til prosjektstart

Endringer i pasientenes livssituasjon.

Pasienter som ble lagt inn i 1989 hadde ikke anledning til å gå aleine ut av avdelingen, uansett tilstand og risikonivå. I en periode var også kroppskontakt mellom pasienter forbudt. Aktivitetsprogram og lengre turer ut av avdelingen ble i hovedsak gjort i gruppesammenheng. Tilgang på kaffe og mulighet for å få fyr på røyk var tidsbegrenset, og det var klare begrensinger på tilgang på private ting på rom. Alvorlige avvik, og i særlig grad trusler, hadde umiddelbare konsekvenser i form av forflytning til skjermingspost. Pårørende og andre besøkende hadde ikke adgang til pasientpostene. Det var liten gjennomstrømming av pasienter, og de fleste ville oppholde seg på avdelingen i mange år. Fra midten av perioden var det relativt vanlig at pasienter i gode perioder med lavt risikonivå fikk gå ut aleine. Pasientgjennomstrømming økte, og pasienter ble raskere skrevet ut til andre tilbud når de var ferdigbehandlet. Mot slutten av perioden var både aktiviteter og lengre turer ut oftest gjennomført ut fra individuelle ønsker og behov. Over flere år ble det holdt årlige hageselskap der pårørende fikk tilgang til poster og utearealer. Pasienter fikk anledning til å ha en rekke eiendeler som mobiltelefon

og PC, det var til og med kjæledyr i posten. Avvik og trusler ble i høyere grad vurdert ut fra individuelt risikobilde og håndtert ut fra skjønn.

På noen områder ble også rettigheter innskrenket. Røykeloven førte til restriksjoner, og etter en vanskelig situasjon ble det innført en regel om at kun en pasient fikk oppholde seg på røykestuen om gangen.

Endringer i arbeidsmåter.

Utilfredshet knyttet til sterk vektlegging av sikkerhet de første årene kan ha bidratt til at det ble gjennomført en arbeidsmiljøundersøkelse (6). Et sentralt funn her var en generell opplevelse av lavt faglig ambisjonsnivå og manglende mål for pasientbehandling. I året etter rapporten ble det iverksatt endringer i ledelse, omorganisering av drift og utvikling av mer ambisiøse program for aktiviteter og andre behandlingstiltak. De neste årene var kjennetegnet av aktiv fagutvikling på flere områder og også av økt kontakt med et videre fagfelt. Nye redskaper og rutiner ble implementert, og det skjedde en endring i forståelsesmåte og begreper knyttet til voldsrisiko. Fra å snakke om farlighet som en egenskap ved individet, ble individkarakteristika, situasjonelle forhold og forhold mellom statiske og dynamiske risikoaspekter betont som sentrale elementer ved analyse av voldsrisiko i samsvar med endringer i fagfeltet. Avgjørelser om hvilke restriksjoner pasientene ble underlagt, som f.eks. rammer for bevegelsesfrihet, tok i større grad utgangspunkt i pasientens aktuelle tilstand og situasjonsbetingelser.

Siste halvdel av 90-tallet ble intern trening i håndtering av risikosituasjoner gjort mer systematisk med økt vekt på forståelse av aggresjonsutøver. En gruppe med ansvar for vedlikehold og utvikling av slik kompetanse gav ut en bok om emnet (7). Boken lå til grunn for videre programutvikling, i tillegg til at den er benyttet som pensum ved ulike 3-årige helseutdanninger. Denne kompetansen er seinere videreutviklet i klinikkens program (TERMA) og mye etterspurt utenfor avdelingen, også i utlandet (8-10).

Bruk av aggresjonsdata for å evaluere endringer i regime.

Informasjon fra registrerte aggressive episoder ble primært brukt for å forstå aggresjonsmønstre og utvikling hos enkeltpasienter. Data på avdelingsnivå viste seg etter hvert også å være egnet til å evaluere virkninger av nye prosedyrer og andre miljøendringer. Et eksempel på dette var da betydelige innskrenkinger ble iverksatt over lengre tid etter en alvorlig voldsepisode, noe som kan ha medført økt stress og frustrasjonsnivå for flere pasienter. Tiltaket ble fulgt av økt voldsrate ved en av postene over mer enn et halvår.

Et annet eksempel gjelder registrering av foranledninger for aggressive episoder. På SOAS-skjemaet kan det krysses av for «ingen observert foranledning» for episoden. Mens dette forekom i ca. 40 % av episodene i de første fem årene, sank andelen med gjennomsnittlig over 30 % de fem neste årene etter innføring av strukturerte samtaler i etterkant av voldsepisoder. Vi antok at dette kunne knyttes til at personalet fikk økt forståelse av enkeltpasienters perspektiv på episoden. Rutinen ble positivt evaluert av personalet og også godt mottatt av pasienter. Rutinen tett fulgt opp og evaluert over noen år og har siden vart ved. Selv om andelen av «ingen observerte foranledninger» steg noe, var den fortsatt godt under opprinnelig nivå etter 11 år (11). Det er også funnet andre endringer i aggresjonsmønstre som kan knyttes til forandring i program. Andel av episoder utløst av «krav om aktivitet» økte betydelig og «pasienten nektes noe» falt da strukturert aktivitetsprogram ble innført. Dette mønsteret ble reversert etter at programmet opphørte (11). Vi vurderte også om forhold som førte til slike endringer i aggresjonsmønstre også kunne ha påvirket reduksjon i rate.

Endring i døgnprofil for aggressive episoder viste seg også etter innføring av strukturert aktivtetsprogram, noe som bl.a. innebar økte krav til pasientdeltakelse (11). I forkant viste episodene en gradvis økning fra formiddag og utover dagen, og hadde en topp ut på ettermiddagen. Det nye programmet startet på morgenen, og det ble fra nå av registrert en økt aggresjonshyppighet i den aktive tiden på formiddag, med økte krav til pasientene. Samtidig skjedde det en betydelig nedgang i samlede episoder, slik at for resten av døgnet var reduksjonen markert. Etter bl.a. lovendringer som reduserte adgang til inngripende tiltak falt programmet etter hvert bort. Dagsprofilen for aggressive episoder ble reversert, imidlertid uten at den totale aggresjonsraten ble påvirket (11).

Redusert aggresjonsrate over en tiårsperiode er beskrevet i en tidligere publikasjon (12). Dette mønsteret kom tydeligere frem ved anvendelse av en alvorlighetskala som tillot en avgrensning mellom alvorlige og mindre alvorlige episoder (13). I vår videre beskrivelse av voldstrender har vi fulgt en konvensjon for slikt skille der kun episoder med fysisk vold eller alvorlig trussel blir tatt med (14). Ved å bruke dette skillet blir trendutviklingen tydeligere enn i den første publikasjonen. Trenden for 17-årsperioden kan deles inn i tre markerte faser. En tidlig femårsperiode viste høye årlige rater, de midterste fem årene en betydelig reduksjon og de neste syv årene jevnt lave rater.

Et annet funn kan gi informasjon om hvor sensitivt måleredskapet er for ulike alvorlighetsgrader av hendelser, dvs. at rapportering av alvorlig aggresjon er mer pålitelig enn verbale episoder, særlig de som ikke oppleves som trussel. Denne antakelsen støttes endret rapporteringsfrekvens ved innføring av ny rutine i 2004 der episoder ble gjennomgått på rapport påfølgende dag mot tidligere ukentlig. Antall registrerte episoder økte umiddelbart med 40 %, men økningen besto kun i episoder av lavere alvorlighetsgrad, altså verbal aggresjon. Det var ingen merkbar endring i rate for mer alvorlige episoder (11). Dette samsvarer med tidligere antakelser og erfaringer om at mens episoder med høy alvorlighetsgrad huskes godt, vil rapportering av verbal aggresjon være mer usikker.

Problemstillinger og spørsmål

I årene før prosjektstart førte våre erfaringer med faglig utviklingsarbeid til økt oppmerksomhet mot flere tema. Spørsmål særlig knyttet til endringer i avdelingsmiljø og behandlingskultur, forsøk på å forstå den reduserte voldsraten og en økende erkjennelse av betydelig variasjon i individuelle risikobilder og aggresjonsmønstre, ble gradvis mer sentrale.

Et første spørsmål som bidro til mål for artikkel 1 om endring i pasientautonomi, risikoatferd og håndteringsmåter var om det hadde skjedd en *endring i avdelingskulturen*. Et eksempel på at dette kunne være et relevant spørsmål var at tre ansatte uavhengig av hverandre tok opp dette temaet opp spontant. De hadde alle sluttet ved avdelingen på nittitallet og kom tilbake i kortere eller lengre engasjement i årene 2005/06. De opplevde endringer i postmiljø og pleieroller, kjennetegnet bl.a. ved økt ansvar for å møte oppgaver på en mer selvstendig måte. De beskrev klart høyere forventninger til å bruke eget skjønn og vurderinger i samhandling med pasienter, og at tidligere vektlegging av regelfølgning som redusert.

Et neste spørsmål var relatert til mål for artikkel 2 om å identifisere plausible forklaringsvariabler for reduksjon i voldsrate. I hvilken grad kunne *slike miljøendringer ha bidratt* eller hadde reduksjonen sammenheng med endring i pasientgruppen? Selv om vi hadde god oversikt over innlagte pasienter, og selv om vi kunne identifisere mange sider ved avdelingens historie, var dette bildet omfattende og komplekst og inneholdt mange potensielle påvirkningsfaktorer.

Et tredje spørsmål knyttet til mål for artikkel 3, å undersøke en 3-faktormodell for pasientaggresjon (15), var *å beskrive viktige dimensjoner ved pasientaggresjon*. Formulering av individuelle risikobilder ble viktigere i forbindelse med økt klinisk bruk av strukturert risikovurdering(16) og det ble lagt økt vekt på å forstå og beskrive den betydelige variasjonen i pasientaggresjon vi kan møte. Vi hadde erfaring med et stort spekter av pasientaggresjon. En pasient utførte et plutselig drapsforsøk etter planlegging over tid og dekket til sine hensikter. Det kom frem at han var overbevist om at han var utsatt for hekseri med hensikt om å skade ham. En annen pasient som var frustrert pga. røykerestriksjoner, reagerte med raseri etter at han slo seg, og angrep nærmeste personale. En pasient kunne angripe andre når hun opplevde at andre forandret utseende på en skremmende måte. I ett tilfelle slo en pasient overraskende til personalet som tidligere på dagen hadde gitt ham avslag da han prøvde å presse seg til et gode. En pasient hadde et mønster der han kunne skremme personale alvorlig ved å manøvrere dem inn i situasjoner der han hadde betydelig kontroll.

Begrepe affektiv og instrumentell aggresjon ble brukt for både å omtale slike enkelthendelser og for å beskrive individuelle aggresjonsmønstre, uten at dette ble gjort på en systematisk måte. Begreper med utgangspunkt i 3-faktormodellen ble funnet å bidra til å klassifisere hendelser i rapportssammenheng (17). Ut fra dette ble det laget en observasjonsskala som supplerte eksisterende registreringsrutiner.

Utfordringer for prosjektet

Sentrale spørsmål dreide seg altså både om å få en bedre forståelse både av miljøendringer, virkninger av disse, men også av endringer i pasientgruppen på voldsrate. Det foreligger åpenbare metodiske utfordringer ved å undersøke disse spørsmålene i ettertid, med utgangspunkt i en liten og heterogen populasjon og med stor variasjon i grunnlidelse og voldsproblem. I tillegg er kliniske og andre historiske variabler hentet fra et avgrenset behandlingsmiljø og tilnærmingen er retrospektiv. Noen av de samme begrensningene gjelder også forsøket på å undersøke begreper som kan fange opp variasjon i pasientaggresjon. En generell metodisk utfordring er i tillegg at to av forfatterne har vært knyttet til avdelingen gjennom perioden, med påfølgende betydelige risiko for bekreftelsesbias (18).

Litteraturgjennomgang

Aggresjon og vold

Menneskets voldelige potensiale har vært tema fra bibelens omtale av arvesynd til moderne forfattere som Freud (19) og Lorenz (20). I Leviatan fra 1651 pekte Hobbes i tråd med dette på nødvendigheten av å tøyne slike trekk gjennom organisering av samfunnet (21). Et alternativt syn på menneskets natur ble målført av Rousseau (22) som hevder mennesket er født godt, men blir negativt påvirket i løpet av oppveksten og tilsvarende, at uskylden ved primitive samfunn går tapt gjennom siviliseringsforløp. I vår tid går sentrale synspunkter i tråd med dette ut fra at aggresjon primært er et resultat av miljøbetingelser (23). Nyere litteratur omkring normalutvikling av spontan aggresjon hos barn, konkluderer imidlertid med at viktig tidlig læring består i mestring av aggressive tilbøyeligheter ved å utvikle alternative mestringsmåter (24, 25). Dette, sammen med nyere nevrobiologiske (26) og evolusjonspsykologiske (27) perspektiver, impliserer dermed et mer sammensatt bilde. Vi vil først gå gjennom generell litteratur om årsaksfaktorer, variasjon i voldsrate og ulike aggresjonsformer.

Ordet aggresjon er brukt på svært mange ulike måter i faglitteraturen og har beskrevet et spekter av mer eller mindre relaterte fenomen. Dette kan ha bidratt til varierende og motstridende forskningsfunn og dermed begrenset kunnskapsutvikling (28). Manglende presisjon i beskrivelse av aggressiv atferd har også preget forskning om aggresjonsproblemer hos psykiatriske pasienter. De siste tiår har utvikling av flere registreringsinstrument (5, 29) med utgangspunkt i hvordan begrepene er brukt i rådende faglitteratur (28, 30, 31) økt pålitelighet i aggresjonsdata i dette fagfeltet. Aggresjon vil i samsvar med dette referere til atferd som er rettet mot å skade andre fysisk eller emosjonelt. Vi vil definere vold bredt som både fysiske angrep og andre mer alvorlige tilfeller av trusler og truende atferd. Operasjonelle definisjoner vil gjennomgås i metodedelens (13, 14).

Forekomst av vold varierer betydelig gjennom historien, og mellom ulike land, regioner og kulturer (32), og kan også betraktes ut fra helsemessige og epidemiologiske perspektiver. En WHO-rapport fra 2002 om vold som helseproblem legger vekt på en økologisk tilnærming med samspill mellom biologiske og kontekstuelle årsaker, og går inn på fire forklaringsnivåer. Man må forstå forekomst av vold ut fra den enkeltes biologiske utgangspunkt utviklet gjennom nære personlige relasjoner, påvirket av de ulike sosiale arenaene vedkommende befinner seg i, og ut fra en sammenheng av overordnede samfunnsmessige betingelser (31).

Høy voldsrate i enkle samfunn har vist seg å kunne reduseres betydelig gjennom inter-kulturell kontakt og påvirkning (23). Ut fra en gjennomgang av omfattende historiske data peker Pinker (27) på at voldsraten globalt har sunket sterkt både i førhistorisk og i historisk tid. Han hevder at denne reduksjonen kan knyttes til en omfattende siviliseringsprosess, kjennetegnet bl.a. ved sentralisert voldsmonopol og domstoler, folkeopplysning, humanitære reformer og endret maktfordeling mellom kjønnene. Endrete samspillsformer, kjennetegnet ved økt gjensidig tillit, som også springer ut av menneskets iboende kapasitet for empati, selvkontroll, samarbeidsevne, har gradvis fått en viktigere rolle, og gjort voldelige konfliktløsningsmåter mindre hensiktsmessige.

Variasjon i aggressiv og voldelig atferd beskrives ulikt. Hobbes gir et tidlig eksempel på en differensiert forståelse når han peker på typiske årsaker til vold. "The first (principal cause) maketh man invade for gain; the second for safety; and the third, for reputation (33)." Det er laget flere taksonomier for aggresjon knyttet til atferdens biologiske grunnlag som eksempel av Moyer (34). Vår nevrobiologiske utrustning, beslektet med andre pattedyr, peker på kapasitet for spesifikke aggressive

reaksjonsmønstre. Panksepp (26) oppsummerer forskning omkring spesifikke styringssystemer for grunnleggende emosjoner, som kan være direkte relatert til aggressive mønstre. Ett av disse er involvert ved reagerer ved begrensninger, irritasjoner og frustrasjoner, knyttet til affektiv aggresjon. Et annet, knyttet til ubalanse og ytre insentiver, der stimulering utløser utforskende atferd, og kan knyttes til predatorisk eller instrumentell aggresjon. Mulighet for interaksjon mellom disse to systemene kan være tilstede ved manglende måloppnåelse. Systemer for fryktbaserte reaksjoner og for affektiv aggresjon er nært lokalisert og gjør interaksjon mulig.

Ulike dikotome klassifiseringsmåter, som skillet mellom affektiv og instrumentell aggresjon, er mye brukt i psykologisk aggresjonslitteratur. Syn på betydning og omfang av aggresjonsformene varierer, og to sentrale forfattere bør her nevnes. Mens Bandura (23) betoner det instrumentelle aspektet, betydning av atferdens konsekvenser for læring og likhet mellom utvikling av aggresjon og annen atferd, fokuserer Berkowitz (30) på vår umiddelbare og naturlige tilbøyelighet til å reagere aggressivt på aversive situasjoner. Selv om aspekter ved en inndelingen er kritisert (aggressive handlinger kan ha ulike umiddelbare og langsiktige mål, og ulike motiv kan samtidig være tilstede (35)), er kategoriene gått inn i vanlig språkbruk. Selv om defensiv aggresjon er omtalt i biologisk orientert litteratur, synes denne aggresjonsformen for øvrig å være lite beskrevet og forstått ulikt. Mens Berkowitz (30) ser på defensiv aggresjon som en undergruppe av affektiv aggresjon, påpeker Pinker at slik atferd kan ha instrumentelle trekk (27). Alternativt til inndeling i aggresjonsformer er atferden ut fra funksjonell atferdsanalyse klassifisert ved at det skiller mellom positivt, negativt og selvforsterket aggresjon (28).

Sinnslidelse og voldsproblemer

Det synes å være enighet om at viktige former for alvorlig sinnslidelse medfører økt risiko for vold på gruppenivå, mens det er usikkerhet omkring hvordan sammenhengen kan forklares (36-39). Det er påpekt økt sårbarhet ved at risikofaktorer som overhyppighet av rusproblemer eller ugunstige sosioøkonomiske forhold forekommer oftere her enn i resten av befolkningen. Risikorelaterte personlighetstrekk er også hyppigere hos utskrevne pasienter med voldsproblemer (40). Hvis det er direkte årsakssammenheng mellom sinnslidelse og vold, vil et videre spørsmål være hva det er ved lidelsen som bidrar til dette (37, 41). En metastudie fant varierte årsakssammenhenger, og at symptomer synes her å være viktigere enn diagnose (42). Det antas at lidelsen kan virke inn på tanker, persepsjon eller atferd og bidra til voldsutøvelse gjennom ulike symptomer. Symptomrelaterte motiv kan føre til økt fokusering på voldelige problemløsninger. Symptomer kan også bidra til å svekke motforestillinger mot vold eller svekke vurderingsevne, bl.a. ved økt impulsivitet. En gjennomgang av litteratur om voldsrelaterte vrangforestillinger og hallusinasjoner konkluderer med at økt emosjonelt stress kan være et viktig fellestrekk ved risikosymptomer (43, 44).

I tillegg til patologiske faktorer knyttet til avvikende motiv, svikt i vurderingsevne og manglende sperrer mot vold, understrekes også betydningen av normalpsykologisk perspektiv (45). En gjennomgang av alvorlige voldshandlinger utøvd av sinnslidende konkluderte med at de fleste ble utøvd ut fra lignende motiv som man ville finne hos ikke-sinnslidende, som ønske om umiddelbar gjengjeldelse og reaksjoner på krenkelse (46). Tilsvarende er også funksjonell analyse med utgangspunkt i konsekvenser aggressiv atferd fører til foreslått som en tilnærming for å identifisere samspillsmønstre (47).

Voldsproblemer hos inneliggende pasienter.

En undersøkelse av pasientagresjon ved bruk av SOAS ved 54 psykiatriske enheter av fant en medianverdi på 7,6 hendelser per år per pasient. Det kom fram en betydelig variasjon i voldsrate mellom ulike settinger. Ved tre sikkerhetsposter var antall hendelser per år per pasient fra ca. 9 til 27, noen akuttposter hadde over 30 og noen avdelinger for andre høyrisikopasienter mellom ca. 30 og 40. Hendelsene var i hovedsak lite alvorlige og et fåtall pasienter sto for en betydelig andel av episodene (48).

Voldsatferd hos innlagte pasienter er forskjellig fra det man finner i normale livssituasjoner. En litteraturstudie fant at kjønn, alder, diagnose og rusproblematikk spiller mindre rolle under innleggelse, mens psykopatologisk tilstand er viktig. Identifikasjon av tilstandsvariabler var imidlertid vanskelig og postmiljøet ble antatt å forklare en stor del av variasjon i pasientvold (49). I en undersøkelse som viste betydelig redusert voldsrate i løpet av første dager og uker etter innleggelse, kommer også betydningen av akutt symptombilde frem (50). Noen pasienter kan ha mer varige aggresjonsproblemer, og de med mer alvorlig atferd kan ofte ha tilknytning til sikkerhetspsykiatri. En gjennomgang av skademeldinger etter pasientagresjon for Sandviken sykehus årene 1995-1999 fant imidlertid at to tredjedeler av alle aggressive episoder ved sykehuset skjedde ved allmennpsykiatriske poster (51).

Hva kjennetegner aggressive episoder hos inneliggende pasienter, utover at de er ofte forbundet med akutt psykopatologisk tilstand, i hovedsak har en lav alvorlighetsgrad og at de fleste er utøvd av få pasienter? Brøset Violence Check List (BVC) (52) bygger på funn som viser at visse atferdsuttrykk, som irritabilitet, forvirring, m.m., er forbundet med vold påfølgende døgn. Det er vurdert at pasientagresjon i hovedsak er knyttet til grensesetting (53, 54). Negative og ubehagelige opplevelser og relaterte affektive reaksjoner ble gjennom intervju med de involverte funnet å være til stede ved over 80 % av episodene (53).

