

# **MASTEROPPGAVE**

**MAPSD5900 Masteroppgave i psykisk helsearbeid**

**15. September 2016**

## **Klinisk simuleringstrening i ambulante team**

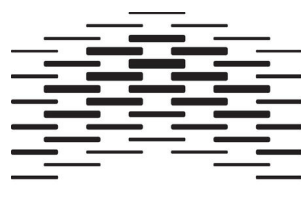
Clinical Simulation Training in Ambulant Team

Tatiana Penzo og Jon Texmon

Antall ord: 30926 / sider: 94

**Fakultet for helsefag**

**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid**



**HØGSKOLEN I OSLO  
OG AKERSHUS**

## FORORD

I vår kliniske praksis jobber vi mye med tematikken sikkerhet og psykisk helsearbeideres subjektive opplevelse av trygghet. På vår arbeidsplass har vi de siste årene hatt økt fokus på kompetansehevende tiltak innen sikkerhet hvor klinisk simuleringstrening har vært det kompetansehevende tiltaket. Vi har erfart nedgang i uønskede hendelser i form av aggresjon og utageringer blant pasienter med økt voldsrisiko.

Klinisk simuleringstrening går ut på å simulere et scenario så nært opp til virkeligheten som mulig og som kan oppstå i en reell arbeidssituasjon. Dette for at man skal bli kjent med egne reaksjoner og reaksjonsevne, i tillegg til å trene på effektiv kommunikasjon og samhandling. I simuleringstreningen trener vi på enkle frigjøringsteknikker, etisk forankrede kontrollgrep og nødvergeteknikker i tillegg til kommunikasjon og deeskaliering.

Forskere er ikke nøytrale, vi er mennesker preget av våre liv og erfaringer, hvilket vil påvirke forskningen på en eller annen måte, spørsmålet er *hvordan* det påvirker og ikke *om* det gjør det (Malterud, 2013), med bakgrunn i dette ønsker vi kort å presentere oss og vår yrkesbakgrunn for å tilstrebe åpenhet.

Tatiana Penzo er sykepleier (2007), med videreutdanning i psykisk helsearbeid (2014) og klinisk spesialist (2015). Hun har siden 2009 jobbet i akutteamet på Lovisenberg DPS. Hun har i en årrekke hatt funksjonen med å trene personal på egen arbeidsplass i klinisk simuleringstrening, og har erfart at simuleringstrening styrker individuelle kommunikasjonsferdigheter og samhandling i team.

Jon Texmon er sykepleier (2012) med videreutdanning i psykisk helsearbeid (2015). Han har elleve års erfaring fra psykisk helsearbeid, og har siden 2012 jobbet på Lovisenberg Diakonale sykehus på subakutt langtids døgnavdeling. Han har erfaring med klinisk simuleringstrening og andre typer samhandlingstrening fra ulike arbeidsplasser som psykiatrisk døgnavdeling, barne- og ungdomspsykiatrisk døgnavdeling og bemannet bolig.

Vi vil takke det ambulante teamet som ble med på prosjektet, og informantene som stilte til intervju, og alle respondentene som deltok i spørreundersøkelsen, uten dere hadde ikke dette vært gjennomførbart. Takk!

Vi vil rette en stor takk til vår veileder Øyvind Lockertsen for å ha støttet og utfordret oss gjennom arbeidet med denne oppgaven og for å ha kommet med nyttige innspill, diskusjoner og bidratt til gode refleksjoner. Takk Øyvind!

Tatiana ønsker å takke arbeidsgiver og gode kolleger for raushet og fleksibilitet. Takk til mine gode venner for støtte og forståelse for manglende sosialt engasjement. En spesiell takk til min kjære svigermor for alltid å være tilgjengelig for lesing, innspill og tilbakemeldinger som har bidratt til nyttige refleksjoner. Og aller mest vil jeg takke min kjære mann og mine barn for tålmodig å ha gitt meg rom til å gjennomføre masteroppgaven.

Jon ønsker å takke Nils, Iver og Sofia for god støtte og inspirasjon til å gjennomføre masteroppgaven.

Til slutt vil vi takke hverandre for et godt samarbeide. Det har vært gøy, slitsomt og aller mest en intens og verdifull læringsprosess.

## NORSK SAMMENDRAG

Tema for denne studien er klinisk simuleringstrening for psykiske helsearbeidere i ambulante team som møter pasienter med voldsrisiko i arbeidet. Hensikten med studien er å finne ut hvilken innvirkning klinisk simuleringstrening kan ha for følelsen av trygghet for psykisk helsearbeidere. Studiens mål er å kartlegge om klinisk simuleringstrening har effekt på følelsen av trygghet samt å øke forståelsen av hvordan klinisk simuleringstrening oppleves for de som deltar. I tillegg ønsker vi å knytte studiens innhold opp mot pasientarbeidet ved å undersøke hvordan psykisk helsearbeidere opplever at klinisk simuleringstrening og kommunikasjon henger sammen. Bakgrunnen for studien er økningen av ambulante team og behandling for pasienter som kan ha risiko for vold og aggresjon. Simuleringstrening er et tiltak som tiltar i mange grener av helsevesenet og det finnes lite forskning på bruk av dette i ambulante team i psykisk helsevern.

Studiens design er basert på metodetriangulering. Den består av en kvantitativ del hvor vi sendte ut spørreskjema til alle ambulante team i spesialisthelsetjenesten på ulike DPS i Oslo. Bruttoutvalget består av 148 psykisk helsearbeidere hvorav 95 returnerte spørreskjemaet noe som medfører en svarprosent på 64,2 %. De innsamlede data ble analysert i statistikkprogrammet SPSS Statistics (versjon 23). Studien består også av en kvalitativ del. Vi arrangerte et 8 ukers opplæringsprogram i klinisk simuleringstrening et ambulant team med 12 psykisk helsearbeidere deltok. Fire av deltakerne ble valgt ut og vi gjennomførte semistrukturerte forskningsintervjuer. Intervjuene ble deretter analysert med systematisk tekstkondensering og koding av meningsbærende enheter.

Resultatene fra studien viser at klinisk simuleringstrening er et tiltak som benyttes i varierende grad av utvalget. Resultatene viser at psykisk helsearbeidere i ambulante team har tro på at klinisk simuleringstrening kan være et tiltak som kan føre til økt trygghet i arbeidet med pasienter med voldsrisiko. Undersøkelsen avdekker derimot ingen signifikant forskjell på gruppen som driver med klinisk simuleringstrening og den som ikke gjør dette. Funnene tyder på at psykisk helsearbeidere opplever klinisk simuleringstrening som autentisk. Psykisk helsearbeidere opplever at treningen setter i gang ekte følelser og det ble rapportert at treningen kunne trigge gjenopplevelse av tidligere situasjoner med vold og aggresjon. Studien tyder på at treningen bør gjennomføres i samråd med og med involvering fra deltakerne for at den skal

oppleves som nyttig. I tillegg bør det utvises engasjement og innlevelse fra både instruktør og deltakere. Funnene tydet på at informantene opplevde det som trygt å øve på kommunikasjon i en trygg setting. Dette har resultert i at teamet generelt har blitt tydeligere i kommunikasjon med pasienter og ansatte.

Nøkkelord:

Klinisk simuleringstrening, ambulant team, psykisk helsearbeid, trygghet, vold, aggresjon, metodetriangulering

## **ABSTRACT**

The object of this study is clinical simulation for mental health workers in ambulant teams who works with patients with violence risk. The purpose of the study is to find out how clinical simulation can affect the feeling of safety for mental health workers. The aim of the study is to find out if clinical simulation has an effect on the feeling of safety and also to increase the understanding of how clinic simulation is experienced by those who participate. Additionally, we want to see how this relates to the patient relations by finding out how mental health workers experience that clinical simulation and communication skills connects. The reason for making this study is the increase treatment by ambulant teams of patients with risk of violence or aggression. Clinical simulation is a measure which is increasing in popularity in healthcare. There is not much research on this topic in ambulant teams.

The design of this study is based on triangulation of methods. The study contents of a quantitative part where we handed out a survey to all the ambulant teams at DPS's in Oslo. The gross sample consisted of 148 mental health workers from which 95 respondents returned the questionnaire. That means a response rate of 64,2 %. The collected date was analysed using the statistic program SPSS Statistic. The study also has a qualitative part. We arranged an eight week course in clinical simulation for an ambulant team without any experience. There was 12 participants and from which we got four informants picked out to participate in a research interview. The one of us who did not instruct during the course did the semi structured interviews. The interviews were analysed using text condensing and coding of meaningfulness bearing units.

The results of the study show that clinical simulation is a measure that is used to varying degrees by the sample. The results show that mental health workers in ambulant teams believes that clinical simulation is a measure that can lead to an increased feeling of safety working with patients with violence risk. The survey does not show any significant difference between the group that is using clinical simulation and the group that is not. The findings in the study indicates that mental health workers experience that clinical simulation is authentic. Mental health workers experienced that training made them feel like the situation was real and it was

reported that clinical simulation could make feelings from experiences with violence and aggression in real life reactivate. The study indicates that clinical simulation should be practiced in consultation with the participants and that the participants should be involved in how the simulation is arranged. Both the instructor and the participants should be engaged and emphatic during simulation training. The findings showed that mental health workers find it useful to practice on communication skills in a safe environment. This had made them to take with them a clearer way of communication both with fellow workers and to patients when they returned to working situations.

#### Key words

Clinical simulation, ambulant team, mental health work, safety, violence, aggression, method triangulation

## Innholdsfortegnelse

<b>FORORD</b> .....	<b>2</b>
<b>NORSK SAMMENDRAG</b> .....	<b>4</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>6</b>
<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>11</b>
<b>1.1 Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b> .....	<b>12</b>
<b>1.2 Begrepsavklaringer</b> .....	<b>13</b>
<b>1.3 Avgrensing</b> .....	<b>15</b>
<b>1.4 Oppgavens relevans</b> .....	<b>15</b>
<b>1.5 Ambulant virksomhet i psykisk helsearbeid</b> .....	<b>16</b>
<b>1.6 Faglig forankring</b> .....	<b>17</b>
<b>1.7 Oppgavens oppbygning og struktur</b> .....	<b>18</b>
<b>2.0 METODE</b> .....	<b>19</b>
<b>2.1 Forskningsdesign</b> .....	<b>19</b>
<b>2.2 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt</b> .....	<b>20</b>
<b>2.3 Metodetriangulering</b> .....	<b>21</b>
2.3.1 Pragmatisme som utgangspunkt for metodetriangulering .....	<b>22</b>
<b>2.4 Rekruttering og utvalg kvantitativ del</b> .....	<b>23</b>
2.4.1 Populasjon og utvalg .....	<b>23</b>
2.4.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	<b>24</b>
<b>2.5 Rekruttering kvalitativ del</b> .....	<b>24</b>
2.5.1 Valg av informanter .....	<b>24</b>
<b>2.6 Datainnsamling og datahåndtering</b> .....	<b>25</b>
2.6.1 Spørreskjema .....	<b>25</b>
2.6.2 Datainnsamling og prosess .....	<b>26</b>
2.6.3 Svarprosent .....	<b>27</b>
2.6.4 Plotting av kvantitative data .....	<b>27</b>
<b>2.7 Datainnsamling og datahåndtering kvalitativ</b> .....	<b>28</b>
2.7.1 Semistrukturert intervju .....	<b>28</b>
2.7.2 Gjennomføring av intervjuene .....	<b>28</b>
2.7.3 Transkribering av intervjuer .....	<b>29</b>
<b>2.8 Analyseprosess</b> .....	<b>29</b>
2.8.1 Analyseprosess, kvantitativ del .....	<b>29</b>
2.8.2 Analyseprosess kvalitativ- systematisk tekstkondensering .....	<b>30</b>



<b>2.9</b>	<b>Datakvalitet og metoderefleksjon .....</b>	<b>31</b>
2.9.1	Evaluerings av spørreskjema .....	31
2.9.2	Validitet, kvantitativ metode .....	31
2.9.3	Validitet, kvalitativ metode .....	32
2.9.4	Reliabilitet, kvantitativ metode .....	33
2.9.5	Reliabilitet, kvalitativ metode .....	33
<b>2.10</b>	<b>Forskningsetiske refleksjoner .....</b>	<b>34</b>
2.10.1	Grunnleggende forskningsetiske prinsipper .....	34
2.10.2	Godkjenninger for gjennomføringer av studie .....	34
<b>2.11</b>	<b>Forskerens rolle .....</b>	<b>35</b>
2.11.1	Problemstillinger med forskerrollen i denne oppgaven .....	36
<b>2.12</b>	<b>Kildekritikk.....</b>	<b>36</b>
<b>3.0</b>	<b>TEORETISK UTGANGSPUNKT .....</b>	<b>38</b>
<b>3.1</b>	<b>Litteratur og litteratursøk .....</b>	<b>39</b>
<b>3.2</b>	<b>Psykiatrisk sykepleieteori, etikk og menneskesyn.....</b>	<b>40</b>
<b>3.3</b>	<b>Tidevannsmodellen som sykepleieteori .....</b>	<b>41</b>
<b>3.4</b>	<b>Et vitenskapsfilosofisk blikk på simulering .....</b>	<b>45</b>
<b>3.5</b>	<b>Klinisk simuleringstrening .....</b>	<b>46</b>
3.5.1	Generelle forutsetninger for å gjennomføre simuleringstrening i psykiatrien.....	51
<b>3.6</b>	<b>Trygghet .....</b>	<b>53</b>
<b>3.7</b>	<b>Aggresjon og vold .....</b>	<b>54</b>
3.7.1	Vold og utageringer i psykisk helsevern .....	56
<b>3.8</b>	<b>Kommunikasjon .....</b>	<b>56</b>
3.8.1	Kommunikasjon og deeskalering av aggressiv atferd.....	58
3.8.2	Klinisk simuleringstrening og etikk .....	59
<b>4.0</b>	<b>KVANTITATIVE FUNN .....</b>	<b>61</b>
<b>4.1</b>	<b>Beskrivelse av utvalget .....</b>	<b>61</b>
<b>4.2</b>	<b>Klinisk simuleringstrening .....</b>	<b>62</b>
<b>4.3</b>	<b>Tidligere erfaring med vold og aggresjon .....</b>	<b>64</b>
<b>4.4</b>	<b>Opplevelse av trygghet i arbeidet.....</b>	<b>65</b>
<b>5.0</b>	<b>KVALITATIVE FUNN.....</b>	<b>69</b>
<b>5.1</b>	<b>Opplevelse .....</b>	<b>69</b>
5.1.1	Opplevelse av trygghet/utrygghet .....	70
5.1.2	Opplevelse autensitet/selve treningene .....	71
5.1.3	Opplevelse av usikkerhet/frykt/følelsesaktivering.....	72
5.1.4	Opplevelse av handlingskompetanse og mestring .....	74

<b>5.2</b>	<b>Kommunikasjon .....</b>	<b>75</b>
5.2.1	Kommunikasjon med pasient .....	75
5.2.2	Kommunikasjon i team .....	77
<b>5.3</b>	<b>Fra trening til utøvende praksis.....</b>	<b>77</b>
<b>6.0</b>	<b>DRØFTING AV FUNN OG METODE .....</b>	<b>79</b>
<b>6.1</b>	<b>Drøfting av funn .....</b>	<b>79</b>
6.1.1	Klinisk simuleringstrening og påvirkning av trygghet.....	79
6.1.2	Psykisk helsearbeiders opplevelse av å delta i klinisk simuleringstrening .....	82
6.1.3	Hvordan kan treningen legges opp for at den skal oppleves som nyttig.....	84
6.1.4	Klinisk simuleringstrening og kommunikasjon .....	86
6.1.5	Klinisk simuleringstrening og tidevannsmodellen.....	87
<b>6.2</b>	<b>Drøfting av metode .....</b>	<b>94</b>
6.2.1	Kvantitativ metode .....	94
6.2.2	Kvalitativ metode .....	96
6.2.3	Metodetriangulering.....	98
<b>6.3</b>	<b>Forskerrollen .....</b>	<b>100</b>
<b>7.0</b>	<b>OPPSUMMERING OG KONKLUSJONER.....</b>	<b>102</b>
<b>LITTERATURLISTE .....</b>		<b>105</b>
Vedlegg nr. 1: Fordeling av ansvarsområder for masteroppgave. ....		113
Vedlegg nr. 2: Spørreskjema .....		114
Vedlegg nr. 3: Forespørsel til enhetsleder om å bidra til gjennomføring av kvalitative forskningsintervjuer .....		120
Vedlegg nr. 4: Informasjonsskriv og forespørsel om å delta i spørreundersøkelse .....		122
Vedlegg nr. 5: Informasjonsskriv og forespørsel om å delta i forskningsintervju, samtykkeskjema .....		125
Vedlegg nr. 6: Forespørsel til avdelingsleder angående spørreundersøkelse .....		129
Vedlegg nr. 7: Intervjuguide .....		131
Vedlegg nr. 8: Skjema for kondenserte og sammenslåtte koder .....		132
Vedlegg nr. 9: Beskrivelse av gjennomføring av kurs i klinisk simuleringstrening i ambulante team.....		133

## 1.0 INNLEDNING

Denne oppgaven handler om klinisk simuleringstrening i arbeidet med pasienter med voldsrisiko for psykiske helsearbeidere som jobber i ambulante team i spesialisthelsetjenesten. Klinisk simuleringstrening er en treningsform hvor man trener på utfordrende scenarioer fra arbeidshverdagen. Hensikten er å øke kompetansen om og bedre ferdigheter innen kommunikasjon og samhandling. Klinisk simuleringstrening har dessuten som fokus at man ved å simulere scenarioer som tilsvarer reelle forløp har lettere for å huske enkeltsekvenser man har øvd på (Dieckmann, 2009).

Det å trene på ferdigheter man skal utøve og situasjoner man kan møte er noe mennesker har gjort langt tilbake i tid. Dette har eksempelvis blitt gjort i militæret, som forberedelse til idrettsøvelser eller for å håndtere avansert teknologi. En pilot har for eksempel et stort antall timer bak seg i simulator før denne får satt seg i cockpiten på et fly (Brown, 2008; Dieckmann, 2009). På samme måte har det blitt utviklet ulike treningsprogram for helsepersonell for å øke kvaliteten på arbeidet og for å bedre muligheten til å evaluere ferdigheter og handlingskompetanse (Dieckmann, 2009). Siden dette baserer seg på simulering av kliniske ferdigheter kalles det klinisk simulering eller klinisk simuleringstrening slik vi har valgt å kalle det i denne oppgaven.

I psykiatriske avdelinger har det vært vanlig å trene på å tilnærme seg utfordrende situasjoner, å bedre de ansattes- og pasientens sikkerhet. Dette begrunnes ofte med statistikker over hendelser med vold og utagering i avdelingen. Avdelingspsykiatrien har gjennom en årrekke blitt bygd gradvis ned og dette er en prosess som fortsetter (Meld.st.11). Dette betyr at stadig flere pasienter skal ivaretas av ambulante team i egen bolig, med og uten tvunget psykisk helsevern. Behandling i hjemmet har godt dokumentert og god effekt for mange av pasientene (Helsedirektoratet, 2015), men det medfører også en del nye utfordringer. Vi vet at mange av episodene med vold og aggresjon i psykiatriske avdelinger skyldes selve innlåsing og pasientens avmaktsfølelse (Isdal, 2000), men for noen pasienter vil ulike former for sårbarhet kunne føre til aggresjon og vold også ute i samfunnet. Flere ambulante team har derfor startet opp klinisk simuleringstrening med tanke på å forebygge vold og aggresjon og å øke tryggheten

i situasjoner som ellers kan oppleves som truende og farlige (Penzo, Skaare og Instefjord, 2015).

Ved inngangen til dette forskningsprosjektet som fører fram til vår mastergradsoppgave gjorde vi søk i litteratur og forhørte oss i fagmiljøer for å få inntrykk av om det eksisterte eller var pågående relevant forskning på klinisk simuleringstrening i ambulante team. Inntrykket var umiddelbart at dette var et lite utviklet kunnskapsområde. Dette gjorde at vår motivasjon økte for å gjøre en studie av dette temaet.

Vi har valgt å besvare denne masteroppgaven som en gruppeoppgave da vi gjennom samarbeid får prøvd ut ideer og refleksjoner. I tillegg var tanken at våre ulike erfaringsbakgrunner kunne bidra til å gi prosjektet mer dybde og bidra til en god og utfyllende drøfting. Vi er begge opptatt av klinisk simuleringstrening som fenomen og som et redskap. Vi har erfart at klinisk simuleringstrening kan være en viktig kilde til å videreutvikle ferdigheter og dermed være kompetansehevende for psykisk helsearbeidere. Vi ønsket derfor å benytte vår masteroppgave til å undersøke om klinisk simuleringstrening kunne ha en innvirkning på følelsen av trygghet til psykiske helsearbeidere i møtet med pasienter med voldsrisiko i ambulante team. Vi ønsket også å se på om dette kunne ha andre effekter for relasjonen mellom psykisk helsearbeider og pasient som for eksempel bedre kommunikasjon.

Vi er opptatt av å belyse de etiske sidene ved klinisk simuleringstrening. Vi har tro på at psykisk helsearbeidere som fremstår med trygghet vil komme pasienten og pasientbehandlingen til gode. Vi har også en forståelse av at klinisk simuleringstrening ikke bare øker den psykiske helsearbeideren sin sikkerhet, men også pasientsikkerheten. Til tross for vår oppfattelse av temaet er vi klar over at det eksisterer ulike oppfatninger og meninger om klinisk simuleringstrening. Vi har erfart at slik trening har relevans for vår egen kliniske hverdag.

## **1.1 Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål**

Vi har gjort en grundig research i forskning på temaet *klinisk simuleringstrening i ambulante team*, men har ikke lyktes i å finne materiale som direkte dekker vår problemstilling. Klinisk simuleringstrening sett i sammenheng med ambulante team er slik vi har forstått det et emne det ikke er forsket på. Dette gjorde det enda mer interessant å undersøke klinisk

simuleringstrening som et fenomen gjennom denne studien som munner ut i denne masteroppgave.

Hensikten med denne studien er å undersøke hvorvidt klinisk simuleringstrening innvirker på psykisk helsearbeidere i ambulante team og deres opplevelse av trygghet i arbeidet med pasienter med økt voldsrisiko. Vi ønsker med dette å bidra til å videreutvikle kunnskap om temaet og at det kan brukes til å videreutvikle nye treningsopplegg og tilpasse dette til den klinisk hverdagen i ambulante team.

Med dette som bakgrunn kom vi fram til følgende problemstilling:

**Problemstilling:**

- *Hvordan kan klinisk simuleringstrening innvirke på følelsen av trygghet i arbeidet med pasienter med voldsrisiko for psykiske helsearbeidere i ambulante team?*

**Forskningsspørsmål**

- Hvordan opplever psykisk helsearbeider å delta i kliniske simuleringstreningen og hvilke følelser kommer fram i og etter treningsperioden??
- Hvordan kan den kliniske simuleringstreningen legges opp for at psykiske helsearbeidere skal ha nytte av den?
- Hvordan vurderer psykisk helsearbeider at opplevelse av trygghet kan påvirke kommunikasjon med pasienter med voldsrisiko?

**1.2 Begrepsavklaringer**

- Med *ambulante tjenester* menes helsetjenester som tilbys og ytes utenfor sykehus (Helsedirektoratet, 2013).
- Med begrepet *psykisk helsearbeider* i denne oppgaven mener vi samtlige medlemmer i det ambulante teamet som deltar i det kliniske arbeidet og har pasientkontakt som del av sine oppgaver. Det vil si at vi går ut over det som vanligvis betegnes som psykiske helsearbeidere ved også å inkludere andre yrkesgrupper som for eksempel lege og

psykolog.