Kompleksitet og mangfold i aggressiv atferd hos psykiatriske pasienter understrekes (41, 42). Det er imidlertid få studier som tar opp typer av aggresjon, og det er ulike tilnærminger for å beskrive variasjon. Ved en sikkerhetsavdeling ble episodene funnet å fordele seg på 60 % affektive og 40 % beregnende aggresjon (55). En seinere undersøkelse beskrev flere hovedkategorier. 54 % av episodene var relatert til provokasjoner, krav eller restriksjoner, 27 % til dominans, hevn o.l. og 17 % til psykotiske symptomer som vrangforestillinger (56). Funksjon hos av slik atferd ved en sikkerhetsavdeling er også undersøkt. De vanligste var her det å gi uttrykk for sinne (73 %), spenningsreduksjon (64 %), press (47 %), unngåelse av krav (44 %), sosial status (25 %), i tillegg til flere andre mindre hyppige funksjonelle kategorier (47). Betydningen av å undersøke aggresjonsform kommer også frem i en undersøkelse der komorbid antisosial personlighetsforstyrrelse er relatert til mer beregnende former for aggresjon (57).

Faktorer knyttet til vold i institusjon

Pasientfaktorer er relativt godt undersøkt selv om det fortsatt er uavklarte områder (41, 42). Vi har mer begrenset kunnskap om kontekstuelle faktorer, spesielt av samspill mellom pasienter og personale (58). Ut fra en foreslått interaktiv modell kan institusjonsvold forstås ut fra både sårbarhet hos pasienter, stressorer i miljøet og personalets intervensjons måter (59). Denne modellen foreslår det på eskaleringsmønstre i form av aversive stimuli, symptomer, opptrapping av restriktivt regime og økt stress i personalgruppen. Den store variasjonen man finner i både tvangsbruk (60) og forekomst av institusjonsvold (48) tyder på at kontekstuelle faktorer betyr mye.

Hva vet vi så om hvordan institusjonsmiljø virker inn på voldsrater? En systematisk litteraturgjennomgang konkluderte med at et vidt spekter av miljøfaktorer kan øke risiko for vold (58). Med bakgrunn i slike funn ble det utviklet et redskap, PRISM, for å vurdere situasjonelle risikofaktorer (61). Pasientsammensetning, plass og trangboddhet, utforming av bygg, møblering, måltidsrutiner og tidsrytmer ble funnet å kunne påvirke både rate og mønster (62-64), men vil ikke bli nærmere gjennomgått her. Mer relevant for vår undersøkelse er faktorer som organisering og ledelse, personalkvaliteter, avdelingskultur, sikkerhet og arbeidsmiljø og interaksjon mellom pasienter og personale.

Organisasjon og ledelse.

En undersøkelse tok utgangspunkt i en betydelig variasjon i voldsrater mellom psykiatriske sykehus der det ble konkludert med at sosiokulturelle faktorer kunne forklare forskjellene (65). Variabler forbundet med høy voldsrater var uklare personalfunksjoner og manglende struktur på aktivitet og møtevirksomhet, mens beskyttelsesfaktorer var tydelig og støttende lederskap, klare personalroller og trygge ritualer som støttet stabilitet og autonomi. Andre undersøkelser knytter voldsrater til ledelsesstil (66, 67). Gjennomgang av organisasjons-, drifts- og behandlingsvariabler ved 166 akuttavdelinger viste at effektive og ryddige rutiner for pasientbehandling var sterkest relatert til lavt nivå av variabler relatert til pasientagresjon (68).

Personalkarakteristika.

Egenskaper ved avdelingspersonalet som stilling, utdanning, erfaring, alder og kjønn er funnet å være relatert til risiko for å bli utsatt for vold, og også til voldsrater (58). Dette kom tydelig frem ved en akuttavdeling der voldsraten over en 18 mnd. periode økte sterkt, i takt med at andel fast personell ble betydelig redusert (69). Kompetanseøkning og personalomsorg etter voldsepisoder er også funnet å være relatert til voldsrater (70, 71). Voldsreducerende effekt av aggresjonshåndteringsprogram er også funnet, men motstridende funn viser også at undersøkelse av denne variabelen er metodiske utfordrende (72, 73). Preferanse for beskyttelsesfaktorer som autonomibekreftende og respektfulle håndteringsmåter, var høyest hos eldre, erfarne og høyere utdannet personale (74).

Kultur og postregler.

Begrepet kultur refererer her både til grunnleggende antakelser og verdier som er sentrale i en felles forståelse, og til kulturelle manifestasjoner som regler, prosedyrer og handlingsmønstre (75). Variabler knyttet til institusjons- eller avdelingskultur er vurdert å innebære viktige risiko- og beskyttelsesvariabler for vold. Dette kan være syn på avvik og risiko, og utforming og håndheving av regler og tiltak for å håndtere risiko (76, 77). Kvaliteter ved postatmosfære, som sinnenivå, programklarhet og orden og organisering og målt med Ward Atmosphere Scale (WAS), er også vurdert som risikofaktorer (78).

Kustodial avdelingskultur med fokus på kontroll og tvang, på bekostning av behandlingsfokus, er trukket frem som risikofaktor for pasientagresjon. Dette er beskrevet som «tradition of toughness» knyttet til potensielt konfliktøkende samhandlingsmønstre (79). Tilhørende normer legger vekt på fysisk grensesetting og begrenset nivå av tillit, og tilhørende roller var knyttet til håndheving av lov og orden og demonstrasjon av styrke. Slike variabler ble imidlertid i en undersøkelse funnet å forklare bare 10 % av variasjonen i pasientagresjonen i en psykiatrisk avdeling (67).

En beslektet hypotese er at ”confrontive coping”, en utfordrende strategi overfor pasientagresjon, kan bidra til risikere aggresjonsskalering og til forsterkning av en ”machokultur”. I motsetning til reaksjonsmåter som distansering, unnvikelse eller å søke støtte, var denne reaksjonsmåten forbundet

med økt angstnivå hos personalet også uker i etterkant av eksponering for pasientvold (80). Behandling forutsetter imidlertid også effektivt aggresjonshåndtering (67). Utfyllende pleieroller, med vekt på styrke, beskyttelse og orden på den ene siden, og på ivaretagende relasjoner på den andre, forutsetter hverandre, men krever balansering (81).

Et beslektet område er innhold og praktisering av postregler. En litteraturgjennomgang peker på sammenheng mellom aggresjonsnivå og tydelige, klare og konsistente regler (82). Pasienter vurderte motiverende og meningsfulle regler positivt. Det kom imidlertid frem motstridende syn på tilråding av høy struktur for å modifisere aggresjon, eller bekymring for at rigide miljø kunne fremprovosere slik atferd. Etske spørsmål omkring sanksjoner og atferdskontroll var lite undersøkt.

En annen undersøkelse blant postpersonale ved sikkerhetsavdelinger viste at verdspørsmål og moralske vurderinger ble opplevd som viktige, men også krevende (83). Forholdet mellom behandling av grunnlidelse og håndtering av alvorlige atferdsavvik lå til grunn for høy ambivalens og usikkerhet knyttet til rimelighet ved sanksjoner og disiplinering.

Normer og sikkerhetsstandarder.

Flere undersøkelser peker på at prinsippet om nulltoleranse for vold i institusjon, formulert på 90-tallet og anbefalt bl.a. av britiske helsemyndigheter, kan ha uuntenderte negative konsekvenser for behandlingsrelasjoner (84). Prinsippet kan bidra til uklare målformuleringer i tillegg til at samhandling forstyrres ved rigide holdninger til aggresjonshåndtering, lav avvikstoleranse, og dermed økt spenningsnivå, svekket tillit, mer fiendtlige uttrykksmåter og eskalerende konfrontasjoner (85).

Erfarent personale har med høyere toleranse for avvik kom imidlertid ut med redusert utbrenningsrisiko (84). Alternativt til en slik tilnærming betones emosjonell støtte, kritisk refleksjon og læring i møte med pasienter med aggresjonsproblemer (86).

Sikkerhetsarbeid vil også være knyttet til kvaliteten i relasjon mellom personale og pasienter. Omfang og betydning av fysiske sikkerhetssystemer og prosedyresikkerhet vil stå i gjensidig forhold til relasjonell sikkerhet (87). Dette vil ha konsekvenser for behandling, livskvalitet og balanse mellom inngripende og samarbeidspregete former for risikohåndtering. Hvordan maktutøvelse oppleves av pasienten, gjennom formulering og håndheving av restriktive regler, kan innebære stor forskjell i opplevd krenkelse og provokasjon (88).

Samspill mellom pasienter og personale.

Denne faktoren understrekes som sentral for å forstå, forebygge og håndtere vold, samtidig som vi her mangler kunnskap (49). Det pekes på metodiske utfordringer ved at relasjonelle og dynamiske aspekter ved samspill er vanskelig å fange opp (58) og at det mangler tilstrekkelig sofistikerte forklaringsmodeller for å fange opp essensielle sider ved samspill (45, 59). Interaksjon kan dermed kanskje være det viktigste området for analyse og intervensjon, men samtidig vanskeligst å beskrive og utforske. Mer inngående forslag til analyse av risikopregete samspill ut fra et psykososialt perspektiv er foreslått. Det legges her vekt på "normale" interaksjonsforløp som foranledninger til voldsepisoder, der patologi kun bidrar til atferdens intensitet og omfang. Partenes gjensidige forventninger vil ofte være motstridende, med økt risiko for mistillit, forsterket av ulike roller og status og aversive kvaliteter ved personalkommunikasjon (45).

Makt- og kontrollrelaterte konflikter som foranledninger for pasientaggresjon, kan være knyttet til personalets manglende forståelse av pasientens opplevelse. Flere undersøkelser viser at partenes ulike perspektiv kan bidra til systematisk forskjellige beskrivelser kjennetegn ved aggressive konflikter og at de fokuserte på ulike årsaker ved samme episoder (89, 90). Personale oppgav oftere at de enten ikke kjente til foranledninger eller at disse var krav som ble stilt pasienten. Pasienten oppgav oftere

urimelige henvendelser eller andre provokasjoner fra personale eller medpasienter. Andre funn har i tillegg pekt på at personalet oftere bruker pasientrelaterte ”indre”, eller patologiske egenskaper som forklaring, mens pasientene bruker situasjonelle og ytre (91, 92).

Voldsreducerende tiltak

Det foreligger evidensbaserte anbefalinger for medikamentelle tiltak ved akutt aggresjon (93). Det anbefales langsiktig vedlikeholdsbehandling av grunnlidelse som et indirekte tiltak, med mulig spesifikk antiaggressiv profil som ikke forstyrrer funksjonsevne, og som evalueres fortløpende (94). Selv om en metastudie fant medikamentell behandling av aggresjonsproblemer mer effektiv enn andre intervensjonsmåter (95), er det begrenset kunnskap om tiltak for å redusere mer kroniske problemer knyttet til høy voldsrate i et avdelingsmiljø. Den videre litteraturgjennomgangen vil gå inn på psykososiale tiltak.

Fra fengselssammenheng er det dokumentert at individuelt tilrettede psykososiale tiltak, med muligheter for åpnere kommunikasjon mellom ansatte og innsatte, bidro til en betydelig reduksjon i voldsrate (96). Det er begrenset litteratur om tilsvarende endring i voldsrate i psykiatriske avdelinger. Mulige årsaker til endringer i voldstrend, som f.eks. kritisk reduksjon av fast personell, endring i inntakspolitikk, økt kompetanse på håndtering av risikosituasjoner, økt forståelse av pasientatferd, er nevnt i noen langtidsstudier, der man imidlertid ikke har studert disse variablene systematisk (54, 90, 97). Organisasjonelle endringer, som tilrettelegging av mer spesialiserte poster, er også rapportert å føre til betydelig redusert voldsrate (98).

Det er imidlertid knapphet på studier som viser effekt av psykososiale metoder for å påvirke samlet voldsrate i avdeling (67, 99, 100). Det er gjort litteratursøk av systematiske habiliteringsprogram for sikkerhetspasienter uten å finne publikasjoner, men en modell for intensiv miljøterapi med egenhåndtering av voldsrisiko som mål ble imidlertid evaluert som effektiv på bakgrunn av 15 års klinisk erfaring. Sentral metodikk var systematisk risikoreduksjon gjennom progresjonsstige, med gradvis eksponering for individuelle risikofaktorer (99). Seinere er det publisert progresjonsmodeller og evalueringsredskap med tilfredsstillende psykometriske kvaliteter for denne pasientgruppen. Disse er imidlertid ikke spesifikt relatert til aggressiv atferd i institusjon (101, 102).

De siste årene er det imidlertid publisert funn fra intervensjoner som har resultert i betydelig reduksjon i voldsrate på kort sikt. En randomisert studie undersøkte effekt av innføring av sjekklisten BVC (52) for akutt risikovurdering med tilhørende forslag til enkle preventive tiltak som ble prøvd ut ved fire psykiatriske akuttavdelinger. Etter tre måneder var raten redusert med 41 % og bruk av tvangsmidler med 27 % (14). I en seinere randomisert undersøkelse fra to akuttavdelinger ble i tillegg til BVC også en mer omfattende metode for strukturert risikovurdering prøvd ut og effekt beregnet etter en 40-ukersperiode. Antall voldsepisoder var 68 % og tid i tvangsmidler med 45 % lavere enn i kontrollavdelinger (103). Ved 16 sikkerhetsposter ble en prosedyre, Early Recognition Method (ERM) evaluert. Her ble 189 pasienter invitert til å samarbeide med avdelingspersonale for å identifisere og bruke tidlige varsel-signaler for å forebygge vold. Bruk av tvangsmidler og alvorlighet ble til dels betydelig redusert, avhengig av diagnostisk kategori (100). Disse tre studiene viser betydningen av at personalet klarer å fange opp relevante endringer i risikobilde, og sette i verk planlagte tiltak på grunnlag av dette, i den siste undersøkelse i mer inngående samarbeid med pasienten.

Mål for prosjektet

Et overordnet mål er å bruke data og erfaringer fra avdelingen over mer enn to tiår for å beskrive klinisk relevante endringer i voldsrelaterte aspekter ved avdelingsmiljøet og dimensjoner ved pasientagresjon.

Tre undersøkelser tar opp disse temaene, og målene for disse er:

1. å beskrive endringer i pasientautonomi, risikoatferd og håndteringsmåter knyttet til slik atferd i perioden 1989 til 2006, og utforsking av årsaker til endringene,
2. å identifisere plausible forklaringsvariabler for en varig og stabil reduksjon i voldsrate ved avdelingen, med vekt på forholdet mellom pasientrelaterte og kontekstuelle faktorer,
3. å undersøke en tredimensjonal tilnærming til pasientagresjon som irritasjonsrelatert, instrumentell eller defensiv, og å beskrive kjennetegn ved aggressive episoder.

Metode

Retrospektiv tilnærming og metodisk avklaringsprosess

Ved oppstart av PhD-prosjektet i 2008 ble det laget en foreløpig prosjektplan som tok utgangspunkt i kliniske data og erfaringer, og i de metodiske vurderinger som var gjort så langt. Mens den opprinnelige planen ble fulgt i undersøkelse av aggresjonsdimensjoner, førte det videre arbeidet med å forstå den reduserte voldsraten til en rekke avveininger og valg. Den metodiske avklaringen og utviklingen knyttet til de første arbeidene i prosjektet skal derfor først gjennomgå.

I årene før prosjektet startet, etter at den tydelige langtidstrenden for voldsrate kom frem, ble ulike måter for å undersøke årsakssammenhenger overveid. Det ble satt opp en tidslinje der viktige hendelser og endringer i avdelingens historie ble beskrevet. Ulike faser i perioden ble beskrevet. Utviklingen ble vurdert å være kjennetegnet ved overganger fra et tradisjonelt og statisk, via et mer offensivt og fagutviklingspreget til et mer liberalt regime. Endringer i aggresjonsmønstre knyttet til de ulike fasene ble undersøkt, med tanke på at dette kunne kaste lys over endring i tilnærminger til håndtering av aggressive episoder og dermed i interaksjonsmønstre mellom personale og pasienter. Statistiske tilnærminger ble også vurdert. En ide var å se på sammenheng mellom faser i avdelingens utvikling og risikofaktorer i pasientgruppen. Det ble også vurdert å undersøke om voldstrenden kunne forklares ut fra hendelser og endringer i den historiske tidslinjen.

Det var dermed fortsatt uavklarte sider ved den opprinnelige PhD-planen. Vi manglet egnede data som kunne bidra til å forklare den reduserte voldsraten. Undersøkelse av avdelingens historiske utvikling ble derfor valgt som et første delprosjekt. Med unntak av pasientdata, var opplysninger om avdelingens drift og regime mer tilfeldig oppbevart. Ulike kilder lot seg imidlertid etter hvert oppspore. I tillegg til to av forfatterens personlige erfaringer fra arbeidsforhold i hele og deler av perioden, var en rekke andre tidsvitner også tilgjengelige.

I løpet av det videre arbeidet gav funnene grunnlag for å utvide fokus og legge til et nytt mål for den historiske artikkelen, i tillegg til beskrivelse av relevante historiske variabler. Dette innebar beskrivelse av endret pasientautonomi som et sentralt utviklingstrekk for perioden. Foreløpige funn ble presentert og evaluert ved en seminarserie ved Historisk Institutt, UiB, som tok opp helsetema. Her ble den beskrevne endringsprosessen ved avdelingen sett på som interessant, men det problematiske ved å forske på egen arbeidsplass ble påpekt.

Med bakgrunn i variabler som kunne beskrives ut fra gjennomgang av årlige verdier for en rekke individ- og kontekstvariabler, antok vi først at multivariate statistiske tester kunne brukes for å undersøke forklaringshypoteser for endret voldsrate. Denne tanken ble forkastet etter at forutsetninger for bruk av slike tester ble vurdert opp mot våre data. Nærmere begrunnelser for dette vil gjennomgå seinere. Vurdering på subjektivt grunnlag av mulige sammenhenger i foreliggende data ble også sett på som uaktuelt. Det ble derfor valgt å ta utgangspunkt i synspunkter til ansatte med personlig erfaring fra perioden. Strukturerte intervjuer ble foretatt for å få frem deres hypoteser om forklaring av voldstrenden. Dette, sammenholdt med trendvariabler, ble valgt som utgangspunkt for å kunne danne seg et mindre subjektivt bilde av hva som kunne utgjøre plausible forklaringsvariabler.

Datagrunnlag

Aggresjonsdata.

Før oppstart av avdelingen i 1989 ble redskapet SOAS bestemt brukt for å registrere aggressive episoder. Det ble funnet å være godt egnet til å fange opp sentralt hendelsesforløp og er enkelt, brukervennlig, har akseptable psykometriske egenskaper og det er lite behov for opplæring (5, 13, 48). Noen rutiner har bidratt til fortsatt stabil registrering. Dette gjelder særlig rask utfylling, etterspørsel ved manglende registrering, at maksimalt en episode per time per pasient (den alvorligste) tas med i dataregisteret og at data blir brukt for å evaluere endringer og mønstre hos enkeltpasienter og avdelingen samlet. Prosjektet bygger på data fra og med 1990, da registreringsrutiner var godt innarbeidet, og ut 2006.

Pålitelig beskrivelse av voldstrend forutsetter stabil rapporteringsterskel over tid. Bruk av alvorlighetsskala med verdier fra 1 til 21 (13) sikret sammenlignbare verdier over år. I samsvar med en foreslått konvensjon (14, 48, 104) er kun alvorlige episoder med verdier over 8 på skalaen tatt med. Dette innebærer at episodene enten må ha medført fysisk vold eller ha ført til at sikkerhet er opplevd truet. Rate vil her bety hendelser per pasientår, i samsvar med Nijman et. al. (48). Hver episode har fått et løpenummer og data er fortløpende lagret både i papirversjon og elektronisk. Fra 1992 ble data lagt inn SPSS, deretter for noen år lagret i Access og fra 2006 i Excel. Det ble gjort en omfattende sikring av datakvalitet i forkant av opprettelse av en master-fil for dette prosjektet, der 3626 episoder er beskrevet. Fra 2006 har registrering av aggressive episoder også innbefattet svar på spørsmål om hvordan aggresjonsutøver oppleves.

Rømmingsdata.

Et mindre antall episoder ble funnet på grunnlag av personlig kjennskap til hendelser og journalgjennomgang.

Pasientopplysninger.

En database, seinere ble godkjent av helseforetaket som kvalitetsregister for avdelingen, inneholder i tillegg til aggresjonsdata også demografiske, administrative og diagnostiske opplysninger og risikodata for alle innlagte pasientene. Disse opplysningene lå til grunn for å beskrive variablene *kjønnsfordeling, alder, personlighetsforstyrrelse, psykose, psykopati, risikoskåre og pasientflyt*. *Alder* er beregnet ut fra gjennomsnittsalder per pasient for oppholdet. *Kvinneandel* er beregnet ut fra andel liggedøgn. *Psykose* og *personlighetsforstyrrelse* er diagnostisert på grunnlag av ICD-10 (105), i fellesskap av to eller flere psykologer/psykiatere som kjente pasientene godt. Pasienter diagnostisert før 1995 med ICD-9 ble re-diagnostisert av forfatter og kollega med godt kjennskap til pasientene. For kartlegging av *risikodata* er vurderingsredskapet HCR-20 (16) benyttet. I tillegg til å gi grunnlag for risikoformulering, gir det også tallskårer. Redskapet består i 10 historiske ledd, 5 kliniske ledd som beskriver tilstandsfaktorer og 5 risikohåndteringsledd som gir en vurdering av risikofaktorer i fremtidig livssituasjon. Våre skårer for de siste 10 foranderlige faktorer bygget på tilstand og situasjon pasientene hadde eller ble antatt å ha hatt to måneder etter innleggelse. For *psykopati* ble skalaen PCL-R (106) benyttet. Denne består av 20 ledd og beskriver narsissistiske og antisosiale personlighetstrekk og atferd. Leddene i både HCR-20 og PCL-R skåres ut fra verdiene 0, 1 eller 2. 0 betyr at leddbeskrivelsen ikke stemmer, 1 at den muligvis stemmer, eller gjør det i begrenset grad og 2 at den stemmer. For pasienter innlagt før 1997 gjorde forfatter og kollega en samlet vurdering og skåring ut fra journal og personlig kjennskap.

Prosjektet bruker data for pasienter innlagt mellom 1990 og 2006. Av totalt 88 pasienter, er beregningene gjort på grunnlag av alle med opphold over 90 dager, dvs. 55. Oppholdene for disse pasientene dekker 98,3 % av de totale liggedøgn i perioden (61595). De resterende 33 pasientene ble lagt inn på svært ulike kriterier og mange hadde svært kort liggetid. Eksklusjon av disse ble antatt å bidra til at den undersøkte gruppen ble mer homogen og mer representativ for regionale sikkerhetspasienter, uten at viktig informasjon gikk tapt. De utvalgte pasientene utøvde 98,4 av registrerte voldsepisoder.

Reliabilitet i kliniske data.

Inter-rater reliabilitet for aggresjonsregistrering er ikke målt da SOAS og SOAS-R er funnet å ha tilfredsstillende psykometriske egenskaper (48) og det som nevnt over kun er benyttet data for episoder over en viss alvorlighet. Reliabilitet i diagnostiske data og risikodata er heller ikke målt. Vi antar imidlertid at grundig veiledning ved oppstart og diagnostiseringsrutiner med skåring utført av to eller flere psykologer/psykiatere har sikret tilstrekkelig datakvalitet. Det ble heller ikke vurdert nødvendig å foreta reliabilitetsmåling for skåring av hvordan aggresjonsutøver ble opplevd for å kunne undersøke 3-faktormodellen.

Miljø- og regimedata.

Data knyttet til personale, *treårig helseutdanning*, *kvinneandel* og *personaldekning* bygger på vaktlister for årene 1993-2003. Variablene *endring i personalet rolle* og *oppgaver*, *negative sanksjoner* og *toleranse for avvik* bygger på personlige erfaringer.

Data knyttet til behandlingsregime bygger både på skriftlige kilder og personlige erfaringer. Innføring av behandlingsrutiner som *strukturert aktivitetsprogram* og *ettersamtaler* (vedlegg 1), *innføring av vurderingsredskap*, og *innføring av rutiner for behandlingsplan/møter* er dokumentert i pasientjournal og prosedyrebeskrivelse. *Pasienters bevegelser- og handlefrihet* bygger på referat fra ukentlige beslutningsmøter for rammer for pasientaktivitet. Endringer i *restriktive husregler* og i *rutiner for ransaking* bygger på referat fra fokusgruppe, fra referat fra vurderingsmøter og fra pasientgruppemøter i årene 1999-2000, men også fra konsensusgruppe. *Endringer i aktivitetsprogram* bygger på enighet i konsensusgruppe. Mens variabelen bruk av *inngripende tiltak ved aggresjonshåndtering* tok utgangspunkt i SOAS-data, var den tilgrensende variabelen *terapeutisk håndtering av aggresjon og risikosituasjoner* basert på fokusgruppeintervju. *Endring i antipsykotisk medikasjon* var ikke basert på måling av forbruk men på konsensusgruppevurdering.

Design og grunnlag for valg av metodiske tilnærminger

Utgangspunkt for første del av prosjektet var å forklare *hvorfor* det hadde skjedd en betydelig og varig reduksjon i voldsrate. Hvordan kunne vi identifisere mulige årsakssammenhenger? Vi spurte først om *hva* endringer ved avdelingen kunne ha bestått i og *hvor* de kunne ha skjedd. Vi måtte deretter vurdere mulige sammenhenger mellom de variablene vi hadde beskrevet. Ulike strategier kan være egnet for slike spørsmål, og i dette prosjektet er det benyttet elementer fra flere relaterte design.

Undersøkelsen har delvis innslag av en *historisk-dokumentarisk* tilnærming, som stiller krav til tilgang på relevante kilder, kildekvalitet og kriterier for å bestemme sammenheng mellom funn og konklusjoner om tidligere hendelser. Den har også klare elementer av «*case study design*» slik dette er formulert av Yin (107). Vi undersøker for det første et aktuelt fenomen i sin naturlige sammenheng der det i tillegg ikke er et klart skille mellom undersøkte variabler og kontekst. I en «*case study*» vil det også være flere variabler av interesse enn det er observasjonspunkter. Dette designet kan ha sin

styrke i at evidens bygger på mangfold i kilder og metoder der validitet bestemmes ut fra trianguleringsprinsippet, dvs. at ulike funn peker mot samme konklusjon (107, 108). Mangfold i metodebruk kommer også frem i bruk av både kvantitativ og kvalitativ evidens. Vår undersøkelse er et eksempel på «single-case study», der utgangspunktet er at fenomen av særlig interesse studeres (107).

Ved at vi antar en årsakssammenheng mellom uavhengige og avhengige variabler uten at strukturelle eksperimentkjennetegn er til stede, er det også likhetspunkter med et *ikke-eksperimentelt* eller *korrelasjonelt design* (109). Det er flere grunner til at vi ikke fant det aktuelt å bruke statistiske tester for å vurdere mulige forklaringshypoteser, og disse vil bli gjennomgått seinere.

Undersøkelsen har også innslag av *naturlig eksperiment* (vanligere i epidemiologiske og økonomiske studier) der forskjell mellom baseline og eksponerings-/behandlingsbetingelser blir undersøkt. Vår undersøkelse skiller seg imidlertid fra denne typen "*kvasi-eksperimentelle design*", som for eksempel "*interrupted time series design*" (109), ved at vi formulerte hypoteser eksplisitt i ettertid. Det kan imidlertid hevdes at implisitte forutsetninger for ulike forbedringstiltak og intervensjoner nok har vært en rimelig forventning om at de skulle bidra positivt til pasientbehandling, innbefattet deres voldsproblemer.

Aggresjonstrenden over nesten to tiår hos en pasientgruppe med populasjonskarakteristika, dvs. psykiatriske pasienter med de alvorligste voldsproblemene i en region, er et sentralt tema i undersøkelsen. Dette innebærer at kjennetegn fra *økologisk design* (110) også er til stede. Undersøkelsen er også kjennetegnet ved *retrospektivt design*, vanlig ved epidemiologiske undersøkelser. Vi har imidlertid ingen kontrollgruppe og forutsetninger for «*case-control design*» er dermed til stede da vi ikke kan skille mellom ulike eksponeringer for undergrupper av pasienter.

I artikkel 3 blir det spurt om dimensjoner ved pasientagresjon og omfanget av ulike aggressive episoder. Ved at personalet over en seksårs periode besvarer spørsmål om episoder, faller dette designet inn under kategorien *kvantitativ tverrsnittundersøkelse* ved bruk av surveymetode. Klinisk og samtidig forskningsrettet *løpende registrering* av egenskaper ved aggressive *episoder* og ikke av individer var også et viktig kjennetegn ved designet.

Metodiske tilnærminger i de ulike deler av prosjektet

Artikkel 1, avdelingens historisk utvikling

Utfordringer. Kilder måtte oppsøkes og tilrettelegges og tema for utforskning måtte avgrenses for å beskrive endringer i avdelingens drift, i pasientautonomi og vurdere mulige årsaker til endringene. Skriftlige kilder utover kvalitetsregisteret og pasientjournal var begrenset. Det forelå ikke samlet arkiv for avdelingen og viktige data manglet. En metodisk utfordring var også at to av forfatternes tilknytning til avdelingen i perioden. Andre ansatte med tilsvarende erfaringsbakgrunn utgjorde derfor også viktige kilder, både for tilgang til data fra antatt viktige endringsfaser, og for å sikre innhold og rekkefølge i den kronologiske fremstillingen.

Innsamling og bearbeiding av data. Kvalitetsregisteret lå til grunn for å beregne årlige verdier for aggressive episoder, aggresjonshåndtering og kjennetegn ved pasientene og pasientadministrative variabler. Dette gjaldt pasientkjennetegn som kjønn, alder, diagnose, skåre på risikoinstrument, og pasientflyt. Rømmingsepisode ble bestemt ved journalgjennomgang av pasienten i samarbeid med

personale med godt kjennskap til vedkommende. Ut fra at rømminger har vært sjeldne, og ofte med en viss dramatikk, kan det antas at data er pålitelige.

For å undersøke endringer i personalkjennetegn, behandlingsregime og evt. andre variabler av betydning for å forstå endringer ved avdelingen ble tilgjengelige skriftlige kilder gjennomgått. Viktige tekster er behandlingsprosedyrer, referat fra ukentlige vedtaksmøter, arbeidsmiljørapport fra 1993-94 (6) og referat fra pasientgruppemøter 1999-2000. I tillegg er publikasjoner som Psykisk helsevernloven (111), Pasientrettighetsloven (112), offentlige utredninger (113, 114), bokutgivelse med utgangspunkt i avdelingens erfaringer med aggresjonshåndtering (7) m.m. nevnt for å kaste lys over faglig og samfunnsmessig utvikling i perioden.

Vaktlister for årene 1993-2003 ble funnet og brukt for å beregne kjennetegn ved personalgruppen som andel med treårig helseutdanning og andel kvinner, i tillegg til personaldekning. Dette ble gjort ved å ta et utvalg av årets uker, der 6 uker hver vår og høst ble gjennomgått.

Andre personalvariabler bygget delvis på intervjuer fra fokusgruppe sammensatt av personale med erfaring som postpersonale fra 1995 til ut på 2000-tallet, dvs. årene med antatt viktigste endringer ved avdelingen. Av 13 med relevant tilknytning kunne 8 delta. En moderator uten tilknytning til avdelingen fulgte en semistrukturert intervjuguide (vedlegg 2) med spørsmål om avdelingens praksis og rutiner bl.a. relatert til håndtering av risiko og pasientautonomi. Det ble laget et skriftlig referat på bakgrunn av lydopptak, og særlig representative utdrag av dette, som illustrerte sentrale konsensusystema i gruppen, ble valgt ut og presentert i artikkelen.

Personalvariablene bygger også på synspunkter fra konsensusgruppe med tre ledende personale, med ulike stillingserfaringer fra hele 18-årsperioden, sammen med meg. Disse bidro, i tillegg til kvalitetssikring, med vurderinger av endring i personalvariablen avvikstoleranse og bruk av aversive metoder for å sanksjonere avvik.

De fleste variablene knyttet til behandlingsregime bygger på skriftlige kilder. Implementering av strukturert aktivitetsprogram og ettersamtaler, risikovurderingsredskap, og rutiner for behandlingsplan/møter bygger på egen erfaring og bekreftet av konsensusgruppe, men foreligger også i pasientjournal og prosedyrebeskrivelse. Referat fra ukentlige møter der rammer for pasientaktiviteter foreligger til og med 2004 og ligger til grunn variabelen pasientutgang fra avdelingen. Variablene liberalisering i husregler og ransakingsrutiner bygger både på fokusgruppeintervju, ukentlige vurderingsmøtereferater og fra pasientgruppemøter i årene 1999-2000. Mens variabelen bruk av inngripende tiltak ved aggresjonshåndtering tok utgangspunkt i SOAS-data, var den tilgrensende variabelen terapeutisk håndtering av aggresjon og risikosituasjoner basert på utsagn fra fokusgruppe. Variabelen antipsykotisk medikasjon var ikke basert på måling av forbruk, men baserte seg på enighet i konsensusgruppe.

Sjekk av fremstilling av historisk forløp. En konsensusgruppe, sammensatt av personer med erfaring fra den undersøkte perioden og som representerte erfaring fra sentrale avdelingsfunksjoner, gjennomgikk hovedmomenter ved opplysningene kronologisk for å sikre at det historiske forløpet var korrekt beskrevet.

Konkluderende slutninger. Mens en opprinnelig intensjon var å beskrive endringer i variabler som kunne bidra til å forklare redusert voldsrate, kom endring i pasientautonomi frem som et sentralt trekk ved gjennomgang av data. Grunnlaget for denne konklusjonen var dokumentasjon av regimeendringer, som omfang av inngripende risikohåndteringsiltak, tvungen deltakelse i behandling, restriksjoner på å

forlate avdelingen uten følge, tilgang på personlige eiendeler og på normale aktiviteter. Det ble også vurdert om dette gikk på bekostning av sikkerhet, målt ved rømmings- og voldsrater per år. Regimeendringer og behandlingsprogram, endringer i personalkultur, fagutvikling og lovendringer ble gjennomgått for å utforske mulige årsaker til endring i pasientautonomi.

Tiltak for å sikre begrepsvaliditet står sentralt. Har vi brukt riktige mål for begrepene som studeres? Autonomi og risikohåndtering kan her sees på som i hovedsak komplementære begreper. I mangel av pasientenes egne synspunkter, er grad av pasientautonomi indirekte målt gjennom risikohåndteringspraksis og forankret i de samme variablene. Ett tiltak for å sikre begrepsvaliditet er bruk av ulike datakilder og metoder, gjennom journal- og driftsdata, utsagn fra personale og andre skriftlige kilder, med bruk av både kvantitative og kvalitative metoder, i samsvar med Yin (107) s. 41, Shadish m. fl. (109) s. 81. Et annet kriterium (107) s. 41) er at evidenskjeden fra innledende spørsmål til konklusjon og tilbake er lett å følge, og et tredje at sentrale informanter er enige i beskrivelse. Sikring av dette siste kriteriet bygger imidlertid ikke på en systematisk gjennomgang med alle, men funn og konklusjoner ble diskutert med sentrale informanter.

Artikkel 2, forklaring av redusert voldsrater

Utfordringer. Dette arbeidet bygger på tidligere funn av utviklingstrender i voldsrater og pasient- og kontekstvariabler ved avdelingen. Innledningsvis må det avklares om reduksjon i voldsrater gjelder avdelingens pasienter generelt og ikke bare skyldes endring hos få pasienter. Hovedutfordringen dreier seg om valg av egnet metode for å undersøke hypoteser om mulige årsaker til endring i voldsrater. Både bruk av statistiske tester og alternative tilnærminger ble vurdert. En betydelig utfordring uansett tilnærming er risiko for «bekreftelses-bias», særlig der vurderinger kan være farget av arbeidsbakgrunn og personlig tilknytning til avdelingen (18). Det retrospektive utgangspunktet innebærer også risiko for egne forklaringspreferanser kan påvirke tolkninger og vurderingsmåter. *Egnethet for statistisk hypotesetesting.* Flere begrensninger i datagrunnlaget vårt kan svekke statistisk konklusjonsvaliditet (108, 109). En forutsetning for å bestemme om det har funnet sted signifikante endringer er at årlige verdier for voldsrater er uavhengige av hverandre. Selv om årlig voldsrater for de første fem årene i perioden synes å være signifikant lavere enn de siste syv og konfidensintervall ikke overlapper, kan ikke vi trekke slutninger ut fra dette. Aggressive episoder fra enkeltpasienter kan slå ulikt inn på rate for de ulike årene, fordi pasientene varierer mht. aggresjonshyppighet, varighet av og antall opphold, og intervall mellom opphold. Gjensidig avhengighet er et vanlig kjennetegn ved tidsseriedata, og Shadish m.fl. foreslår at problemet kan møtes ved å estimere verdi for autokorrelasjon (111) s. 174. Selv om dette skulle være mulig i vårt tilfelle, foreligger det imidlertid andre utfordringer i data.

Det retrospektive utgangspunktet og omfanget av mulige forklaringsvariabler, sammen med få observasjonspunkter, kan bidra til at forklaringshypoteser får støtte uten at det er grunnlag for dette, altså *type 1-feil*. Data utarbeidet i etterkant av hendelser kan innebære både tilfeldige og systematiske feilkilder. Det var ikke formulert spesifikke hypoteser i forkant, og modifikasjon av post hoc hypoteser ved negative funn ville bryte med forutsetninger for slik testing og prinsippet om falsifiserbarhet. Selv om det foreligger korreksjonsregler for gjentakning av signifikanstest, kan statistisk validitet være truet av andre grunner. Det vil være vanskelig å justere for hvordan de ulike variablene påvirker hverandre. Ut fra vårt datagrunnlag, der vi ikke kjenner relasjonen mellom ulike variabler og der potensielt viktige data ikke er undersøkt, vil det være risiko for at funn av eventuelle sammenhenger skyldes en tredjevariabel, altså konfundering.

Vi kan også risikere å forkaste en korrekt hypotese fordi testen ikke har tilstrekkelig statistisk styrke til å fange opp eventuell effekt, altså *type II-feil* (108). Styrke vil bl.a. avhenge av tilstrekkelig utvalgsstørrelse i forhold til antall variabler som inngår i testen. I vårt tilfelle utgjør årlig voldsrate for perioden 17 observasjonspunkter. I prinsippet ville vi imidlertid kunne vi øke utvalget av observasjoner ved å bruke kvartal heller enn år som tidsintervall og begrense testing til et mindre utvalg av særlig plausible variabler.

Løsninger. Trendkurve for voldsepisoder i perioden ble laget ved at avhengig variabel, antall episoder, ble delt på pasientdøgn. For å vurdere om reduksjon i voldsrate gjaldt pasientene generelt, ble liggedøgn for hvert år fordelt i fire kategorier ut fra voldsfrekvens. Trendutvikling for disse fire kategoriene ble så beregnet.

Ut fra begrensningene knyttet til bruk av statistiske tester, ble alternative tilnærminger for å identifisere variabler som kunne bidra til plausible forklaringer vurdert. Samsvar mellom voldstrend og trendutvikling i de uavhengige variablene ut fra visuell inspeksjon av trendgrafer ble sett på som et viktig grunnlag for evaluering av forklaringsvariabler (108). 21 av tidligere beskrevne pasient- og kontekstvariablene og der forløpet var mulig å tidfeste, ble brukt til å lage trendgrafer. Syv av disse var relatert til pasienter, seks til personale, syv til behandlingsregime og tre til andre/eksterne faktorer. 14 variabler ble satt opp på grunnlag av årlige verdier, mens det for syv ble valgt å dele perioden inn i faser der tidspunkt for intervensjon eller endring kom frem.

For å redusere risiko for «bekreftelses-bias» fra forfattergruppen, ble en bredest mulig gruppe personer utenfor forfattergruppen, men med relevant arbeidserfaring fra avdelingen i perioden, trukket inn for å vurdere forklaringsvariablene. Alle som hadde arbeidet ved avdelingen fra før 1994 til etter 2003, dvs. fra før reduksjon i voldstrend startet og etter at et lavere nivå var stabilisert, ble forespurt. Av de 13 ansatte som ble funnet, var det åtte av disse hadde som anledning til å møte. Seks hadde bakgrunn som psykolog/psykiater eller ledende avdelingspersonale. Fire av disse hadde tidligere også arbeidet som postpersonale, slik at til sammen seks av de intervjuete hadde slik erfaring.

Strukturert intervju ble gjennomført ut fra intervjuguide (vedlegg 3). For også her å redusere risiko for «bekreftelses-bias» ble dette gjort av medforfatter (TP) som ikke hadde hatt tilknytning til sikkerhetsavdelingen i klinisk arbeid eller direkte samarbeid med informantene (bortsett fra RU). Informantene ble først vist graf med voldstrend. De bedt om å komme med sine umiddelbare hypoteser om hva som kunne forklare reduksjon i voldsrate. Deretter ble de bedt om å foreslå hvordan de ville ha undersøkt hypotesene. De ble så presentert en liste med de 21 predefinerte variablene, og bedt om å velge de tre av dem som de mente var best egnet til å forklare reduksjon i voldsrate. Denne delen av intervjuet utgjorde materiale for videre bearbeiding og oppsummering. I tillegg ble informantene spurt om å begrunne sine valg, deretter vist de ulike variabeltrendene, og så bedt om å kommentere dem. Intervjuene varte fra en til halvannen time, ble deretter umiddelbart summert opp, og sendt den enkelte for gjennomgang og kommentar. Deretter ble teksten klargjort for innholdsanalyse.

Innholdsanalyse (115) ble benyttet for å klassifisere og oppsummere intervjueteksten. Denne ble først delt inn i enkeltutsagn. Disse ble kategorisert, først ved å bestemme utsagn som falt inn under de predefinerte variablene. Ut fra de utsagnene som ikke lot seg bestemme slik ble ytterligere kategorier formulert og de resterende utsagn fordelt på disse. Disse tilleggskategoriene ble formulert på grunnlag av de to første spørsmålene i intervjuet. Inter-rater reliabilitet for to av forfatternes klassifisering av utsagn ble beregnet ved bruk Cohens Kappa.

For å oppsummere hovedtendenser i intervjuvarene ble de mest foretrukne valgene fra listen over de predefinerte variablene oppsummert. Deretter ble forslagene holdt opp mot trendgrafene for å kunne falsifisere uakseptable hypoteser. Kriterium for dette var manglende samsvar mellom variabeltrend og voldstrend, eller der endringer i forklaringsvariabelen startet for seint til å kunne forklare nedgang i voldsrate. Ut fra antakelse om at den predefinerte variabellisten ikke dekker alle plausible forklaringshypoteser, ble disse funnene også supplert med de hyppigst foreslåtte tilleggskategoriene. Konklusjon ble truffet ut fra oppsummering av hovedtendenser i valg av ikke-forkastete predefinerte forklaringsvariabler, supplert med de hyppigst nevnte tilleggskategoriene.

Krav til begrepsvaliditet er også viktig ved beskrivelse av mulige forklaringsvariabler med bruk av et mangfold av kilder og metodiske tilnæringsmåter som sentralt virkemiddel. Ved siden av beskrivelsene av variablene som trendgrafer, var hensikten med intervjuguiden lagt bredt opp for å få frem både åpne og spontane og prioritering av mer fokuserte forslag til forklaringshypoteser. Innholdsanalyse av intervjuteksten lå til grunn for tilleggshypoteser for supplerings av mulige mangler i det opprinnelige variabelutvalget.

Ut fra det retrospektive designet vil denne undersøkelsen av sannsynlige årsakssammenhenger stå overfor særlige utfordringer mht. indre validitet. Konklusjoner om sammenhenger kan i tillegg til at det kan bygge på feilkilder, skyldes *tilfeldigheter*, at det foreligget et *omvendt årsaksforhold* eller at en *rivaliserende forklaring* med andre forklaringsvariabler er den korrekte. Som ved begrepsvaliditet er bruk av multiple metoder og kilder her sentralt, men også vurdering av alternative rivaliserende forklaringer er viktig (107) s. 135. Trender i sentrale variabler gir på samme måte som i den historiske undersøkelsen utgangspunkt for å evaluere alternative forklaringer. Bruk av åtte ulike «case-forklaringer» er imidlertid det sentrale grepet for å undersøke en mulig felles forståelse av plausible forklaringer.