- *Klinisk simulering* en treningsform som går ut på å simulere et scenario som kan oppstå i en arbeidssituasjon så autentisk som mulig. Dette for at man skal kjenne på sine reaksjoner i tillegg til å trene på å skaffe oversikt, kommunisere, handle rasjonelt og øke evnen til å beslutte nødvendige intervensjon er. Treningen kan på ulike arbeidsplasser ha ulike navn, men vil i undersøkelsen falle inn i denne kategorien så lenge det trenes på reelle situasjoner (Carne, Kennedy og Gray, 2011; Brown, 2008).
- *Vold/aggresjon*, enhver handling rettet mot annen person, som gjennom denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker, får denne personen til å gjøre noe mot sin vilje, eller slutte å gjøre noe den vil (Isdal, 2000).
- *Trygghet*, en subjektiv følelse av beskyttelse og sikkerhet (Hylland-Eriksen, 2006).
- *Spørreundersøkelsen*, definerer i denne oppgaven den kvantitative undersøkelsen som bygger på spørreskjemaet.
- *Intervjuundersøkelsen*, definerer i denne oppgaven den kvalitative undersøkelsen som bygger på semistrukturert intervju.
- *Respondent*, en person som deltar og svarer på spørreskjema i en kvantitativ studie (Johannssen, Tufte og Christoffersen, 2015).
- *Informant*, er en som deltar i et forskningsintervju i kvalitativ forskning. Betegnelsen informant kommer av at vi forsøker å få mye data (informasjon) fra et begrenset antall personer (Ibid, 2015).

### **1.3 Avgrensning**

Masteroppgaven er avgrenset til å omfatte klinisk simuleringstrening i ambulante team bestående av psykisk helsearbeidere i spesialisthelsetjenesten. Grunnen til at vi har valgt å ikke inkludere andre ambulante helsetjenester er at vi ønsket en gruppe som er eksponert for omtrent de samme arbeidssituasjonene. Spesialisthelsetjenesten ivaretar blant annet pasienter på tvungent psykisk helsevern og pasienter dømt til behandling i større grad enn for eksempel kommunehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2013). Med utgangspunkt i problemstillingene ønsker vi å undersøke om simuleringstrening vil kunne ha sammenheng med opplevelse av trygghet. Det er de ansatte som skal forskes på i denne studien, men formålet med forskningen er et godt behandlingstilbud for pasienter som behandles i ambulante team.

### **1.4 Oppgavens relevans**

Klinisk simuleringstrening er et fagområde som er i utvikling, og benyttes i stadig flere deler av helsevesenet (Brown, 2008). Det har vært forsket mye på klinisk simuleringstrening inne på sykehusavdelinger, men det finnes ingen eller begrenset forskning på klinisk simuleringstrening for psykisk helsearbeidere i ambulante team. Forskning viser at psykisk helsearbeidere er mer utsatt for trusler og vold enn mange andre yrkesgrupper (Arbeidstilsynet, 2009). Ettersom psykiatriske sengeposter bygges ned og ambulante team bygges opp (Helsedirektoratet, 2015), vil det å studere klinisk simuleringstrening i ambulante team kunne være viktig for å øke kunnskapene rundt dette og dermed muligheten for at det skal ha nytteverdi i det kliniske arbeidet. Det vil også være relevant å forske på hva klinisk simuleringstrening i ambulante team i psykisk helsearbeid skal inkludere. Mye av usikkerheten rundt klinisk simuleringstrening i psykisk helsearbeid skyldes at arbeidet ikke er like prosedyreorientert som i somatikken og dermed ikke så lett å simulere (Goldfarb & Gorrindo, 2013). Dette vil det være relevant å finne ut mer om.

## 1.5 Ambulant virksomhet i psykisk helsearbeid

De siste årene har staten satset på økning av hjemmebasert behandling ved å trappe opp ambulant virksomhet i psykisk helsevern i takt med reduksjon i antall døgnplasser (St.meld.nr. 11 (2015-2016), 2015); St. meld.nr. 16 (2010-2011), 2011). Målet og hensikten er å styrke pasientens brukermedvirkning og derigjennom øke livskvalitet. Man vurderte at pasienter med alvorlig sinnslidelse ville ha et bedre liv i egen bolig og at økt livskvalitet kunne oppnås ved at pasienten kan motta sammensatte tjenester i eget hjem. Ambulant virksomhet bygges opp i takt med at psykiatriske sengeposter bygges ned (St. meld.nr16 (2010-2011), 2011).

Siden 2009 er det blitt etablert minst 150 ambulante team innen psykisk helse og rusfeltet (St.meld.nr.16 (2010-2011), 2011). Det foreligger ikke nøyaktige tall på hvor mange ambulante team som finnes i Norge per i dag men det fremkommer av St.meld. nr. 11 (2015) at de fleste distriktpspsykiatriske sentre nå har etablert ambulante tjenester, men det er stor variasjon i omfanget av den tverrfaglige sammensetningen.

Ambulant virksomhet i spesialisthelsetjenesten er tilknyttet Distrikts psykiatrisk sentra [DPS]. ”De distriktpspsykiatriske sentrene utgjør grunnstammen i det psykiske helsevernet. De skal sørge for at mennesker i hele landet har et desentralisert tilbud om utredning og behandling av psykiske lidelse ” (St.meld. nr. 11 (2015-2016), (2015) s.31).

Det er flere typer ambulante team som yter tjenester til ulike pasientgrupper, og teamene har derfor ulike målsettinger. Ambulante team ble opprettet for å for å redusere innleggelser i sykehus/psykiatriske avdelinger (Helsedirektoratet, 2013). Hensikten er at pasienten skal få helhetlig tverrfaglig behandling og ha en sterkere brukermedvirkning. Forskrift om habiliterings- og rehabiliteringstjenester, individuell plan og koordinator fastslår i ”§ 15. Habiliterings- og rehabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten skal gis ambulant dersom slike tjenester ikke mest hensiktsmessig kan gis i institusjon” (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011). Ambulante *akutteam* skal ta i mot pasienter som er i behov av øyeblikkelig hjelp. Det er ulik praksis i akutteamene. Noen tar imot pasienter direkte og uten henvising, mens andre krever henvising fra kommunehelsetjenesten (legevakt, fastlege o.l). Felles for de ambulante akutteamene er at de stadig tar i mot nye og ukjente pasienter. Pasienter som henvender seg til de ambulante akutteamene er sammensatt. Målgruppen er imidlertid ikke definert ut i fra diagnoser. Det kan være mennesker som er psykisk friske men som opplever en



eksistensiell og akutt livskrise som f.eks dødsfall i nær relasjon, samlivsbrudd, tap av arbeid o.l. og pasienter med rusproblematikk, fra mild til alvorlig angst- og depresjon og pasienter som har alvorlige sinnslidelser som schizofreni og bipolar lidelse, eller ved selvmordsfare. Ved å tilby hjemmebaserte tjenester kan de ambulante akutteamene komme i kontakt med pasientene på et tidlig tidspunkt i forløpet og med det forebygge innleggelse i sykehus og redusere tvang (Helsedirektoratet, 2013).

Videre er det etablert flere *ACT* og *FACT*- team. *FACT* er forøvrig en videreutvikling av *ACT* teamene (Flexible Assertive Community Treatment som kan oversettes med aktivt oppsøkende behandling). Teamene er tverrfaglige sammensatt og personalet består av personal fra både spesialisthelse- og kommunehelsetjenesten for personer med sammensatte behov (Helsedirektoratet, 2013; 2015). Målgruppen til *FACT* teamene er pasienter med alvorlig psykisk lidelse som f.eks schizofreni eller bipolar lidelse. Felles for pasientene er at de ikke klarer å ta i mot og møte opp til poliklinisk behandling og faller da ut av behandlingstilbudet Helsedirektoratet (2013; 2015).

Videre er det andre spesialiserte ambulerende team, men vi går ikke nærmere inn på beskrivelser av disse her.

## **1.6 Faglig forankring**

Vi er begge psykiatriske sykepleiere og det er derfor naturlig at vi har en sykepleiefaglig forankring i denne masteroppgaven. Derfor har vi valgt ut sykepleieteori til å belyse problemstillingen sammen med teori og resultater fra undersøkelsen. Personalet i et ambulant team skal være tverrfaglig sammensatt, dette for å få et best mulig tilbud til pasienten (Helsedirektoratet, 2013; 2014).

Psykisk helsearbeidere er fellesbetegnelsen på personal i ambulante team som kan ha en sammensetning av sykepleiere, leger/psykiater, psykolog, vernepleier og sosionom, merkantil m.m.

## **1.7 Oppgavens oppbygning og struktur**

Oppgaven er delt inn i 7 hovedkapitler som alle har flere underkapitler i annen og tredje rang. I innledningen har vi presentert problemstilling, forskningsspørsmål og oppgavens avgrensning. Vi har under avsnittet om oppgavens relevans et kort kapittel om ambulante team. For at leseren skal få bedre innsikt i hva ambulante team er.

I kapittel 2.0 presenteres metode for studien. I Kapittel 3.0 presenteres det teoretiske utgangspunkt der det største kapittelet handler om klinisk simuleringstrening. Dette kapittelet representerer det vi har funnet av relevant forskning og litteratur. Videre har vi valgt å ha et underkapittel med et avsnitt om vold og aggresjon, litt om bakgrunnen for at noen responderer med aggressiv atferd. I møte med aggresjon er det vesentlig hvordan vi kommuniserer og vi har derfor underkapitler om kommunikasjon og deeskalering. I kapittel 5.0 presenteres vi studiens kvantitative og kvalitative resultater. Videre i kapittel 6.0 følger drøfting av våre funn og teori, i et underkapittel drøftes metode. Til slutt i kapittel 7.0 avsluttes oppgaven med oppsummering og konklusjon. Til slutt følger litteraturliste og deretter vedlegg.

I vedlegg nr.1 fremkommer hvem av oss som har hovedansvar for de ulike delene i studien (Vedlegg nr.1).

## 2.0 METODE

Et forskningsprosjekt sin design beskriver de idéene man har og de rammene man setter i prosjektets start for på en best mulig måte besvare det man ønsker å undersøke (Johannessen et. al, 2015). Designet fungerer som en overordnet plan for gjennomføring av undersøkelsen.

Metode betyr opprinnelig *veien til målet* (Kvale og Brinkman, 2015). Vi vil i dette kapitlet redegjøre for veien vi valgte fra studiens start til slutt, beskrive hvilke metoder vi valgte og begrunne valget av disse. Tidsperspektivet og problemstillingen vil være med på å avgjøre hvilket design og hvilke metoder som velges (Johansen, Tufte og Christoffersen, 2015).

### 2.1 Forskningsdesign

Denne masteroppgaven benytter et flermetodedesign med likestilte metoder. Vi har valgt å bruke betegnelsen metodetriangulering i henhold til Johannessen (et al, 2015, s.367) sin definisjon hvor metodene benyttes parallelt. Vi har benyttet en kvantitativ spørreundersøkelse og en kvalitativ intervjuundersøkelse. Hensikten med valg av flermetodedesign var å dekke masteroppgavens problemstilling best mulig. Vi ønsket å se om klinisk simuleringstrening har den ønskede effekten ved at psykisk helsearbeidere kan oppleve større trygghet i møtet med pasienter med voldsrisiko. Samtidig ønsket vi å utforske hvordan psykisk helsearbeidere opplever selve treningen og hvordan opplevelsen er av å ha treningen med seg ut i arbeidshverdagen. Studien er gjennomført som en tverrsnittsundersøkelse. Tverrsnittsdesign benyttes mye i kvantitative forskningsstrategier basert på spørreundersøkelser, mens kvalitative anvendelser gjerne er basert på samtaleintervjuer med et lite antall informanter. Alle målinger eller intervjuer skjer i et avgrenset tidsrom, og hensikten er å beskrive forhold i nåtid. Data registreres bare en gang for hver analyseenhet, som i dette forskningsprosjektet er personer (Ringdal, 2013).

## 2.2 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt

Kriterier for vitenskapelig kunnskap er at den skal være systematisk, metodisk, begrunnet og en sosialt organisert virksomhet (Thomassen, 2011, s 42). Vi har valgt å bruke elementer både fra kvantitativ og kvalitativ metode i denne studien og har dermed forankret oss flere steder i vitenskapsteorien. Kvantitativ metode har sitt utspring i positivismen hvor man gjerne søker å kategorisere og generalisere store mengde målbare data (Johannessen et al, 2015). Kvalitativ metode er mer anvendbart til å undersøke fenomener og å tolke mer utfyllende data for å øke forståelsen rundt et fenomen (Malterud, 2013).

Studien har dermed utspring i flere ontologiske perspektiv. Ontologi angir den grunnleggende forståelsen av hvordan mennesker og deres sosiale prosesser fungerer (Johannessen et al, 2015). I vår studie vil den kvantitative undersøkelsen ha et ontologisk utgangspunkt i at mennesker setter i gang ubevisste tankeprosesser og vil endre sine forutsetninger for videre arbeid når de deltar i prosesser som det å gjennomføre klinisk simuleringstrening.

Den kvalitative undersøkelsen vil på sin side ha et ontologisk utgangspunkt som stammer fra *kritisk realisme* og *sosialkonstruktivisme* hvor man ikke anser at det vinnes en objektiv og observerbar virkelighet, men at data er avhengig av subjektiv tolkning og hvor betrakterens ståsted også spiller en vesentlig rolle (Kvernbekk, 2002). Studiens *epistemologiske* perspektiv vil på samme måte være todelt. Epistemologien er spørsmålet om hvordan forskere skal frambringe kunnskaper.

Den kvantitative spørreundersøkelsen har utgangspunkt i en naturvitenskaplig tradisjon hvor man ønsker å gjøre forskningen målbare. Vi ønsket å finne ut om klinisk simuleringstrening har en målbare effekt på tryggheten til psykiske helsearbeidere i ambulante team i arbeidet med pasienter med voldsrisiko. Forskning fra sykehusavdelinger tyder på at denne typen trening kan føre til økt trygghet, noe som var med på å danne et teoretisk grunnlag *hypotetisk deduktiv* metode (Johannessen et al, 2015). En utfordring var så å gjøre begrepet *trygghet* målbart. Kvantitativ metode måler gjerne verdier bestående av talldata.

Vi laget i vårt spørreskjema (Vedlegg nr.2) en femdelt skala hvor informantene anga sin opplevelse av trygghet, altså fem ordinale verdier (Johannessen, 2009). I tillegg til å kartlegge en eventuell effekt av den kliniske simuleringstreningen ønsket vi å finne ut hvilke faktorer,

måter å trene på som eventuelt hadde innvirkning på effekten. Dette forsøkte vi å kartlegge ved å legge inn alternativer i spørreskjemaet. Her kom den deduktive tilnærmingen tydelig fram ved at vi på forhånd hadde teorier om hvilke faktorer som skulle spille inn.

Oppgavedesign la til rette for at deler av problemstillingen ville bli belyst gjennom spørreskjema og talldata. Samtidig skulle den kvalitative metodedelen gjøre at vi fikk belyst opplevelsesperspektivet, hvordan klinisk simuleringstrening fremstår for de som deltar og hvordan de har dette med seg inn i arbeidshverdagen. Vi ønsket å studere klinisk simuleringstrening som en prosess og et fenomen i seg selv og belyse dette med en fenomenologisk tilnærming. Når man benytter fenomenologisk tilnærming vil man undersøke et fenomen ved at funnene er *det som viser seg* (Johannessen et al, 2015). Hensikten er å utforske menneskers erfaringer og opplevelse av et bestemt fenomen (Johannessen et al, 2015).

Man har altså en åpenhet ovenfor hva man vil finne og kan på den måten gjør funn som man ikke vil gjøre hvis man bruker et spørreskjema hvor rammene kan fremstå snevrere. På denne måten kan man si at epistemologien i den kvalitative delen har utgangspunkt i en *induktiv* tilnærming hvor alle data er unike og hvor man henter kunnskaper fra erfaringer (Kvernbekk, 2002). Dette kombinert med en hermeneutisk analyse av innsamlede data vil ifølge samfunnsforskere gjøre at vi får et dypere bilde av menneskelige forhold enn ved metoder som fremmer lovmessigheter slik som positivismen gjør (Johannessen et al, 2015).

### **2.3 Metodetriangulering**

Å triangulere betyr å benytte to punkter for å finne et tredje punkt og er en metafor hentet fra navigasjon på sjøen. I forskning brukes begrepet metodetriangulering der hvor man bruker to ulike metoder i samme studie (Johannessen et al, 2015). Noen vitenskapsteoretikere bruker betegnelsen *mixed methods* (Cresswell, 2003). Bruk av metodetriangulering gjøres ofte med det formål å styrke validiteten og troverdigheten til de data man finner fram til i forskningsprosjektet (Johannessen et al, 2015). En annen grunn til å triangulere kan være å få belyst flere sider av det man ønsker å forske på og at trianguleringen gjør at dette blir mulig. Triangulering gjøres ved å kombinere to metoder, som regel en kvantitativ og en kvalitativ slik som i vårt tilfelle. Fordelen ved å kombinere to metoder kan være å se om man ved ulik

tilnærming kan komme fram til noe av det samme og dermed styrke resultatene (Johannessen et al, 2015). Det kan gjøres på tre måter. Den kvantitative delen kan bygge på den kvalitative delen, den kvalitative delen kan bygge på den kvantitative delen eller metodene kan benyttes parallelt slik som i vårt tilfelle (Johannessen et al, 2015).

Å triangulere metoder er omdiskutert (Røykenes, 2008). Mange mener at kvantitative og kvalitative metoder representerer så pass ulike kunnskapssyn og virkelighetsoppfatninger at de ikke kan settes i sammenheng. Vi har allikevel valgt å benytte triangulering med det formål at det skal gi et mer komplett bilde av det fenomenet vi har valgt å undersøke i denne studien. Denne retningen innenfor triangulering, som ofte benevnes som *completeness* hevder at målet med metodetrianguleringen er å få flere ulike former for data som utfyller hverandre og gir et bredere bilde av fenomenet (Risjord, Dunbar & Moloney, 2002).

Man kan benytte trianguleringen til å øke validiteten, men enkelte hevder at man heller bør studere bredden i et fenomen og at de ulike metodene ikke bør ha data som overlapper hverandre (Røykenes, 2008). I vår studie har vi data som delvis overlapper hverandre. Både kvantitativ og kvalitativ metode dekker følelse av trygghet og spørsmålet om hvordan man kan nyttiggjøre seg av treningen. Det som ikke overlapper er at den kvantitative metoden vil se om klinisk simuleringstrening har noen generaliserende effekt, mens den kvalitative metoden vil utforske opplevelsen av klinisk simuleringstrening som fenomen. Vi har valgt metodetriangulering for å belyse klinisk simuleringstrening i ambulante team på en grundig måte ved å benytte flere perspektiver. Vi anså at det å gjennomføre denne studien med metodetriangulering også var en mulighet til å øke læringsutbyttet av masteroppgaven.

### *2.3.1 Pragmatisme som utgangspunkt for metodetriangulering*

Begrepet pragmatisme er avledet av det greske ordet *pragma* som betyr handling (Grøn & Lübcke, 1996). I vitenskapsfilosofisk betydning representerer pragmatismen en retning hvor man fokuserer mer på hvordan man finner svar på spørsmålene sine heller enn å forbli trofast til en vitenskapelig tradisjon eller en doktrine. Pragmatisme avviser at erkjennelse har noe absolutt sikkert grunnlag (Drageset & Ellingsen, 2009), og anser heller ikke noe kunnskap for å være ufeilbar. Som filosofisk retning hadde den sitt utgangspunkt i universitetsmiljøer i Massachusetts i på begynnelsen av 1900-tallet og en av retningens forgrunnsfigurer var den amerikanske filosofen Charles Peirce. Peirce mente at det som skilte en sann fra en usann

påstand var dens praktiske innhold (Svendsen, 2011). Pragmatismen har stor utbredelse i dagens forskningsverden da man finner et stort antall metoder for datainnsamling og måter å kombinere disse på (Drageset & Ellingsen, 2009).

Pragmatismen er gjenkjennbar i metodetrianguleringen ved at man tar avstand mot bestemte vitenskapsfilosofiske retninger og doktriner og tar i bruk de metoder man har vurdert er best egnet for å besvare problemstillingen og forskningsspørsmål (Cresswell, 2003). Innenfor metodetriangulering gjenkjenner vi også trekk fra pragmatismen ved at det er ulike måter å kombinere metodene på, og at måten dette gjøres på bestemmes av det man ønsker å undersøke. Denne pragmatiske måten å tenke på står i kontrast til de forskerne som er sterkest knyttet til én retning eller ett paradigme, for eksempel positivisme eller fenomenologi (Ibid, 2003).

## **2.4 Rekruttering og utvalg kvantitativ del**

### *2.4.1 Populasjon og utvalg*

For å generalisere resultater og si noe om en større gruppe er det naturlig å trekke et utvalg ut ifra den populasjonen man ønsker å studere (Johannessen et al, 2015). Vårt utvalg består av psykisk helsearbeidere i ambulante team i spesialisthelsetjenesten i Oslo. Disse ble valgt fordi det var et utvalg som var mulig for oss som masterstudenter å nå, samtidig som det er et utvalg med relativt like kulturelle, demografiske og organisatoriske likheter slik at ulikheter på disse områdene ikke ville virke inn på resultatene. Spørsmålet blir hvilken populasjon dette utvalget representerer. Populasjon betyr *befolkning* og brukes i forskningssammenheng om enheter som har en felles problemstilling (Ibid, 2015). Det vil være vanskelig å definere populasjonen for denne studien helt presist. Populasjonens utstrekning vil avgrenses av kulturelle, demografiske og organisatoriske forhold (Ibid, 2015). Organisatorisk og kulturelt vil man kanskje kunne si at de psykisk helsearbeidere i ambulante team Norden ville være populasjonen, avhengig av hvordan de organiserer helsetjenestene i andre nordiske land. Det som imidlertid blir en usikkerhet er interne demografiske forskjeller innad i landene. Oslo er en storby og har for eksempel en sammensatt befolkning, et aktivt rusmiljø, stor demografisk bevegelighet og andre typiske storbyfenomener som vil prege den psykiske folkehelsen og måter å jobbe på. På den

måten vil muligens psykisk helsearbeidere i ambulante team i nordiske storbyer med et visst befolkningstall sette grensen for populasjonen.

#### *2.4.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier*

Utvalget var som nevnt psykisk helsearbeidere som arbeider i ambulante team i spesialisthelsetjenesten i Oslo. De ulike teamene på de ulike DPS i Oslo har ulik organisering, men inklusjonskriteriet for teamene var at en vesentlig del av arbeidsoppgavene besto av ambulans virksomhet. Innad i teamene var inklusjonskriteriet at den psykiske helsearbeideren deltok i det kliniske arbeidet og møtte pasienter i sin arbeidshverdag. Alle yrkesgrupper i de ulike ambulante teamene var i dette tilfellet definert som psykisk helsearbeidere.

## **2.5 Rekruttering kvalitativ del**

### *2.5.1 Valg av informanter*

Valg av informanter til den kvalitative undersøkelsen ble gjort innenfor det ambulante teamet som vi trente i klinisk simuleringstrening over en åtteukersperiode. For å få informanter med best mulig potensiale til å belyse problemstillingen ønsket vi et ambulans team som ikke tidligere hadde erfaring med klinisk simuleringstrening. Årsaken til dette var at informantene ville stille noenlunde likt, pluss at det ville være interessant å se hvilke følelser som aktiveres da kursdeltakerne starter på noe de ikke har erfaring med fra tidligere. Det ville også være interessant å se hva klinisk simuleringstrening kunne gjøre med teamarbeidet og på hvilken måte det kunne utvikle samhandlingen i teamet gjennom treningsperioden.

Via en kollega fikk vi informasjon om et ambulans team tilknyttet et DPS i Oslo som ikke hadde implementert klinisk simuleringstrening i driften. Vi tok kontakt med enhetsleder som var positiv til å delta i prosjektet. Det ble tilrettelagt slik at hele teamet fikk mulighet til å delta på treningene. Teammedlemmene stor fritt til å velge om de ønsket å delta eller ikke. Enhetsleder for teamet påtok seg oppgaven å velge ut informanter. Dette for at vi skulle ha minst mulig påvirkning og at informantene skulle velges ut mer eller mindre tilfeldig. Av de tolv som hadde



deltatt på treningene var det fire informanter som ble valgt ut og som samtykket til å gjennomføre kvalitative forskningsintervjuer.

Intervjuene ble gjennomført uken etter at opplæringen var avsluttet. Hensikten med tidsintervallet var at treningene skulle sitte friskt i minnet, men at det skulle gå noen dager slik at det ikke skulle være overvekt av inntrykk fra den siste treningen. Vi henvendte oss skriftlig til enhetsleder (Vedlegg nr. 3) og ba om samtykke til å gjennomføre intervjuene. Informantene mottok et informasjonsskriv og forespørsel om deltakelse (Vedlegg nr.4) samt informert samtykke (Vedlegg nr. 5). Det fremkom tydelig i den skriftlige henvendelsen at informantene når som helst kunne trekke seg og at intervjuene var anonyme.