Artikkel 3, dimensjoner ved aggressiv atferd

Et siste mål var å undersøke om en tredimensjonal modell for forståelse av pasientagresjon (15) samsvarte med hvordan sider ved aggresjonsutøvers motiv og tilstand ble opplevd. Ut fra dette ble fordeling av aggresjonstyper og sammenheng med pasientkarakteristika også forsøkt beskrevet. Med utgangspunkt i Nussbaums 3-faktormodell (15) ble begrepene i forkant av prosjektet definert og utdypet og deretter prøvd ut i en klinisk sammenheng ved at aggressive episoder fra døgnet forut ble vurdert på morgenrapport. Over en periode på 8 måneder klassifiserte tre psykologer uavhengig av hverandre 227 episoder. Enighet mellom observatører ble her beregnet ut fra intra-klasse korrelasjonskoeffisient (ICC) og varierte mellom 0,72 og 0,87 for de ulike aggresjonskategoriene.

Det ble det besluttet å teste modellen videre ut som en del av prosjektet, og knyttet til løpende registrering av aggressive episoder. Personalets umiddelbare opplevelse av aggresjonsutøver ble antatt å gi lett tilgjengelige data, i tillegg til at dette ble vurdert gi avgrenset men likevel relevant informasjon om sentrale sider ved aggresjonsutøvers motivasjon og tilstand. Ut fra definisjoner og vår kliniske erfaring med pasientgruppen over mange år ble det formulert 13 spørsmål som vi anså å beskrive ulike sider ved aggresjonsformene på en dekkende måte. I dette arbeidet deltok tre av forfatterne og en erfaren behandler som hadde vært med i det tidligere utviklingsarbeidet. Irritasjonsutløst aggresjon ble dekket av fire spørsmål, instrumentell av fem og defensiv av fire. Spørsmålene ble lagt inn på baksiden av SOAS-skjemaet, med en fem-delt skala for å uttrykke hvor godt det enkelte ledd passet. Utgangspunktet var at skjemaet skulle være selvforklarende, og avdelingspersonalet fikk en kort informasjon om den nye registreringsrutinen.

Utfordringer. For å prøve ut om 3-faktormodellen er forenlig med pasientaggresjon slik den kommer frem i et avdelingsmiljø, var det nødvendig å avklare og presisere innholdet i kategoriene. Observasjons- og vurderingsmåte av aggressive episoder måtte også bestemmes, i tillegg til metode for å beregne hvor godt modellen passet. I den grad dette er tilfelle burde også fruktbarheten av modellen undersøkes.

Løsninger. Undersøkelsen dreide seg primært om begrepsvaliditet, om modellen gir dekkende og fruktbare måter å beskrive og forstå pasientaggresjon. Dette krevde ulike tilnærminger i de forskjellige fasene av undersøkelsen, fra generell avklaring og definisjon, undersøkelse av enighet (inter-rater reliabilitet), valg av og beskrivelse av sentrale kjennetegn ved de ulike kategoriene, utprøving og justering av indikatorer (EFA) og uttesting av hvor godt disse passet. Fruktbarhet av taksonomien kan knyttes til personlighetsegenskaper og fordeling av aggresjonsformer.

Eksploratorisk faktoranalyse ble benyttet for å undersøke hvor godt leddene passet til de ulike kategoriene. Skalaen ble prøvd ut og ledd som ladet svakt ønsket faktor eller hadde høy kryssladning, erstattet eller reformulert. Data for undersøkelsen er 1651 episoder fra 28 ulike pasienter, registrert fra januar 2006 til november 2011. Dette utgjorde 75 % av alle episoder som var registrert i perioden.

Eksploratorisk faktoranalyse, ved bruk av prinsippal komponentanalyse, ble benyttet for å undersøke kryssladninger for ulike ledd, hvor mye av total varians som skyldtes de tre faktorene, og korrelasjon mellom faktorene. 3-faktormodellen ble deretter testet og evaluert ved bruk av konfirmatorisk faktoranalyse, Mplus versjon 4.1 (116). «Root mean square error of approximation» (RMSEA) og «comparative fit index» (CFI) ble valgt som kriterier for å vurdere hvor godt modellen passet til data. Foreslåtte retningslinjer (117) for å vurdere disse kriteriene er at RMSEA nær 0,08 eller lavere betyr at modellen passer godt, mens 0,08-0,10 er middels. Tilsvarende er CFI er 0,95-0,90 vurdert som akseptabelt nivå.

Et aktuelt spørsmål var om svarene kunne være påvirket av observatørens forutinntatte hypoteser om pasientene, heller enn aggresjonsmønstre hos enkeltpasienter. For å vurdere dette ble intra-klasse korrelasjonskoeffisient beregnet for de enkelte av de 110 som hadde utført de første 1103 vurderingene og sammenlignet med tilsvarende mønstre hos de 21 ulike pasientene som da var vurdert inntil da. Undersøkelse av enighet om skåring av enkeltpisoder mellom ulike observatører er ikke foretatt.

For å få et anslag over hvordan episodene fordelte seg på de ulike aggresjonskategoriene, måtte mål for å dette bestemmes. Målet som ble valgt var grovt, da skårene for mange av episodene hadde høye verdier på flere dimensjoner samtidig. Gjennomsnittsverdi for leddene i hver aggresjonskategori beregnet, og episoden definert ut fra hvilken kategori som hadde høyest verdi. Sammenheng mellom personlighetstrekk og leddskåre ble også beregnet. Episodene ble klassifisert på grunnlag av PCL-R skåre på 25 og høyere for de involverte pasientene. På grunnlag av dette ble korrelasjon mellom leddverdi og psykopati beregnet ved bruk av Spearman's rho.

Tiltak og vurderinger knyttet til fagetisk holdbarhet

Spørsmål knyttet til et retrospektivt perspektiv, bruk av data som kommer fra en avgrenset og særpreget arbeidsplass og pasientgruppe, og forfatteres forhold til forhold som har vært gjenstand for undersøkelsen har satt særlige krav til design og metode for å sikre valide slutninger. Etske utfordringer knyttet til etterrettelighet, men også fagpolitiske stridstema bør utdypes ytterligere.

Spørsmål knyttet til undersøkelse av egen arbeidsplass.

Forskningsetiske normer innebærer en redelig, upartisk og åpen holdning til egen feilbarlighet (118) og krever dermed en kritisk vurdering av metodisk tilnærming og potensielle fagpolitiske interessekonflikter. Forskning på egen arbeidsplass må anses som en særlig utfordring, og setter generelt særlige krav til etterrettelighet. Risiko for feilkilder knyttet til bekræftelsesbias i våre undersøkelser kan antas å være betydelig forsterket ved at to av forfatterne har hatt en langvarig tilknytning til avdelingen. Strategier for å møte slik risiko har vært bruk av mangfold av kilder og metoder for å beskrive endringsforløpet i avdelingen, at fokusgruppeintervju ble ledet av intervjuer uten tilknytning til avdeling eller prosjekt, at strukturert intervju gjennomført av medforfatter uten tilknytning til avdelingen og at kriterier for forklaringsvariabler for redusert voldsrate ble utformet sammen med medforfattere uten avdelingstilknytning.

Risiko for «bekreftelses-bias» kan være knyttet til ønskverdighet av konklusjoner. Dette gjelder særlig betydning av kontekstuelle variabler som endringer i avdelingskultur og behandlingsregime for å forklare økt pasientautonomi og redusert voldsrate. Både forfattere og informanter kan ha mer sans for funn som f.eks. fremhever forklaringer som kan bidra til at egen behandlingsinnsats og kvaliteter kommer i et gunstig lys. Alternative forklaringer, som at enklere pasienter, pasientadministrative endringer eller eksterne eller tilfeldige faktorer som kan ha spilt inn, kan ha mindre appell. Slik bias kan også ha blitt forsterket ved at datainnsamling er gjort i etterkant av tidlig prosjektformulering. Det har vært nødvendig å tilpasse prosjektplanen underveis, og at slike forklaringsmomenter kan ha blitt tydeligere i løpet av prosjektperioden.

Fagetiske/-politiske spørsmål.

Det forskes på et sårbart og identifiserbart miljø i spenningsfeltet mellom hensyn til sikkerhet, arbeidsmiljø og pasientinteresser. Faglige interessekonflikter mot slutten av prosjektperioden som de første artiklene omhandler, gjør temaet ekstra følsomt. Forholdet mellom sikkerhet og behandling står sentralt ved denne typen arbeidsplasser. Konfliktnivået økte omkring behandlingsregimet. Avdelingens behandlingsfilosofi ble kritisert særlig ut fra argumenter om manglende sikkerhet. Disse synspunktene vant i liten grad gjennom. Det skjedde en økende polarisering i personalgruppen, og forflytning av et personale førte til rettsak mot avdelingen, der avdelingens faglige nivå og behandlingsfilosofi var et sentralt tema. Avdelingen var også over en lengre periode i negativt medielys. Konflikotlinjene var direkte relatert til sentrale problemstillinger i begge artiklene, og konklusjonene her kan oppfattes som argumenter mot kritikk av avdelingens sikkerhetsregime. Min og medforfatters (KR) syn var på linje med avdelingens offisielle standpunkt, som også var delt av et betydelig flertall i personalgruppen. Disse temaene illustrerer potensielle trusler mot gyldigheten ved undersøkelsens konklusjoner. Informanter er selektert, selv om det kun var saklige grunner for utvalget. Disse har «overlevd», både ved at de har lang arbeidserfaring og holdt ut i et krevende arbeidsmiljø. I tillegg tilhører de, sammen med flere av forfatterne, den «seirende» fagpolitiske fløyen.

Sikring av etterrettelig innsamling, bearbeiding og presentasjon av data er dermed sentralt, og er delvis behandlet under avsnittet som omhandler validitetstrusler. Tiltak for å redusere «bekreftelses-bias»

innebar fokus på og grundig gjennomgang av rivaliserende hypoteser, og vekt på triangulering (107), og dermed forbehold av mulighet for økt betydning av andre variabler. Sammensetning og rolledeling i forfattergruppen er også gjennomført med sikte på å redusere risiko subjektivt bias. Dataene som er brukt i prosjektet er søkt lagret på en lett tilgjengelig måte som skal sikre muligheter for innsyn i grunnlaget for konklusjonene. Disse sidene ved metode og datagrunnlag er samtidig knyttet til prosjektets potensiale ved samtidig pasientnærhet og tilgang på relevante tema. Det har vært vurdert at interesser knyttet til tilgang til potensielt verdifulle data må antas synes å oppveie svakhet i design og metode.

Bruk av sensitive opplysninger.

Slike utfordringer krever ulike løsninger. Data bygger på sensitive opplysninger som potensielt kan være belastende for pasienter, personale eller arbeidsplass. De formelle sidene ved bruk av kliniske data faller inn under Personopplysningsloven (119) og Helseregisterloven (120). Aggresjons- og pasientdata har vært løpende registrert og har de siste årene vært et godkjent helseregister i Helse-Bergen. Bruk av dataene for forskning ble godkjent av Norsk Samfunnsviteskaplig Datatjeneste i 2006, og prosjektsøknad sendt Regional Etisk Komité (REK) og godkjent i 2007 (vedlegg 4). Opplysningene er hentet fra taushetsbelagt materiale og krevde unntak fra kravet om informert samtykke, formulert i forskningsetiske retningslinjer (118). Her nevnes at fritak kan være aktuelt ved opplysningene lite sensitive og der nytteverdien av forskningen overstiger ulemperne. Begrunnelse for søknad om fritak fra taushetsplikt var at det ville være urealistisk å regne med samtykke fra mange pasienter. Evt. ulemper for pasientene ble vurdert som små i forhold til nytteverdien av prosjektet. Dette ble godtatt av REK.

Som nevnt kan en slik undersøkelse medføre belastninger for avdeling og involverte da miljøet er identifiserbart og sensitive forhold knyttet til en sårbar pasientgruppe tas opp. Opplysninger om aggresjon og pasientkarakteristika fremstilles på gruppenivå, men retter oppmerksomheten mot negativ pasientatferd hos sårbare personer. Da innhenting av samtykke er utelatt må det settes strenge krav til bruk av opplysninger.

Personale som tidligere har gitt uttrykk for sterk kritikk av avdelingens regime, kan også tenkes å være identifiserbare eller oppfatte seg som sårbare. De har ikke kommet til orde i denne undersøkelsen. En del funn kan tolkes som at sider ved tidligere praksis har vært kritikkverdig, og at redusert voldrate kan knyttes til endringer i kustodielle og autoritære normer mot en mer relasjonell tilnærming. Respekt for andres verdier og holdninger blir fremhevet i de forskningsetiske retningslinjene. Formulering og presentasjon av funn som er relatert til ovennevnte konflikttema vil dermed være avgjørende.

Til sammen 16 informanter med erfaring fra aktuell tidsperiode bidro til undersøkelsen, halvparten gjennom fokusgruppe og halvparten ved semi-strukturerte intervjuer. I begge sammenhenger kom det frem personlige synspunkter knyttet til ovennevnte konflikttema. Ut fra konfliktpotensialet i denne informasjonen er det forsøkt satt sterke krav til hvordan og i hvilken sammenheng opplysninger er blitt fremstilt, med tanke på mulige ulemper for informantene. Slagside mht. kilder har også medført skjerpet krav til formulering av funn og konklusjon.

Avdelingen som helhet utgjør et potensielt sårbart miljø som har vist seg tiltrekkende for media. Opplysninger lett kan fordreies og misvisende informasjon kan være vanskelig å korrigere. Dette er forsøkt vurdert ved beskrivelse av avdelingen.

Risiko for mulige belastninger for avdeling, pasienter og informanter er vurdert ivaretatt og oppveid gjennom antatt nytteverdi av ny kunnskap. Pasientopplysninger på gruppenivå antas ikke å ha bidratt til stigmatisering av enkeltpasienter. Konklusjoner omkring økt pasientautonomi og betydningen av kontekstuelle variabler for pasientvold er antatt presentert til gagn for pasientene som gruppe. Hensyn til personale som bidro med prosjektdata er søkt ivaretatt ved nøkterne og objektive beskrivelser. Informantene er søkt sikret ved at 1. mulighet for uønsket individuell identifikasjon er unngått, 2. sensitive tema beskrevet nøkternt, 3. mulighet for tilbakemelding og anledning til drøfting i forkant av, og 4. tilbakemelding etter publisering. Kritikken som ble reist mot avdelingen har ikke vært tema for prosjektet. Etter negativ medieoppmerksomhet mot avdelingen antas det at funnene i beste fall kan bidra positivt til omdømme. Omkostninger og risiko ved prosjektet vurderes dermed å være akseptable i forhold til sannsynlig nytteverdi.

Resultat

Kjennetegn ved avdelingens utvikling

17 variabler ble vurdert mht. endringsmønster for en periode på nesten 18 år. Variabelen *pasientkjennetegn*, beskrevet ut fra seks demografiske og diagnostiske karakteristika, ble vurdert som lite endret i løpet av perioden. Mht. *pasientadministrative* data ble det funnet økt gjennomstrømming og belegg. De andre variablene, delt inn i kategoriene *risikovurdering og håndtering*, *behandlingsregime*, *personalvariabler* og *aggresjon og rømming*, ble vurdert å være endret. De ulike endringsområdene var kjennetegnet ved økt frihet og selvstendighet for pasienter, redusert bruk av restriktive tiltak og press, innføring av vurderings- og behandlingsmetoder som bidro til mer dynamiske og individualiserte rutiner i det faglige arbeidet, økt deltakelse mht. sikkerhetsspørsmål, økt toleranse for avvik og redusert bruk av aversiv atferdskontroll hos postpersonalet og reduksjon i volds- og rømmingsepisoder.

Årlige verdier for noen kjennetegn ved disse variablene ble beregnet. Her kan nevnes betydelig økt kvinneandel og andel personale med treårig helseutdanning fra midtre del av perioden. Fokusgruppeintervju omkring fra midtre del av perioden gav eksempler på og understrekte sider ved ovennevnte endringer i regime og personalgruppe. Pasientrettigheter, bruk av tvang, restriksjoner og press for å håndtere risiko og påvirke pasienter, profesjonell standard og fagutvikling, og rolle og forventninger til personalet var områder som ble nevnt som viktige endringstema. Andre tema som også ble beskrevet i oppsummering av endringsforløp var økt systematikk i behandlingsplaner, endret bruk av antipsykotisk medikasjon og endringer i juridiske rammer for pasientbehandling.

Det ble funnet at endringer i avdelingskultur og pasient-personalinteraksjon, knyttet til økt betoning av relasjonell og dynamisk sikkerhet, kan ha bidratt til økt pasientautonomi. Et viktig aspekt ved samlede funn ble vurdert å være at økte pasientautonomi og et mer normalisert dagligliv i en sikkerhetspsykiatrisk avdeling var forenlig med forsvarlig risikohåndtering.

Forklaringer på redusert voldsrate

Med utgangspunkt i samlet voldsatferd og fordeling på pasienter per år ble det beregnet at reduksjon i voldsrate ikke var knyttet kun til en eller et fåtall pasienter, men var et mer generelt aspekt som gjaldt pasientene som gruppe. Endringer hos pasienter med høyfrekvent aggresjon virket mest inn på samlet voldsrate, men det kom også frem rate-reduksjon hos pasienter med lavere frekvens.

Av de 21 variablene som ble presentert var *introduksjon av etter-samtale* foreslått av fem av de åtte intervjuete. *Økt kvinneandel* i personalgruppen, utvikling av *felles behandlingsplaner og møter* og *nye lover* ble alle foreslått av tre. Mer *liberale postregler*, introduksjon av *metoder for risikovurdering* og av *aktivitetsprogram* ble nevnt av to. To pasientvariabler, *økt andel kvinnelige pasienter* og *redusert belegg* ble foreslått av en.

Noen variabler sto igjen som mulige forklaringsmåter for reduksjon i voldsrate etter videre hypotesetest. Denne besto i at forslag og voldtrend ble sammenlignet ut fra kriteriet om at endring i uavhengig variabel skulle starte før endring i den avhengige var avsluttet. *Etter-samtale*, introdusert som rutine i 1994, *økt kvinneandel* med betydelig økning fra siste halvdel av 90-tallet og i noen grad *felles behandlingsplaner og møter*, utviklet mot slutten av 90-tallet, var de hyppigst foreslåtte forklaringene som var forenlige med voldtrend. Dette gjaldt også hypoteser knyttet til *metoder for risikovurdering* og innføring av *aktivitetsprogram*.

Ulike hypoteser i tillegg til de 21 opprinnelige variablene ble formulert ved innholdsanalyse av spontane forklaringer og forslag til å teste disse. Endringer i personalgruppen som *økte ferdigheter*, *reduerte kustodielle holdninger* og *mer aktiv rolle i vurdering og behandling* ble nevnt av fire. Endringer ved behandlingsregime som *økt individuell tilnærming* og *forbedret postmiljø* ble nevnt av seks. Samlet i hele intervjueteksten ble *økt individuell tilnærming* nevnt av syv informanter.

Dimensjoner ved pasientaggresjon

Data bygger på 1652 aggressive episoder der 28 ulike pasienter var involvert. Det kom ikke frem typiske svarmønstre hos personalet som hadde skåret episodene, kjennetegnet lave verdier for ICC, fra 0,01 til 0,07 for de enkelte leddene. Ut fra eksploratorisk faktoranalyse forklarte irritasjonsrelatert, instrumentell og defensiv aggresjon 61 % av datavarians, og skala-leddene ladet i hovedsak som forventet ut fra modellen. Mens defensiv og irritasjonsrelatert eller instrumentell aggresjon korrelerte lavt, kom det frem en korrelasjon på 0,50 mellom disse.

Ved bruk av konfirmatorisk faktoranalyse kom det frem at 3-faktormodellen kan være forenlig med data. Beregningsmåten Root Mean Square Error of Approximation gav verdien 0,08 og Comparative Fit Index 0,92. Disse verdiene tilsier at modellen har en ikke fullgod men akseptabel tilpasning til data (117) s. 87.

Irritasjonsrelaterte ledd hadde høyest gjennomsnittsverdi i 56,4 %, instrumentelle ledd i 32,2 % og defensive ledd i 11,3 % av episodene. Irritasjonsrelaterte og instrumentelle ledd hadde imidlertid hevet skåre (> 3) samtidig i 45 % av episodene.

Det kom frem økte verdier på instrumentell og irritasjonsutløst, og reduserte verdier på defensiv aggresjon, ved hendelser der pasienter med høy psykopatiskåre ($PCL-R \geq 25$) var involvert (Spearman rho 0,41, 0,32, -0,16, signifikans $p < 0,001$). Ledd sterkest relatert til disse episodene var *prøvde å presse eller dominere* (0,30), *prøvde å skremme* (0,29), *var kald og beregnende* (0,25), mens *var redd* var sterkest negativt korrelert (-0,20), $p < 0,000$.

Diskusjon

Hva kom frem i undersøkelsene?

Vi fant klare endringer i avdelingsmiljøet i årene reduksjon i voldsrate fant sted. Vurderinger gjort av personale med relevant erfaring, indikerer at denne reduksjonen kan ha sammenheng med psykososiale faktorer. Dette kan gjelde både risikofaktorer som aversive sider ved pasientenes livsmiljø, men også beskyttelsesfaktorer som samarbeidsrelasjoner. Analyse av aggresjonsepisoder i viser at disse varierer langs flere dimensjoner, med størst innslag av affektive, men også med klare instrumentelle innslag.

Endringene ved avdelingen skjedde i en periode med stabile oppgaver og rammebetingelser, og omfattet både personalkjennetegn, arbeidsmåter og pasientatferd relatert til risiko. Ut fra redusert uførelse tvang ved håndtering av risikosituasjoner, mindre bruk av restriksjoner og mindre bruk av inngripende behandlingstiltak, ble det konkludert med at pasientautonomi var økt. Da dette skjedde uten at risikoatferd økte, ble det også konkludert med at et mindre restriktivt regime var forenlig med sikkerhetsmessig forsvarlighet. Parallelle endringer i personalsammensetning og arbeidsmåter knyttet til behandling, risikovurdering og -håndtering, kan ha påvirket miljø- og kulturendring ved avdelingen.