## **2.6 Datainnsamling og datahåndtering**

### *2.6.1 Spørreskjema*

Vi benyttet et strukturert spørreskjema (Vedlegg nr. 2). Spørreskjemaet vi utformet besto av 24 ulike spørsmål. Av disse hadde 20 av spørsmålene forhåndsoppgitte svaralternativer. Tre spørsmål var åpne, inkludert spørsmål om alder. To av spørsmålene hadde et åpent alternativ blant forhåndsoppgitte alternativer. Tre spørsmål hadde bruk av en skala og ett spørsmål var en rangering av alternativer. Spørsmålene var delt inn i fire bolker: *Bakgrunn, kompetanse i håndtering av vold og aggresjon, erfart volds- og aggresjonsatferd i arbeidet og opplevd trygghet i arbeidet med pasienter med voldsrisiko i ambulant team.*

Delen av spørreskjemaet med spørsmål om bakgrunn representerte ulike utvalgsdata. Kompetansedelen inneholdt informasjon om blant annet klinisk simuleringstrening. Erfaringsdelen inneholdt informasjon om blant annet hvor eksponert man har vært ovenfor vold og aggresjon tidligere. Den siste bolken med opplevd trygghet hadde til hensikt å undersøke om det var forskjeller på de ulike gruppene og eventuelt påvise effekt av klinisk simuleringstrening. Spørreskjemaet ble utformet på bakgrunn av pensumlitteratur (Johannessen et al, 2015) og selvvalgt litteratur (Haraldsen, 1999).

### *2.6.2 Datainnsamling og prosess*

Første skritt i datainnsamlingsprosessen var å kartlegge ulike DPS i Oslo, og vi fant ut at byen har fem ulike DPS, som er fordelt i tre sykehussektorer. Ett DPS i Oslo tar også imot pasienter fra en tilstøtende kommune. Vi kontaktet de ulike DPS per telefon for å kartlegge hvor mange ambulante team som eksisterte. Det viste seg at de ulike DPS har svært ulik oppbygning. Det finnes blant annet en del team som fungerer i grenseland mellom ambulant team og poliklinisk team. Dette skapte en utfordring i form av å velge kriterier for hvem som skulle bli invitert til å være med i undersøkelsen. Vi hadde ikke mulighet til å gå det enkelte DPS i sømmene for å finne ut i hvor stor grad vi kunne forvente at teamet jobbet ambulant. Dette ble dermed en skjønnsvurdering mellom oss og de ulike DPS- avdelings- og enhetslederne vi hadde kontakt med.

Da vi hadde kartlagt og avgjort hvem vi ønsket å sende undersøkelsen ut til laget vi en formell forespørsel til ledelsen for den ambulante virksomheten ved hvert enkelt DPS (Vedlegg nr. 6). Vi laget et informasjonsskriv med forespørsel om deltakelse til hver enkelt deltaker (Vedlegg nr.4). Denne la vi med spørreskjemaet (Vedlegg nr.2). Vi valgte å presentere spørreskjemaet i papirformat fremfor en internettløsning. Vi har selv erfart at papirformat kan fremstå mer forpliktende samt at det er et fysisk dokument som respondentene kan ha liggende på sin arbeidspult og derved bli påminnet å besvare. Vi vurderte at en forespørsel på e-post lettere kunne bli oversett og glemt og resultere i lavere respons.

Vi valgte å skrive ut alt informasjonsmateriale og levere dette ut ved personlig oppmøte i stedet for å vente på svar på forespørsel. Dette ble gjort dels på grunn av et stramt tidsskjema, men også fordi vi tenkte at det ville bedre mulighetene for deltakelse hvis alt fremsto som oversiktlig og ferdig da det ble levert. Vi nummererte alle spørreskjema for å utelukke muligheten for å få tilbake duplikater. Samtidig som dette ville gi oss en oversikt over svarprosentene fra de ulike DPS. Da vi ikke sto for utdelingen av spørreskjema selv hadde nummereringen ingen innvirkning på å kunne identifisere deltakerne. Vi informerte i informasjonsskrivet at det var to ukers svarfrist med mulighet for én ukes forlengelse etter at vi hadde tatt kontakt med en påminnelse. Vi møtte opp personlig og hentet spørreskjemaene etter at fristen hadde gått ut.

### 2.6.3 Svarprosent

Tabell. 1. Oversiktstabell over svarprosent fra de ulike DPS

	Antall skjema utlevert	Antall skjema mottatt	Svarprosent
DPS 1	11	10	90,9
DPS 2	51	43	84,3
DPS 3	41	13	31,7
DPS 4	24	16	66,7
DPS 5	21	13	61,9
Totalt	148	95	64,2

Det ble levert ut totalt 148 spørreskjema. Etter innsamling satt vi igjen med 95 ferdig utfylte skjema. Den totale svarprosenten var dermed på 64,2 %. Av de innsamlede spørreskjema valgte vi å makulere ett skjema da respondenten hadde endret på spørsmålsformuleringene med penn slik at vi ikke kunne være sikre på hva vedkommende mente å svare. Svarprosenten fra de ulike DPS varierer fra 31,7 % som er det laveste til det høyeste som er 90,9 %. Ett av de DPS med høy svarprosent er der hvor vi begge har en arbeidsmessig tilknytning, noe som kan ha en betydning for utfallet. Det DPS med lavest svarprosent hadde høy svarprosent i ett team, mens svarprosenten i resten av teamene var svært lav. Dette kan tyde på at organisatoriske strukturer kan ha innvirkning, at vi for eksempel ikke klarte å formidle informasjon om undersøkelsen til rett instans i organisasjonen.

### 2.6.4 Plotting av kvantitative data

Etter at vi hadde fått spørreskjema i retur la vi de innsamlede data inn i analyseprogrammet *Statistics Packages for Social Sciences* [SPSS], versjon nr. 23. Vi gjennomførte denne prosessen i fellesskap. Etter å ha plottet inn samtlige skjema kontrollerte vi hvert femte skjema for at variabler og verdier stemte. Dette gjorde vi for å minske sannsynligheten for feilplotting.

## 2.7 Datainnsamling og datahåndtering kvalitativ

### 2.7.1 Semistrukturert intervju

Vi valgte å benytte oss av en semistrukturert intervjuguide (Vedlegg nr.7) der vi på forhånd hadde forberedt elleve spørsmål. Vi valgte å lage en relativt strukturerte intervjuguide fordi vi ønsket å sikre at vi dekket hele problemstillingen og samtlige av forskningsspørsmålene. Ifølge Kvale & Brinkmann (2015) står man fritt til å velge et åpent intervju og eller ett forløp som er mer stramt og det er intervjueren selv som avgjør i hvor stor grad man skal holde seg til guiden hvis intervjuet tar en annen retning. I vår sammenheng forutsatte vi at temaet for intervjuene i stor grad var belyst på forhånd siden informantene både hadde deltatt i den kvantitative undersøkelsen og den kliniske simuleringstreningen. De hadde dermed mottatt informasjonsskriv i forbindelse med begge disse undersøkelsene. Vi mente derfor at en relativt strukturert intervjuguide ikke ville være til hinder for at informantene skulle tenke fritt i intervjusettingen. Vi hadde planlagt at vi ikke behøvde å holde oss strengt til intervjuguiden hvis informanten fikk god flyt og snakket fritt etter de innledende spørsmålene som også var de mest åpne spørsmålene. Vi testet i forkant ut intervjuguiden på to ulike personer og gjorde endringer før den fikk sin endelige fasong.

### 2.7.2 Gjennomføring av intervjuene

For å ha minst mulig påvirkning på informantene og for å opprettholde en så stor grad av nøytralitet som mulig under intervjuene var det den av oss som ikke instruerte i klinisk simuleringstrening som gjennomførte intervjuene. Dette for at ikke relasjonen som hadde oppstått mellom instruktør og deltakere i treningsperioden skulle påvirke svarene og dialogen i intervjuene. Å ha et nøytralt forhold til intervjueren kan gjøre det mer bekvemt for informantene slik at de føler seg friere i dialogen. Hvis informantene hadde blitt intervjuet av instruktøren kunne dette ha farget intervjuet og medført risiko for at informantene kunne følte seg presset til å gi spesifikke svar (Malterud, 2013). Intervjuene ble gjort i det ambulante teamet sine egne lokaler slik at informantene i størst mulig grad skulle føle seg hjemme og fokusere på selve intervjuet. Intervjuene ble foretatt over to dager med to etterfølgende intervjuer pr dag. De ble gjennomført på formiddagen før lunsj. De to første intervjuene ble gjort på enhetsleder sitt kontor uten at enhetsleder var til stede. De to siste ble foretatt på et samtalerom. Intervjuene foregikk som planlagt utenom én episode hvor informanten måtte ut av intervjuet en rask tur

for å bidra i en arbeidsoppgave før vedkommende kom tilbake etter et noen få minutter. Intervjuer opplevde at man raskt fant tilbake til flyten i intervjuet etter dette.

### *2.7.3 Transkribering av intervjuer*

De kvalitative forskningsintervjuene ble tatt opp på diktafon som var lånt på Høgskolen i Oslo og Akershus. Intervjuene ble overført til en kryptert minnebrikke og transkribert på et spesialtilpasset rom på Høgskolen hvor datamaskiner ikke har tilgang til internett. Dette for å tilfredsstille krav til datasikkerhet (HiOA, 2014). Intervjuene ble umiddelbart slettet fra diktafon og minnebrikke da de var ferdig transkribert. De ferdige utskriftene ble oppbevart på et sikkert sted uten kjennetegn som kunne spores tilbake til informantene.

## **2.8 Analyseprosess**

### *2.8.1 Analyseprosess, kvantitativ del*

I analysen av data vi samlet inn gjennom spørreskjemaet har benyttet vi oss av analyseprogrammet SPSS, versjon 23. Vi benyttet univariat analyse for å beskrivelse utvalg, utbredelse og gjennomføring av klinisk simuleringstrening, erfaring med vold og aggresjon og i beskrivelse av generell trygghet. Videre benyttet vi en rekke krysstabeller for å se om dette kunne hjelpe oss i å besvare problemstillingen. Krysstabeller er egnet for å se om det er forskjeller mellom grupper (Johannessen, 2009; Pallant, 2013). Dette gjorde vi blant annet for å undersøke om det var noen forskjell på graden av trygghet hos de som drev med klinisk simuleringstrening og de som ikke gjorde dette.

For å signifikant teste eventuelle forskjeller mellom gruppene har vi brukt Pearsons Kjikvadrattest. Kjikvadrattesten er egnet for å finne ut om en forskjell mellom to utvalg er såpass stor at den kan generaliseres til populasjonen (Johannessen, 2009). Sentralt i kjikvadrattesten er å beregne forskjellen mellom faktisk og forventet fordeling mellom utvalgene. Hvis forskjellen mellom disse er liten beholdes nullhypotesen. Nullhypotesen er utgangspunktet for testen, at det ikke er forskjell (Ibid, 2009). Vi benyttet oss av et signifikansnivå på 0,05 da vi gjennomførte kjikvadrattestene. Signifikansnivået beskriver hvor

stor mulighet for å forkaste en feil nullhypotese vi kan akseptere (Ibid, 2009). Et signifikansnivå på 0,05 betyr at vi aksepterer at det er 5 % sjanse for at vi forkaster en feil nullhypotese. Dette signifikansnivået er å betrakte som en konvensjon innenfor kvantitativ forskning. Signifikansnivået måles med betegnelsen p-verdi (Ibid, 2009). I analyseprosessen var det en utfordring at undergruppene ble små. Vi måtte derfor slå sammen grupper på mange av variablene.

### 2.8.2 Analyseprosess kvalitativ- systematisk tekstkondensering

Det foreligger sparsomt med forskning på temaet vi har valgt for denne studien. Kvalitativ forskning har uansett en induktiv tilnærming der vi går ut fra det empiriske datamaterialet for å finne svar på problemstillingen *bottom-up* som i følge Malterud (2013) er passende og naturlig ved kvalitative forskningsintervjuer. De fire intervjuene ble gjennomlest i sin helhet 5 ganger. Deretter ble teksten sortert og delt inn i meningsbærende enheter (Malterud, 2013; Kvale og Brinkmann, 2011).

Vi tok utgangspunkt i forskningsspørsmålene og trakk ut manifeste innhold i teksten. Vi laget et skjema og delte inn i tre kolonner, inspirert av Graneheim og Lundman, (2004). Den første som *meningsbærende enhet*, i denne kolonnen trakk vi ut manifest innhold, direkte sitater som inneholdt følelser, tanker og opplevelser. I den neste kolonnen ble sitatet brutt ned til *kondensert meningsenhet* og i den siste kolonnen *kodet* vi de kondenserte meningsenhetene. Deretter brøt vi teksten ned til kategorier og koder (Kvale og Brinkmann 2015; Malterud, 2013; Graneheim og Lundman, 2004). Ut i fra kategoriene og kodene utarbeidet vi 3 hovedkategorier med flere underkategorier. Deretter systematiserte vi de ulike underkategoriene i egne skjemaer for å få en bedre oversikt.

I prosessen kom vi først ut med svært mange koder, men etter å ha nærleste og bearbeidet teksten ytterligere, rekodet vi og reduserte til 16 koder som vi kategoriserte i hver sin fargekode (Vedlegg nr. 8). Deretter ble det manifeste utdraget sortert etter fargekodene, og de meningsbærende enhetene ble plasserte under hvert sitt tema.

Vi delte inn i følgende temaer:

1. *Opplevelse* med subkategoriene; trygghet/utrygghet, autensitet/selve treningene, handlingskompetanse/mestring, usikkerhet/frykt/følelsesaktivering.
2. *Kommunikasjon* med to subkategorier; kommunikasjon med pasienter og kommunikasjon innad i teamet.
3. *Nytteverdi* med subkategorien ”konkret og aktiv bruk av teknikker og metoder”.

## **2.9 Datakvalitet og metoderefleksjon**

### *2.9.1 Evaluering av spørreskjema*

De aller fleste spørsmålene i spørreskjemaet var som nevnt på forhånd oppgitte alternativer. Respondentene hadde tilsynelatende tolket disse spørsmålene som planlagt, både der hvor det skulle krysses av for ett alternativ og der det kunne krysses av for flere alternativer. Der hvor vi hadde åpne spørsmål ble det veldig mange ulike svar slik at det ble en utfordring å sortere disse. Undergruppene ble også veldig små, slik at vi valgte å ikke benytte disse svarene videre i analysen siden disse spørsmålene heller ikke ble regnet som sentrale i problemstillingen. Ett spørsmål som mye tydet på at ble misforstått av mange var spørsmål 22 hvor respondentene skulle rangere ulike arenaer fra tryggest til mest utrygt på en skala fra 1 til 4. Her hadde mange respondenter satt samme siffer i flere ruter slik at vi da måtte avstå fra å registrere dette svaret.

### *2.9.2 Validitet, kvantitativ metode*

Begrepsvaliditet handler om at det skal være sammenheng mellom det man måler og det man ønsker å få svar på (Johannessen et al, 2015). I vår sammenheng kan noe av utfordringen være at det vi måler ikke har de egenskapene harde data vanligvis har siden det er en egenrapportering av selvopplevde følelser. Mange tilhengere av kvantitativ forskning vil nettopp si at egenrapportering ofte ikke er troverdig (Haugsgjerd, Jensen, Karlsen & Løkke, 2009). Trygghet er en kompleks følelse, og det er vanskelig å tallfeste og måle denne. For å teste ut

spørreskjemaet før spørreundersøkelsen ga vi dette til tre ulike personer med bakgrunn i psykisk helsearbeid og gjorde endringer etter tilbakemeldinger fra disse. Det finnes også andre undersøkelser som har gjort det på samme måte, med skala for opplevd følelse av trygghet (Vestal, et al, 2016).

Den statistiske validiteten må sees ut ifra at det er relativt høy svarprosent, 64 %, men tilsvarende lite utvalg (N=148). Dette er en høyere svarprosent enn man vanligvis kan forvente i en spørreundersøkelse (Johannessen et al, 2015). Noe som kan ha innvirkning på validiteten her er at vi ikke vet noe om bortfallsdata noe som kan resultere i utvalgsskjevhet (Johannessen et al, 2015). Vi vet derfor ikke om det var spesifikke grupper som unnlot å svare.

Når det gjelder *ytre validitet* så handler det om hvor langt vår nye kunnskap er anvendelig og i hvor stor grad den kan generaliseres (Johannessen et al, 2015). Populasjonen vår har visse begrensninger som beskrevet i tidligere avsnitt, noe som reduserer muligheten for generalisering. Klinisk simuleringstrening er et område med stadig faglig utvikling noe som kan føre til redusert holdbarhet for våre data, men også økt validitet hvis andre prosjekter har tilsvarende funn.

### 2.9.3 Validitet, kvalitativ metode

Validitet handler i kvalitativ forskning om at man er spørrende og transparent gjennom hele prosessen. Man må hele tiden spørre seg om man benytter en relevant vei til funnene man gjør og om man sorterer funnene på en relevant måte (Malterud, 2013). Da vi skulle gjøre intervjuer benyttet vi to psykisk helsearbeidere til å teste ut intervjuene og endret guiden slik at den skulle oppleves som komfortabel for informantene til å komme med sin kunnskap på en mest mulig fri måte. Da vi analyserte intervjuetekstene leste vi begge gjennom alle intervjuene flere ganger og jobbet parallelt gjennom hele prosessen slik at vi sikret at vi gjorde de mest relevante funnene. Vi diskuterte og problematiserte funn underveis. En deltakersjekk kan styrke validiteten hvis deltakerne både gjenkjenner og får nye opplevelser av fenomenet (Malterud, 2013). Vi har ikke gjort deltakersjekk, men har gjort avtale med deltakerne i det ambulante teamet vi trente at vi skal presentere funnene for dem når oppgaven er innlevert, noe som ga en ekstra forpliktelse i analyseprosessen.

Validitet avhenger av om kunnskapen kan brukes til noe: *pragmatisk validitet* (Malterud, 2013). Vi har tilrettelagt intervjuundersøkelsen slik at vi kan gjøre funn som kan være med på å utvikle



klinisk simuleringstrening for psykisk helsearbeidere i ambulante team i fremtiden. Når det gjelder ekstern validitet og overførbarhet gjelder dette om vår forskning kan overføres til liknende fenomener og settinger (Johannessen et al, 2015). Vi kan vi se for oss at våre data kan overføres til en del tilstøtende settinger. Vi har for eksempel innhentet data som kan si noe om å innføre nye ting på en arbeidsplass. Vi har også data som ganske sikkert kan si noe om simulering i andre settinger enn et ambulante team.

#### *2.9.4 Reliabilitet, kvantitativ metode*

Det må reises en del spørsmål om undersøkelsens reliabilitet og om våre kvantitative data er pålitelige. Som beskrevet og så vidt vi vet er akkurat dette forskningsfeltet noe ubeskrevet fra tidligere. Ikke klinisk simuleringstrening som sådan, men i ambulante team. Vi har derfor lite annen forskning å støtte oss på i den sammenheng for å styrke prosjektets *interreliabilitet* annet enn undersøkelser som må anvendes analogisk fra ulike avdelinger og fra generell forskning om simulering.

Omfanget til en masteroppgave gir oss heller ikke rammer som gjør det hensiktsmessig å utføre en *test-retest reliabilitet* hvor vi ved å bruke flere måletidspunkter for samme undersøkelse kunne hatt muligheten til å bekrefte våre resultater (Johannessen et al, 2015). Det blir også spørsmål om selvrapportering av følelser vil gi oss presise data. Hvordan ville for eksempel resultatet blitt ved en *test-retest*? Vil en respondent ha en stabil opplevelse av trygghet i sitt arbeidet, eller vil følelsene preges av de hendelser og situasjoner vedkommende har hatt den siste tiden før undersøkelsen?

#### *2.9.5 Reliabilitet, kvalitativ metode*

Reliabilitet er normalt sett en uhensiktsmessig tenkemåte i kvalitativ forskning (Johannessen et al, 2015). Kvalitative undersøkelser er kontekstavhengige og unike. Det ville for eksempel ikke være mulig å finne en eksakt lik undersøkelse som vi har gjort med forskere, informanter og setting som er helt lik. Kvalitative data er pålitelige ved at de er valide, at de er åpne og transparente med en detaljert framstilling av hele forskningsprosessen (Johannessen et al, 2015).

## 2.10 Forskningsetiske refleksjoner

### 2.10.1 Grunnleggende forskningsetiske prinsipper

Etikk handler om regler, retningslinjer, prinsipper og vurderinger om handlinger er riktige eller gale (Johannessen et al, 2015 s.89). En forsker plikter naturligvis å forholde seg til gjeldende lover. Det er også helt fundamentalt at forskeren forholder seg til og etterkommer forskningsetiske retningslinjer gjennom hele forskningsprosessen. Disse er blant annet nedfelt i Helsinkideklarasjonen, utarbeidet av verdens legeförening (Olsson & Sørensen, 2011; Malterud, 2013). Prinsippene i Helsinkideklarasjonen er videreført gjennom Sykepleiernes Samarbeid i Norden (SSN, 2003). Norsk senter for forskningsdata [NSD] (udatert) ivaretar personvern og forhåndsvurderer forskningsprosjekter ved å se om de oppfyller kravene til dette. Grunnleggende prinsipper i helseforskning er *autonomi*, *respekt for informantens privatliv* og forskerens ansvar for *å unngå skade* (Hummelvoll, 2010; Johannessen et al, 2015).

*Autonomiprinsippet* innebærer at man skal respektere forsøkspersonens integritet og verdighet. Man skal være klar på prinsipper om informert samtykke og frivillighet og ikke utsette noen for ubehag (Johannessen et al, 2015).

*Respekt for privatliv* skal ivaretas ved at forskeren er klar på hvem denne er og hvem denne representerer. Forsøkspersonen skal på sin side ha kontroll på hvilke opplysninger som gis og at disse ikke kommer på avveie eller identifiseres (Johannessen et al 2015).

*Unngå skade-prinsippet* gjør at forskeren er forpliktet til minst mulig inngripen ovenfor forsøkspersonen. Spesielt i situasjoner hvor man har med pasienter og sårbare personer må man være bevisst på at opplysninger er sensitive og at man skal utsette forsøkspersonen for minst mulig belastning (Johannessen et al, 2015).

### 2.10.2 Godkjenninger for gjennomføringer av studie

Denne oppgaven er ikke bundet av noe mandat utover HiOA (2014) sine vedtekter og forskrifter. Regional Etisk Komité [REK] for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk behandler og forhåndsgodkjenner medisinske og helsefaglig forskningsprosjekter. Vår studie

utelukker sensitive opplysninger og det fremkommer heller ikke personidentifiserbare opplysninger. NSD er personvernombud og gir råd om personvern til forskere og studenter. Forskningsprosjekter er meldepliktig dersom en skal behandle personopplysninger ved hjelp av datamaskinbasert utstyr og /eller manuell systematisering av sensitive opplysninger ordnet etter fødselsnummer eller navn (Norsk senter for dataforskning, udatert).

Vi testet om denne studien var meldepliktig på NSD sine nettsider via en uformell meldeplikttest. Resultatet av testen var at vår studie ikke er meldepliktig og informantene vil ikke kunne identifiseres direkte eller indirekte. Spørreskjema ble innhentet i papirform uten navn eller sensitive opplysninger, mens intervjuguiden var utformet slik at det ikke fremkom personopplysninger i opptaket. Vi tok likevel etter råd fra veileder en telefon til NSD for rådføring. Beskjeden var også da at prosjektet ikke var meldepliktig. På bakgrunn av dette vurderer vi at studien er i henhold til god forskningsskikk og etterkommer de foreliggende forskningsetiske prinsipper og lovverk.

## **2.11 Forskerens rolle**

Et vesentlig spørsmål i forskning er hvorvidt forskeren er nøytral, eller om forskeren *bør* være nøytral (Kvale & Brinkmann, 2015). Hverken Kvale & Brinkmann (2015) eller Thomassen (2006) anser dette som nødvendig. Vitenskap er sosialt konstruert og vi formes gjennom den bakgrunnen vi alle har (Thomassen, 2011). Malterud (2011) peker på at det å være reflektert i forhold til egen posisjon vil medføre god vitenskapelig kvalitet, noe som er med på å bekrefte at man ikke behøver å være objektiv. Denne refleksjonen og tydeliggjøringen av posisjon vil derimot være med på å skille forskerens og informantens ståsteder. Forskeren bør derfor være tydelig på bakgrunn og ståsted for å gjøre dette synbart for leseren. Denne tydeliggjøringen bør gjennomsyre hele forskningsprosessen, fra forberedelser, gjennom intervjuene hvor god dialog og gode spørsmål en tilrettelegger for ulike synspunkter og til slutt i analysen og presentasjon av funn (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2011).

### 2.11.1 Problemstillinger med forskerrollen i denne oppgaven

Da forskningsprosjektet inkluderte at den ene av oss skulle være instruktør for et ambulant team som skulle delta i gjennomføring av opplæringskurs med klinisk simuleringstrening var vi fra et tidlig tidspunkt klar over at vi måtte ha et kritisk blikk på våre roller. Vi måtte legge til rette for at det ble klare og transparente grenser mellom det som var instruktørrolle og det som var forskerrolle. Helt fra prosjektets start har vi hatt ulik bakgrunn når det gjelder klinisk simuleringstrening og dette kan være med på å prege oss i prosessen. Den ene av oss har drevet med dette i mange år, mens den andre ikke har vært like aktivt inne i klinisk simuleringstrening. Vi så på dette som en styrke at vi har forskjellig bakgrunn og at dette ville kunne gjøre at vi fant en balanse mellom engasjement og vitenskapelighet. Da det gjaldt instruksjonen av det ambulante teamet var vi nøye på at dette ikke skulle få elementer av feltstudie og vi hadde ingen kommunikasjon rundt om opplæringsprosessen før intervjuene ble gjennomført. De kvalitative forskningsintervjuene ble gjort av den av oss som ikke hadde rollen som instruktør. De ble gjennomført uten at intervjueren hadde informasjon om opplæringsprogrammet. Intervjuene ble deretter transkribert av intervjueren for å sikre mest mulig grad av nøytralitet, før de ble tatt med inn i den felles arbeidsprosessen.

## 2.12 Kildekritikk

I denne masteroppgaven har vi hovedsakelig benyttet pensumlitteratur som kilder knyttet til metode. Forskning og litteratur som omhandler simulering som læringsmetode ser vi at det er noen kilder som går igjen i flere artikler, og vi får inntrykk av at kildene kommer fra et forskermiljø hvor man refererer til hverandre. Dette kan styrke kildenes troverdighet, men svekke deres egenhet (NTNU, 2010). Vi har registrert at flere av de norske kildene vi henviser til også referer til flere av kildene i denne oppgaven. Det kan tenkes at det er lite forskning å vise til og at det derfor kan bli noe ensporet, på den annen side er de mest brukte kildene som omhandler temaet publisert i internasjonale vitenskapelige tidsskrifter og er å anse som robuste og holdbare. Når det gjelder kildenes objektivitet så ser vi at flere forfattere vi har brukt mye er tilknyttet forskningsentre og miljøer som kan ha som formål å fremme klinisk simuleringstrening. Peter Dieckmann er for eksempel tilknyttet *Danish Institute for Medical Simulation*.

Vi vil imidlertid påpeke to kilder som er hentet fra praksisbasert opplæringshefte og kompendium (Bjerkelund, 2014; Verge, 2012). Carl Eivind Bjerkelund er overlege i anestesi og var med å bygge opp SimOslo. Kompendiet er utarbeidet som en sammenfatning av flere artikler. Verge Opplæring startet opplæringskurs i 1992 i å forebygge og møte mennesker med utfordrende atferd. Opplæringsheftet er utarbeidet på bakgrunn av seriøs faglitteratur sammen med mer enn 25 års praksiserfaring. Kildene ansees som nyttige og troverdige da dette er kilder som vi selv har erfart i praksis, til tross for at dette er ikke-vitenskapelige kilder, har vi likevel valgt å ta inn disse.

Vi har registrert at det i den seneste tiden er blitt publiserte høyst relevante artikler (Vestal et al, 2016; Gabrielsen et al, 2016) det kan tyde på at det per tid er pågående relevant og aktuell forskning men som er utilgjengelig i skrivende stund.

### 3.0 TEORETISK UTGANGSPUNKT

I dette kapittelet vil vi først beskrive sykepleieres fokus i forhold til pasientens psykiske helse og kommer inn på den såkalte tidevannsmodellen. Deretter presenteres litteratur, forskning og artikler som er utgangspunkt for dette kapittelet. Videre beskrives generelle forutsetninger for å gjennomføre klinisk simuleringstreninger. Kommunikasjon er en vesentlig del av simuleringstreningene, og det trenes på bevissthet omkring egen kommunikasjon og den kommunikasjonene som foregår mellom teammedlemmene, og kommunikasjonen mellom psykisk helsearbeider og pasienten. Når pasienten fremstår med aggressiv atferd kan situasjonen ofte preges av høyt stressnivå. Vi har derfor valgt å beskrive det grunnleggende innen kommunikasjon og deeskalering samt kort beskrive de fysiologiske aspektene som ligger til grunn ved aggresjon, sinne og frykt.

Sykepleierne fokuserer på å forstå pasientens reaksjoner, og hvordan pasienten blir påvirket av symptomer, omgivelser, lidelse eller sykdom. Mens leger ofte har sitt fokus på det atypiske, sosialt uakseptert atferd som vi omtaler som symptomer og ser på dette som indikasjoner for å stille en diagnose. Sykepleierfaget er mer rettet inn mot helhetlig omsorg og har en humanistisk plattform, slik som Peplau påpeker at diagnosen er uvesentlig sett i sammenheng med den sykepleien pasienten er i behov av (Brookes, 2011). For sykepleiere er det viktig å sette pasientens tilstand og situasjon inn i pasientens livssammenheng. Sykepleier vil utforske pasientens personlige kontekst som vil gi innsikt i hvilke intervensjoner og tiltak som vil være meningsfulle for pasienten (Barker og Buchanan-Barker 2009).

Når vi skal vurdere pasienter og deres behov kan regler, retningslinjer, sjekklister og et formelt system, som for eksempel et standardisert intervju, hjelpe oss til å redusere og eventuelt nøytralisere egne fordommer og bidra til å opprettholde grunnleggende etiske sykepleieprinsipper (Barker og Buchanan-Barker, 2009).

### 3.1 Litteratur og litteratursøk

Denne oppgaven baserer seg på allerede eksisterende litteratur og forskningsartikler. Vi har søkt etter vitenskapelige artikler og litteratur med tematikken simulering og ambulante team i psykiatri. Vi har ikke lyktes i å finne forskning med emne simuleringstrening i ambulante team. For å sikre at vi ikke har gått glipp av relevant og aktuell forskning kontaktet vi bibliotekarspesialist som gjorde et søk i aktuelle databaser som Chinal, Psychinfo og Medline men fikk ingen treff. Søkeordene som ble brukt var ambulatory care + simulation. Ved mer avgrensning (på mental health) ble det få eller ingen treff.

Vi har kontaktet flere sentrale aktører, forfattere og forskere som har forsket og jobbet med medisinsk simulering som også har bekreftet at de ikke kjente til eksisterende eller pågående forskning innen simulering og ambulante team. Likevel fikk vi noen tips om artikler som omhandlet ”simulation og mental health” som har bidratt til vårt teoretisk utgangspunkt. Artikler og litteratur som vi anser som relevante og aktuelle skriver om simulering i psykiatriske avdelinger og institusjoner og simulering i sykepleieutdanningen. Vi anser at disse har overføringsverdi til denne studien og at de bidrar til å belyse problemstillingen.

Sentrale kilder for denne studiens teori er tverrfaglig og er forfattet av blant annet den danske psykologen Peter Dieckmann som i en årrekke har forsket på simuleringstreninger i anestesi og i det siste årene også forsket på simuleringstreninger i utdannelsesforløp i helsevesenet. David M. Gaba er amerikansk professor i anestesi og er ansett å være en pioner i simuleringsmiløet, og er den som ”oversatt” viktige begreper som CRM fra flybransjen til helsevesenet Gaba har publisert en rekke vitenskapelige artikler innen medisinsk simulering, spesielt innenfor anestesi. Andre viktige bidragsyttere er nederlandsk Nico Oud som er psykiatrisk sykepleier og har ete kapittel i boken *Violence in Mental Health Settings* (2010) som sosiolog Dirk Richter og psykolog Richard Whittington er redaktører for.

For å belyse simuleringstrening i et psykiatrisk perspektiv med ambulant virksomhet som arena, har vi benyttet litteratur som dekker vesentlige aspekter innen psykisk helsearbeid, såsom relasjoner, kommunikasjon og psykisk helse- og lidelse, blant annet Bøe og Thomassen (2009) og Røkenes og Hansen (2012).

### 3.2 Psykiatrisk sykepleieteori, etikk og menneskesyn

Klinisk simuleringstrening og dets forhold til etikk og menneskesyn er et omdiskutert tema i likhet med andre elementer i diskusjonen rundt psykisk helse, voldsrisiko og hvordan psykiske helsearbeidere møter dette (Bøe og Thomassen, 2009). Blant annet skyldes dette ulike årsaksforklaringer i hvordan man forklarer vold. Forstår man vold ut i fra en forklaringsmodell med makt og avmakt som forklaring på volden eller bruker man en mer patologisk modell hvor volden skyldes biologiske forandringer hos mennesket? Det første vil i så fall fremstå som en mer humanistisk forklaringsmodell i manges øyne. Det er omdiskutert hvorvidt det å fremme sikkerhetstiltak i seg selv er forenelig med å forebygge vold. Bøe og Thomassen (2009) hevder at en utfordring med dette vil være opprettholdelsen av likeverd mellom pasient og hjelper og at denne blir redusert ved at den ene parten har utført forberedende tiltak før møtet med den andre. Med dette forsvinner da medmenneskeligheten og grunnlaget for god kommunikasjon.

Tidlige eksistensialister som Søren Kirkegaard fremhevet menneskets frie vilje som en sentral egenskap. Mennesker står foran en rekke valg hele tiden og er ansvarlige for valgene man tar. Kirkegaard distanserte seg på den måten fra determinismen som anså mennesker å være styrt av andre forhold. Kirkegaards tanke sett ble videreført blant annet av den franske etterkrigsfilosofen Jean-Paul Sartre som ikke bare ses på som den fremste moderne eksistensialisten, men også som den som erklærte at eksistensialisme er lik med *humanisme*. Han mente at menneskets frie vilje gjør at en handling er god for en selv hvis den er god for den andre. Humanismen anerkjenner generelt mennesket som et autonomt, unikt vesen med fri vilje, men det finnes ulike forklaringer på hvor man finner menneskets etiske forpliktelser. Filosofer som Descartes og Kant beskriver menneskets fornuft og indre definisjoner og at de etiske fordringene kommer innenifra (Bøe & Thomassen, 2009).

Den franske filosofen Emmanuel Levinas mente på sin side at den etiske fordringen lå hos *den andre*. Med dette mente han at det var medmenneskets sårbarhet og *ansiktets appell* som lå til grunn for den etiske fordringen. Hvis denne sårbarheten forsvant mistet man også det etiske kallet og grunnlaget for gode handlinger (Bøe & Thomassen, 2009). Den humanistiske tankegangen var til inspirasjon for sykepleieteoretikere som Hildegard Peplau og Joyce Travelbee. Peplau fremsto som revolusjonerende da hun i 1952 ga ut boken *Interpersonal Relations in Nursing* og med den lanserte tanker om et likeverdig forhold mellom sykepleier og pasient hvor medmenneskelige egenskaper var ansett som viktige for pasientens muligheter



til bedring. Peplau så på møtet mellom sykepleier og pasient som en *delt opplevelse* hvor opplevelsen av pasientens tilstand er del av en gjensidig validerende dialog (Tomey, 2011). Joyce Travelbee (2003) vektlegger kommunikasjon som sentralt i menneske - til - menneske-relasjoner. Hun anser det som sentralt at sykepleieren bruker seg selv i den terapeutiske prosessen og at god kommunikasjon er grunnlaget for relasjonen. Både Peplau og Travelbees menneskesyn representerer et oppgjør med det positivistiske menneskesyn som de mente objektiviserte pasienten og ikke anerkjente denne som et menneske (Haugsgjerd et al, 2009).

Psykisk helsearbeideres menneskesyn vil skinne gjennom holdningene og vil være avgjørende for den utøvende praksis. Holdningen sees på som selve fundamentet i relasjon og allianse med pasienten (Skårderud, Haugsgjerd, Ståniche, 2010). Den grunnleggende holdningen bør kjennetegnes av en inviterende tilnærming, som kommuniserer trygghet, anerkjennelse og gjenkjennelse (Jensen og Ulleberg, 2011; Skårderud, Haugsgjerd, Ståniche, 2010).

### **3.3 Tidevannsmodellen som sykepleieteori**

Tidevannsmodellen er et modell som fremhever de grunnleggende verdier i bedringsorientert psykisk helsearbeid (Hummelvoll, 2014). Den fenomenologiske interesse gjennomsyrrer tidevannsmodellen med fokus på menneskers erfaringer og levde liv. Phil Baker (f. 1946-) er psykiatrisk sykepleier, filosof, kunstner og professor. Baker har fra tidlig i sin karriere vært opptatt av å se det menneskelige innholdet i psykisk lidelse, og den fenomenologiske opplevelse av lidelse i en helhetlig livssammenheng.

Baker stilte spørsmål ved hva det vil si å være menneske, og hva som er det rette fokus for sykepleie, og i hvilken sammenheng har man bruk for sykepleiere. Disse spørsmålene kulminerte i *tidevannsmodellen* som ble utviklet i praksis i 1995-1997, og ble i 1998 innført i to akuttpsykiatriske avdelinger i Storbritannia og ble senere etablert ved flere sykehus, ambulante team og klinikker. Tidevannsmodellen har spredt seg til flere steder i verden, og i 2004 var det nær 100 tidevanns-prosjekter i gang i ulike deler av verden; blant annet i England, Canada, Skottland, Irland, Australia, New Zealand, Wales og Japan (Brookes, 2011).

Tidevannsmodellen beskrives som fundamental, omfattende og praktisk modell som kan veilede sykepleiere i psykiatri og psykisk helse. Tidevannsmodellen har en filosofisk tilnærming til å gjenopprette psykisk helse. Den er ikke en direkte behandlingsmodell for psykisk sykdom, men skal hjelpe sykepleiere til å forstå hva psykisk helse kan bety for pasienten, og hjelpe pasienten til å kartlegge og begynne den komplekse og ofte krevende ”reisen” rehabilitering kan være (Brookes, 2011).

Tidevannsmodellen er beskrevet i metaforer. Baker har brukt havet og vannet som det grunnleggende element og som illustrer livet som en reise i en kontinuerlig forandring- og utviklingsprosess (Brookes, 2011). Under reisen kan mennesker oppleve kriser og bli utsatt for storm (livsproblemer/kriser) og pirater (overgrep/eller tap av selvet). Skipet kan begynne å ta inn vann og det er risiko for drukningsdød eller forlis (behov for redningsaksjon). Pasienten trenger kanskje å bli bragt til en sikker havn for reparasjoner (psykiatrisk nødhjelp), for så å gjenoppta reisen og pasienten kan reise videre med stø kurs ut i erfaringens hav. Denne metaforen illustrer mange elementer av psykisk krise- og helse og reaksjoner på menneskelige nødsituasjoner (Ibid, 2011).

Pasientens egen stemme står som et sentralt verktøy i tidevannsmodellen. Med et holistisk grunnsyn tar modellen sikte på å forstå hva det vil si å være menneske (Barker og Buchanan-Barker, 2009). Modellen er personsentrert med en mentalhygienisk omsorg med respekt for kultur og religion. Brookes (2011) beskriver Bakers tidevannsmodell som en praktisk og konstant ekspanderende guide til hvordan man yter samarbeidsbasert og styrkende omsorg ved å forholde seg til det enkelte mennesket, snarere enn en ufravikelig praksisforskrift.

Tidevannsmodellen er beskrevet som et metaforisk kompass som sykepleier kan navigere etter. Modellens 10 prinsipper er ment å bidra til at sykepleiere utvikler hensiktsmessige reaksjoner i forhold til konteksten hun og pasienten befinner seg i, og at dette vil bidra til økt forståelse og derigjennom kan sykepleiere iverksette nødvendige tiltak og intervensjoner som kan dekke pasientens individuelle og kontekstuelle behov (Ibid, 2009). Under følger en gjennomgang av tidevannsmodellens 10 forpliktelser gjengitt etter Brookes (2011, s. 549-550) og Hummelvoll (2014, s.75-76):

## Tidevannsmodellens 10 grunnprinsipper

### 1. *Verdsett stemmen*

Pasientens stemme er sentral og den forteller om hans levde liv i den hjelpende relasjon. I stemmen ligger håpet, og det er viktig å verne om denne og støtte pasienten i å utvikle sin egen unike fortelling.

### 2. *Respekter språket*

Pasientens eget språk er det ideelle midlet til å vise veien til bedring.

### 3. *Utvikle en ekte nysgjerrighet*

Den profesjonelle må ha en genuin interesse for å forstå pasientens historie og den menneskelige betydningen av denne. Den profesjonelle må se pasientens historie som unik, og ikke klassifiser eller kategorisere den med fellestrekk til andres historier.

### 4. *Bli novise/lærling*

Pasienten er ekspert på sitt liv og sin historie, for å lære noe av kraften i historien skal den profesjonelle respektfullt gå inn å lytte som lærling.

### 5. *Bekreft pasientens kunnskaper*

Bekreft pasientens kunnskaper som han har tilegnet seg gjennom sin livshistorie og den profesjonelle skal bruke denne til å gi pasienten næring i den videre bedringsprosessen.

### 6. *Vær åpen*

Den profesjonelle bygger tillitt ved å være åpen og hjelpe pasienten til å forstå hva som skjer og hvorfor, med det formål å bli et team gjennom gjensidig tillitt.

### 7. *Bruk tilgjengelig verktøy*

Pasientens historie rommer erfaringer med hva som har hjulpet tidligere og hva som kan hjelpe nå. De utgjør de viktigste redskaper for å åpne eller for å bygge rehabilitering- (recovery) fortellingen. De profesjonelle verktøy man har erfart som har hjulpet andre er et alternativ dersom de primære redskaper ikke fungerer.

### 8. *Tenk på neste skritt*

Den profesjonelle og pasienten finner i felleskap frem til det som skal gjøres først. Å planlegge det neste skritt innebærer at den profesjonelle arbeider med pasienten der han er i øyeblikket.

9. *Skjenk tiden som en gave*

Tiden er en fødselshjelper til forandringer. Gjennom kreativitet kan den profesjonelle finne tid til å gjøre det som må gjøres. All den tid som er brukt sammen kan ses på som en gave som deles av begge parter.

10. *Erkjenn at forandringen er konstant*

Tidevannsmodellen fremholder at forandringer er unngåelig og at den er konstant. Forandring er et konstant fenomen, grunnleggende for alle mennesker. Den profesjonelle hjelpers oppgave består i å utvikle en bevissthet om hvordan denne forandringen finner sted og hvordan denne kunnskapen kan brukes til å veilede pasienten ut av fare og lidelse og tilbake i stø kurs mot bedring.

Sentralt i tidevannsmodellen står personens livserfaring. Denne redegjøres det for i tre ulike dimensjoner eller domener som spiller en sentral rolle i det dramaet et sammenbrudd og rehabilitering utfolder seg i (Barker og Buchanan-Barker, 2009). De tre domener beskrives kort i det følgende:

- *Selv-domenet* som relaterer oss til vår førspråklige livsverden der vi føler våre erfaringer. Selv-domenet er det domenet som presenterer de private egenskaper, og som er sårbart i en akutt krise. I dette domenet er det sentralt at sykepleier (og teamet) fokuserer på pasientens opplevelse av sikkerhet og trygghet hvor det kan være risiko for at pasienten er til fare for seg selv eller andre (Barker og Buchanan-Barker, 2009).
- *Verden-domenet* er her vi tenker og reflekterer over vår historie mens den pågår og blir til. Verden-domenet er det domenet som sammenfatter pasientens historie. Og fokuserer en systematisk og holistisk vurdering av pasientens livshistorie. Vi utforsker pasientens rasjonelle grunner til at pasienten nå er i behov av psykiatrisk hjelp. Den holistiske vurderingen skal dekke følgende:
  - Historisk opphav og den følelsesmessige kontekst
  - Emosjonelle og rasjonelle forandringer gjennom tid
  - Konsekvenser av relasjoner og nåværende følelser
  - Personlig mening i forhold til problemet
  - Forventinger til behandling og omsorg på kort sikt

Den holistiske vurderingen omfatter også en evaluering av hvordan pasienten selv opplever ubehag og mental forstyrrelse, og videre hvilke håp han har om bedring og fremtiden (Barker og Buchanan-Barker, 2009, s.219).

- *Andre-domenet* er i relasjoner til de som medvirker og påvirker i våre liv.

*Andre-domenet* handler om pasientens forhold til den sosiale verden. Det handler særlig om forholdet i det tverrfaglig teamet og veien tilbake til sitt eget lokalmiljø. Herunder er det vesentlig fokus på å koordinere praktiske og grunnleggende behov såsom bolig, økonomi og aktivitet. Videre er det fokus på å støtte pasientens egne ressurser (Barker og Buchanan-Barker, 2009).

### **3.4 Et vitenskapsfilosofisk blikk på simulering**

Utgangspunktet for et tiltak som klinisk simuleringstrening er menneskers evne og mulighet til å tilegne seg kunnskaper og ferdigheter gjennom å øve på disse. Et grunnleggende vilkår for læring er på mange måter at man kan tilegne seg egenskaper som ikke på forhånd er naturgitte (Eikeland, 2008). Aristoteles' oppfatning av læring og menneskelig karakterdannelse er at man ikke kan lære, endre eller ta bort egenskaper som er naturgitte. På samme måte som man ikke kan lære en sten å fly ved å kaste den mange ganger gjennom luften kan man heller ikke lære mennesker å kontrollere hjerteslag eller å fordøye mat.

Læring handler ifølge Aristoteles derimot om å modifisere eller å utvikle de naturgitte egenskapene. Dette er det ikke opp til naturen å gjøre, men opp til menneskene selv (Eikeland, 2008). Læringsprosesser er integrert i vår kultur, slik som læring av morsmål og nasjonal og kulturell tilhørighet og tilegnes gjennom ubevisste prosesser (Eikeland, 2008). I tillegg finnes det et nivå av læring som er mer bevisst slik som skolegang og som klinisk simuleringstrening hvor man bevisst forsøker å tilegne seg ferdigheter.

Læring kan deles opp i ulike betydninger: Individuelle læringsprosesser, samspillsprosesser, resultatet av læringen og evnen til å lære bort til andre (Illeris, 2012). Når man lærer foregår prosesser parallelt, enten samtidig eller etterfølgende. Samspillet mellom individet og omgivelsene resulterer i en individuell prosess som fører til ny læring for individet (Illeris,

2012). Sosialantropologen og kommunikasjonsteoretikeren Gregory Bateson hevder at læring alltid er kontekstuel og foregår gjennom kommunikasjon mellom individer (Jensen & Ulleberg, 2011).

Dieckmann (2009) siterer Jarvis (2001, s. 46) når han skriver "Because we are, we learn" (Dieckmann, 2009 s. 139). Og forklarer dette med at det å lære og leve er to sider av samme sak. Det er unngåelig å leve uten å erfare. Kunnskap er transformerte erfaringer hevder Dieckmann (2009).

### **3.5 Klinisk simuleringstrening**

*Simulering er å gjenskape noe som likner på virkeligheten med kunstige midler for og observere, beregne eller trene på virkelige ferdigheter* (Dieckmann, 2009; Brown, 2008).

Ved hjelp av medisinsk simulering kan helsepersonell trene på relevante og utfordrende situasjoner fra praksis. Pasientene spilles av såkalte markører, en person som går inn i *rollen* som pasient, og man trener i et risikofritt miljø der en kan forbedre kommunikasjon og samhandling for å bli et effektivt og trygt fungerende team (Brown, 2008).

Bruken av simulering i utdanning og ferdighetstrening innen helsevesenet skal ha vært i bruk allerede på -70 tallet. Det var da leger som trente på kommunikasjonsferdigheter med pasienter (Brown, 2008). I anestesi har man brukt simulering i en årrekke og er i følge Brown (2008) en pioner innen feltet medisinsk simulering. Simulering har de siste årene spredt seg utover i helsevesenet, blant annet fra ulike akutt mottak til fødeavdelinger, til kirurgi, tannlege. Likevel er simuleringstrening innen psykiatrien heller av nyere dato og spesielt da spesielt innen ambulant team i psykisk helsevern.