På grunnlag av vurderinger fra personale med erfaring fra endringsperioden holdt opp mot variabeltrender, kom kontekstuelle faktorer som personalkvaliteter og behandlingsregime ut som plausible årsaker til redusert voldsrate. Et mulig fellestrekk ved disse forklaringene kan være faglig utvikling som påvirket både individuelle tilnæringsmåter og reduserte aversive sider ved avdelingsmiljøet. Selv om det ikke kom frem at endring i pasientkarakteristika kan ha hatt betydning, kan dette imidlertid ikke utelukkes.

Irritasjonsrelaterte, instrumentelle og defensive innslag synes å dekke sentrale sider ved pasientagresjon slik denne umiddelbart oppleves. Mens episoder med høye verdier av irritasjonsrelaterte kjennetegn var de vanligste, hadde mange av disse episodene samtidig innslag av instrumentell aggresjon. En mindre andel av episodene hadde markert defensive kjennetegn, og disse hadde i liten grad innslag av de to andre dimensjonene.

Hva er nytt?

Selv om forklaringene av voldsrateendringer fordelte seg på et videre spekter av miljøfaktorer, kom introduksjon av strukturerte samtaler etter voldsepisoder, og økt kvinneandel i personalgruppen frem som sentrale. Blant de intervjuete var implementering av etter-samtale var den variabelen som ble pekt på av flest som viktig for reduksjon i voldsrate, begrunnet bl.a. med at den bidro til økt forståelse av voldsepisoder og økt individuell tilnærming. Dette støttes av andre og tidligere funn av at observerte foranledninger for aggressive episoder økte etter at prosedyren ble innført. Begrepet etter-samtale (post incident review, etc.) er brukt i klinisk litteratur og opplevelse av prosedyren vurdert (121), men studier av effekt på voldsrate ikke funnet.

Trendgrafen for økt kvinneandel har høyt samsvar med voldtrenden. Begrunnelser for hvordan denne variabelen kan ha virket er at den kan ha bidratt til et mykere og mer omsorgsfullt miljø. Sammenheng mellom kvinneandel og vold i institusjonsmiljø er tidligere beskrevet (104), men ikke funnet direkte relatert til endring i voldsrate.

Mens skillet mellom affektiv og instrumentell er godt etablert, og andre har funnet at variasjon i pasientagresjon kan beskrives med begreper som har likhetstrekk med våre (47, 56), er flere av våre funn nye. Metode og tilnærming er ny, ved at 3-faktormodellen synes akseptabel med utgangspunkt i personalets umiddelbare vurdering av utøveren. Mens defensiv aggresjon i teoretisk sammenheng er foreslått å være enten en type affektiv eller instrumentell aggresjon (30), tyder vårt funn av denne aggresjonsformen klart atskilt fra begge disse dimensjonene, er ikke funnet empirisk undersøkt tidligere. Et funn som ikke er beskrevet tidligere, men som kunne forventes, er at en betydelig del av episodene både har irritasjonsrelaterte og instrumentelle trekk samtidig.

Undersøkelsens styrke

Selv om situasjonelle risikofaktorer for pasientvold har vært tema for flere undersøkelser, gir den metodiske tilnærmingen knyttet til økologisk og case-design i første del av prosjektet grunnlag for en beskrivelse av et langsiktig endringsforløp. Bruk av ulike datakilder og metoder gjør det mulig å treffe konklusjoner om utviklingstrekk og sannsynlige sammenhenger ut fra sammenfallende premisser. Utgangspunktet for prosjektet, den klinisk interessante forekomsten av betydelig redusert voldsrate over en lang tidsperiode, med kontinuitet og der stabile rammer er til stede, er en sannsynligvis sjelden anledning til å forstå et faglig interessant fenomen. Data for undersøkelse av 3-faktormodellen bygger også på erfaring fra kjente samhandlingssituasjoner og pasientnære forhold.

Den *kliniske relevansen* og prosjektets praktiske og sosiale validitet (108) er knyttet til at forståelse, vurdering, håndtering og behandling av aggresjonsproblemer er en sentral oppgave for avdelingen. Endringene som er undersøkt er vesentlige, av klinisk betydning og knyttet til løpende behandling og fagutvikling. Dette bidrar også til at de kliniske dataene er robuste, benyttet i det løpende kliniske arbeidet over lang tidsperiode, noe som må antas å styrke kvalitet og pålitelighet, og dermed kompensere for manglende reliabilitetsmål. Dette utgangspunktet gjør det fruktbart å formulere plausible hypoteser om årsakssammenhenger. Holdbare begreper for å forstå pasientagresjon er også et sentralt tema i den kliniske hverdag.

En videre styrke første del av prosjekter er det *lange tidsperspektivet*. Dette gir en særlig anledning til å undersøke en mer enn halvering og deretter stabilisering av voldsrate over en årrekke. Reduksjonen i voldsrate er et langtidsmønster der kortere og mer tilfeldige variasjoner er underordnet, noe som muliggjør mer grunnleggende spørsmål om årsakssammenhenger. Endringsprosessen i avdelingskultur og behandlingsregime er også et relevant funn for denne typen avdelinger. For å fange opp stabile endringsmønstre i et avdelingsmiljø kan lange observasjonsperioder være nødvendige, der både effekter av fagutviklingstiltak og ikke-planlagte historiske endringer kan studeres.

En tredje styrke ved prosjektet er at det har innslag av et naturlig eksperiment (109). Pasientgrunlaget har populasjonskarakteristika, de med alvorligst voldsrisiko i regionen, og endringsprosessen har skjedd i en periode med stabile oppdrag og innleggelseskriterier. Dette begrenser mulig forstyrrende faktorer knyttet til drift, og kompenserer dermed den manglende kontroll av variabler som ellers bidrar til å svekke designet.

Begrensninger

Disse egenskapene, som ligger til grunn for prosjektets styrke, kan også være knyttet til klare begrensninger. Data kommer til dels fra er et lite antall pasienter som varierer mht. alvorlighet og frekvens av vold og risikobilde, liggetid og antall innleggelser. Andre data kommer fra et avgrenset antall personale fra et spesialisert miljø. Kliniske data bygger i hovedsak på redskaper med kjente

psykometriske egenskaper som vi imidlertid ikke evaluerte systematisk, f.eks. ved måling av inter-rater reliabilitet. Tilgang på kilder var en viktig forutsetning for hvilke driftsdata og informasjon og evalueringer fra personale vi fikk samlet. Funnene bygger dermed på data som er valgt ut fra de mulighetene lokale forhold gav. Dette kan også påvirke generaliseringsverdien ved funn og konklusjoner.

Begrensninger ved første del av prosjektet.

Som tidligere diskutert er risiko for «bekreftelses-bias» en alvorlig utfordring. Denne kan være særlig aktuell ved undersøkelse av forhold på egen arbeidsplass. Ønske om å finne visse sammenhenger kan ha påvirket formulering av problemstillinger og mål, valg av metode, oppsummering av data, eller slutningsmåter. Denne begrensningen forsterkes av den retrospektive tilnærmingen, der vi først spør om hva som kjennetegner avdelingens utvikling, og deretter spør om hvilke variabler som kan ha virket inn på voldsrate. Dette innebærer betydelige forbehold mht. konklusjoner det uansett våre metodiske tilnærminger. Et særlig risikomoment er at forfattere og informanter kan ha interesser av funn og konklusjoner som peker på egen innsats og faglige ambisjoner, og dermed betydning av kontekstuelle årsaksfaktorer og av godt behandlingsregime. Selv med tiltak for å motvirke dette, gjennomgått i metodekapittelet, vil slike generelle begrensninger være til stede.

Den avgrensede pasientgruppen og særegne lokale miljøbetingelser vil også tenkes å kunne begrense betydningen våre konklusjoner om pasientautonomi og risikohåndtering, og kontekstuelle påvirkningsfaktorer for voldsrate kan ha i for rådende hypoteser og problemstillinger i fagfeltet.

Begrensning ved den historiske undersøkelsen.

Det var manglende og til dels ujevn tilgang på data. Noen år manglet vi opplysninger om personalkarakteristika og utgangsnivå. Fokusgruppe og andre informanter var sannsynligvis ikke representative for alle ansatte i perioden. Vi mangler også direkte informasjon fra pasientene slik at viktige aspekter ved pasientenes livssituasjon dermed kan ha blitt oversett. Disse forholdene kan ha bidratt til hvordan vi vektla utviklingsområder. Det kan tenkes at andre områder enn økt pasientautonomi som endring i pasientrolle eller livskvalitet, evt. endringsmønstre i ledelse og organisering, eller endringer i postpersonalets status og rolle kunne ha blitt vurdert som viktigere trekk ved avdelingens utvikling. Vår konklusjon om endring i pasientautonomi som sentralt trekk ble gjort på grunnlag av tilgjengelige data, men dette utelukker ikke at tilgang på andre kilder kunne modifisert dette bildet.

Valg av *risikohåndtering* som parallellt utviklingstrekk var naturlig ut fra at sikkerhet er en av avdelingens prioriterte oppgaver. Det forutsettes at volds- og rømmingsrate gir et godt mål på hvordan avdelingen har klart å møte sentrale sider ved pasientenes risikobilde, og slike data var lett tilgjengelige. Ut fra praktiske hensyn ble det ikke laget oversikt over annen antisosial atferd. Forekomst av f.eks. rusmisbruk, innsmugling, alvorlig ødelegging, butikktyverier, brudd på utgangsregler ville muligvis gitt et mer fullstendig og dekkende bilde av total risikoatferd ved avdelingen i perioden.

Et videre mål var å undersøke *forhold som kunne forklare endring i pasientautonomi*. Det ble konkludert med at endret sikkerhetskultur, knyttet til endringer i personalgruppe og faglig utvikling, førte til en mer tilpasset bruk av tvang og restriktive tiltak med innslag av dynamiske og relasjonelle elementer. Alternative forklaringer på endringen kan ikke utelukkes. En mulighet er at det dreier seg om tilfeldige endringer i personal- eller pasientsammensetning, eller svingninger i behandlingssideologi, som kan tenkes å kunne snu seinere. Et omvendt årsaksforhold, ved at endret

pasientsammensetning førte til lavere sikkerhetsmessig utfordringer og reduserte behov for tiltak, er også tenkelig. En rekke rivaliserende hypoteser kan også tenkes, som andre endringer ved avdelingen, som at bedre ledelse og organisering gav økt trygghet i personalgruppen, at personalgruppen torde å håndtere risiko på en annen måte, eller at endring i samfunnsnormer påvirket avdelingens syn på restriksjon og frihetsberøvelse.

Begrensninger ved forklaring av redusert voldsrate.

Manglende kildetilgang kan innebære usikkert datagrunnlag, særlig mht. kontekstvariabler men også opplysninger om pasientene. Gruppene som ble intervjuet var selektert og ikke representative for alle ansatte, og arbeidsbakgrunn og roller kan ha påvirket svar systematisk. Ut fra spredning i svar krevde det videre arbeidet med å konkludere en aktiv redigering. Statistiske pasientvariabler er kommet fra avdelingens kliniske og pasientadministrative rutiner og datakvalitet er ikke målt. Det kan antas at symptomer og andre tilstandsdata ville gitt mer presis og relevant informasjon om voldsrisiko (42), men data for dette foreligger ikke.

Det kan reises spørsmål om redusert vold kan skyldes tilfeldige svingninger i rate. En slik endring kan i så fall ha påvirket avdelingens drift, ressursbruk, behandlingsregime og andre kontekstuelle forhold ved at redusert vold kan ha bidratt til at pasienter ble mer tilgjengelige for nytt behandlingsprogram og endret personalsammensetning.

Hovedmålet med denne undersøkelsen var å identifisere sannsynlige forklaringsvariabler. Innføring av ettersamtaler, økt kvinneandel, påvirkning fra lovendringsprosess omkring pasientrettigheter og bedre struktur av pasientbehandling ble vurdert som de viktigste, sammenlignet med flere andre regime- og personalvariabler. Også økt utdanningsnivå, innføring av rutiner for risikovurdering og innføring av strukturert aktivitetsprogram ble foreslått av flere. Andre aktuelle pre-definerte forklaringsvariabler som økt frihetsgrad, eller endring i antipsykotisk medikamentell behandling ble heller ikke foreslått av de intervjuete, men kan tenkes å ha virket inn. Alle disse variablene er forenlige, og kan ha vært en del av samlet påvirkning på voldsrate.

Ut fra det lave antallet som ble intervjuet vil det være usikkerhet om innbyrdes vektlegging av variablene. Selv om disse variablene kan være forenlige, vil alternativ vektlegging innebære at hovedkonklusjonen må modifiseres. Endringer i bruk av antipsykotisk medikasjon kan være relatert til et mindre inngripende behandlingsregime, altså en kontekstuell variabel, men kan også utgjøre en rivaliserende hypotese ved at en ny generasjon preparater kan ha gitt mer effektiv i symptombehandling og færre bivirkninger.

Det ble også fremmet supplerende synspunkter utover de pre-definerte variablene. Hyppigst nevnt var mer positivt avdelingsmiljø, men også økt individuell tilnærming, reduserte kustodiale holdninger, postpersonalet rolle i pasientbehandling og økt realkompetanse ble nevnt. Disse supplerer og er forenlige med de valgte variablene, noe som også ville gjelde ikke undersøkte variabler som redusert bruk av tvang, eller endret pasientrolle. Andre kontekstuelle hypoteser som ikke er undersøkt, knyttet til avdelingens faglige og ressursmessige rammer som økt ressurstilgang, bedre arbeidsmiljø, redusert regelstyring, og bedre og mindre autoritære former for ledelse og endret organisering, legger imidlertid vekt på andre aspekter og kunne ført til ulikt fokus.

Andre, ikke undersøkte variabler i avdelingens samfunnsmessige omgivelser kan supplere og utfylle våre konklusjoner. Dette kan gjelde helsepolitiske endringer knyttet normalisering og integrering, standarder for pasientbehandling og livskvalitet for inneliggende pasienter, faglig metodeutvikling nasjonalt og internasjonalt, satsing på kompetanseutvikling i psykisk helsevern som nevnt i

Stortingsmelding 75, og opptrappingsplan for styrking av Psykisk helsevern 1998 (113, 114). Det samme vil gjelde påvirkning fra evt. mentalitetsendringer i samfunnet i perioden knyttet til en generell økt liberalisering. Undersøkelse av ovennevnte faktorer kan imidlertid tenkes å modifisere våre konklusjoner. Slike faktorer behøver ikke utgjøre rivaliserende forklaringsmåter, da de kan ha påvirket foreslåtte kontekstuelle forklaringsvariabler direkte. Vi kan imidlertid ikke utelukke alternative årsakssammenhenger.

Den viktigste rivaliserende hypotesen til de omtalte kontekstuelle forklaringene for redusert voldsrate er imidlertid mulige endringer i pasientkarakteristika som ikke er fanget opp i vår undersøkelse. Endret pasientrekruttering, særlig mht. behandlingshistorikk før innleggelse, kan ha bidratt til dette. De tidlige pasientene kan før de ble lagt inn på vår avdeling fått inadekvat behandling som har bidratt til mer alvorlige og kroniske aggresjonsproblemer. Kvalitetsheving i tilgrensende tjenester og behandlingsmåter de påfølgende årene kan ha bidratt til rekruttering av pasienter med lavere voldsrisiko. Slitasjefaktorer ved langtidsliggende pasienter kan også ha spilt inn på samspillet mellom personale og pasienter. Da lokal sikkerhetsavdeling åpnet i 1997 økte pasientflyten og reduserte miljøbelastninger kan dermed ha påvirket voldsrate.

Endringer i relasjoner og interaksjonsmønstre ble diskutert som en mulig direkte årsak til redusert voldsrate. Flere holdepunkter i både i den historiske undersøkelsen og i intervjudata kan støtte en slik hypotese. Spørsmålet om omvendte årsaksforhold kan også reises her, dvs. at mindre voldelige pasienter førte til mer likeverdige, tillitsfulle, samarbeidende relasjoner og interaksjonsforhold. Alternative forklaringer som generelt økt livskvalitet og ressurstilgang, eller økt trygghet og ryddighet i daglige rutiner eller andre kontekstuelle variabler kan imidlertid tenkes som alternative forklaringer.

Evaluering av forklaringer ut fra Bradford Hills kriterier.

Hypotese om at endringer i behandlings- og personalvariabler kan forklare den reduserte voldsraten kan også vurderes ut fra kriterier for epidemiologiske årsakssammenhenger slik de er fremstilt av Bradford Hill (122). Disse omhandler etablering av evidens for årsakssammenheng i mangel av eksperimentelt design. Disse gjelder primært funn som er tatt opp i artikkel 1 og 2.

Et første kriterium er *styrke*, dvs. i hvilken grad litteraturen peker på tilsvarende sammenhenger som vi har konkludert med. Nyere publikasjoner kan tyde på at det er rom for betydelig reduksjon i voldsrate i psykiatriske akuttposter etter mer avgrensede intervensjoner (14, 104). Undersøkelsene er imidlertid få og med metodiske begrensninger. Enkeltstudier viser også betydelig reduksjon i rate etter organisatoriske endringer (99) mens det er funnet en klar sammenheng er funnet mellom voldsrate og organisasjon og ledelse i en undersøkelse av et stort antall akuttposter (68).

Det andre kriteriet, *konsistens*, spør om det foreligger gjentatt observasjon av sammenhengen i forskjellige populasjoner under forskjellige forhold. Den sparsomme litteraturen omkring forholdet mellom behandlings- og personalvariabler og pasientvold innebærer at dette kriteriet i mindre grad kan imøtekommes. Et tredje kriterium, *spesifisitet*, vil ikke være aktuelt for voldsrate som er et multideterminert fenomen. *Tidsrelasjon*, dvs. at årsak må komme før virkning, fremgår klart i de refererte studiene av effekt av tiltak. *Biologisk gradient* vil i vårt tilfelle innebære at økt eksponering for kontekstuelle risikofaktorer resulterer i økt aggresjon. Generell betydning av frustrasjon for aggressiv atferd ble påpekt av Dollard m.fl. (123) og slike sammenhenger videre utforsket og formulert bl.a. av Berkowitz (30) med omfattende empirisk belegg for slik sammenheng. En rekke undersøkelser konkluderer med at en slik sammenheng foreligger for inneliggende psykiatriske pasienter, gjennomgått f.eks. av Bjørkly (124) eller Whittington og Richter (52).

De neste kriteriene vil også støttes av denne faglitteraturen. Våre funn synes også å være *plausible*, et sjette kriterium. Ut fra litteratur både mht. personal og behandlingsfaktorer og også ut fra ulike funn innen generell aggresjonsforskning er det mange ulike faktorer som kan påvirke voldsrate. *Sammenheng*, det syvende kriteriet innebærer at funnene ikke er konflikt med hva vi vet om faktorer som påvirker voldsrate, noe våre funn heller ikke er. Det åttende kriteriet, *eksperimentell evidens*, synes også å være i samsvar med funn av forventet effekt i de få undersøkelsene som er gjort av intervensjoner for å redusere voldsrate (101, 104). Et siste kriterium er *analogi*, dvs. om vi kan henvise til dokumentasjon av tilsvarende årsakssammenhenger. Det foreligger en omfattende dokumentasjon av endringer i voldsrate knyttet til bl.a. kulturelle og mellommenneskelige variabler, f. eks. hos Pinker (27).

Ut fra gjennomgang av disse kriteriene kommer det ikke til syne motsetninger mellom Bradford Hills' kriterier og våre konklusjoner om sannsynlig årsakssammenheng, selv om det er sparsomt med empiri på flere områder.

Begrensninger ved undersøkelse av dimensjoner ved pasientagresjon.

Undersøkelsen baserer seg på data fra kun 26 pasienter, og en stor andel av episodene er utøvd av få av pasientene. Dette kan tenkes å begrense generaliseringsverdien til faktorløsningen, til andre sikkerhetspasienter, til psykiatriske pasienter generelt og evt. ut over denne populasjonen. En videre begrensning kan være at vi begrenset spørsmål som ble stilt til fra de tre dimensjonene i modellen. Utforskning av faktorstrukturen basert på et mer omfattende utvalg av spørsmål kunne gitt større variasjon i leddene som grunnlag for faktoranalyse. Det kan tilsvarende reises spørsmål om leddformuleringene varierer for lite omkring de faktorene vi har undersøkt. Leddene vil dermed overlapse for mye og resultatene dermed bli selvpoppfyllende. En videre innvending kan da være at vi kan ha utelatt så mange mulige andre relevante aggresjonskarakteristika, at vi derfor bare har gjennomført en begrenset test av fenomenet pasientagresjon. Vi spør vi om den undersøkte modellen er forenlig med våre data, vi tester den ikke mot andre alternative faktormodeller.

Modellen gir ikke en fullgod tilpasning til data, og irritasjonsutløst og instrumentell faktor er høyt korrelerte. Faktorstrukturen er ikke videre undersøkt. Vi kjenner heller ikke inter-rater reliabilitet. Lav reliabilitet vil imidlertid bidra til at faktormodellen vi undersøker ville komme svakere ut enn den egentlig skulle gjort.

Det er reist generelle innvendinger mot en denne formen for strukturell kategorisering av aggresjonsproblemer hos psykiatriske pasienter. Funksjonell analyse av episoder foreslås som et alternativt utgangspunkt for å klassifisere pasientagresjon (47).

Bidrag til faglitteraturen

Den første artikkelen berører et spekter av problemstillinger som er tatt opp i litteraturen omkring institusjonsvold. Et viktig tema her er forholdet mellom *pasientinteresser og tiltak for å kontrollere pasientatferd* (125). Bruk av tvang kan forsvares ut fra hensyn til andres sikkerhet eller ut fra behandlingmessige hensyn. Tiltak for høyrisikopasienter krever bruk av formell tvang, og vi har undersøkt langtidsendringer i bruk av maktmidler som var hjemlet i vedtak om dette.

Begrepet avdelingskultur (126) kan være fruktbart for å forstå de ulike *endringene i uformell tvangsutøvelse* vi fant, og våre funn belyser betydningen av dette begrepet. Vi fant endret praksis også på områder der begrunnelsen ikke var risikohåndtering, men paternalistiske holdninger om hva pasientene ble antatt å ha godt av. Anvendelse av press og andre inngripende tiltak for å få pasientene

med på behandling og aktiviteter krever at dette er begrunnet i nødvendighet og rimelighet (127), og endringsforløpet innebar en økende avveining mellom slike hensyn.