Klinisk simuleringstrening synes å være på full fart inn i studieprogrammene innen helsefag og det åpnes simuleringssentra flere steder (Kirkbakk-Fjær, Hedlin, Moen, 2016; Molnes og Hunstad, 2014; De Weerd, Hovelynck, Dewulf, 2009; Brown, 2008). Simulering brukes innen flere fagfelt (brann, politi bankvesen mm) (Brown, 2008), og er en øvelse i å utvikle og bedre ferdigheter som går ut på å simulere en krise der man regisserer et scenario som kan oppstå i

en arbeidssituasjon så autentisk som mulig i trygge rammer. Dette for at man skal kjenne på egne reaksjoner i tillegg til å trene på å skaffe oversikt, kommunisere, handle rasjonelt og ikke minst forbedre samhandlingen i teamet, og øke evnen til å beslutte nødvendige intervensjoner (Carne, Kennedy, Gray, 2011; Brown, 2008). Deltakerne kan aktivt delta enten ved å ha en aktiv funksjon i scenarioet, eller ved å observere forutbestemte handlinger (Brown, 2008). Simulering er en læringsmodell som brukes innen flere medisinske avdelinger såsom tannhelsetjenesten, farmakologi, røntgen og sykepleie (Brown, 2008).

Simuleringstrening har sin opprinnelse fra flybransjen. I 1970 årene ble det oppdaget at 70% av alle flyulykker skyldes menneskelig feil og feil innad i teamet. Det ble opprettet simuleringsscockpiter, og piloter og flypersonell begynte å simulere aktuelle kriser. Dette styrket teamets samhandling- og kommunikasjonsferdigheter, og hadde en strykende effekt på enkeltindividene i teamene. De lærte å bli tryggere på seg selv, sin egen funksjon, de ble sikrere på hverandre og på at teamarbeidet fungerte. Dette resulterte i en betydelig reduksjon i antall flyulykker (Carne, Kennedy, Gray, 2011). Man erfarte solide forbedringer etter simuleringstreninger og overførte de samme grunnprinsippene til medisin (Carne, Kennedy, Gray, 2011; Gaba, 2004). Carne, Kennedy og Gray (2011) foreslår i sin artikkel at simuleringstreninger bør bli en obligatorisk standard i akuttmedisin.

Professor i anestesi David. M. Gaba har hatt en sentral rolle i å overføre simulering som metode fra luftfart til medisin. Uttrykket CRM var i sin opprinnelse akronymet til *Crew Resource Management* innen luftfart. *Crew* var ikke forenlig med personell innen helse, og ble da erstattet med *Crisis* som man mente var mer forenlig med store deler av helsevesenet og er overført fra simuleringstiljøet i luftfart (Gaba, Fish, Howard og Burden, 2015). CRM beskriver ikke-tekniske ferdigheter der målet er å utnytte teamets tilgjengelige ressurser på best mulig måte og optimalisere pasientsikkerhet og behandling (Carne, Kennedy, Gray, 2011; Gaba, 2004). CRM består av en liste med 15 sjekkpunkter som er tilpasset somatiske akutte krisesituasjoner (Rall og Gaba, 2005). CRM skal bidra til å optimalisere teamets ressurser og kan bidra til økt pasientsikkerhet, kvalitetssikre kommunikasjonen i teamet, redusere kliniske feil samt bidra til å forebygge og minimere aktuell krise (Rall og Gaba, 2005). Nøkkelpunktene er satt opp for somatisk krisesituasjoner, flere av punktene er overførbare til akutte krisesituasjoner i psykisk helsevern i møte med aggressiv og voldelig atferd i ambulante team. Sjekklistene skal bidra til å sikre at en gjør det en skal og ikke overser noe i en kritisk og stresset situasjon (Penzo, Skaare, Instefjord, 2015; Bråten, 2014; Lillevik og Øyen, 2013; Føyn, 1997).

Å simulere scenarioer av lavfrekvente hendelser med høy risiko vil sikre at personell (og studenter) blir eksponert for og må forholde seg til plutselige og uventede situasjoner og man kan gjennom simuleringstrening redusere forekomsten av kliniske feil, skader og øve på å oppnå sikkert og effektivt teamarbeid (Carne, Kennedy, Gray, 2011; Brown, 2008). Samtidig får man praktisere og trene på den ferdigheten som beskrives som ”*være-i-kompetanse*”. En kompetanse som handler om å måtte forholde seg til blant annet utfordrende situasjoner og imøtekomme disse uten å miste kontroll. Man skal som klinisk praktiker forholde seg til pasientens atferd, lidelse og samtidig forholde seg til seg selv (Røkenes og Hanssen, 2012).

Flere studier viser at simuleringstrening er effektiv som læringsmetode og ferdighetsutvikling spesielt innen teamarbeid for å øve samhandling og kommunikasjon (Kirkbakk-Fjær, Hedelin, Moen, 2016; Molnes og Hunstad, 2014; Zigman, Young, Chalk, 2013; Carne, Kennedy, Grey, 2011; Dieckmann, 2009; Brown, 2008). Det er flere former for simuleringstreninger, blant annet virtuell simulering (e-learning), som kan gå fra forholdsvis enkle dataprogrammer, med spørsmål og svar, til kompliserte (og meget kostbare) dataprogrammer der man kan trene på kirurgiske inngrep (Brown, 2008). I psykiatrisk simulering er det prøvd ut simuleringsdukker, men dette er ifølge Brown (2008) ingen god metode, da det vil være fravær av non-verbal kommunikasjon, og at en da mister en betydelig del av kommunikasjonen som jo er det grunnleggende redskapet i psykisk helsearbeid (Henriksen og Vetlesen, 2006; Røkenes og Hanssen, 2012). Det er derfor mest hensiktsmessig med levende markør, en som spiller psykisk syk pasient i klinisk simuleringstrening (Brown, 2008).

Fremdeles er simuleringstreningene for psykiatrisk helsepersonell mest tilrettelagt for personal som jobber inne på avdeling og institusjoner. Vi har så langt ikke lyktes i å finne forskning- eller artikler som tematiserer simuleringstreninger i ambulante team. Men det synes som at litteraturen er samstemte om at det er de samme grunnprinsippene som gjelder i simuleringstrening uavhengig av bransje. I medisinsk simulering i somatikken har man kunnet bruke menneskelignende dukker som er gjenstand for somatisk sykdom, traumer og kriser. Personalet har medisins-teknisk utstyr og forbedrer ferdigheter som å håndtere ulike medisinske tiltak; administrere medisiner, håndtere ulike medisinskteknisk utstyr og prosedyrer såsom respirator, inkubator, samt forbedre kommunikasjonsferdigheter, hvilket er helt vesentlig ved krisehåndtering i ethvert team (Brown, 2008; Dieckmann, 2010). Et team i et akuttmottak kan



simulere innkomne pasienter fra for eksempel en bilulykke, og personalet må handle raskt og kan sikre optimal behandling av situasjonen ved å bruke CRM som metode (Gaba sin 15 punkts sjekkliste), likedan kan gjøres ved akutte kriser i psykiatri for å sikre best mulig pasientsikkerhet i møte med aggressiv atferd (Moldal, 2015; Bjerkelund, 2014).

Den danske psykologen Peter Deickmann har forsket på medisinsk simulering i en årrekke, og har skrevet en doktoravhandling på emnet simulering innen anestesi. I artikkelen *Goal, Success Factors, and Barriers for Simulation-Based Learning: A Qualitative Interview Study in Health Care* (Deickmann, Friis, Lippert og Østergaard, 2012) fremkommer det at metoden for simulering er overførbart til andre instanser i helsevesenet. Artikkelen er en kvalitativ studie som baserer seg på intervjuer med syv personer som alle er instruktører i simulering. Disse er enten sykepleiere eller leger. Det fremkommer ikke i studien hvilke avdelinger informantene jobber i. Men det kommer til uttrykk at de tar i bruk teknisk utstyr og tolkes derfor til å være i somatisk avdeling. Studien viser sentrale faktorer i simuleringstreningen som påvirker kvaliteten, effekten og deltakerens opplevelse av simuleringstreningen. Faktorer som trekkes frem er instruktørens engasjement, innlevelse og evne til å skape en trygg atmosfære. Videre påpekes det som vesentlig at deltakerne opplever en følelse av lojalitet ovenfor hverandre og at de har et gjensidig ønske om å ville hverandre vel. En annen viktig faktor er at instruktøren skal ha en klar ledelse, være godt forberedt og at introduksjonen av teorien, det vil si læringsmålene, skal ha sammenheng med det scenariet som skal utspilles. Det understrekes også at scenariene bør være relevante og gjenkjennbare for deltakerne.

Barrierer som blir avdekket er ganske enkelt det motsatte av det som blir omtalt som ”suksessfaktorer”. Faktorer som spiller inn er instruktørens mangel på ledelse, instruktøren er usikker, har forberedt seg dårlig, lite samsvar mellom presentasjon av teori, læringsmålene, og det som utspiller seg i praksis. Atmosfæren kan bli utrygg og deltakerne kan bli uengasjerte med lav innlevelse og vilje til å gjennomføre scenariet. Dette kan forplante seg videre til debriefen som gir liten eller ingen læring om dialogen preges av mistillit og beskyldinger. Denne studien sammenfaller med andre studier og litteratur innen medisinsk simulering og er i tråd med undervisningen ved *Train-the-Trainer* kursene ved simuleringssenteret i Oslo (Oud, 2010; Dieckmann, 2009; Bjerkelund, 2014).

En annen aktuell studie som har sett på psykiatri og simulering, tar for seg såkalt videosimulering eller virtuell simulering (Guise, Chambers and Välimäki, 2012). Studenter

bekrefter i denne studien at de har mer nytte av virtuell simulering enn de har av tradisjonell undervisning i form av forelesninger. Guise, Chambers and Välimäki (2012) viser til Browns (2008) studie som gjennomgår bruken av ulike former for simulering i sykepleierutdanning og argumenterer for at den beste måten å tilegne seg kompetanse på er å trene med virkelighetsnære scenarioer med levende markør, noe også Molnes og Hunstad (2014) erfarte i sin studie ved høyskolen i Ålesund. Denne studien viser at simuleringstreninger er mer motiverende og effektiv enn andre tradisjonelle læringsmåter. Det fremkommer i artikkelen at mer enn 80 % av de som har deltatt på simulering husker det de har lært. Dette skyldes mest sannsynlig at kunnskap er tilegnet gjennom selvopplevd praksis etterfulgt av diskusjon og evaluering som kan virke mer engasjerende og mer vitalt enn ved egen lesing eller ved forelesninger. Deltagerne oppnår læring gjennom egen atferd, *learning by doing*.

I Molnes og Hunstad (2014) sin studie brukte de levende markør. Markør er den som spiller rollen som psykisk syk og som deltagerne skal imøtekomme og kommuniser med, beslutte tiltak og intervensjoner i forhold til situasjon og tilstand. Molnes og Hunstad (2014) viser også til Brown (2008) når de påpeker at levende markør er det som fungerer som mest autentisk i simulering av scenarier innen psykiatri. Av sykepleierstudentene (N=56) som deltok i denne studien har 71,4% svart at de opplevde simulering som læringsmetode som svært bra, 28,6% som bra. 92,9% mente simuleringstrening har stor nytteverdi som forberedelse til psykiatripraksis. De rapporterte at simuleringstrening kunne øke opplevelsen av trygghet i møte med psykisk syke pasienter. Molnes og Hunstad (2014) konkluderer med at simulering som læringsmetode stimulerer til engasjement og nysgjerrighet.

En studie (Moldal, 2015) utført inne på en psykiatrisk døgnavdeling viser hvordan simuleringstrening kan øke kommunikasjonsferdighetene mellom personal i møte med pasienter med aggressiv atferd. En av hensiktene med denne studien var også å vise hvordan klinisk simuleringstrening kan bidra til reduksjon i bruk av tvang inne på avdeling, ved at man reflekterer gjennom handlingsalternativene i debriefen. 18 av 22 respondenter rapporterer at de opplever klinisk simulering som nyttig for eget arbeid. Også her brukes det levende markør som pasient. Flere studier påpeker at det er viktig å dedikere nok tid, men at det er nettopp mangel på tid som gjør det utfordrende å gjennomføre simuleringstreningene i tråd med det som er anbefalt i litteraturen (Moldal, 2015; Rød og Moen, 2013; Brown, 2008). Det understrekes at det er i debriefen at mye av læringen implementeres (Levett-Jones and Lapkin, 2014; Brown, 2008).

En nyere norsk studie *kommunikasjonskurs med simulering* (Gabrielsen, Karlsen, Falck og Stubberud, 2016) viser at simuleringsbasert kommunikasjonskurs øker kommunikasjonsferdighetene til sykepleierne. Dette var en kvantitativ studie (N=40). Til tross for studien konklusjon, var det ikke mer enn 33 % av deltakeren som svarte at deres kommunikasjonsferdigheter hadde blitt bedre. Studien sier lite om bakgrunnen til de 33%. Det diskuteres også i studien som en mulig svakhet at det ikke ble gjort målinger i forkant av kurset, da 47% svarte ”verken eller” på spørsmålet om kommunikasjonsferdighetene var blitt bedre. Videre konkluderes det med at det er flere dimensjoner i kommunikasjon og gjør det svært komplekst.

### *3.5.1 Generelle forutsetninger for å gjennomføre simuleringstrening i psykiatrien.*

Oud (2010) har satt opp generelle retningslinjer for trening og har utnevnt fem punkter og påpeker at det er viktig at alle 5 punktene er en del av en samlet helhet, at disse er konsekvente, koordinerte og organisert i virksomheten. Vi forstår det slik at dette er skrevet for sykehusavdelinger, men vurderer de grunnleggende elementene som overførbare til ambulant virksomhet.

De fem punktene:

- Ledelsens engasjement og involvering av medarbeider
- Analyse av arbeidsplassen
- Kontrollere forebygging av fare (risikovurdering)
- Helse og sikkerhetstrening
- Rapportere og evaluere treningsprogrammet. Sikre at alle i personalgruppen er klar over potensielle risikofaktorer og at det har kunnskaper om hvordan de kan beskytte pasienter, seg selv og kolleger gjennom etablerte retningslinjer og prosedyrer.

Oud (2010) påpeker at det bør være et primært fokus at personalet lærer å kjenne tidlige tegn til aggresjon og forebyggende- og deeskalerende metoder. Slik at en kan imøtekomme pasienter med aggressiv atferd på en hensiktsmessig og terapeutisk måte.

Simulering er i ferd med å spre seg i hele verden som læringsmetode for å forbedre ferdigheter innen flere ulike temaer i ulike bransjer (Gaba, 2004). Retterdal (2009) påpeker at simulering har en svakhet og det er at det faktisk er simulerte situasjoner til virkeligheten og at simuleringer aldri kan bli virkelige situasjoner, det er derfor avgjørende at deltakerne reagerer og agerer som om situasjonen er virkelig. Deltagernes holdning til simuleringstrening har stor betydning for effekten. Videre er det essensielt for treningens kvalitet at deltagerne har en ekte innlevelse og er engasjerte (Dieckmann, 2009, Oud, 2009; Retterdal, 2009). Effekten og kvaliteten på debriefen i etterkant av simuleringstreningen er som regel preget av kvaliteten i simuleringstreningen.

Dieckmann (2009) ser også at bruk av simulering som metode kan bidra til sunne holdninger og verdiskapninger i et team. For å få best mulig kvalitet og effekt av simuleringstreninger er det viktig at man vet hvorfor man simulerer og at man setter konkrete og spesifikke læringsmål for hver trening, og at deltakerne er godt informert om det forestående scenarioet (Dieckmann, 2009). Simulering gir mange muligheter men også begrensninger. Det er viktig å holde seg innenfor de formelle og uformelle reglene, disse reglene handler om å akseptere det som skal simuleres, situasjonen og scenariet, forholde seg til kolleger på en respektfull og profesjonell måte. Ta situasjonen på alvor og gå inn i scenarioet som om det skulle være virkelig. Dieckmann (2009) peker på at det i etterkant av simuleringer ofte blir diskutert *hvor virkelig det egentlig var*, og understreker at hver simuleringstrening er en virkelig virkelighet der man bruker virkelig tid på deltakelse i et virkelig simulert scenarioet.

Både Molnes og Hunstad (2014) og Moldal (2015) viser til Oslo sim.senter (Bjerkelund, 2014) i de tidligere omtalte artiklene når de i sine artikler beskriver hvordan en simuleringstrening gjennomføres. En simuleringstrening i psykisk helsevern deles inn i 4 faser; Prebrief, brief, scenario og debrief. Den siste fasen i simuleringen er debrief, som anses som den fasen der deltakere implementerer læringen. Debrief er en strukturert gjennomgang av scenarioet (Levett-Jones, Lapkin, 2014; Dieckmann, 2009).

Debrief er inndelt i 3 faser;

- Den *beskrivende fase*, der en skal fortelle hva som skjedde i scenarioet i et metaperspektiv.

- Den *analyserende fase*, der man går i dybden på det som faktisk skjedde, reflekterer rundt beslutninger og den kommunikasjonene som har foregått mellom teammedlemmene, med pasienten/markøren og en reflekterer rundt valgene som ble tatt i scenarioet. Videre reflekterer man rundt hva som kunne ha vært en bedre løsning enn den som ble valgt, eller man får bekreftet at de valgene som ble tatt var hensiktsmessige.
- Den *anvendende fase*, der man går igjennom hvordan man kan anvende det man har lært av simuleringstreningen.

### 3.6 Trygghet

Trygghet beskrives av Hylland-Eriksen (2006) som en subjektiv følelse av beskyttelse og sikkerhet. Det finnes mange oppfatninger av hva begrepet trygghet inkluderer. Mange forbinder det sterkt med sikkerhet, mens andre tillegger det flere dimensjoner som for eksempel ivaretagelse (Ibid, 2006). For å skape trygghet og sikkerhet for pasienten trengs det kunnskap om hva dette er og pasientens egen oppfatning av disse begrepene (Hummelvoll, 2014). I psykisk helsearbeid er det behov for trygghet hos hjelperen for at pasienten skal kunne være til stede og tilby seg selv (Hummelvoll, 2014 s.164).

Hvis trygghet er en subjektiv følelse på lik linje med andre emosjoner så er denne også overførbar mellom personer. Forskere hevder å ha funnet at speilnevroner er sentrale i forbindelse med empati og emosjonell resonans. Speilnevroner aktiveres når vi observerer en annens handlinger og reaksjoner. Hjernen kopierer den andres følelser slik at det oppleves nærmest som om vi selv utfører selve handling, som en egen erfaring mer enn kun en forestilling, følelser er med andre ord smittsomme (Thoresen, 2013; Karterud, Wilberg, Urnes, 2011; Nerdrum, 2011; Hansen, 2011; Skårderud, et al., 2010; Richter og Wittington, 2010). Med andre ord kan pasienten oppleve trygghet hvis psykisk helsearbeider også formidler denne emosjonen (Elven & Abild, 2015).

Den norske sosiologen Lysgaard viser i sin studie fra 1976 betydningen av trygghet i et fellesskap som et kollektiv av helsearbeidere er. Han viser til at hjelpere, for å føle seg trygge i

arbeidet sitt er helt avhengige av å kunne takle uforutsette hendelser som utagering og aggressiv atferd i sitt arbeid. Det å kunne takle dette i fellesskap vil kunne gi tilhørighet, forutsigbarhet og stabilitet (Lysgaard, 1976).

### 3.7 Aggresjon og vold

Bakgrunnen for at noen reagerer med aggresjon og vold er ofte tidlig erfaring og opplevelser med aggresjon og vold, og er den sterkeste faktoren for selv å utøve aggressiv atferd i voksen alder (Isdal, 2000). Urheim (1999) nevner flere faktorer som disponerer for aggressiv atferd i voksen alder; tidligere erfaringer med at en oppnår noe ved aggressiv atferd, omsorgssvikt og negativitet, opplevd aggresjon i oppvekst, opplevd straff og tvang, manglende eller reduserte muligheter til å utvikle og lære sosiale- og kommunikasjonsferdigheter. Manglende evne til selvhverdelse og til å uttrykke seg språklig om emosjoner, kan gi grobunn for utagerende følelser og aggresjon (Isdal, 2000; Urheim, 1999).

En aggressiv reaksjon kan aldri tilskrives kun en faktor eller en enkeltgrunn. Biologiske, genetiske, sosiologiske og psykologiske faktorer spiller alltid inn så vel som personalets interaksjon og atferd (Oud, 2010). Aggressive pasienter har som regel liten kontakt med egne følelser (Føyn, 1997), pasienter som har nedsatt evne til å kommunisere med et sosialt akseptert språk – skal ha større tendenser til å utagere. Det er sammenheng mellom aggresjon og manglende sosiale ferdigheter (Urheim, 1999).

”Aggresjon er et mellommenneskelig fenomen, og er kommunikasjon på samme måte som alle andre ytringer og handlinger i disse møtene” (Føyn, 1997, s.77). Aggresjon kan forstås som et uttrykk for frustrasjon eller angst (Føyn, 1997). Bøe og Thomassen (2009) hevder at det forståelsesgrunnlaget psykisk helsearbeidere legger til grunn for aggressiv atferd kan ha konsekvenser for *hvordan* vi møter pasienter med aggressiv atferd. Psykisk helsearbeidere må forsøke å forstå pasientens bakgrunn for sin kommunikasjonsform, slik at vi i fellesskap kan hjelpe pasienten til å finne hensiktsmessige metoder å uttrykke seg på (Rør, 1997).

Aggressivitet som raseri, frykt og stress aktiverer amygdala som er den delen i hjernen som registrerer fare og frigjør hormoner som igjen påvirker binyremargen til å produsere adrenalin som stimulerer til økt blodtrykk og puls. Kroppen settes i høyberedskap og gjør seg klar til

kamp eller flukt. Hvis stresset opprettholdes over tid vil hormoner (cortison) påvirke en del i hjernestammen (locus coeruleus) som så sender signaler om å frigjøre noradrenalin som videre kommuniserer til amygdala at beredskapen skal opprettholdes (Haugsgjerd, et al, 2009). Erfaringer som kan ligge til grunn for aggressiv atferd er blant annet dårlig tilknytning i barneårene som kan forstyrre affektreguleringen, i den forstand at prefrontal cortex er skadet. Denne delen av hjernen er sentral i forhold til samspill med andre mennesker og evnen til egenrefleksjon (Bøe og Thomassen 2009; Haugsgjerd et al, 2009; Wittington og Richter, 2010). Aggresjon kan være tegn på underliggende psykisk lidelse (Øverland, 2011). Psykisk helsearbeideres kunnskap og forståelse om hva som påvirker og aktiverer aggresjon og vold kan bidra til å møte og forebygge situasjoner på en mer hensiktsmessig måte (Føyn, 1997).

Det å beskytte seg mot vold handler om å tilegne seg kunnskap som bidrar til opplevelse av økt trygghet i egen hverdag. Vi kan kalle dette *den nødvendige tryggheten*, som igjen handler om at vi i jobben vår har kunnskap og verktøy til å oppleve økt trygghet i møte med utfordrende atferd. Det er vanskelig å opprettholde god kvalitet i helsetjenestene vi yter hvis vi i vårt arbeide opplever frykt for egen sikkerhet. Fundamentet for kvalitet handler om trygghet og trivsel. Trygghet og trivsel gjør oss i bedre stand til å gjøre gode kliniske vurderinger og etablere en troverdig relasjon til pasienten (Verge, 2012).

Generelle krav til arbeidsmiljøet er beskrevet i arbeidsmiljøloven (2005) kapittel 4:

[...] virksomheten skal være fullt forsvarlig ut fra en enkeltvis og samlet vurdering av faktorer i arbeidsmiljøet som kan innvirke på arbeidstakernes fysiske og psykiske helse og velferd. Standarden for sikkerhet, helse og arbeidsmiljø skal til enhver tid utvikles og forbedres i samsvar med utviklingen i samfunnet.

I arbeidsmiljøloven (2005) kommer det klart frem at arbeidsgiver har et ansvar for å tilstrebe at arbeidstaker skal oppleve trygghet i arbeidet; *”Arbeidstaker skal, så langt det er mulig, beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre”* (Arbeidsmiljøloven, 2005 §4-3, pkt. 4).

### 3.7.1 Vold og utageringer i psykisk helsevern

Arbeidstilsynet rapporterer at stadig flere blir utsatt for aggressiv atferd på arbeidsplassen. Og ansatte i helse-og sosialt arbeid topper listen. Det rapporteres om store mørketall (Arbeidstilsynet, 2009). Læringsnotatet *Meldinger om vold og aggresjon i spesialisthelsetjenesten – et pasientsikkerhetsperspektiv* (Krogstad, Saastad, Enger, Kolseth, Hafstad, Flesland, 2015) ble i 2015 publisert av Kunnskapssentret. Det ble innmeldt 385 uønskede hendelser knyttet til vold og aggresjon. Læringsnotatet skiller ikke hva som er meldt fra ambulante tjenester og hva som er meldt fra institusjoner, dog er de fleste hendelsene rapportert fra psykiatriske institusjoner. Likevel er det et tall som sier noe om hva spesialisthelsetjenesten må forholde seg til. Av de 385 meldingene er det rapportert at politiet var involvert eller måtte tilkalles i 49 av hendelsene. Det fremkommer i læringsnotatet at det var 219 menn og 147 kvinner som er identifisert som de som har utøvd aggresjon og vold. Den utøvde volden varierte fra verbale trusler, spyting, klyping til slag spark og slåssing.

## 3.8 Kommunikasjon

Med utgangspunktet i at all atferd er kommunikasjon, vil det *å være* (eksistere) i seg selv være kommuniserende (Bateson, 2005). Kommunikasjon er alt som skjer mellom mennesker, bevisst eller ubevisst, verbalt og non-verbalt (Føyn, 1997). Kommunikasjon, ifølge Batesons kommunikasjonsteori, handler om langt mer enn dialog og forståelse, det handler vel så mye om hvordan vi sanser, forstår, oppfatter og tolker virkeligheten, fenomener, situasjoner og samspill (Jensen og Ulleberg 2012). I følge Føyn (1997) har pasienter med nedsatt evne til å kommunisere med et sosialt akseptert språk større tendens til å reagere med aggressiv atferd. I kommunikasjon med pasienter som har økt voldsrisiko og som tenderer til aggresjon kan psykisk helsearbeiders kommunikasjon være avgjørende for om pasienten responderer med aggressiv atferd eller med aksept for det som blir kommunisert og som dermed har en deeskalerende funksjon og effekt (McDonnell, 2013). McDonnell (2013) hevder forøvrig at rundt 70% av utagerende- og aggressiv atferd skyldes personalatferd.

Kommunikasjonskompetansen er vårt viktigste etiske instrument og ressurs i arbeidet med mennesker (Henriksen og Vetlesen, 2006; Røkenes og Hanssen, 2012). Vi kommuniserer alltid



på flere nivåer, vi formidler en hel del mer enn ordene som blir sagt; engasjement, forholdet til det man snakker om, empati, med mer. Dette formidles implisitt i ordvalg, tonefall, kroppsspråk, kroppsholdning, mimikk og blikk, (Jensen og Ulleberg, 2012). God kommunikasjon handler om å leve seg inn i den andres verden, om å oppnå fellesskap og gjensidig tillitt (Hansen og Røkenes, 2012).

Dersom kommunikasjonen er inkongruent reagerer vi mennesker intuitivt og stoler mer på kroppsspråket, tonefallet og paralingvistikken, små lyder vi lager; grynt, stønn, latter og liknende, enn på selve ordene som blir sagt (Jensen og Ulleberg, 2012; Bateson, 2005). Vi oppfatter 80% av kroppsspråket og bare 20% av ordene som blir sagt (Bråten, 2013).

De nonverbale signalene kan komme til uttrykk som et forvarsel på utagering (Vatne, 2007). Vi kan se at en person er sint når vi ser at nevene er knyttet, pupiller og halspulsårer er utvidede. Mimikken kan avsløre sinne, øyebryn som trekker ned mot øynene, ansiktsmusklene som strammes, kroppen som er spent og gjør seg stor. Sinne kan vises ved motorisk uro, flakkende blikk og kortpustethet (McDonnell, 2013; Vatne, 2007; Bjørkly, 1997).

For å kunne kommunisere med pasienter som tenderer til aggresjon eller som har økt voldsrisiko er det nødvendig med kunnskap om kommunikasjonsprosesser og å utvikle kommunikasjonsferdigheter for å våge å stå i situasjoner som oppleves som vanskelige og utfordrende (Røkenes og Hansen, 2012). Å utvikle gode kommunikasjonsferdigheter krever øvelse og egenrefleksjon. Gjennom refleksiv praksis reflekterer en over egen kommunikasjonsmåte, økt forståelse av egne handlinger og ut i fra det blir bevisst hvordan en selv påvirker prosesser i samhandling med andre, både pasienter og kolleger. Dette kan bidra til forebygging og reduksjon av aggresjon og utagering (McDonnell 2013; Røkenes og Hansen, 2012).

Bøe og Thomassen (2009) mener det er gjennom de etiske kvalitetene i dialogen vi kan oppnå virksomme møter med mennesker med psykiske lidelser. En grunnstruktur i det å forstå en annen er gjennom dialogen og språket. For å kunne forstå handlingene til en annen må det inngå en dialog (Vatne, 2007). Gjennom dialogen er man deltaker i hverandres psykologiske tilstander, intersubjektivitet, og er åpen og tilgjengelig for den andre. Når psykisk helsearbeidere forstår og reagerer på den andres intersubjektivitet kan psykisk helsearbeider bli oppmerksom på seg selv og således se seg selv gjennom den andre som kan bidra til å skape en opplevelse av fellesskap (Røkenes og Hanssen, 2012).

Dialogen henger uløselig sammen med etikken og det er gjennom dialogen vi kommuniserer og møtes og det er i dialogen vi har en gjensidig innvirkning på hverandre. Gjennom dialogen opplever vi å bli sett og hørt, forstått og verdsatt. Det er gjennom dialog at våre liv kan endres (Bøe og Thomassen, 2009).

### *3.8.1 Kommunikasjon og deeskalering av aggressiv atferd*

En systematisk gjennomgang av hva som er effektivt trening i møte med aggressiv atferd viser det seg at det er en kombinasjon av ikke-fysisk (verbal) og fysiske teknikker som leder ut fra selvforsvarsteknikker (Richter, 2010). De fleste bøker som omhandler dette temaet illustrerer med bilder eller tegninger hvilke fysiske teknikker en kan anvende i møte med aggressiv atferd. Anbefalinger innen ikke-fysiske teknikker, slik som deeskalering i mellommenneskelige relasjoner er heller sjelden å finne i studier og øvrig litteratur, i følge Richter (2010). I møter med pasienter med aggressive atferd i psykisk helsearbeid er ikke kategorisk ulikt det politiet møter, hevder Richter (2010) og mener det er overføringsverdi fra metoder som blir brukt i forhandlingssituasjoner innen kidnapping og i internasjonale konflikter. Slik at disse metodene kan brukes til å dempe aggresjon og ha en forebyggende funksjon.

Richter (2010) i likhet med McDonnell (2013) understreker at personalatferd har stor betydning for utfallet av aggressiv atferd, og kan være avgjørende for om aggresjonsnivået stiger til en utagering eller om aggresjonen lar seg dempe ved deeskalering. McDonnell (2013) hevder at 70% av all aggressiv atferd/utagering skyldes personalatferd. Personalet bør derfor ha en atferd som i seg selv er aggresjonsdempende (Richter, 2010). For i det hele tatt å kunne deeskalere er det helt essensielt å være bevisst egenatferd og hva en selv signaliserer.

Det er et nødvendig utgangspunkt for deeskalering, og er i henhold til yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, at psykisk helsearbeidere skal ha en ikke-dømmende, empatisk holdning og ha respekt for pasienten. Dette gjelder også når pasienten tenderer til aggressiv atferd (Richter, 2010).

Richter (2010) lister opp momenter som er viktig i en deeskaleringsprosess:

- psykisk helsearbeider skal være aktivt lyttende
- respondere på det som blir kommunisert emosjonelt

- være ærlig
- parafrasere for å bekrefte at du har forstått pasienten
- ikke avbryte pasienten
- ikke gi råd
- ikke devaluere pasientens følelser
- anerkjenne pasientens situasjon og muligheter

Dette er momenter som flere andre i litteraturen støtter blant annet Føyn (1997), Verge (2012), Bråten (2013) Lillevik og Øyen (2013) (M.fl).

Til tross for teorier, hevder Føyn (1997, s. 225) at de er verdiløse om de ikke kan overføres til praksis, og henspiller til at psykisk helsearbeidere må ha en åpen kommunikasjon med aggressive pasienter og formidle trygghet:

Da må du ta i bruk hele din personlig holdning til medmennesker, liv og død, alle dine menneskelige kvaliteter og alt du har lært om psykiatrisk behandling. Dette må du stå for på en sann og ekte måte, og vite at du er endel av et team, hvis motto er en for ”alle og alle for en”, og at fokus er pasientbehandling.

### 3.8.2 Klinisk simuleringstrening og etikk

Sykepleiere, sosionomer, med flere i psykisk helsearbeid er yrkesprofesjoner som er verdibaserte og er knyttet til sine yrkesetiske retningslinjer. ”Helsearbeidere har som felles mål og fremme det gode” (Thomassen, 2011. s. 24). Etterhvert som vi praktiserer utøvende psykiatrisk sykepleie øker vår erfaring, kunnskaper og kompetanse. Thomassen (2011, s. 25) siterer Aristoteles: ”Det som fremfor alt er den klokes virke, er å overveie vel”. Dette med henblikk på de overveielser, beslutninger, valg og til slutt handling i utøvende praksis. Vår livs- og praksis erfaring og klokskap er det som tilsammen gjør at vi utvikler oss som mennesker og som psykisk helsearbeidere. Dette gjør at vi kan tilpasse vår praksisutøvelse til hvert enkelt menneske og deres kompleksitet og situasjon på en hensiktsmessig måte og tilpasse det særegne ved situasjonen gjennom de beslutninger og handlingsvalg som tas. Praktisk klokskap, fornuft og skjønn som tilegnes gjennom erfaring over tid betegnet Aristoteles for *fronesis* (Thomassen,

2011). Fronesis, praktisk klokskap er knyttet til vår utvikling som menneske og til våre personlige forutsetninger for hvordan vi utøver vår praksis (Ibid, 2011, s. 26). I vår yrkeskompetanse og spesielt innenfor relasjonskompetanse dreier det seg om relasjonsforståelse, relasjonelle ferdigheter og evne til etisk refleksjon (Røkenes og Hansen, 2012; Skau, 2009).

En som har videreført Aristoteles' oppfatning av den praktiske fornuft er amerikaneren Donald A. Schön (Thommassen, 2011). Schön har blitt ansett som en ledende figur i tenkningen rundt det særegne ved kunnskap i *praktiske yrker*. Schön fremmet kunnskap om refleksjon som grunnlag for læring da han fokuserte på *den reflekterte praktiker*. Han hevdet at praktiske handlinger henger uløselig sammen med en refleksjonsprosess (Ibid, s. 37). Denne refleksjonsprosessen kan skje både i handlingen og etter handlingen, men felles er at man ved å reflektere vender tilbake til handlingen. Ved å vende tilbake til handlingen vender man også tilbake til *kunnskapen* som ligger i handlingen. Denne refleksjonen gjør at man kan få en fornemmelse av eller en følelse for en situasjon noe som kan lede tilbake til *fronesis*, praktisk klokskap (Ibid, 2011).

## 4.0 KVANTITATIVE FUNN

### 4.1 Beskrivelse av utvalget

Svarprosent og størrelsen på informantgruppen fra det enkelte DPS er beskrevet i kapittel 2.0. Utvalget besto av 69,1 % kvinner og 30,9 % menn. Sykepleiere var den dominerende yrkesgruppen, med 39,4 %. Leger og psykologer representerte 29,8 % av utvalget mens andre yrker representerte 30,9 %. 51,1 % hadde videreutdanning i psykisk helsearbeid. Gjennomsnittsalder hos informantene er 44 år, medianen 42 år og spredningen er 40 år (fra 28 til 68 år). Størsteparten; 95 % er over 30 år, noe som samsvarer med at man ofte har lange utdanningsløp og annen arbeidserfaring når man begynner å jobbe i DPS. Aldersgruppen mellom 30 og 39 år er også den største, med 37,8 % og opptil 46,7 % for ett enkelt DPS. Gruppene fra 40 til 49 og 50 til 59 er jevnstore med 22,6 % hver. Det kan se ut som det er noe forskjell i alderssammensetningene på de ulike DPS. Ett DPS har for eksempel 20 % over 60 år, men også 10 % under 30 år. Undergruppene er imidlertid små, slik at det ikke blir signifikante forskjeller (P-verdi: 0,075). Det er heller ikke signifikant forskjell mellom kjønnene (P-verdi: 0,084). Vi ser av tabellen under at det er signifikante forskjeller hva angår profesjon og lengde på arbeidstid i det ambulante teamet, men også her er undergruppene små og det er vanskelig å bruke dette videre i stor grad. Vi betrakter derfor samtlige respondenter som ett utvalg.

Tabell 2: Beskrivelse av utvalget

	<b>Hele utvalget</b>	<b>DPS 1</b> (N=42)	<b>DPS 2</b> (N=15)	<b>DPS 3</b> (N=13)	<b>DPS 4</b> (N=10)	<b>DPS 5</b> (N=13)	<b>P-verdi</b>
<b>Kjønn</b>							
Kvinner	64	29	11	5	9	10	0,084
Menn	29	13	4	8	1	3	
<b>Alder</b>							
25 – 39 år	40	22	7	5	3	3	0,075
40 – 54 år	30	13	6	4	5	2	
55 – 69 år	23	7	2	4	2	8	
<b>Profesjon</b>							
Sykepleier	36	15	6	2	4	9	0,027
Lege/psykolog	28	9	8	5	3	3	
Annen prof.	29	18	1	6	3	2	
<b>År i det ambulante teamet</b>							
0 – 3 år	51	25	14	6	2	4	0,001
>3 år	42	17	1	7	8	9	

#### 4.2 Klinisk simuleringstrening

Totalt 57,6 % av informantene svarer ja på at de driver med klinisk simuleringstrening på sin arbeidsplass. For to av de deltakende DPS er graden av deltakelse i klinisk simuleringstrening 0 %. På de andre DPS varierer deltakelsen noe. Fra 30, 8 % hos ett til 97,6 % hos det DPS som har størst deltakelse i klinisk simuleringstrening og som også er det DPS med flest respondenter.

Når det gjelder kjønn sier 60,9 % av kvinner at de trener, noe mer en de 51,1 % menn som sier ja på dette spørsmålet. Angående alder viser det seg at det er de yngste som i størst grad driver med trening, og det er signifikant forskjell på gruppene (p-verdi: 0,03) 70,7 % av de mellom 25 og 39 trener og dette synker til 56,7 % i gruppen 40 – 54 år og 36,4 % i gruppen 55 – 65 år. Av

de som trener svarer 61,8 % at de trener én gang i uka eller mer. Denne svarprosenten bærer preg av at 70 % av det DPS hvor 97,6 % driver med klinisk simuleringstrening svarer at de trener så ofte. Dette er også det største DPS i undersøkelsen. Av de som trener minst én gang i måneden svarer 79,5 % at de trener omtrent 30 minutter. Av de som trener svarer 61,1 % at instruktøren jobber i deres eget team.

På spørsmål om respondentene opplever at klinisk simuleringstrening er autentisk svarer et flertall av de som trener at det oppleves enten som delvis autentisk (58,6 %) eller i stor grad autentisk (35,8 %). Også her samstemmer dette med resultatene fra det DPS som i størst grad trener hvor opplevelsen av delvis autenticitet er 52,2 % og stor grad av autenticitet 42,5 %. På spørsmål om hva de kunne tenke seg å trene mer på hadde 44 av respondentene kommet med forslag som vises i tabell under. Tabellen sier ikke noe om hvor mange som har kommet med de ulike forslagene, men er ment å være en oversikt.

*Tabell 3: Hva kunne du tenke deg å trene mer på?*

-Alarm	-Forebygging	-Skytevåpen
-Bistand fra politi	-Forvarsler	-Farlig gjenstand
-Evakuering	-Hjemmebesøk	-Tvungen legeundersøkelse
-Kommunikasjon	-Kniv	-Tvangsmedisinering
-De-eskalering	-Alarm	-Truende atferd
-Frigjøringsgrep	-Transport	-Ikke-planlagt
-Samhandling	-Innleggelsessituasjon	simuleringstrening
-Ledelse	-Holdegrep	-Verbale trusler
-Depotinjeksjon	-Selvforsvar	-Utagering i egne lokaler
-Egne reaksjoner	-Våpen	-Worst case scenario
-Evakuering hjemmebesøk	-Posisjonering	

### 4.3 Tidligere erfaring med vold og aggresjon

Tabell 4: Opplevd vold og aggresjon

	Ja		Nei	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Utsatt for vold/aggresjon	69	73,4	25	26,6
Støyende/skremmende atferd	59	62,8	35	37,2
Verbale trusler	62	66,0	32	34,0
Fysiske trusler	41	43,6	53	56,6
Fysisk angrep	27	28,7	67	71,3
Devaluering/skjellsord	53	56,4	41	43,6
Truet med våpen/risikogjenstand	16	17,0	78	83,0
Angrepet med våpen/risikogjenstand	6	6,4	87	92,6

Utvalget har besvart spørsmål om sine tidligere erfaringer med volds- og aggresjonsatferd i arbeidet. 73,4 % svarer at de har vært i situasjoner hvor de har blitt utsatt for eller vært vitne til aggresjon eller vold. Det var ikke signifikante forskjeller på gruppene for hverken kjønn eller alder. Det var heller ikke signifikant forskjell på de ulike DPS (p-verdi: 0,529). De vanligste erfaringene som utvalget har erfart er verbale trusler (66,0 %), støyende eller skremmende atferd (62,8 %) og devaluering eller skjellsord (56,4 %). 43,6 % har opplevd fysisk trussel, 28,7 % har angitt å ha blitt utsatt for et fysisk angrep mens 17 % har opplevd å ha blitt truet med et våpen eller en risikogjenstand.

Av de som har svart at de har blitt utsatt for eller vært vitne til en voldshandling deltar 58,8 % i klinisk simuleringstrening. Av de som ikke har opplevd dette er samme tall 56,0 %. Med en p-verdi på 0,087 er det altså ingen forskjell på disse gruppene. Når det gjelder gjennomføring av voldrisikovurdering på pasienter som behandles i det enkelte team svarer 57,4 % at dette gjøres regelmessig, mens 38,3 % svarer at det gjøres sjelden eller av og til. 63,6 % av de som



har blitt utsatt for eller vitne til vold eller aggresjon sier at de utfører voldsrisikovurderinger, mot 50,0 % av de som ikke har blitt utsatt for dette. Heller ikke her er det signifikant forskjell (p-verdi: 0,506).

#### **4.4 Opplevelse av trygghet i arbeidet**

Størsteparten av utvalget oppgir at de opplever arbeidet som trygt. 25,8 % opplever ambulant arbeid med pasienter med voldsrisiko som svært trygt, mens 60,2 % opplever det som trygt. 14,0 % angir at de føler seg utrygge eller moderat trygge. Opplevd trygghet med nye/ukjente pasienter oppgis som noe lavere. 7,4 % oppgir at de føler seg svært trygge. Gruppen som føler seg trygge er fortsatt den største, med 52,1 % mens 33,0 føler seg moderat trygge. Opplevd trygghet i møtet med pasienter med vurdert økt voldsrisiko er henholdsvis 4,4 % svært trygg, 41,5 % trygg, 42,6 % moderat trygg og 7,5 % utrygg eller svært utrygg.

For å finne ut om det er signifikante forskjeller i opplevelsen av trygghet mellom gruppene som driver med klinisk simuleringstrening og de som ikke driver med dette var vi nødt til å slå sammen noen verdier fra spørreskjemaet slik at undergruppene inneholdt tilstrekkelig med informanter. I opplevelsen av trygghet ble derfor verdiene svært utrygg, utrygg og moderat trygg slått sammen, mens de mer positivt bekreftende verdiene trygg og svært trygg også ble slått sammen til en verdi. Ved bruk av krystabell viser det seg at av de som driver med klinisk simuleringstrening så føler 88,9 % seg trygge eller svært trygge. For gruppen som ikke trener er tilsvarende tall for trygg/utrygg 81,6 %.

Ved khikvadrattest vises det at det er 32,2 % sjanse for å forkaste en feil nullhypotese og vi må derfor beholde nullhypotesen å anse at det ikke er signifikant forskjell på gruppene. I møtet med pasienter med vurdert forhøyet voldsrisiko er forskjellen på gruppene enda mindre. Av de som driver med klinisk simuleringstrening har 47,8 % krysset av for trygg eller svært utrygg, mot 48,6 % i gruppen som ikke trener, og det er følgelig ingen statistisk signifikant forskjell på gruppene.

På spørsmålet om opplevd trygghet i følelse med nye eller ukjente pasienter er tallene følgende: 54,7 % av de som driver med klinisk simuleringstrening opplever disse pasientmøtene som

trygge eller svært trygge, mens 71,1 % av de som ikke trener oppgir at de føler seg trygge eller svært trygge. En khikvadrattest viser at nullhypotesen også her beholdes siden p-verdien er 0,114.

Opplevelsen av trygghet i møtet med alle pasienter var ikke signifikant forskjellig målt hverken kjønn (trygg/svært trygg kvinner: 82,8 %, menn: 93,1 %, p-verdi: 0,185) eller alder (trygg/svært trygg 25-39 år: 82,9 %, 40-54 år: 86,7 %, 55-65 år: 90,9 %, p-verdi: 0,679). De ulike DPS hadde en forholdsvis jevn stor registrering av graden av trygghet (p-verdi: 0,418). Det var heller ikke noen statistisk signifikant forskjell på hvor lenge man hadde jobbet i det ambulante teamet. 88,5 % av de som hadde jobbet 0 – 3 år følte seg trygge eller svært trygge. 82,9 % av de som hadde jobbet 3 år eller mer gjorde det samme. Her var p-verdien på 0,445.

Av de som tidligere har vært utsatt for eller vitne til vold eller aggresjon føler 85,5 % seg trygge eller svært trygge, mot 87,5 % for de som ikke har opplevd vært utsatt for eller vitne til vold eller aggresjon. Ingen signifikant forskjell på disse gruppene (p-verdi 0,808).

For de som har videreutdanning i voldsrisikovurdering føler 94,7 % av respondentene seg svært trygge eller trygge, mot 83,1 % for de som ikke har denne utdanningen, det gir en p-verdi på 0,200 og ingen signifikant forskjell.

Det ble ikke registrert signifikante forskjeller på gruppene innenfor variablene som indikerte hvor ofte man trente eller hvor lenge man trente og hvordan dette ville påvirke tryggheten. Studien viser at for de som hadde en instruktør fra eget team opplevde 91,4 % at arbeidet med alle pasienter var svært trygt eller trygt, mot 83,3 % for de som hadde ekstern instruktør. En p-verdi på 0,345 indikerer ingen signifikant forskjell.

Når det gjelder spørsmålet om hvilken arena respondentene opplever som mest utrygg svarer 92,0 % at de opplever hjemmebesøk som den mest utrygge arenaen. Den tryggeste arenaen oppleves av respondentene å være det ambulante teamets eget lokale. 64,6 % ga dette svaret.

Tabell 5: Opplevd trygghet

		Driver med klinisk simuleringstrening (antall/prosent)		P-verdi Pearsons Kjikkvadratetest
		Ja	Nei	
Opplevd trygghet i møte med alle pasienter	Svært trygg/ Trygg	48 88,9 %	31 81,6 %	0,322
	Moderat trygg/ Utrygg/ Svært utrygg	6 11,1 %	7 18,4 %	
Opplevd trygghet i møte med pasienter med vurdert forhøyet voldsrisiko	Svært trygg/ Trygg	25 47,2 %	18 48,6 %	0,890
	Moderat trygg/ Utrygg/ Svært utrygg	28 52,8 %	19 51,4 %	
Opplevd trygghet i møte med nye/ukjente pasienter	Svært trygg/ Trygg	29 54,7 %	27 71,0 %	0,114
	Moderat trygg/ Utrygg/ Svært utrygg	24 45,3 %	11 28,9 %	

Det siste spørsmålet i spørreskjemaet, spørsmål 23 var litt annerledes oppbygd. Her skulle respondentene ikke angi opplevd trygghet på en skala som i spørsmål 19-21. De skulle angi hva de trodde at klinisk simuleringstrening ville føre til når det gjelder trygghet, om den førte til *økt*, *ikke endret* eller *minsket* følelse av trygghet. De fleste svarer også her at de tror at klinisk simuleringstrening fører til økt følelse av trygghet (85,2 %). Her er det derimot signifikant forskjell (p-verdi: 0,000) fra gruppen som fra før trener klinisk simulering til de som ikke gjør det. Den største forskjellen er at 30,3 % av de som ikke driver med klinisk simuleringstrening tror at dette vil føre til minsket følelse av trygghet. 96,3 % av de som trener tror dette fører til økt følelse av trygghet mens 69,7 % av de som ikke trener tror det samme.