Mens litteraturen om tvang ofte diskuterer formelle sider (128, 129), fant vi endringer i uformell tvang direkte knyttet til *forebygging* av risikosituasjoner. Mulighet for mer normal livsutfoldelse, bl.a. ved mer liberale og mindre inngripende husregler, var en side ved dette. Endringer på disse områdene skjedde samtidig med implementering av mer systematisk risikovurdering, med vektlegging av dynamiske og situasjonelle faktorer ut fra HCR-20 (16). Et mulig mer sentralt tema i denne perioden var økt fokus på lavrisikosammenhenger og forebyggende og beskyttende kvaliteter i samhandling (81).

Vi fant også redusert bruk av uformell tvang og inngripende tiltak ved *håndtering* av risikosituasjoner. En side ved dette synes å ha vært en mer avventende, og mindre regelfølgende holdning i situasjoner med mulighet for til pasientvold. Denne endringsprosessen belyser flere aktuelle tema i behandlingslitteraturen. Rigid regelfølgning er nevnt som en risikofaktor (82). Null-toleranseprinsipp for pasientvold er knyttet til utfordringer, som tillits- og relasjonsvansker og økt spenningsnivå (85, 130). Endringsprosessen vi fant innebærer lavere spenningsnivå i voldsrelaterte situasjoner, og økt toleranse for pasientavvik generelt. Skillet mellom ulike prinsipper for sikkerhet beskriver statiske prosedyretiltak i motsetning til relasjonell sikkerhet (87). Endringsforløpet illustrerer en forskyvning mellom disse prinsippene, der relasjonelle løsninger ble viktigere og kan ha fungert beskyttende.

Et annet tema er *på hvilken måte et avdelingsmiljø kan påvirke voldsrate*. Endringer i regime og personalgruppe skjedde i årene med størst reduksjon i rate og disse kontekstuelle faktorer kan forklare en stor del av denne. Kunnskap om slike faktorer ligger til grunn for vurderingsredskapet PRISM (61). Dette bygger på ulike undersøkelser av effekt fra situasjonsfaktorer (58) og betoner på samme måte som våre funn betydningen av miljøfaktorer. Våre funn avviker fra konklusjonen i en undersøkelse ved en tilsvarende norsk avdeling som legger vekt på individuelle pasientfaktorer som forklaring av voldsrate (131). Våre funn peker også på betydningen av å ha et bredt perspektiv på hva faller inn under pasientbehandling, og at langtidsperspektiv kan være viktig. I tidligere nevnte metastudie fra 2013 (95) der ulike behandlingsmetoder for aggresjonsproblemer ble sammenlignet, ble det konkludert med at medikamentelle intervensjoner hadde klart større effekt enn psykologiske behandlingsmetoder. Våre funn peker alternativt på at samlede miljøtiltak med særlig vekt på psykososiale intervensjoner, i tillegg til andre miljøendringer, kan ha hatt en betydelig langsiktig effekt.

Vi fant holdepunkter for at det parallelt med reduksjon i voldsrate skjedde en klar reduksjon i provoserende eller frustrerende sider ved det å være pasient ved avdelingen. Både formell tvang (129), grensesetting og andre konsekvenser av å være ufrivillig innlagt nevnes som risikofaktorer (54, 132). Selv om vi mangler pasientperspektivet, kan det være rimelig å anta at endringen i avdelingskultur siste halvdel av 90-tallet førte til et lavere spenningsnivå. Kustodiale og maktorienterte trekk ved avdelingskulturen, som bruk av sanksjoner og disiplinerte tiltak og styrkemarkering i konfliktsituasjoner, er også hevdet å være en risikofaktor (79). Dette samsvarer med våre funn av endring i personalkultur. Økt kvinneandel ble foreslått som forklaringsvariabel for redusert voldsrate og begrunnet med at dette bidro til mindre «macho»-betonte verdier og mer mykt og omsorgsfullt miljø. Selv om det er funnet sammenheng mellom kvinnevariabel og voldsrate (104), er det ikke funnet beskrivelse av en slik effekt i litteraturen. En annen mulig effekt av økt kvinneandel, heller ikke funnet beskrevet i litteraturen, er en mindre inngripende og provoserende tilnæringsmåte til risikosituasjoner.

Våre funn tyder på at både økt forståelse av pasientperspektiv og bedre vurdering av risikobilde kan ha påvirket voldsrate. Varig reduksjon i bruk av leddet «ingen observert foranledning» etter innføring av etter-samtale kan være knyttet til personalet forsto bedre foranledninger til aggressive episoder. Betydningen av dette støtter en rekke funn av forskjell mellom personales og pasienters opplevelser og mulig konfliktskapende potensiale (89-92). Innføring av vurderingsredskap kan videre ha bidratt både til økt forståelse av dynamiske og situasjonelle risikofaktorer som alternativ til mer statisk forståelse (16, 133), individuelle varselsignaler, risikoscenarier og formulering av pasientens risikobilde (100, 103). Den hyppigst valgte forklaringsvariabelen for redusert voldsrate var innføring av etter-samtale. Prosedyren var en videreutvikling av skjermingsprosedyre med vekt på mestring og alternativ problemløsning (134), men det er ikke funnet publikasjoner der effekt av denne eller tilsvarende prosedyrer er direkte undersøkt. Ut fra samlede funn er det rimelig å anta at innføring av denne rutinen kan ha virket inn på sider ved behandlingsregime og personalkultur, som samarbeide, felles forståelse, formulering av behandlingsmål og individuelt risikobilde. Våre funn er i samsvar med funn av effekt av tiltak med vekt på å samarbeide med pasienter om å identifisere varselsignaler og formulere tiltaksplaner (100).

Mens litteraturen i hovedsak omhandler risikofaktorer, peker våre funn også på betydning av beskyttelsesfaktorer som kan bidra til voldsforbyggende miljøutvikling og alternativ mestring. Tydelig lederskap og klare roller (68), trygghetsskapende ritualer (65) er beskrevet i tidligere undersøkelser, og verdien av samarbeid med pasienter om varselsignaler for vold er også dokumentert (100). Ettersamtaler kan ha hatt en viktig rolle i denne utviklingen. Aksept for mer avventende og fleksible reaksjonsmåter og høyere terskel for sanksjonering ved avvik, kan også fungere konfliktdepende. Våre funn støttet konklusjon i en undersøkelse som betoner forebyggings- og relasjonsutvikling ved emosjonelt støttende tiltak etter voldsproblemer (86), og også anerkjennelse av moralske krevende vurderinger ved reaksjoner på pasientagresjon (83). Disse funnene peker på variabler som supplerer og utfyller PRISM (61).

Et tredje tema er *forståelse av variasjon i pasientagresjon*. I en studie ble tre aggresjonskategorier beskrevet (56) og en annen flere funksjonelle kategorier (47). De tre dimensjonene vi fant har klare likhetstrekk med kategoriene i den første undersøkelsen, men skiller seg ved at vi fant mange episoder med instrumentelle og irritasjonsutløste aspekter samtidig. En forskjell til den andre undersøkelsen var at vi fant episoder med klar defensiv funksjon. Funnet av et høyt innslag av instrumentell aggresjon kan være en nødvendig kommentar til en påstand om at pasientagresjon primært er affektiv (53), og en støtte til Bo el al (56) som pekte på betydningen av «premeditated» aggresjon som et særtrekk ved denne pasientgruppen. 3-faktormodellen for pasientagresjon, med en klar defensiv dimensjon, kan være et supplement til den etablerte to-faktormodellen og tilhørende forslag til at defensiv er en undergruppe av affektiv eller instrumentell aggresjon (27, 30).

Vår undersøkelse kan også gi et metodisk bidrag til faglitteraturen i vårt felt. Selv om tilnæringsmåten skiller seg betydelig fra hovedtrenden i klinisk forskning, er det demonstrert at interessante fenomen og kliniske erfaringer, som ellers ville vært vanskelig tilgjengelige, er belyst på en måte som kan bidra til øvrig faglitteratur. Dette gjelder forståelse av årsakssammenhenger ved endringsprosesser ut fra retrospektiv historisk og case-tilnærming (107) der viktige og interessante fenomen analyseres når de kommer til syne. Undersøkelse av faktorstruktur i pasientagresjon på episode- og ikke individnivå, ved at løpende registrering for klinisk bruk utgjør datagrunnlaget innebærer også en alternativ tilnærming.

Klinisk relevans

Selv om lokale rammer og forutsetninger kan skille seg fra andre settinger med ansvar for pasienter med alvorlige aggresjonsproblemer, kan våre funn kan ha generell verdi. Fire områder, som særlig omhandler ivaretaking og beskyttelsesfaktorer peker seg ut: *ettersamtaler, pasientautonomi, verdier og holdninger i personalgruppen og dimensjoner for å forstå variasjon i aggresjon.*

Ettersamtale som bidrag til økt samarbeid.

Strukturerte samtaler i etterkant av episoder kan antas å påvirke faktorer knyttet til voldsrisiko. Rutinen ble positivt evaluert av pasienter og personale. Den synes å kunne bidra bl.a. til ivaretaking og relasjonsutvikling etter vanskelige opplevelser, samarbeid om konfliktema, økt gjensidig forståelse av aggressive episoder, støtte til personalets sensitivitet for varselsignaler og forståelse for individuelle risikobilder. Supplert med erfaringer innføring av lignende tiltak som ERM (100) kan rutiner for individuell risikoanalyse videreutvikles. Økt forståelse av sårbarhetstema kan bidra både ved håndtering av risikosituasjoner og formulering av behandlingsmål.

Avveining av restriktive tiltak opp mot pasientautonomi.

Både sviktende og for rigide sikkerhetstiltak kan være utfordringer ved tilbud for pasienter med voldsrisiko. Våre funn kan bidra til å beskrive risikohåndteringsstandard, med samtidig fokus på livskvalitet og behandlingshensyn. Sikkerhet må ha prioritet og statiske tiltak og prosedyresikkerhet må fungere, samtidig som restriksjonsnivå må avveies opp mot normal livsutfoldelse. Betydning av relasjonell sikkerhet og samarbeid fremheves ved følgende prinsipper: tilpasset bruk av makt og tvang i risikosituasjoner ut fra evaluerte program som TERMA (8), begrensninger i tilgang på normale situasjoner tilpasses individuelt risikobilde ut fra dynamiske tilstands- og situasjonsfaktorer, og inngripende tiltak må stå i forhold til antatt nødvendighet og nytteverdi.

Kvalitetssikring av behandlingsmiljøer.

Våre funn kan supplere vurderingsredskapet PRISM (61) ved å ta med variabler knyttet til arbeidsmetoder, kjønnsfordeling i personalgruppen og organisering av vurderings- og behandlingsregime. Forståelse og håndtering av risiko og avvik står sentralt. Mens vekt på disiplinering, sanksjonering og maktutøvelse kan begrense faglig utvikling, kan forståelse av dynamiske og situasjonelle risikofaktorer, utvikling av samarbeid og allianse med pasient omkring det individuelle risikobildet, beskytte og forebygge hendelser.

Forståelse av variasjon i pasientaggresjon.

Aggressive episoder vil variere i betydelig grad, og egnete begreper for å fange opp motivasjonelle/emosjonelle aspekter må antas å bidra til å forstå aggresjon og risiko. 3-faktormodellen kan bidra til å rette oppmerksomheten mot 1. frustrasjoner og provokasjoner, 2. konfliktsøkende eller annen pågående atferd og 3. forestillinger eller overbevisning om trusler som foranledninger til aggresjon og bidra til tilpasset håndtering. Irritasjonsrelatert risiko kan møtes med støtte selvkontroll og mestrings, instrumentelt relatert risiko med tydelige og ikke-krenkende støtte til alternative løsninger, og sammensatt risiko til kombinasjon av slike uttrykksmåter. Defensivt relatert risiko kan møtes med trygghetsskapende og realitetsorienterende uttrykksmåter. Behandlingsmål kan også relateres til disse dimensjonene, som provokasjonstoleranse, selvkontroll og trening i alternativ problemløsning. Medikamentelle behandlingsstrategier basert på tilsvarende aggresjonskategorisering er også foreslått (135).

Videre forskning.

Første del av prosjektet var primært eksplorerende. Her ble både endringer i sentrale interaksjonsområder mellom pasienter og personale beskrevet og spørsmål om mulige forklaringer på miljøendringer og voldstrend tatt opp. Ett utgangspunkt for videre undersøkelse er forholdet mellom foreslåtte interaksjonstema og uformell tvang og dermed pasientautonomi. Slutninger fra ulike historiske data var i hovedsak grunnlaget for kategorisering. Vil holdbarheten i denne inndelingen styrkes ved tilgang på ytterligere relevante data? Foreslåtte konklusjoner om årsakssammenhenger ble begrenset av manglende design for å sikre indre validitet. Vil det være mulig å legge til rette for et naturalistisk eller klinisk eksperimentell for å få mer sikker kunnskap om effekt av tiltak vi har tidligere har undersøkt?

Grunnlaget for videre undersøkelse av mulige årsakssammenhenger knyttet til uformell tvang og pasientautonomi kan være betydelig endret i forhold til utgangspunktet på 90-tallet og forholdene lite sammenlignbare. Psykiske helsetjenester har endret seg, både gjennom lovverk om økte pasientrettigheter og krav til tjenester, metodisk utvikling og ved økt ressurstilgang. Vår beskrivelse av de tre interaksjonsområdene knyttet til autonomi og uformell tvang, nemlig inngripende behandling, begrensninger i normal livsutfoldelse og håndtering av risikosituasjoner, kan imidlertid undersøkes nærmere, også i lys av forskjeller i pasienters og personales opplevelse av konfliktsituasjoner (91). Mål for videre undersøkelse kan være å se på samsvar mellom pasienters og personales opplevelse av hvordan disse utfordringene blir møtt og hvordan normene for disse områdene kan variere mellom ulike avdelingsmiljøer.

Nødvendige data for å besvare slike spørsmål kan hentes inn i tilknytning til etterarbeid etter aggressive episoder og andre risikosituasjoner både for pasient/personale samlet og hver for seg, rutinemessige spørsmål til pasienter om brukertilfredshet og evaluering av behandlingstilbud og til personale knyttet til arbeidsmiljø. Etter en halvt års pilotundersøkelse ved regional og lokal sikkerhetsavdeling, kan en breiere undersøkelse gjennomføres over neste år ved andre sikkerhetsavdelinger i regionen, og utvalgte allmennpsykiatriske poster med høy aggresjonsrate. Funnt fra denne undersøkelsen vil være relevant for evaluering av rutinemessig evaluering av miljørelaterte risiko faktorer (PRISM) (61) og kvalitetssikring av inngripende miljøtiltak ved avdelinger med pasientagresjon.

I undersøkelsen av mulige forklaringer på den reduserte voldsraten må vi anta at flere faktorer kan ha virket inn. Innføring av etter-samtale var den enkeltfaktoren som ble vurdert å være sterkest relatert, men gjennom samvirke med andre miljøvariabler. Et aktuelt videre prosjekt vil være å undersøke denne variabelen under mer kontrollerte forhold og i lys av nyere funn fra pasientsamarbeid om varselsignaler (100) og nyere begrepsavklaring omkring individuelle risikoformuleringer (136). I tillegg til mulig variert effekt på ulike aggresjonsformer, kan et mer variert spekter av utfallsvariabler enn kun voldsrate, som rate av ulike aggresjonstyper og annen antisosial atferd, også bidra til å fange opp mulige effekter.

Et sentralt mål for en videre undersøkelse vil være å sammenligne bruk av ettersamtale med andre relevante tiltak mht. effekt på voldsrate og andre aktuelle utfallsvariabler. Betydelige praktiske utfordringer ved et eksperimentelt design basert på tidsserier, som vil kreve flere års tidsramme og må involvere flere miljøer gjør det mer realistisk med samarbeid på tvers av avdelinger og med kortere tidsramme. Et mulig oppsett ville være å involvere norske sikkerhetsavdelinger. Femten ulike miljøer kunne da deles inn i tre ulike eksperimentelle betingelser. Den første betingelsen kunne være ordinær

miljøbehandling supplert med f.eks. BVC-rutine (137) og TERMA-program (10), den neste med innføring av ettersamtale i tillegg og en tredje de to foregående betingelsene supplert med momenter hentet fra ERM-metodikk (100) og individuell risikoformulering hentet fra HCR-3 (136).

Et klinisk forsøk med dette omfanget ville kunne bygge på data fra mellom 100 og 200 pasienter, og ut fra voldsrate ved vår avdeling, medføre registrering av mer enn 1000 episoder per år. Tiltak kunne iverksettes etter et halvt års baseline-registrering, med en tiltaksfase fra et halvt til ett år. Man kunne alternativt gjennomføre multiple intervensjoner, med innføring av de ulike momentene i tiltakene i rekkefølge, noe som ville innebære en betydelig mer omfattende tidsramme for prosjektet.

En betydelig utfordring i denne fasen av et prosjekt ville være at de ulike miljøene i utgangspunktet vil kunne ha momenter fra ovennevnte metodikk i sine behandlingsregimer, noe som kan medføre at miljøene ikke ble fordelt tilfeldig. Det kan være aktuelt å gjøre et pilot-prosjekt på deler av intervensjonene ved vår regionale og lokale sikkerhetsavdeling. Metodikk for registrering av utfallsvariabler i tillegg til aggresjon og aggresjonstyper er ikke kjent utprøvd i Norge per i dag, men burde være en mindre utfordring. Rutiner for registrering av slik atferd som rømming, innsmugling og bruk av rusmidler og andre alvorlige brudd på husregler, kan også gå inn i et pilotprosjekt. Enhetene må ha registreringsrutiner som gir sammenlignbare utfallsmål, og det er usikkert i hvilken grad man kan forvente tilfredsstillende datakvalitet i utgangspunktet.

Er slikt prosjekt vil være svært ambisiøst og det kan diskuteres om det er realistisk, selv i mindre målestokk enn beskrevet. Alternative småskalaprosjekt for å evaluere ovennevnte intervensjoner kan tenkes, der ulike avdelingsmiljø prøver ut varianter ut fra en felles plan, der effektmål kan samles og oppsummeres.

Våre data var forenlige med en 3-faktormodell, men basert på få pasienter i en avgrenset setting. Et tredje videre prosjekt med utgangspunkt i våre funn vil ha som mål å undersøke om faktorstrukturen vil komme frem i andre pasientgrupper og populasjoner og ved bruk av andre metoder og typer data. Et videre mål vil også være å undersøke om fordeling mellom aggresjonstyper vil variere med ulike pasientpopulasjoner. Det kan antas at i en pasientgruppe med færre dyssosiale og flere akutt psykotiske pasienter vil det være lavere andel instrumentelt aggressive og høyere andel defensive episoder. Aktuelle prosjekt kan også være å undersøke inter-rater reliabilitet og å holde sammen personalregistreringer med pasientperspektiv, evt. parallelt med videreutvikling av ettersamtaler. Et mulig utviklingsområde for denne metodikken kan være utdyping av forholdet mellom motivasjonelle og tilstandsrelaterte tema (136), et annet til funksjonelle analyse av pasientaggresjon (47).

Konklusjon

Et tidlig utgangspunkt for prosjektet var spørsmål om hva som kunne forklare halvering i voldsrate ved en sikkerhetsavdeling gjennom midtre del av en 17-årsperiode. Et neste spørsmål var hva som karakteriserte variasjon i emosjonelt/motivasjonelle dimensjoner ved aggressive episoder.

Sammenheng mellom endringsforløp og kontekstuelle forklaringsvariabler for voldsrate ved psykiatriske avdelinger er i liten grad undersøkt (58). Den innledende delen av prosjektet hadde derfor som mål å beskrive utviklingstrekk ved avdelingen som i neste omgang kunne brukes for å identifisere sannsynlige forklaringsvariabler. Gjennom dette arbeidet viste det seg at mulighet for økt pasientautonomi kom frem som en viktig side ved utviklingen ved avdelingen, særlig i midtre del av perioden. Denne utviklingen syntes ikke å gå ut over kvalitet på håndtering av risiko for farlig pasientatferd. I tillegg til redusert pasientvold, ble det også funnet endringer i variabler knyttet til

personalkarakteristika, behandlingsregime og pasientadministrasjon. Økt pasientautonomi ble antatt å være relatert til endring i personalkultur og faglig utvikling. Mulig påvirkning fra faktorer utenfor avdelingen ble ikke undersøkt.

Videre utforskning av mulige forklaringsvariabler for redusert voldsrate ble gjort ved at personalvurderinger ble holdt opp mot trenddata. Disse vurderingene la vekt på betydningen av kontekstuelle variabler. Endringer i regime, som innføring av etter-samtale, i personalsammensetning, som økt kvinneandel, og endret organisering av pasientbehandling, med vekt på økning i målrettede og individualiserte tiltak, ble antatt å utgjøre mulige påvirkningsfaktorer. Det ble ikke funnet holdepunkter for en alternativ forklaring om at endring i pasientkarakteristika hadde ført til redusert voldsrate. Det ble her tatt forbehold om at andre, ikke undersøkte pasientegenskaper, kunne ha virket inn.

Mens det er rimelig å anta at emosjonelle aspekter ved pasientagresjon står sentralt (49, 53), peker våre funn på også mer instrumentelle aspekter står sentralt i denne pasientgruppen. Basert på personalets opplevelse av aggresjonsutøver, fikk at en 3-faktormodell støtte i våre data. Irritasjonsutløst, instrumentell og defensiv aggresjon frem som sentrale dimensjoner. Mens episoder med høy skåre på irritasjonsutløst aggresjon var vanligst, hadde disse episodene ofte også høy skåre på instrumentelle kjennetegn. Episoder med høy skåre på defensive kjennetegn har i mindre grad trekk fra de andre dimensjonene. Det ble også funnet sammenhenger mellom psykopatiske trekk og instrumentelle og defensive aspekter.

Mens prosjektets styrke var nærhet til pasienter og praktisk-kliniske problemstillinger, var prosjektet kjennetegnet ved en rekke metodiske utfordringer og begrensninger. Det må tas forbehold både mht. generaliseringsmuligheter og foreslåtte årsaksforklaringer, og at andre variabler enn de som er undersøkt kan bidra til forklaringer. Data kommer fra en liten og heterogen pasientgruppe, undersøkelsene er for en stor del gjort retrospektivt, og ble gjennomført på egen arbeidsplass. Tilgjengelige variabler for å forklare redusert voldsrate var begrenset. Data for å undersøke faktormodellen for pasientagresjon var begrenset til situasjonen atferden forekom i, og pasientperspektivet er har ikke med.