Det er også forskjell på de ulike DPS (p-verdi: 0,004). Det DPS som er størst og hvor flest trener klinisk simuleringstrening (97,6 %) har også flest som svarer at de tror klinisk simuleringstrening fører til økt følelse av trygghet, 39 respondenter (54 respondenter svarte at de tror klinisk simuleringstrening fører til økt trygghet). Ett DPS utmerker seg ved at 54,5 % tror at klinisk simuleringstrening vil føre til redusert følelse av trygghet. Dette er ett av de DPS hvor 0 % har oppgitt å drive med klinisk simuleringstrening. Det interessante er at hos det andre DPS som har oppgitt samme grad av trening (0 %) oppgir 90,0 % at de tror klinisk simuleringstrening vil føre til økt grad av trygghet (se tabell under).

Tabell 6. Tror klinisk simuleringstrening fører til trygghet

			Trener dere		Total
			Ja	Nei	
Tror klinisk simuleringstrening vil føre til økt trygghet	Økt opplevelse av trygghet	Count % within Trener dere	52 96,3%	23 69,7%	75 86,2%
	Minsket følelse av trygghet	Count % within Trener dere	1 1,9%	10 30,3%	11 12,6%
	Ingen endring i opplevelse av trygghet	Count % within Trener dere	1 1,9%	0 0,0%	1 1,1%
Total		Count % within Trener dere	54 100,0%	33 100,0%	87 100,0%

## 5.0 KVALITATIVE FUNN

Informantene beskriver tanker og følelser rundt treningene og hvordan det har påvirket deres opplevelse av trygghet, mestring og kommunikasjon innad i teamet og kommunikasjon med pasienter. Videre beskriver informantene opplevelse av simuleringstreningenes autensitet og om hvordan ferdighetene integreres i klinisk praksis, om dens nytteverdi. Videre beskrives hvilken måte den berører eller innvirker på den enkeltes opplevelse av trygghet, mestring og kommunikasjon. I metodekapittelet er det gjort rede for prosessen fra råtekst til kodet tekst.

I det følgende vil funnene bli presentert som summen av innholdet inndelt i tre hovedkategorier med subkategorier:

- 1) *Opplevelse* med subkategorier: trygghet/utrygghet, autensitet/selve treningene, handlingskompetanse/mestring, usikkerhet/frykt/følelsesaktivering.
- 2) *Kommunikasjon* med to subkategorier; kommunikasjon med pasienter og kommunikasjon innad i teamet.
- 3) *Fra trening til utøvende praksis* med subkategorier: konkret og aktiv bruk av teknikker og metoder.

### 5.1 Opplevelse

Gjennom tekstanalyseprosessen fant vi 94 sitater som vi kategoriserte under temaet *opplevelse*. Informantene fortalte at de i utgangspunktet var positive til studien og treningene, men ga uttrykk for at de første treningene kjennes unaturlige og kunstige, at de følte seg utrygge på det å være nær hverandre. Videre formidlet informantene det at aggresjon og vold ble tematisert kunne i seg selv vekke en underliggende frykt. Det kom frem at det var flere motstridende følelser og forventninger.

Alle informantene ga uttrykk for at de var positivt innstilt, men også at de i mer eller mindre grad først var litt avventende, så ble de mer åpne og nysgjerrige, og deretter ble de positive og hadde opplevelse av mestring. Tidlig i prosessen hadde informantene tanker om hvordan klinisk simuleringstrening skulle brukes på lengre sikt og stilte spørsmål om hvordan de skulle implementere treninger i den daglige driften.

### *5.1.1 Opplevelse av trygghet/utrygghet*

Informantene rapporterer at opplevelse av tryggheten på selve treningsmetoden økte fra gang til gang:

[...] først tror jeg at vi var ganske spente; oi -hvordan skal vi gjøre dette, skal vi liksom late som...Og det tror jeg preget meg, at det ble usikkerhet. Også tenker jeg at for hver gang vi trente så ble vi tryggere fordi vi visste rammene rundt treningen, og da kan man sikkert prøve ut mer og mer.

Flere informanter fortalte at de opplevde økt trygghet i seg selv og i teamet. Videre fremkom det tanker om at økt trygghet kan forebygge situasjoner. Dette beskriver en av informantene som et resultat av egen indre trygghet. En informant sier: *”Min trygghet smitter over til pasienten vet du, pasientene kjenner at vi er tryggere”*. Videre rapporterer informantene om at de tåler bedre pasientens affekter som irritasjon og følelser som vises på en aggressiv måte. Informantene forteller at de imøtekommer aggressiv atferd på en mer hensiktsmessig måte og som tilfaller pasienten.

[...] Jeg tenkte at vi kan være tryggere hvis vi har noen metoder og grep vi vet vi kan liksom. Og det tenker jeg pasientene kjenner - at vi er trygge så kanskje man kan forhindre veldig mange situasjoner - fordi de ikke blir redde og da blir det ikke samme voldsutøvelse.

En forteller om et møte med en sint pasient rett etter kurset og at hun da opplevde å tåle og romme pasientens følelser med en trygghet i seg selv; Informanten forteller at pasienten forlot

DPS i sinne, men at han kom tilbake og var rolig, og at de kunne fortsette samtalen på en mer konstruktiv og hensiktsmessig måte. Informanten forteller at hun opplevde å imøtekomme pasientens følelser på en omsorgsfull og trygg måte og hun formidler at dette hadde en effekt både på egen vurderingsevne og på pasientens reaksjon (han kom tilbake). En annen informant sier: *”Tryggheten gjør at vi blir tydeligere med pasientene og da vet de hvor de har oss”*. Videre forteller informanten at det er en trygghet i å kjenne til egne reaksjoner i kritiske situasjoner, og vissheten om at teamet samhandler på en hensiktsmessig måte som gjør personalet tryggere og de tør dermed sette tydeligere grenser for pasientene.

Det kommer også klart frem en oppfatning om at trygghet er noe man bygger opp. Det å ha en mental forberedthet og beredskap i form av metoder og teknikker vurderer informantene som trygghetsskapende og som fremmer kommunikasjonsferdighetene.

En informant påpeker at det å få mulighet til å øve på og ta ledelsen i situasjoner har gjort at flere av personalet nå tør påta seg denne funksjonen som de uten treningen ikke ville turt. Hun forteller videre at hun opplever treningene som: *”[...] kjempeviktig for tryggheten og se at det går bra, selv om du tar ledelsen så har du teamet bak deg”*.

### *5.1.2 Opplevelse autensitet/selve treningene*

Til tross for motstridende følelser rapporterer informantene at det var svært positivt at fysiske teknikker og kommunikasjon kunne mestres umiddelbart. Informantene ga uttrykk for at de hadde ulike forventninger til treningene, men at de i utgangspunktet var positive til prosjektet. En informant ga uttrykk for at prosjektet ikke var lystbetont i begynnelsen, men at det etter et par treninger ble økende positivt. En annen ga uttrykk for usikkerhet og hadde blandede følelser til treningen. En tredje informant forteller at også hun var litt skeptisk i begynnelsen, men at det endret seg da hun opplevde at teknikkene var enkle. Holdningen dreide over i positiv retning etter et par treninger og informantene ble positivt overrasket over treningene.

En informant formidlet verdien i at teamet trente sammen og opplevde at det ga positive utslag i form av at teamet ble tryggere på hverandre. Informantene ga uttrykk for at de opplevde at treningene hadde en naturlig og logisk utvikling, hadde kontinuitet og bygde på hverandre. Videre var det to av informantene som pekte på at treningene hadde et etisk fundament med fokus på pasientsikkerhet. Det at treningene inneholdt øvelse i å regulere og trygge pasienten

bidro til opplevelse av økt trygghet hos en av informantene. En annen påpeker at treningene økte generelle ferdigheter og opplevde at det virket ivaretagende for både personalet og pasientene, og sier det slik: ”[...]og at det er en ferdighet og trening som både beskytter en selv, men også pasienten [...]”.

Scenarioene ble oppfattet noe ulikt, fra å bli oppfattet til å være noe kunstige til det virkelighetsnære og autentiske. En sier: ”[...] det føles litt kunstig da, å være med i rollespill, men jeg ser jo nytteverdien...”. En annen sier: ”Jeg synes man blir overraskende stressa når man øver, selv om man vet at det er en øvelse så synes jeg det er veldig virkelig [...] jeg merker jo at problemløsningsevnen blir dårligere når du ikke har øvd”. En tredje informant sier: ”Jeg synes scenariene hadde forankring i virkeligheten og jeg får et mer realistisk syn på at man må være forberedt og ser at man har nytte av det”.

En annen informant forteller at treningen ga henne virkelig stress og at hun levde seg godt inn i situasjonene og opplevde at scenarioene var autentiske, hun sier; ”[...] da fikk jeg den fornemmelsen av å kjenne sånne ekte følelser da, under treningen, det ga mening og var nyttig for klinisk praksis”.

### *5.1.3 Opplevelse av usikkerhet/frykt/følelsesaktivering*

Flere av informantene fortalte at treningene hadde aktivert følelser fra tidligere situasjoner der de hadde opplevd ubehag og redsel i situasjoner med aggressiv atferd. En forteller at det i personalgruppa ble mer snakk om situasjoner med aggressiv atferd som personalet tidligere hadde erfart: ”[...] det har på en måte kommet til bevisstheten igjen en del ting som man kanskje har glemt litt - som noen husker og som andre ikke husker så godt”. Noen ga uttrykk for redsel for å måtte gå inn i mer risikofylte situasjoner, informantene hadde klare utsagn om at de ikke vil tåle mer risikofylte situasjoner, uavhengig av treningen: ”Samtidig er jeg veldig bevisst på at det ikke skal gjøre at man tar noen flere sjanser eller at man tar andre typer saker enn man vanligvis ville gjort, da”. Det ble også påpekt usikkerhet om de fysiske frigjøringssteknikkene ville fungere dersom man ble holdt av en som er fysisk sterkere;



[...] jeg synes det var interessant at det går an å frigjøre seg fra kvelertak og holdegrep. Men så fikk jeg en nedtur da det var en mannlig kollega som skulle holde meg fast og da kom jeg meg ikke løs... ((latter)) fordi han var så sterk da funka det jo ikke [...].

Informanten forteller at dette ga en avmaktsfølelse når frigjøringsteknikker ikke fungerte. Videre forteller hun at treningssituasjonene aktiverte følelser men til tross for ubehag hadde det en positiv faktor da hun opplevde læring i dette.

En informant ga uttrykk for usikkerhet knyttet til om de fikk trent nok og at dette ga refleksjoner om at trening kan vekke utrygghet i stedet for trygghet: ”*Jeg er fremdeles litt usikker på om vi får trent nok på å kunne forsvare oss på et vis, i veldig ekstreme situasjoner, jeg er fortsatt litt usikker på om dette skaper større trygghet eller ikke*”.

Tidlig i opplæringsprosessen var det av deltakerne som ønsket å prøve seg som markør i et scenario. Deltakeren forteller at innlevelsen i markørrollen ble så sterk og fastlåst at det var vanskelig å ha et metaperspektiv. Deltakeren (markøren) lot seg ikke korrigere og responderte ikke på det som ble kommunisert slik at teamet opplevde lite samspill, læringsmålene ble ikke nådd, og de opplevde frustrasjon over at scenarioet ble preget av kaos. En informant beskriver det slik:

Vi har jo hatt forskjellige funksjoner eller roller i disse scenarioene og på en av de første treningene så skulle vi gjøre noe veldig ((latter)) enkle grep da, men så ble det litt mer voldsomt enn planlagt. Og da det var litt ubehagelig egentlig. Markøren gikk litt utover det som ble planlagt kan du si – så vi blei litt overraska og klarte ikke helt å landet situasjonen...

Dette viser at det er nødvendig at markøren er sensitiv for situasjonen og evner å spille sin rolle slik at deltakerne på et tidspunkt opplever mestring i de forhåndsbestemte læringsmålene. Videre viser dette at samspillet mellom markør og fasilitator er viktig for å regulere temperamentet scenarioet.

#### *5.1.4 Opplevelse av handlingskompetanse og mestring*

Informantene fortalte at de ikke har praksis med å være fysisk nær pasientene, at dette nærmest var et prinsipp. Det å utføre etisk forankrede holdegrep ble formidlet som svært uvant, og informantene ga uttrykk for at den etiske bevisstheten var viktig og det at de selv fikk kjenne på å bli holdt gjorde at de ble tryggere på at de kunne holde andre på liknende måte da de nå visste at holdegrepene ikke ville påføre smerte eller skade pasientene. En av informantene forteller hvordan hun opplevde å praktisere ledsagergrepet på et hjemmebesøk;

[...] jo vi var hjemme hos en pasient for en uke siden og skulle hente henne inn, hun var ruset. Hun var litt sånn vakkende og jeg tenkte at nå... nå skal jeg prøve dette grepet, og det funket. Altså såne her enkle greier som fungerte bra, ledsagergrepet. Så hadde jeg ganske godt tak i henne ned trappen. Så det gjør forskjell, det er liksom mere det å kunne ta et ordentlig grep uten at det blir så invaderende, at man liksom holder fast i pasienten. Det er mer støttende. Jeg håper hun følte seg tryggere, jeg følte meg tryggere. For jeg så jo for meg at hun kunne falle ned trappen. Og vanligvis så tror jeg kanskje at jeg bare hadde... det høres jo faktisk ille ut, men... ja prøvd med noe sånt her litt mer klønete grep rundt armen. Eller bare håpet på det beste, og det der å håpe på det beste er liksom litt ((latter)) kjipt. Nå var det bare så innmari enkelt og bare legge armen under og bare støtte litt. Ja, det tenker jeg er kjempeviktig. Jeg tror ikke engang hun... jeg tror ikke bevisst hun merket at jeg gjorde noe som helst. Men jeg tror... det er kanskje jeg som innbiller meg, men ((latter)) jeg tror hun underbevisst kjente at det var trygt. Også at det ikke blir det der at liksom å klype med hånden... man holder ikke fast, men man mer støtter henne ned da... Også følte jeg meg mer... det var kanskje det aller viktigste, men jeg følte meg litt sånn... eh: det høres litt sprøtt ut, men litt sånn stolt, altså litt mer kompetent ((latter)) altså her kan jeg ta grep og ikke bare står der og ikke vite hva jeg skal gjøre. Så jeg kan både gjøre en vurdering og være litt håndfast og få det til rent praktisk.

Informantene ga uttrykk for at treningen har innvirkning på opplevelsen av trygghet og at dette igjen styrker evnen til- og øker handlingskompetansen, slik denne historien viser. Videre forteller informantene her at hun opplever seg stolt og mer kompetent i en usikker situasjon. En faktor som synes viktig var ivaretagelse av pasientsikkerheten. Det at treningene og teknikkene hadde et etisk fokus; ”[...] *det som har vært viktig for meg er de der etiske refleksjonene [...]*” uttaler en informant.

To av informantene påpekte at det var svært viktig med mestringsopplevelse i scenarioene, og at samspillet med markør og fasilitator var viktig for mestringen. Videre rapporterer informantene om opplevelse av egenutvikling i løpet av treningsprosessen, og om økt mestringsopplevelse. At treningene var virkelighetsnære og autentiske formidlet informantene som viktig og de som hadde funksjon som markør forteller at det hadde en nytteverdi i form av at man fikk kjenne litt på det å være pasient. En informant sier;

[...] så skulle jeg være markør, og det syntes jeg var litt skummelt, for da må man spille litt teater. Og samtidig så var det utrolig nyttig, for det synes jeg også var litt sånn at det blir mer realistisk enn man først tror, at man går ganske inn i... man kan nok simulere virkeligheten ganske godt tenker jeg, selv om det ikke blir helt likt... ja, så tror jeg man oppdager ting, også om hvordan det er å være pasient, og at det faktisk blir mer realistisk enn hva man tror, jeg fikk i hvert fall en sånn liten aha-opplevelse.

## **5.2 Kommunikasjon**

### *5.2.1 Kommunikasjon med pasient*

Informantene forteller at de har en opplevelse av at treningene bedret kommunikasjonsferdigheter generelt, og i stressede situasjoner spesielt. Det å ha konkrete teknikker gjorde at de opplevde å kunne imøtekomme situasjoner på en sikrere og mer faglig

kompetent måte. En forteller om en situasjon der de møtte en aggressiv pasient inne på DPS i kursperioden, og hvordan de erfarte at kommunikasjon ga oversikt:

[...] vi var to fra vår avdeling og en fra en annen avdeling. Så den måten vi organiserte oss på, hvem som tok hva og hvem som tok regien gikk relativt greit. Og at vi hadde god kommunikasjon underveis, og det tenker jeg handlet mye om at vi hadde øvd på det i forkant da... var vi veldig bevisst, ikke sant, hvordan vi satt i rommet, og at vi hadde døra åpen så han kunne gå ut... å vite at kanskje vi hadde kontroll. Vi kunne fortsette samtalen og vi kunne på en måte prøve å roe det ned og så visste vi på en måte når vi måtte si at vi måtte avslutte. Man har utvidet det ved å ha på noen konkrete teknikker man kan bruke, det går på holdninger, hva kan man si, og liksom sånne type ting, som gjør at man kan håndtere en situasjon på en bedre måte da... jeg tenker det kan rette en fra å bli veldig handlingslammet. Man kan håndtere en situasjon på en bedre måte da.

En annen informant forteller at hun opplevde at konkrete teknikker påvirker kommunikasjonen i reelle situasjoner. Hun forteller hun opplevde at det er viktig å være tydelig i kommunikasjonen ved å gi tydelige beskjeder både når man gir og mottar. Videre forteller hun at hun så en svakhet i systemet og hvordan situasjonene fort ble kaotiske og uoversiktlig med uklar kommunikasjon:

[...] det ble klarere for meg hvor viktig det er å være tydelig, det å gi og motta beskjeder. Så jeg skjønnte jo det mer og mer at *det* var svakheten i systemet, kaos ble liksom åpenbart når kommunikasjonen var uklar. Vi fikk en større bevissthet på tydelig kommunikasjon.

Informantene gir uttrykk for økt trygghet i det å være mer direkte med pasientene. Det å formidle tydelig og konkret til pasienten hvordan vi oppfatter pasientens affekter, og at dette kan være med på å dempe og forebygge pasientens agitasjon.

### 5.2.2 Kommunikasjon i team

Informantene formidlet på ulike måter at treningene har hevet kommunikasjonsferdigheter. En informant sier det på denne måten:

[...] jeg tror det ble tydeligere i hvert fall for meg hvor viktig det er at man snakker høyt og snakker sammen. Man må faktisk snakke sammen og gi signaler og snakke; så man vet hva den andre gjør, vi fikk jo noen sånne tanker om struktur da, i betydningen av struktur og kommunikasjon i akutsituasjoner.. vi er ikke gode på det, vet du, det er vi ikke... for vi har jo ikke trent på det liksom...

En av informantene gir uttrykk for at klinisk simuleringstrening har styrket teamet til felles forståelse, bedre samhandling og kommunikasjon i situasjoner. Videre har det ført til økt refleksiv praksis i teamet hvilket beskrives som styrkende og at teamet blir tryggere på hverandre. Informanten forteller at klinisk simuleringstrening generelt har hatt en positiv effekt på hele teamet.

## 5.3 Fra trening til utøvende praksis

Klinisk simuleringstrening var nytt for alle deltakerne. En informant forteller at det var veldig uvant å være fysisk nær og at det å trene var unaturlig i starten. Informanten forteller at hun var positiv til at fysisk berøring og trygge holdeteknikker under treningene kunne overføres til klinisk praksis og fungere som omsorg og samtidig være en trygg intervensjon til urolige pasienter.

Tre av informantene fortalte at de *aktivt* hadde brukt *konkrete teknikker og metoder* fra kurset både i DPS sine lokaler og i ambulante oppdrag hjemme hos pasienter, slik en informant forteller i kapittel 5.1.4 og i 5.2.1. De fortalte at metodene og teknikkene fungerte bedre enn ventet og at de opplevde økt trygghet både i seg selv, i forhold til pasienten, teamet og kollegaene.

Oppsummert rapporterer informantene om at de opplever at treningene er virksomme. Informantene forteller om opplevelse av økt handlingskompetanse, forbedring av risikovurderinger, bedre mental forberedthet og de formidler at de tror at egen trygghet sannsynligvis har en forebyggende effekt.

De fire informantene gir uttrykk for at det er viktig å opprettholde treninger etter opplæringsperioden. En informant uttrykker det slik:

[...] dette må virkelig sitter i ryggmargen; om vi ikke fortsetter treningene har det vi har lært nå kanskje ikke så stor verdi. Det vil jo bli ganske klønete om vi går inn og skal holde en pasient- også husker vi ikke hvordan vi skal gjøre det, da blir det jo bare tull.

En informant formidler at prosjektet og treningene er en pågående prosess som ikke er ferdig og at er en forutsetning å videreføre treningene ellers ville det ikke ha noe mening å delta på i dette forskningsprosjektet.

## 6.0 DRØFTING AV FUNN OG METODE

### 6.1 Drøfting av funn

#### *6.1.1 Klinisk simuleringstrening og påvirkning av trygghet*

Vi har sett ut i fra resultatene i den kvantitative undersøkelsen at denne ikke gir signifikante svar på hvorvidt klinisk simuleringstrening fører til en økt følelse av trygghet i arbeidet med pasienter med voldsrisiko. Den kvalitative undersøkelsen har resultert i funn som omhandler følelse av trygghet som følge av klinisk simuleringstrening hvor informantene går nærmere inn på sin opplevelse av dette. Samtidig ser vi at et flertall av respondentene i spørreundersøkelsen har svart at de har *tro* på at klinisk simuleringstrening vil føre til økt følelse av trygghet.

Intervjuene viste oss at trygghet er et begrep som brukes til å beskrive en følelse man kan ha i mange ulike former for situasjoner. Dette gjør at selve trygghetsbegrepet blir noe annerledes i den kvalitative delen enn i en kvantitative hvor det var vi selv som måtte definere begrepet. En informant fortalte om trygghet i treningen og at tryggheten økte etterhvert som deltakeren ble trygg på rammene for treningen. Videre ble det beskrevet at det å være trygg i seg selv og i teamet smitter over på pasienten. Den definisjonen vi har hatt som utgangspunkt for den kvantitative undersøkelsen berøres også. En informant forteller om en pasient som ble sint, men hvor hun klarte å fortsette samtalen etter et avbrudd og opplevde at hun brukte sin trygghet til å formidle omsorg og å imøtekomme pasientens følelser på en god måte.

En annen måte å bruke begrepet på er hvor en informant fortalte om en situasjon hvor hun og en kollega måtte ta tak i en pasient som var ustø og hvor hun opplevde å kjenne seg trygg i denne situasjonen hvor hun måtte være fysisk holde pasienten og derved være nær pasienten. I tillegg opplevde informanten at hun kunne bruke et skånsomt grep og informanten formidlet at hun kunne fornemme at pasienten formidlet trygghet. Trygghet kan altså ha flere dimensjoner, men betyr det at begrepet blir utvannet eller er det et signal om at et trygghetsfokus og trygghetsskapende tiltak gjør at det etableres en generell trygghet i arbeidshverdagen til psykisk

helsearbeidere? Studien vår gir ikke noe klart svar på dette, i hvert fall ikke hvis ser på de kvantitative resultatene. Utsagn fra intervjuene bekrefter uansett at psykisk helsearbeidere har et fokus på trygghet, og er interessert i å utvikle trygghet i arbeidssituasjoner samtidig som statistikken basert på spørreundersøkelsen beskriver at de fleste allerede opplever seg trygge.