Noen av disse funnene er ikke sett beskrevet i faglitteraturen, og er således nye. Dette gjelder innføring av etter-samtale og økt kvinneandel i personalgruppen som påvirkningsfaktorer for redusert voldsrate. Vi fant også at økt pasientautonomi var forenlig med forsvarlig risikohåndtering. Kliniske data støttet i tillegg en 3-faktormodell for pasientagresjon, der defensiv aggresjon kom ut som en atskilt dimensjon. Disse funnene kan ha en direkte relevans for praktisk klinisk arbeid. Ut fra den den eksplorerende karakteren ved våre undersøkelser, er den viktigste verdien at de gir utgangspunkt for hypoteser som må undersøkes videre.

Resultatene av prosjektet viser at det kan være fruktbart å bruke data og erfaringer fra en klinisk sammenheng. Det har vært mulig å oppsummere hovedtrekk ved faglig utvikling ved en psykiatrisk avdeling og konsekvenser for pasientagresjon retrospektivt, og dermed få grunnlag for å forstå slik atferd bedre (45). Småskala pasientnær forskning, der design og metoder utformes ut fra praktiske rammer og med utgangspunkt i en kombinert kliniker og forskerrolle, kan føre til funn av praktisk klinisk nytteverdi, men også av teoretisk interesse.

Litteratur:

1. Asserson S. Avd. V - sterkavdeling og rettspsykiatrisk eining In: Ose E, editor. Fra sindssygeasyl til psykiatrisk sykehus. Bergen: Alma Mater; 1991.
2. Goffman E. Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates. Garden City, NY: Doubleday Anchor; 1961.
3. Gunn J. Ashworth revisited. *British Medical Journal* 1999;318:206-7.
4. Bremnes R, Hatling T, Bjørngaard JH. Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, 2003, 2005 og 2007 (Use coercive measures in mental health services 2001, 2003, 2005 and 2007). Trondheim: 2008 A8231.
5. Palmstierna T, Wistedt B. Staff Observation Scale (SOAS): Presentation and evaluation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1987; 76:657-63.
6. Waage L. Rapport fra intervjuundersøkelse ved sikkerhetsavdelingen, Sandviken sykehus. Bergen: 1994.
7. Hanssen BP, Stakseng O, Stangeland A, Urheim R. Sikkerhet og omsorg. Møte med aggresjon og vold. Bergen: Fagbokforlaget; 1999.
8. Bjorkdahl A, Olsson D, Palmstierna T. The influence of staff training on the violence prevention and management climate in psychiatric inpatient units: the perceptions of patients and staff. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2012 1365-2850.
9. Olsen G. Training in Norway - Security for Health Care Staff - Rationale and Content of a Training Programme. In: Engelen van Y, McKenna K, Miller G, editors. *Promoting a Shared Vision of Practice and Organisational Excellence in Training*; Amsterdam2008.
10. Olsen G, Bjorkdahl A, Hansen BP, Høyset J. Introducing the Bergen Training Model in Psychiatric In-Patient Care in Stockholm. In: Needham I, Kingma M, O'Brien-Pallas L, McKenna K, Tucker R, Oud N, editors. *Workplace Violence in the Health Sector*; Amsterdam2008.
11. Eik K, Haugland H. Aggression in a Maximum Security Ward: A Descriptive Analysis of Patterns and Changes Over a Sixteen-Year Period: University of Bergen; 2006.
12. Urheim R, VandenBos RG. Aggressive Behavior in a High Security Ward: Analysis of Patterns and Changes Over a Ten-Year Period. *International Journal of Forensic Mental Health*. 2006;Vol. 5(No. 1):97-104.
13. Nijman H, Muris P, Merchelbach HLGJ, Palmstierna T, Wistedt B, Vos A, et al. The Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R). *Aggr Behav*. 1999;25:197-209.
14. Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens RJ, J. HH, Fischer JE. Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*. 2008:44-50.
15. Nussbaum D, Saint-Cyr J, Bell E. A biological derived, psychometric model for understanding, predicting and treating tendencies toward future violence. *American journal of forensic psychiatry*. 1997;18:35-50.
16. Webster CD, Douglas KS, Eaves D, Hart SD. HCR-20. Assessing Risk For Violence. Version 2. Vancouver: Mental Health, Law and Policy Institute. Simon Fraser University; 1997.
17. Urheim R, Hoff H, Jakobsen D. Aggression in forensic patients - is it possible to reliably categorize three basic forms? In: Palmstierna T, Nijman, H, Oud, N, editor. *4th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry*. Amsterdam: Oud Consultancy; 2005. p. 292-3.
18. Nickerson RS. Confirmation Bias: A Ubiquitous Phenomenon in Many Guises. *Review of General Psychology*. 1998;2:175-220.
19. Freud S. *Civilization and its Discontents*. London: Hogarth Press; 1930.
20. Lorenz K. *On Aggression*. New York: Routledge; 1966.
21. Hobbes T. *Leviathan*. Indianapolis: Liberal Arts Press; 1651/1958.

22. Rousseau J-J. Emile. London: Dent; 1762/1991.
23. Bandura A. Aggression: A social learning analysis. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall; 1973.
24. Keenan K. The Development and Socialization of Aggression During the First Five Years of Life In: Development CoEfec, editor. Encyclopedia on Early Childhood Development Montreal: University of Montreal, CANADA; 2002.
25. Tremblay RE. Developmental origins of disruptive behaviour problems: the "original sin" hypothesis, epigenetics and their consequences for prevention Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2010;51(4):341-67.
26. Panksepp J. Affective Neuroscience: The foundations of human and animal emotions. New Your: Oxford University Press; 1998.
27. Pinker S. The Better Angels of our Nature. London: Penguin Books; 2011.
28. Bjørkly S. Aggresjonens psykologi. Psykologiske perspektiver på aggresjon. Oslo: Universitetsforlaget; 2001.
29. Bjørkly S. Report Form for Aggressive Episodes: Preliminary Report. Perceptual and Motor Skills. 1996;93:1139-52.
30. Berkowitz L. Aggression: Its causes, consequences and control. Philadelphia: Temple University Press; 1993.
31. WHO. World report on violence and health: summary. Geneva 2002.
32. Goldstein AP. The ecology of aggression. New York Plenum Press; 1995.
33. Hobbes T. On the citizen Cambridge: Cambridge University Press; 1647/1998.
34. Moyer KE. The Psychobiology of Aggression. New York: Harper & Row; 1976.
35. Bushman BJ, Anderson CA. Is It Time to Pull the Plug on the Hostile Versus Instrumental Aggression Dichotomy? Psychological Review. 2001;108(1):273-9.
36. Elbogen EB, Johnson SC. The Intricate Link Between Violence and Mental Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry. 2009;66(2):152-61.
37. Hiday VA. Putting community risk in perspective: A look at correlations, causes and controls. International Journal of Law and Psychiatry. 2006;29:316-31.
38. Torrey EF, Monahan J, Stanley JD, Steadman HJ. The MacArthur Violence Risk Assessment Study Revisited: Two Views Ten Years After Its Initial Publication. Psychiatric Services. 2008;59:147-52.
39. Kinday V. Putting community risk in perspective: A look at correlations, causes and controls. International Journal of Law and Psychiatry. 2006;29:316-31.
40. Monahan J, Steadman H, Silver E, Appelbaum P, Robbins P, Mulvey E. Rethinking risk assessment: The MacArthur study of mental disorder and violence. New York: Oxford University Press; 2001.
41. Steinert T, Whittington R. A bio-psycho-social model of violence related to mental health problems. International Journal of Law and Psychiatry. 2013;36:168-75.
42. Douglas KS, Guy LS, Hart SD. Psychosis as a Risk Factor for Violence to others: A Meta-Analysis. Psychological Bulletin. 2009;135(5):679-706.
43. Bjørkly S. Psychotic symptoms and violence toward others - a literature review of some preliminary findings. Part 1. Delusions. Aggression and Violent Behavior. 2001;7:617-31.
44. Bjørkly S. Psychotic symptoms and violence toward others - literature review of some preliminary findings. Part 2. Hallusinations. Aggression and Violent Behavior. 2002;7:605-16.
45. Whittington R, Richter D. Interactional aspects of violent behavior on acute psychiatric wards. Psychology, Crime and Law. 2005;11(4):377-88.
46. Taylor P. Motives for offending among violent and psychotic men. The British Journal of Psychiatry. 1985;147:491-8.
47. Daffern M, Howells K, Ogloff J. What's the point? Towards a methodology for assessing the function of psychiatric inpatient aggression. Behav Res Ther. 2007;45(1):101-11.

48. Nijman H, Palmstierna T, Almvik R, Stolker J. Fifteen years of research with Staff Observation Aggression Scale: a review. *Acta Psychiatr Scand.* 2005;2004:1-10.
49. Steinert T. Prediction of inpatient violence. *Acta Psychiatr Scand.* 2002;106:133-41.
50. Mellesdal L. Aggression on a psychiatric acute ward: a three-year prospective study. *Psychological Reports.* 2003;92:1229-48.
51. Urheim R, Stangeland A. Skademeldinger ved Sandviken sykehus (1995-1999). Hovedtrekk og sammenhenger. Fagdag, psykiatridivisjonen, Helse Bergen 2008.
52. Woods P, Almvik R. The Broset violence checklist (BVC) *Acta Psychiatr Scand.* 2002;106:103-5.
53. Whittington R, Richter D. From the Individual to the Interpersonal: Environment and Interaction in the Escalation of Violence in Mental Health Settings In: Richter D, Whittington R, editors. *Violence in Mental Health Settings Causes, Consequences, Management* New York: Springer; 2006. p. 47-68.
54. Bjorkly S. A ten-year prospective study of aggression in a special secure unit for dangerous patients. *Scand J Psychol.* 1999;40(1):57-63.
55. Kockler TR, Stanford MS, Nelson CE, Reid Meloy J, Sanford K. Characterizing Aggressive Behavior in a Forensic Population. *American Journal of Orthopsychiatry.* 2006;76(1):80-5.
56. Quanbeck CD, McDermott B, Lam J, Eisenstark H, Sokolov G, Scott C. Categorization of aggressive acts committed by chronically assaultive state hospital patients. *Psychiatr Serv.* 2007;58:521-8.
57. Bo S, Forth A, Kongerslev M, Haahr U, Pedersen L, Simonsen E. Subtypes of aggression in patients with schizophrenia: The role of personality disorders. *Criminal Behaviour and Mental Health.* 2013;23:124-37.
58. Gadon L, Johnstone L, Cooke D. Situational variables and institutional violence: A systematic review of the literature. *Clinical Psychology Review.* 2006;26:515-34.
59. Nijman H. A model of aggression in psychiatric hospitals. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2002:141-3.
60. Hatling T, Krogen T, Ulleberg P. Compulsory admissions to psychiatric hospitals in Norway. International comparisons and regional variations. *Journal of Mental Health.* 2002;11:623-34.
61. Johnstone L, Cooke D. PRISM. Promoting Risk Intervention by Situational Management. Glasgow: Directorate of Forensic Mental Health; 2007.
62. Palmstierna T, Huitfeldt B, Wistedt B. The relationship of crowding and aggressive behaviour on a psychiatric intensive care unit. *Hospital and Community Psychiatry.* 1991;42:1237-40.
63. Palmstierna T, Wistedt B. Changes in the pattern of aggressive behaviour among inpatients with changed ward organization. *Acta Psychiatr Scand.* 1995;91:32-5.
64. Daffern M, Mayer MM, Martin T. Environmental contributions to aggression in two forensic psychiatric hospitals. *International Journal Forensic Mental Health.* 2004;3(1):105-14.
65. Katz P, Kirkland FR. Violence and Social Structure on Mental Hospital Wards. *Psychiatry* 1990;53:262-77.
66. Flannery R, Hanson MA, Penk WS, Flannery RB. Violence and the lax milieu? Preliminary data. *The Psychiatric Quarterly.* 1996;67(1):47-50.
67. Morrison EF, Morman C, Bonner G, Taylor C, Abraham I, Lathan L. Reducing staff injuries and violence in a forensic psychiatric setting. *Archives of Psychiatric Nursing.* 2002;16(3):108-17.
68. Bowers L. Association Between Staff Factors and Level of Conflict and Containment on Acute Psychiatric Wards in England. *Psychiatric Services.* 2009;60(2):231-9.
69. James DV, Fineberg NA, Shah AK, Priest RG. An Increase in Violence on an Acute Psychiatric Ward. A Study of Associated Factors. *British Journal of Psychiatry.* 1990;156:846-52.
70. Flannery R, Hanson MA, Penk WS, Goldfinger S, Pastva GJ, Navon MA. Replicated decline in assaults rates after implementation of the Assault Staff Action Program. *Psychiatric Services.* 1998;49(7):970-1.

71. Lanza MJ, Kayne HJ, Hicks C, Milner J. Nursing staff characteristics related to patient assault. *Issues in Mental Health Nursing*. 1991;12(3):253-2265.
72. Yassi A, Tate R, Cooper J, Jenkins J, Trottier J. Causes of staff abuse in health care facilities. Implications for prevention. *Official Journal of the American Association of Occupational Health Nurses*. 1998;46(10):484-91.
73. Beech B, Leather P. Workplace violence in the health care sector: A review of staff training and intergration of training evaluation models. *Aggression and Violent Behavior*. 2006;11:27-43.
74. Lowe T, Wellman N, Taylor R. Limit-setting and decision-making in the management of aggression. *Journal of Advanced Nursing*. 2003;41:154-61.
75. Schein EH. *Organizational culture and leadership*. San Francisco: Jossey-Bass; 1992.
76. Morrison EF. *The Culture of Caregiving and Aggression in Psychiatric Settings*. *Archives of Psychiatric Nursing*. 1998;12:21-31.
77. Duxbury J, Bjørkdahl A, Johnson S. *War Culture and Atmosphere. Violence in Institutions*. New York: Springer; 2006.
78. Friis S, Helldin L. The contribution made by the clinical setting to violence among psychiatric patients. *Criminal Behaviour and Mental Health*. 1994;4:341-52.
79. Morrison EF. The tradition of toughness: a study of non-professional nursing care in psychiatric settings. *Image - the Journal of Nursing Scholarship*. 1999;22:32-8.
80. Whittington R, Wykes T. Going in strong': Confrontive coping by staff. *The journal of forensic psychiatry & psychology*. 1994;5:609-14.
81. Bjorkdahl A, Palmstierna T, Hansebo G. The bulldozer and the ballet dacer: aspects of nurses' caring approaches in acute psychiatric intensive care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2010.
82. Alexander J, Bowers L. Acute psychiatric ward rules: A review of literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2004;11:623-31.
83. Crichton J. The response of nursing staff to psychiatric inpatient misdemeanour. *The journal of forensic psychiatry & psychology*. 1997;8(1):36-61.
84. Whittington R, Higgins, L. More than zero tolerance? Burnout and tolerance for patient aggression amongst mental health nurses in China and the UK. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, . 2002;106:37-40.
85. Middleby-Clements J, Grenyer B. Zero tolerance approach to aggression and its impact upon mental health staff attitudes. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2007;41:187-91.
86. Secker J, Benson A, Balfe E, Lipsedge M, Robinson S, Walker J. Understanding the social context of violent and aggressive incidents in a psychiatric hospital. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2004;11:172-8.
87. Kennedy HG. Therapeutic uses of security: Mapping forensic mental health services by stratifying risk. *Advances in psychiatric Treatment*. 2002;8:433-43.
88. Kalogjera I, Bedi A, Watson W, Meyer A. Impact of therapeutic management on use seclusion and restraint with disruptive adolescent inpatients. *Hospital and Community Psychiatry*. 1989;40:280-5.
89. Duxbury J. An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: a pluralistic design. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2002;9(3):325-37.
90. Harris C, Varney G. A ten-year study of assaults and assaulters on a maximum security psychiatric unit. *Journal of interpersonal violence*. 1986;1:173-91.
91. Duxbury J, Whittington R. Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *J Adv Nurs*. 2005;50(5):469-78.
92. Nolan KA, Shope CB, Citrome LI, Volavka J. Staff and Patient Views of the Reasons for Aggressive Incidents: A Prospective, Incident-Based Study. *Psychiatr Q*. 2009:167-72.

93. NICE. Violence: The short-term management of disturbed/violent behaviour in the in-patient psychiatric settings and emergency departments (Clinical Guideline 25). London: National Institute for Clinical Excellence; 2005.
94. Goedhard LE, Stolker JJ, Heerdink ER, Nijman HL, Olivier B, Egberts TCG. The Pharmacological Management of Aggression. In: Richter D, Whittington R, editors. Violence in Mental Health Settings Causes, Consequences, Management. New York: Springer; 2006.
95. Hockenull J, Whittington R, Leitner M, Barr W, McGuire J, Cherry G. A systematic review of prevention and intervention strategies for populations at high risk of engaging in violent behaviour update. *Health Technol Assess.* 2012.
96. Cooke D. Containing violent prisoners. *Brit J Criminol.* 1989;29(2):129-43.
97. Gudjonsson G, Rabe-Hesket S, Wilson C. Violent episodes on a medium secure unit over a 17 year period. *The Journal of Forensic Psychiatry.* 1999;10(2):249-63.
98. Steinert T, Eisele F, Goeser U, Tschoeke S, Uhlmann C, Schmid P. Successful interventions on an organisational level to reduce violence and coercive interventions in in-patients with adjustment disorders and personality disorders. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health.* 2008;4.
99. Bjørkly S. Risk Management in Transitions Between Forensic Institutions and the Community: A Literature Review and Introduction to a Milieu Treatment Approach. *International Journal Forensic Mental Health.* 2004;3(1):67-75.
100. Flutters FAJ, Meijel van B, Nijman HLI, Bjørkly S, Grypdonk M. Preventing aggressive incidents and seclusions in forensic care by means of the "Early Recognition Method". *Journal of clinical Nursing.* 2010;19:1529-37.
101. Doyle M, Logan C. Milestones to recovery: preliminary validation of a framework to promote recovery and map progress through the medium secure inpatient pathway. *Criminal Behaviour and Mental Health.* 2012.
102. Glorney E, Perkins D, Adshead G, McGauley G, Murray K, Noak J, et al. Domains of Need in a High Secure Hospital Setting: A model of Streamlining Care and Reducing Length of Stay. *International Journal Forensic Mental Health.* 2010;9:138-48.
103. Sande van de R, Nijman HLI, Noorthoorn EO, Wierdsma AI, Hellendoorn E, Staak van der C, et al. Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. *The British Journal of Psychiatry.* 2011:473-8.
104. Palmstierna T, Olsson D. Violence from young women involuntarily admitted for severe drug abuse. *Acta Psychiatr Scand.* 2007;115(1):66-72.
105. WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Organization WH, editor. Geneva 1992.
106. Hare RD. Manual for the Hare Psychopathy Checklist - Revised. Toronto: Multi-Health Systems; 1991.
107. Yin RK. Case Study Research. Los Angeles: Sage; 2009.
108. Kazdin AE. Research Design in Clinical Psychology: Allyn and Bacon; 2003.
109. Shadish WR, Cook TD, Campbell DT. Experimental and Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inference: Houghton Mifflin Company; 2002.
110. Morgenstern H. Uses of ecological analysis in epidemiologic research. *Am J Public Health.* 1982;72:1336-43.
111. Psykisk helsevernloven, (1999).
112. Pasientrettighetsloven (1999).
113. HOD. St.prp. nr. 63 (1997-1998) Opptrappingsplanen for psykisk helse. In: omsorgsdepartementet Ho, editor. 1997.
114. HOD. Stortingsmelding (1996-1997) Åpenhet og helhet In: omsorgsdepartementet Ho, editor. 1997.
115. Neuendorf KA. The Content Analysis Guidebook: Sage Publications; 2002.
116. Muthén LK, Muthén BO. *Mplus* (Version 4.1). Los Angeles, CA 2007.

117. Brown TA. Confirmatory factor analysis for applied research: The Guilford Press; 2006.
118. Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora. Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi. Oslo 2005.
119. Personopplysningsloven, (2000).
120. Helseregisterloven, (2001).
121. Bonner G, Wellman N. Postincident review of aggression and violence in mental health settings. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2010 48:35-40.
122. Bradford Hill A. The Environment and Disease: Association or Causation? *Proceedings of the Royal Society of Medicine.* 1965:295-300.
123. Dollard J, Doob L, Miller N, Mowrer O, Sears R. Frustration and aggression. New Haven, Connecticut: Yale University Press; 1939.
124. Bjørkly S. Psychological Theories of Aggression. In: Richter D, Whittington R, editors. *Violence in Mental Health Settings Causes, Consequences, Management.* New York: Springer; 2006. p. 27-46.
125. Whittington R, Richter D. Introduction. In: Richter DaRW, editor. *Violence in Mental Health Settings.* N.Y: Springer; 2006.
126. Duxbury J, Bjorkdahl A, Johnson S. Ward Culture and Atmosphere. Causes, Consequences, Management. In: Richter D, Whittington R, editors. *Violence in Mental Health Settings.* New York: Springer; 2006. p. 273-94.
127. Szmukler G, Appelbaum P. Treatment pressures, leverage, coercion, and compulsion in mental health care. *Journal of Mental Health.* 2008:233-44.
128. Hatling T, Douzenis A, Maguire J. Diversity and Consistency in the Legal Management of Involuntary Admission and Treatment Across Europe. In: Richter D, Whittington R, editors. *Violence in Mental Health Settings.* New York: Springer; 2006.
129. Aberhalden C, Hahn S, Bonner DB, Galeazzi GM. Users' Perceptions and Views on Violence and Coercion in Mental Health. In Richter D., Whittington R (Eds.), *Violence in Mental Health Settings. Causes, Consequences, Management (pp.47-68)* 2006.
130. Whittington R. Attitudes toward patient aggression amongs mental heath nurses in the "zero tolerance " era: Association s with burnout and length of experience. *Journal of clinical Nursing.* 2002;11:819-25.
131. Rasmussen K, Levander S. Individual rather Than Situational Characteristics Predict Violence in a Maximum Security Hospital. *Journal of Interpersonal Violence.* 1996;11:376-90.
132. Whittington R, Wykes T. Aversive stimulation by staff and violence by psychiatric patients. *British Journal of Clinical Psychology.* 1996;35:11-20.
133. Webster C, Douglas KS, Eaves D, Hart SD. *HCR-20 Violence Risk Management Companion Guide* Vancouver: Mental Health, Law, and Policy Institute Simon Fraser University; 2002.
134. Bjørkly S. Open Area Seclusion in the long-term treatment of aggressive and disruptive psychotic patients - An introduction to a ward procedure. *Psychological Reports.* 1995;76:147-57.
135. Quanbeck CD. Forensic Psychiatric Aspects of Inpatient Violence. *Psychiatr Clin N Am.* 2006;29:743-60.
136. Douglas KS, Hart SD, Webster C, Belfrage H. *HCR-20 v3. Assessing Risk for Violence.* Vancouver: Mental Health Law, and Policy Institute. Simon Fraser University; 2013.
137. Almvik R, Woods P. The Brøset Violence Checklist (BVC) and the prediction of inpatient violence: some preliminary results. *Persp Psychiatr Care.* 1998;5:208-11.

SOAS-R

Pasient:

Post:

Kl:

Dato:

Firetegnskode:

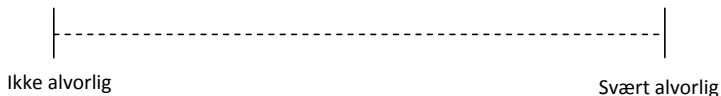
Skjemaet skal fylles ut av personalet som har vært vitne til, eller blitt utsatt for aggressiv atferd fra en pasient.

Kryss av **minst ett** alternativ i hver kolonne.

Provokasjon	Hva brukte pasienten	Mål for aggresjon	Følge(r) for offer/offre	Tiltak for å stoppe aggresjon
Ingen observerbar provokasjon <input type="checkbox"/>	Verbal aggresjon, ingen trussel <input type="checkbox"/>	Ingen <input type="checkbox"/>	Ingen <input type="checkbox"/>	Ingen <input type="checkbox"/>
Provosert av:	Trussel <input type="checkbox"/>	Ting <input type="checkbox"/>	Gjenstander	Snakket med pas <input type="checkbox"/>
Andre pasienter <input type="checkbox"/>	Vanlige gjenstander	Mannlig personale <input type="checkbox"/>	Skadet men brukbart <input type="checkbox"/>	Ble rolig tatt til side (eget rom el.l.) <input type="checkbox"/>
Hjelp i daglig gjøremål <input type="checkbox"/>	Stol <input type="checkbox"/>	Kvinnelig personale <input type="checkbox"/>	Skadet, må kasseres <input type="checkbox"/>	Skjernet på eget rom <input type="checkbox"/>
Krav om å ta medisin <input type="checkbox"/>	Glass <input type="checkbox"/>	Mannlig medpasient <input type="checkbox"/>	Personer	Ført til skjermingspost <input type="checkbox"/>
Pasienten nektes noe <input type="checkbox"/>	Andre gjenstander <input type="checkbox"/>	Kvinnelig medpasient <input type="checkbox"/>	Opplevd sin sikkerhet truet <input type="checkbox"/>	Medikasjon <input type="checkbox"/>
Krav til pasienten <input type="checkbox"/>	Kroppsdel	Annen mann <input type="checkbox"/>	Smerte <10 min <input type="checkbox"/>	Medikasjon injeksjon <input type="checkbox"/>
Annet <input type="checkbox"/>	Hånd <input type="checkbox"/>	Annen kvinne <input type="checkbox"/>	Smerte >10 min <input type="checkbox"/>	Holdt med makt <input type="checkbox"/>
	Fot <input type="checkbox"/>	Seg selv <input type="checkbox"/>	Synlig skade <input type="checkbox"/>	Bruk av belter <input type="checkbox"/>
	Annen kroppsdell <input type="checkbox"/>	Annet <input type="checkbox"/>	Behandlingsbehov (lettere) <input type="checkbox"/>	Lukket isolat <input type="checkbox"/>
	Farlig gjenstander/metoder		Behov for legebehandling <input type="checkbox"/>	Annet <input type="checkbox"/>
	Kvelningsforsøk <input type="checkbox"/>		Annet <input type="checkbox"/>	
	Stikkvåpen <input type="checkbox"/>			
	Andre farlige gjenstander <input type="checkbox"/>			

VAS— Visuell Analog Skala

Hendelsen opplevdes som: Merk med kryss på streken



Sted

I posten

På eget rom

Fellesrom

Korridor

Annet

Utenfor posten

Skjermingspost

I hagen

I bygget / annet

Utenfor avdeling: Fellestur

Utenfor avdeling: Annet

Ettersamtale

Behov for ettersamtale? JA NEI

Ettersamtale gjennomført?

I forkant av eller under episoden virket det som pasienten:

	Passer lite			Passer bra		
Var svært sint						
Prøvde å oppnå en fordel						
Opplevde seg truet						
Opplevde seg krenket						
Var redd						
Var kald og beregnende						
Ville forsvare seg						
Prøvde å kontrollere situasjonen						
Prøvde å skremme						
Prøvde å komme seg vekk						
Var blitt frustrert eller skuffet						
Prøvde å presse eller dominere						
Opplevde seg urimelig behandlet						

- Den som fyller ut må ha vært i situasjonen
- Besvar raskt ut ifra intuitiv opplevelse

Dato:

Klokkeslett:

Etterarbeid ved voldsepisoder og annen alvorlig aggresjon

Mål:

Utvikle rutiner og ritualer omkring alvorlige hendelser og sterke opplevelser som bidrar til trygghet for både pasienter og personale, som tar vare på emosjonelle behov og relasjoner og som støtter økt mestring og selvtillit.

Forutsetninger for gjennomføring:

- samtalen skal gjennomføres på post 1
- partene skal ha roet seg ned

Deltakere:

I tillegg til aggresjonsutøver og offer skal et personale være med som har ansvar for at partene får nødvendig støtte til i gjennomgangen av hendelsesforløpet (hjelper). Denne bør kjenne pasienten godt, ha et godt forhold til vedkommende, ha et mest mulig nøytralt forhold til hendelsen og ikke ha ansvar for å formidle eller administrere innskrenkninger eller tap av goder. Videre egenskaper bør være trygghet og kompetanse. Ansvarsvakt peker ut person hvis dette er nødvendig.

Hovedbehandler bør delta hvis hendelsen skjer på dagtid. Denne har ansvar for å gi støtte og øke kompetanse i gjennomgang av sine pasienter. En aktuell opplæringsmetode kan være rollespill og det bør foreligge skriftlige momenter som kan være en støtte ved slik gjennomgang.

Retningslinjer for gjennomgangen:

Hovedmålet er at partene får formidlet sin opplevelse og fortolkning av hendelsesforløpet. Vanligvis vil det være best at personalet først gjør rede for sin opplevelse av hvordan konflikten utviklet seg, og hvilke tanker og følelser han hadde forut for hendelsen. Deretter gjør pasienten det samme.

Hvis ikke pasienten mestrer dette kan hjelperen prøve å uttrykke hvordan han tror pasienten opplevde situasjonen, hans tanker og følelser.

Et neste mål kan være å hjelpe partene til å forstå hverandres opplevelse av hendelsen. Et ledd i dette vil være at partene prøver å formulere hverandres opplevelse, der personalets forsøk kan være en modell for pasienten.

Videre mål kan være:

- gjennomgang av hvordan konflikten ble taklet, forslag til alternative problemløsningsmåter og motivering for å arbeide videre med dette
- beklagelse, forsoning og gjenoppretting av tillit

Gjennomgang praktiske konsekvenser for voldsutøver, f.eks. innskrenkninger i utgangsnivå og evt. endringer i planer bør skje i en annen sammenheng.

Evaluerings av etterarbeidet (uten pasient til stede) bør være fast.

Man vil oppleve store variasjoner i hvor mye ulike pasienter vil klare å snakke om de ulike temaene. Hvis man står fast på i et tema, f.eks. trusler opprettholdes eller det fortsatt er fiendtlige holdninger, er det nødvendig å kunne utsette den videre gjennomgangen. Tre hovedalternativer foreligger etter slike samtaler:

- avslutning på S1 og tilbake i posten, gjennomgangen over,
- avslutning av samtalen, gjennomgangen over, fortsatt behov for å være på S1,
- fortsatt behov for å være på S1, gjennomgangen fortsetter seinere.

Teamene bør utforme individuelle målsettinger for slike samtaler, noe som kan gå inn i pleieplanen. For å øke pasientens medansvar for gjennomføringen, bør retningslinjene være gjennomgått, for eksempel i arbeidslunsjen.

Orientering til deltakere i referansegruppe

Fra 1989 har det skjedd en klar reduksjon og endring i aggressiv atferd ved RS, og i avdelingens tiltak for å møte aggressive episoder. Vi arbeider for tiden med å analysere SOAS-data og undersøker mulige faktorer som kan forklare denne endringen.

Selv om endringen har skjedd over det meste av perioden, kan det synes at årene fra slutten av 90-tallet og utover de første årene av 2000-tallet kan være særlig interessante. Vi har en del skriftlige kilder for avdelingens historie som belyser temaet, men data omkring rutiner for behandling, risikovurdering og aggresjonshåndtering er usikre eller mangler tildels. Vi håper å supplere data på disse områdene gjennom at en referansegruppe som består av representativt personale med erfaring fra denne perioden. Samtalen vil gå ut på gjennomdrøfting av sentrale problemstillinger og vil gå over halvannen til to timer. Gruppen vil ledes av psykolog Helge Jordahl, som ikke har hatt tilknytning til miljøet, men som kjenner godt til avdelingens forhistorie og oppgaver. 10 personale som begynte ved avdelingen ved ulike tidspunkt i perioden 1995 – 2001 har sagt seg interessert i å delta.

Samtalen vil bli tatt opp på bånd, slik at det som kommer frem kan brukes som dokumentasjon av praksis og endringsforløp for perioden. Identifiserbare utsagn fra gruppedeltakerne vil ikke gjenfinnes i offentliggjort materiale.

Følgende tema kan være sentrale i samtalen:

- hvordan foregikk vurderinger og avgjørelser omkring risiko
- hvordan håndterte vi trusler og truende situasjoner
- postpersonalets innflytelse og påvirkningsmulighet
- pasientens muligheter for å bestemme over sin situasjon
- grad av individuell versus gruppebehandling
- hva fikk pasienten tilgang på av aktiviteter og situasjoner
- hvordan reagerte vi på avvik og aggresjon
- hvilke metoder brukte vi ved gjennomføring av krav og manglende samarbeid (vekking og deltakelse i aktivitet)

Som støtte for hukommelsen er lagt ved en tidslinje for årene 1996 – 2002 med som er forankret i kjente endringer og hendelser:

år	Når begynte du?	Avdelingsledere	Pasientaktivitet	Behandling/faglige rammer
1995				
1996		Jannicke, Bjørn	Anskaffelse av båt? Høsehus bygget?	PCL tatt i bruk
1997		Arild, Ørjan	Redskapshus bygges?	HCR-20 tatt i bruk
1998		Arild, Ørjan	Fiskedam bygges?	
1999		Arild, Ørjan	Deltakelse I volleyballturnering sept	Nye helselover vedtatt i juni Pasientgruppe på 3-

				posten
2000		Morten, Ørjan	Deltakelse I volleyballturnering Hagefest i oktober	Randi Rosenkvist har undervisning om nye helselover? Pasientgruppe på 3- posten
2001			Deltakelse I volleyballturnering Hagefest i oktober	Helselov satt i kraft HCR-20 arbeidsskjema tatt i bruk? GRUK-prosjekt satt i gang?
2002			Drivhus bygges?	

Før vi samles i gruppen, tenk igjennom problemstilling med utgangspunkt i tidslinjen. Det viser seg å være krevende å forankre endringer i rutiner og praksis i tid. Kan du beskrive endringer som den perioden du har vært ansatt?

Vi møtes på Kompetansesenteret onsdag 19.10 fra kl. 1500, og håper vi kommer i gang før kl. 1530. Det vil bli servert mat og drikke.

Ragnar Urheim og Knut Rypdal

Hensikt med intervjuguide: gi retning til gruppediskusjon / sikre at viktige tema blir tatt opp.

1. Hva tenker du om behandlings- og sikkerhetsregime ved avdeling S i årene fra du begynte ved avdelingen og fremover? Hvordan opplevde du arbeidsmåter og rutiner for risikohåndtering?
2. Synes du det skjedde viktige endringer ved avdelingen disse årene? Har du eksempler?
3. Hvis du ser tilbake på tidligere pasientbehandling, kommer du på behandlingsmåter som du ikke ville brukt i dag?
4. Hva tenker du om endringer i pasientenes rettigheter og mulighet for å bestemme over sine daglige aktiviteter, tilbud og døgnrytme
5. Har du opplevd endring i bruk av press og pågående metoder for å få pasienter til å følge dagsprogram og husregler?
6. Har du opplevd endringer i pasientens deltakelse i, og samarbeide om sin behandling?
7. Hvilke tanker gjør du deg om evt. endring i rutiner for vurdering og håndtering av trusler og truende situasjoner?
8. Har du tanker om det har skjedd endringer i hvordan det ble reagert i etterkant av utagering og aggresjon?
9. Hva tenker du om forventninger til personalet evne til å gjøre gode og selvstendige vurderinger i vanskelige situasjoner?
10. Hva tenker du om hvordan teammøter, behandlingsmøter, kardeks og annen møtevirksomhet fungerte?

Det tre hovedtemaene, risikovurdering og håndter, pasientautonomi og livskvalitet, og behandling må sikres tilstrekkelig tid hver, minst en halvtime.

Ulike scenarier for utvikling av diskusjonen som krever aktiv intervensjon?:

- For generelle synspunkter
- Unøyaktig forankring i tidslinje
- Opphenging i triviell uenighet
- For lange gode historier

Hjelp til forankring i tidslinje vil være at oversikt over perioden er utdelt.

SJEKKLISTE:

TEMA	Ferdig diskutert	Evt. endring tidsbestemt?	Enighet	Uenighet
4. Pasientens mulighet for å påvirke døgnrytme / dagsprogram				
4. Mulighet for individuelt versus fellesopplegg				

4. Tilgang på aktiviteter / miljøer utenfor avdeling (treningscenter m.m.)				
4. Tilgang på rom og goder i avdelingen (f. eks. røykestue, kjøkken, vektrom)				
5. Endring i bruk av press og pågående metoder (for eksempel vekking, deltaking i aktivitet, følge husregler)				
6. Samarbeide med pasienten omkring behandling				
7. Endring i dynamisk risikohåndtering (hvor raskt pasienter gjenvant rettigheter etter aggresjon/utagering)				
7. Hvor resolutt og strengt ble det reagert på trusler og trusselsituasjoner				
8. Bruk av negative konsekvenser og restriksjoner etter aggresjon / utagering				
9. Postpersonalets mulighet til å påvirke / bestemme endringer i regime?				
9. Postpersonalets mulighet til å bruke personlig relasjon til pasienten for å løse vanskelige situasjoner				
9. Hvor strengt var krav om å følge regler for hva som var tillatt / håndtere vanskelige situasjoner versus skjønn.				
10. Postpersonalets mulighet til å påvirke behandlingsopplegget				

DELTA I INTERVJUUNDERSØKELSE

Som en av de som har vært ansatt ved avdelingen over lengre tid før og etter årtusenskiftet inviteres du til å delta i en intervjuundersøkelse om synspunkter på utvikling ved RS. Du har tidligere sagt deg interessert i å bli intervjuet og her kommer mer utfyllende opplysninger.

Bakgrunnen for undersøkelsen er at vi finner en klar reduksjon i pasientagresjon fra midten av 90-tallet og utover. Selv om vi kan ha en rekke hypoteser omkring om reduksjonen, og sannsynligvis mange faktorer har bidratt, er det vanskelig å fastslå årsakssammenhenger ut i fra statistiske metoder. Vi kan imidlertid dokumentere en rekke endringer ved avdelingen i løpet av perioden som kan ha medvirket til reduksjonen.

Temaet for intervjuet vil være gjennomgang av noen mulige årsaksfaktorer som du mener er viktige for å forstå og forklare reduksjonen i aggresjon. Dine personlige erfaringer vil være utgangspunkt for intervjuet, men du vil også få tilgang på opplysninger som kan kaste lys over de forklaringsmåtene du velger. Vi er interessert i å få med ulike perspektiver på betydning av endringene og ønsker derfor synspunkter fra personale som har hatt ulike roller og arbeidsoppgaver.

Intervjuet vil ta under en time og bli ledet av Tom Palmstierna. Det kan gjennomføres 23 eller 25. august eller seinere på høsten. Konklusjonen fra hvert intervju er planlagt å gå inn i resultatdelen i et skriftlig arbeid som er planlagt publisert internasjonalt.

Vi ønsker tilbakemelding på tidspunkt som passer for deg på vedlagte timetabell.

kl	Mandag 23. august	Onsdag 25. august
0900		
1000		
1100		
1230		
1330		
1430		
1530		
1630		

Gi melding hvis deltakelsen gjør det nødvendig med økonomisk kompensasjon.

Mvh. Ragnar

I. Introduksjon

Hvorfor du er her – forklaring på hvorfor du er spurt om å delta (ethos)

Vi vil ha ditt syn på hva du tror som påvirker aggresjon i sikkerhetspsykiatrien.

Vi har tatt frem trender i utvikling av alvorlig vold på sikkerhetsavdelingen

Vi vil gi deg mulighet til å teste dine hypoteser

Vi vil ha dine kommentarer til hvordan dine hypoteser kommer ut forhold til dataene vi presenterer

II. Presenter forutsetningene

1. Vold endret i 17-årsperioden – **vise graf**

2. Hva tror du er årsaken/ene til endringen?

La personen selv diskutere – notere spontane tema

3. Om du kunne velge fritt – hva skulle du velge å teste som mulig forklaring av endringen?
(Mulige variabler)

4. Beskriv hvilke variabler som er mulige å ta frem – **vise liste over variabler**

III. Personen får teste tre mulige variabler

1. La personen prioritere de tre mest vesentlige variablene som kan testes mot voldstrenden

Noter disse sammen med personens motiv for å velge dem

2. Presenter dobbelkurver

3. Personen kommenterer resultatet for hver av disse og får gi sin egen konklusjon

a. Kommentar til variabel nr _____

b. Kommentar til variabel nr _____

c. Kommentar til variabel nr _____

Konklusjon:



UNIVERSITETET I BERGEN

Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Vest-Norge (REK Vest)

Psykologispesialist Ragnar Urheim
Avdeling for Sikkerhet
Haukeland Universitetssykehus
Sandviksleitet 1
5035 BERGEN

Deres ref

Vår ref
237.06 – 06/1874
1302/ARS

Dato
02.11.2006.

Ad. prosjekt: Analyse av faktorer som har påvirket frekvens og alvorlighet av aggressiv atferd hos pasienter ved en sikkerhetsavdeling. (237.06).

Det vises til din søknad om etisk vurdering datert 03.10.06. REK Vest vurderte studien i møte den 26.10.06.

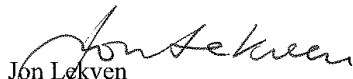
Dette er en god og svært relevant studie. REK Vest mener også at begrunnelsen for å gjennomføre studien uten å hente inn samtykke er tilfredsstillende, jfr. Personopplysningslovens § 11, annet ledd.

Prosjektet er krevende og en vil understreke behovet for god kompetanse i prosjektledelsen.

Studien er da endelig klarert fra denne komité sin side.

Vi ønsker dere lykke til med gjennomføringen og minner om at komiteen setter pris på en sluttrapport, eventuelt en kopi av trykt publikasjon når dette foreligger.

Med vennlig hilsen


Jon Løkven
leder


Arne Saibu
sekretær



Ragnar Urheim
Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri
Bergen Psykiatriske Universitetssykehus
Sandviksleitet 1
5035 BERGEN

Vår dato: 01.09.2006

Vår ref: 14942/GT

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 01.06.2006. Meldingen gjelder prosjektet:

14942

*En oversikt over mønstre og endringer i aggressiv atferd hos pasienter ved en
sikkerhetsavdeling*

Behandlingsansvarlig
Daglig ansvarlig

Helse Bergen HF, ved institusjonens øverste leder
Ragnar Urheim

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/endrings skjema>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/register/>

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.01.2016 rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Bjørn Henrichsen

Geir Teigland

Kontaktperson: Geir Teigland tlf: 55 58 33 48

Vedlegg: Prosjektvurdering



UNIVERSITETET I BERGEN

Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Vest-Norge (REK Vest)

Ragnar Urheim
Avdeling for Sikkerhet,
Haukeland universitetssykehus
Sandviksleitet 1
5035 BERGEN

Deres ref

Vår ref
002.07 – 06/5669/ars

Dato
31.01.2007.

Ad. prosjekt: Aggresjonstyper hos pasienter ved en sikkerhetsavdeling (002.07).

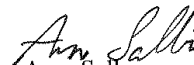
Det vises til din søknad om etisk vurdering datert 28.11.2006. REK Vest vurderte studien i møte den 25.01.07.

Problemstillingen for studien er relevant. Det mangler imidlertid referanseliste/litteraturhenvisninger og derfor blir det faglig sett vanskelig å vurdere kvaliteten på de arbeidene det blir vist til.

Før endelig vurdering ber en om en tilbakemelding på ovennevnte.

Med vennlig hilsen


Jon Løkven
leder


Arne Salbu
sekretær



UNIVERSITETET I BERGEN

Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Vest-Norge (REK Vest)

Ragnar Urheim
Avdeling for Sikkerhet,
Haukeland universitetssykehus
Sandviksleitet 1
5035 BERGEN

Deres ref

Vår ref
002.07 – 06/5669/ars

Dato
14.03.2007.


Ad. prosjekt: Aggresjonstyper hos pasienter ved en sikkerhetsavdeling (002.07).

Det vises til ditt svarbrev datert 08.03.07 m/vedlegg.

REK Vest v/leder har vurdert saken. En har ikke flere merknader og studien er da endelig klarert fra denne komité sin side.

Vi ønsker dere lykke til med gjennomføringen og minner om at komiteen setter pris på en sluttrapport, evt. en kopi av trykt publikasjon når studien er fullført.

Med vennlig hilsen


Jon Lekven
leder


Arne Salbu
sekretær