Det er et interessant funn at de fleste som deltok i spørreundersøkelsen faktisk føler seg *trygge* i arbeidet. 86 % føler seg trygge eller svært trygge i arbeidet når det gjelder arbeid med alle pasienter de møter. På mange måter må jo dette være et godt utgangspunkt for å være psykisk helsearbeider og arbeide med pasienter med voldsrisiko, og denne diskusjonen måtte blitt annerledes hvis utgangspunktet var at psykisk helsearbeidere opplevde arbeidet som mindre trygt. Man må imidlertid spørre seg om hvorfor det er slik at alle i så stor grad føler at arbeidet er trygt.

For samtidig som at funnene peker på stor grad av trygghet oppgir 73,4 % av de samme respondentene at de har opplevd eller vært vitne til vold og/eller aggresjon. Av disse har en vesentlig andel opplevd eller vært vitne til å bli verbalt eller fysisk truet, henholdsvis med eller uten våpen. Vi må kunne anta at noen av disse hendelsene i hvert fall har medført en forbigående følelse av utrygghet. Kanskje hendelsene er så sjeldne at utryggheten eventuelt ikke blir varig? I de kvalitative intervjuene bekreftes langt på vei antakelsen om at den konstante følelsen av trygghet preges av at de utrygge hendelsene er så sjeldne. En av informantene omtaler sin tidligere erfaring med vold slik:

[...] Det gjør noe med en, å bli utsatt for vold [...] men jeg har ikke vært i noen slike voldhendelser [...] men ja det er jo ubehagelig. Jeg kjente på veldig ubehag, selv om det var jo ikke noe store ting pasienten fikk gjort [...] men hun bare slengte den armen [...] det var ganske vondt og, men det var ikke noe mer enn det [...] altså folk har opplevd verre ting også, men det lille der var veldig ubehagelig, så det forteller meg at å bli utsatt for vold, det gjør noe med en.

Informanten understreker til slutt ubehaget ved å bli utsatt for vold, men begynner fortellingen med å avvise at hun noen gang har opplevd voldshendelser. Flere av informantene formidler en holdning hvor de begrunner fraværet av trygghetskapende tiltak med at de har jobbet lenge i yrket og at de har unngått å havne i utrygge situasjoner. En informant hadde et inntrykk av at



både hun selv og kolleger har en tendens til å kunne glemme tidligere hendelser: ”[...] *det har på en måte kommet til bevisstheten igjen en del ting som man kanskje har glemt litt –som noen husker og som andre ikke husker så godt* ”.

Flere kan imidlertid beskrive hendelser hvor de har kjent på handlingskompetansen sin i utrygge situasjoner i perioden *etter* at de startet med klinisk simuleringstrening som del av denne oppgaven. Kan dette skyldes en økt bevissthet rundt denne typen hendelser? Er det sannsynlig at antall hendelser har økt etter at teamet startet med klinisk simuleringstrening? Begrunnelsen for sikkerhetstiltak i psykisk helsearbeid er gjerne basert på at alvorligheten i de potensielle hendelsene er så høy som den er (Krogstad et al, 2015), noe respondentenes erfaringer tilsier.

Spørreundersøkelsen viser at det heller ikke var noen signifikant forskjell på følelsen av trygghet til de som hadde videreutdanning i voldsrisikovurdering, noe som kunne vært med på å øke bevisstheten rundt alvorlig vold.

Et viktig spørsmål i denne drøftingen er hvorvidt noen av resultatene våre viser at denne studien, skiller seg fra studier som er gjort på klinisk simuleringstrening i andre settinger for eksempel psykiatrisk avdeling. Vestal (et al, 2016) viser resultater med noen likhetstrekk, at klinisk simuleringstrening stimulerer til kunnskap, men at det ikke påvises signifikant økning i trygghet.

Det vi blant annet ønsket å undersøke ved å gjøre en studie spesifikt om ambulante team er hvorvidt den potensielle alvorligheten av det som Dieckmann (2009) betegner som lavfrekvente hendelser ville oppleves ytterligere alvorlig i en ambulant setting. Siden man i større grad opererer i ukjente miljøer som hjemme hos pasienter kunne dette vært en mulighet. Også her må vi stille spørsmål rundt det at respondentene oppgir at de opplever arbeidet som gjennomgående trygt.

I spørsmål nr. 22 ble respondentene bedt om å rangere ulike arenaer etter hvor trygt psykisk helsearbeider syntes det er å møte pasienter til behandling. Her var det hjemmebesøk som utmerket seg som den mest utrygge. Behandling i eget lokale ble oppfattet som mest trygt. Det var altså en arena som er typisk for ambulant arbeid som ble opplevd som mest utrygg, mens det var den arenaen som minner mest om institusjon som ble opplevd som mest trygg.

Det som viser seg da er at vi har en typisk ambulant arena som føles som mest utrygg og et flertall av respondenter som har tro på at klinisk simuleringstrening vil føre til økt trygghet. Allikevel er det altså ikke signifikante funn som tyder på at dette er tilfelle. Kan årsaken til dette være at psykisk helsearbeidere ser på det å oppnå en trygghet i forhold til vold og aggresjon på et hjemmebesøk som utopi? At den potensielle alvorlighetsgraden gjør at de uansett ikke tror at man kan gjøre tiltak for å øke tryggheten?

Av de som ikke drev med klinisk simuleringstrening fra før svarte 30,3 % at de trodde klinisk simuleringstrening førte til minsket følelse av trygghet. En av informantene i intervjuundersøkelsen ga uttrykk for noe av det samme: *"Jeg er fremdeles litt usikker på om vi får trent nok på å kunne forsvare oss på et vis, i veldig ekstreme situasjoner [...]".* Kan dette skyldes det samme, at det synes som uoverkommelig å kunne beherske risikosituasjoner i en ambulant setting?

I intervjuundersøkelsen ga informantene uttrykk for at den kliniske simuleringstreningen ga en mestringsfølelse, men også en avmaktsfølelse i tilfeller da man ikke håndterte situasjonen på grunn av stor fysisk motstand. En informant beskrev det sånn: *"[...] i veldig ekstreme situasjoner, jeg er fremdeles litt usikker på om dette skaper større trygghet eller ikke".*

En følelse informantene kunne fortelle om da de ble introdusert for klinisk simuleringstrening var en uro for at treningen hadde som mål å gjøre deltakerne rustet for andre typer oppdrag. *"Samtidig er jeg veldig bevisst på at det ikke skal gjøre at man tar noen flere sjanser eller at man tar andre typer saker enn man vanligvis ville gjort da."* Klinisk simuleringstrening forutsetter at deltakerne har et engasjement (Dieckmann, 2009). Her kan vi tenke oss at det er informasjon som ikke har kommet godt nok fram. Informasjon og hensikt med treningen er viktig for engasjement og trygghet i læringsprosessen (Ibid, 2009).

### *6.1.2 Psykisk helsearbeiders opplevelse av å delta i klinisk simuleringstrening*

I den statistiske delen av studien fremkommer det at respondentene opplevde at klinisk simuleringstrening har likhetstrekk med reelle situasjoner. Hele 94,4 % tilkjennega at det å trene er svært eller delvis autentisk, fordelt på 35,8 % som svarte at det var svært autentisk til 58,6 % som synes det er delvis autentisk. I intervjuundersøkelsen ble det gjort flere funn som berører dette temaet. En av informantene sa at det periodevis føltes litt kunstig å spille rollespill,

men at man blir vant til dette etter hvert. Dieckman (2009), Oud, (2010) og Retterdal (2009) påpeker viktigheten av at deltakerne i klinisk simuleringstrening selv må bidra til at scenarioene oppfattes som reelle som mulig. Det er dessuten sentralt at man er dedikert og engasjert når man er deltaker i klinisk simuleringstrening. To av informantene fremhevet samspeillet mellom instruktør og markør som sentralt for at treningen skal fremstå autentisk. Dette bekreftes også av litteraturen (Brown, 2008).

I Dieckmann (et al, 2012) fremheves instruktørens engasjement, innlevelse og evne til å skape en trygg atmosfære som viktig. Et av de sentrale funnene på dette området er den følelsen flere av informantene anga da de beskrev situasjoner i treningen som aktiverte frykt og ubehag som fremsto på samme måte som om det skulle skjedd i virkeligheten. Dessuten kunne informantene fortelle at elementer i treningen reaktiverer følelser fra tidligere opplevelser. Den ene informanten fortalte om en episode hun hadde blitt utsatt for hvor hun hadde sett en kollega bli holdt fast og at den ubehagelige følelsen denne episoden medførte kom tilbake under en tilsvarende øvelse med fastholding og frigjøringsteknikker under treningen.

Selv om klinisk simuleringstrening krever at deltakerne gir av seg selv og deltar aktivt i scenarioene for at det skal øke nytteverdien er det også noen begrensninger som nevnt av Dieckmann (2009). Dersom deltakerne ikke holder seg innenfor det som er avtalt og ikke aksepterer situasjonen som skal simuleres kan dette forplante seg videre i prosessen. Flere av informantene beskrev en situasjon hvor en markør gikk utenfor det avtalte scenarioet og opptrådte med mer motstand og fysisk makt enn det som var planlagt. Dette gjorde at det ble vanskelig å gjennomføre scenarioet som planlagt og å nå læringsmålene som var presentert i forkant. Dette kom uventet på de andre deltakerne, og det ble beskrevet som en situasjon som ble opplevd ubekvem. En informant kunne imidlertid fortelle at det også var en viss læring i situasjonen.

Det er ikke alltid slik at situasjoner med vold eller aggresjon i psykisk helsearbeid kan forutses og planlegges. Vold kan også være instrumentell og komme brått (Isdal, 2000). I spørsmålet nr. 13 i spørreskjemaet hvor respondentene skulle komme med forslag til hva man ønsket å trene mer på var *ikke-planlagt simuleringstrening* ett av forslagene. Det er altså et ønske fra deler av utvalget om å øke realismen i simuleringstrening slik at man kan få uanmeldte simuleringer.

Det spørres imidlertid om dette argumentet holder i lengden og om dette vil føre til trygghet på sikt. Dieckmann (2009) fremhever god ledelse og at man skal forholde seg til teori og avtalte læringsmål som grunnleggende for at deltakerne skal opprettholde sitt engasjement og sin vilje til å delta i klinisk simuleringstrening. Det spørres også hva overraskelsesmomentet ville gjort med det som informantene beskriver som trygt i form av gradvis innlæring og økende mestring. Klinisk simuleringstrening er basert på det å jobbe sammen, ville hverandre vel og spille hverandre gode (ibid, 2009).

### *6.1.3 Hvordan kan treningen legges opp for at den skal oppleves som nyttig*

Vi ser tidligere at litteraturen (Vestal, 2016; Molnes og Hunstad, 2014; Moldal, 2015) samt elementer fra vår egen studie viser at psykiske helsearbeidere og andre helsearbeidere har tro på at klinisk simuleringstrening er et nyttig verktøy.

Klinisk simuleringstrening kan gjennomføres på flere måter. Mangel på konkrete prosedyrer og retningslinjer kan være en grunn til at simulering i psykisk helsevern ikke har vært gjennomført i like stor grad som i medisin (Goldfarb og Gorrindo, 2013). Det er en rekke ulike faktorer med i bildet som gjør at det som presenteres på ett sted kan fremstå ganske annerledes et annet sted.

Informantene i den kvalitative undersøkelsen ga uttrykk for at de hadde forventet noe annet enn det som ble presentert da de begynte treningsperioden. De kunne blant annet fortelle at de hadde fryktet at det i større grad skulle være øvelser som var vanskelige og som de ikke trodde at de skulle mestre. De ga derfor uttrykk for lettelse da treningen ikke fremsto som uoverkommelig, men derimot noe de kunne mestre fra første trening.

Dieckmann (et al, 2012) påpeker at scenarioene bør være relevante og gjenkjennbare for deltakerne og stå i sammenheng med presentasjon av teori og læringsmål. Oud (2010) fokuserer på viktigheten av at treningen er forankret i ledelsen og involverer ansatte i hele prosessen rundt treningen. Den kvantitative undersøkelsen viste ingen forskjell i opplevelsen av trygghet som baserte seg på hvorvidt instruktøren er kjent for teamet eller ikke (p-verdi: =0,345). I den kvalitative undersøkelsen var det imidlertid flere av informantene som vektla instruktørens egenskaper som viktige for at de skulle finne seg til rette i den kliniske simuleringstreningen.

Informantene ga uttrykk for at det var viktig for prosessen å mestre treningen men også bli utfordret underveis.

Klinisk simuleringstrening i psykisk helsearbeid kan ha en tendens til å fokusere på pasienter med voldsrisiko og situasjoner med mye uro. Dette kritiseres blant annet av Bøe & Thomassen (2009) som mener at man skal møte pasienter med tillit og trygghet slik at dette i seg selv vil forebygge vold og aggresjon. Spørsmålet om hva som skal være innholdet i klinisk simuleringstrening har vært en utfordring i forhold til å implementere dette i psykisk helsearbeid. Mange ser på simulering som lettere å gjennomføre i arbeid som er mer preget av praktiske prosedyrer slik som somatisk helsehjelp.

Mangel på kunnskap og erfaring om simulering i psykisk helsearbeid kan ha bremsert utviklingen (Goldfarb & Gorrindo, 2013). Her påpekes det igjen involveringen av de ansatte som Oud (2010) trekker fram. Hvis de ansatte får være med på å velge fokusområder og scenarioer så vil dette være med på å danne et godt grunnlag for at man skal nyttiggjøre seg treningen.

Dieckmann (2009) peker på at gode holdninger og at man drar i felles retning er viktig for å få gjennomført klinisk simuleringstrening og ha nytte av det. Det at 86,2 % av respondentene viste seg å ha tro på dette som nyttig i forhold til trygghet viser at det er en generelt positiv holdning til klinisk simuleringstrening i ambulante team. Av de som ikke trente fra før var det derimot 30,3 % som trodde dette ville føre til minsket følelse av trygghet. Dieckmann (et al, 2012) peker på at klinisk simuleringstrening har liten læringseffekt hvis dialogen er preget av mistillit og uvilje. En annen forklaring kan være at de som ikke trener ikke har kjennskap til hva klinisk simuleringstrening, slik som en av våre informanter kunne beskrive. Det kan også være problemer med å finne tid, noe som igjen gjør det viktig at denne typen aktivitet er forankret i ledelsen (Ibid, 2009).

Å oppleve mestring underveis i kliniske simuleringstrening er en viktig faktor for læring (Dieckmann, 2009). En informant erfarte at det var en hårfin balanse mellom mestring og nedtur. Hun forteller hvordan hun til et visst tidspunkt i kurset hadde opplevd mestring, men så skulle hun øve på et grep på en treningspartner som var fysisk sterkere og det ble da tydelig for informanten at grepet ikke fungerte slik det var ment. Her kan man spekulere i hva dette har å

si for praksis, og om det sender noen signaler om hvilke forventinger en har til psykisk helsearbeidere i ambulante virksomhet. Er det forventet at en skal kunne holde fast en pasient ved et hjemmebesøk, slik som av og til er nødvendig i en institusjon hvis en pasient er til fare for seg selv, eller er det forventet at man skal kunne frigjøre seg fra å bli holdt fast av pasienter? Og hvilke signaler sender så dette?

Kan dette være et tegn på at den teoretiske utviklingen rundt klinisk simuleringstrening i ambulante team er uferdig slik som beskrevet av Vestal (et al, 2016) og Goldfarb & Gorrindo (2013)? Vi tenker at dette ytterligere forsterker viktigheten av informasjon og støtte til deltakerne både fra ledelse, kursholdere og instruktører. Hvis intensjonen med klinisk simuleringstrening er å øke trygghet i arbeidet de ansatte allerede utfører bør dette komme klart fram til de ansatte.

En passende avslutning på avsnittet om hva som må til for at man skal nyttiggjøre seg av klinisk simuleringstrening er det informantene sier om at treningen må vedvare. En informant sier at hun ikke oppfatter dette som et fullført kurs, men som en prosess som må vedvare hvis det skal ha noen betydning.

#### *6.1.4 Klinisk simuleringstrening og kommunikasjon*

Informantene i den kvalitative delen av undersøkelsen forteller om en opplevelse av at klinisk simuleringstrening bedret kommunikasjonsferdigheter generelt, og i stressede situasjoner spesielt. En årsak som ble nevnt for dette var den tryggheten som informanten hadde etablert på bakgrunn av de teknikkene man hadde trent på gjennom treningsperioden. Dette gjorde ifølge informanten at det ble lettere å fremstå sikker og tydelig i kommunikasjonen ovenfor pasienten. Litteraturen sier noe om at det er hensiktsmessig ovenfor pasienter med aggressiv atferd å være tydelig og kongruent i kommunikasjonen (Føyn, 1997). Det vil si at kommunikasjon, kroppsspråk og kroppsholdning bør samsvare for ikke å virke forvirrende (Føyn, 1997). Betydningen av dette kjenner vi igjen i informantens beskrivelse: ”[...] vi hadde god kommunikasjon underveis [...] det går på holdninger [...] Man kan håndtere en situasjon på en bedre måte da”.

En annen informant forteller om en situasjon hvor tydelig kommunikasjon var fraværende og at dette medførte at situasjonen ble kaotisk og uoversiktlig. Informanten forteller om hvordan

dette synliggjorde betydningen av kommunikasjonsferdigheter, og at dette økte bevisstheten rundt tydelig kommunikasjon.

Det å ha en bevissthet rundt kommunikasjon som en del av klinisk simuleringstrening er ekstra viktig fordi situasjoner skjer sjelden, men at de er potensielt alvorlige. I Psykisk helsearbeid er kommunikasjon med mennesker helt grunnleggende og er å anse som vårt viktigste redskap (Henriksen og Vetlesen, 2006). I overgangen fra å kommunisere tålmodig og lyttende med en pasient til å skulle være effektiv og tydelig i en situasjon som krever samhandling med økt stressnivå kan være utfordrende. Funn fra intervjuundersøkelsen viser at nye situasjoner kan føles kunstige og utrygge. En informant forteller at hun opplever økt trygghet i å være mer direkte med pasientene.

Kommunikasjon innad i teamet var også noe som informantene beskrev. En informant fortalte om hvordan hun nå opplever at en akutt situasjon krever struktur. Dette var ikke så klart for henne da hun ikke hadde trent på tilsvarende situasjoner tidligere. Hun hadde heller ikke opplevd slike situasjoner gjennom arbeidet sitt. Gjennom å trening hadde det blitt tydeliggjort for informanten hvor sentralt det er å gi signaler og snakke sammen i akuttsituasjoner. En annen informant fortalte hvordan klinisk simuleringstrening gjennom treningsperioden hadde styrket teamet og deres felles forståelse gjennom økt refleksiv praksis. Debrief er en sentral del av klinisk simuleringstrening (Dieckmann, 2009; Brown, 2008). Det er i debriefen man reflekterer over hva som skjedde i scenarioene ved å ha et metaperspektiv på hva som utløste situasjonen, hvilke valg og beslutninger som ble tatt. Dette gjør at en blir mer bevisst på hva som eventuelt kunne ha blitt gjort annerledes. Det er her mye av læringsprosessen ligger (Dieckmann, 2009; Brown, 2008). Informanten sier at denne praksisen har bedret teamets samhandling og kommunikasjon i flere situasjoner og at det har hatt en positiv effekt på teamet.

#### *6.1.5 Klinisk simuleringstrening og tidevannsmodellen*

Dersom vi ser klinisk simuleringstrening i lys av tidevannsmodellen og de resultater som fremkommer i studien kan vi se for oss at treningen er psykisk helsevern sin måte å opprettholde den sikre havn på. Den sikre havn bruker Baker (Brooks, 2009) som metafor på helsevesenet. At det er hit pasienten kommer når han har vært utsatt for skipsforlis eller pirater (kriser) og at det er her han skal få sin reparasjon (behandling/recovery). For at psykisk helsevern skal være i stand til å utføre de reparasjoner som er nødvendige må vi ha de nødvendige redskapene. I

dette ligger det at vi bør ha *den nødvendige tryggheten* (Verge, 2012) iboende i oss. Slik at vi kan møte pasienten med god vilje til å forstå hans reaksjoner og samtidig ha et bevisst forhold til hvordan vi selv reagerer. Slik at pasienten til tross for sin aggresjon og sitt sinne vil oppleve å bli møtt med bekreftelser på at vi ønsker han vel. Funnene i den kvalitative studien bekrefter at teamet har blitt styrket ved å trene. Det er flere dimensjoner i klinisk simuleringstrening og ser vi til Barker (Brookes, 2009) og hans filosofiske tilnærming til pasienten kan vi tenke oss inn i et scenariet der selv-domenet fokuserer på pasientens opplevelse av trygghet, og tenke oss at pasienten opplever utrygghet i utrygge omgivelser. Informantene bekrefter at de er blitt ”en tryggere havn” for pasientene.

I dette avsnittet vil vi drøfte klinisk simuleringstrening satt i sammenheng med problemstillingen vår og funnene i studien. Dette for å sette denne studien inn i et sykepleieteoretisk perspektiv og belyse funnene fra denne vinkelen.

#### 1. *Verdsett stemmen*

Kritikere at klinisk simuleringstrening hevder at man ved å gjennomføre slike tiltak mister det unike og likeverdige i møtet med pasienten (Bøe & Thomassen, 2009). Pasientens stemme er sentral og den forteller om hans levde liv i den hjelpende relasjon (Brookes, 2011). Noe av kritikken mot klinisk simuleringstrening er bruk av markør, at dette er med på å generalisere og knytte spesifikk problematikk til psykisk lidelse. Dermed står man i fare for å legge til rette for det unike møtet mellom mennesker ved at møtet er basert på forutinntatte holdninger (Haugsgjerd et al, 2009).

Innenfor simulering finnes det blant annet en debatt som går på det å bruke skuespillere til å simulere pasienter i stedet for at man selv velger ut en markør fra teamet (Dave, 2012). Argumentet for dette er å spisse ferdighetene til deltakerne ved at instruktøren kan eksponere kursdeltakerne for flere ulike diagnoser med ulik alvorlighetsgrad og at kursdeltakeren kan øve på sine kommunikasjonsferdigheter uten å utsette seg for sikkerhetsrisiko (Ibid, 2012). Funnene fra intervjuundersøkelsen peker i retning av at bruk av markør fordrer god kommunikasjon og gode holdninger i samspillet mellom instruktør, markør og deltakere og at det ikke har noen hensikt at markøren overspiller rollen sin i scenarioet. En informant fortalte om da hun selv skulle være markør, og hvordan dette kunne gi en ekstra innsikt. Hun fortalte at: ”[...] så tror jeg man oppdager ting, også om hvordan det er å være pasient [...] jeg fikk i



*hvert fall en sånn liten aha-opplevelse*”. Simuleringen ga altså ikke bare læring om den ene siden i møtet mellom pasient og hjelper, men også innsikt i pasientens rolle.

Dave (2012) hevder at simulering har som styrke at det kan forberede psykisk helsearbeider på hvordan man møter pasienten, og at det å trene i et trygt miljø kan gjøre at man kan lytte til den andre uten å være engstelig for å si *feil ting*. Dette kan være med å på støtte pasienten og legge til rette for denne sin unike fortelling.

## 2. Respekter språket

Å respektere språket til pasienten er en sentral del av psykisk helsearbeid. Psykisk helsearbeidere møter pasienter i krise og ofte med et behov for å formidle denne krisen. Spørreundersøkelsen viser at man i ambulante team eksponeres for aggresjon som blir uttrykt på ulike måter. Blant annet hadde 68,2 % av utvalget blitt utsatt for støyende eller skremmende atferd, mens 66 % hadde møtt verbale trusler. Et mål i situasjoner som ikke er direkte truende kan være å romme pasientens følelser (Føyn, 1997). En informant i intervjuundersøkelsen kunne fortelle om hvordan hun blant annet med kunnskaper hun hadde tilegnet seg gjennom den kliniske simuleringstreningen klarte å forbli i og føle seg trygg i en situasjon hvor pasienten ble høylytt. Hun opplevde at den roen hun utstrålte gjorde at hun klarte å romme pasienten.

## 3. Utvikle en ekte nysgjerrighet

Den profesjonelle må ha en genuin interesse for å forstå pasientens historie og den menneskelige betydningen av denne (Brookes, 2011). Recoveryorientert psykisk helsearbeid innebærer blant annet at man skal støtte pasienten i å gjenoppdage seg selv (Hummelvoll, 2014). Flere av informantene uttrykte at de var overrasket over det etiske fokuset i den kliniske simuleringstreningen. De hadde forventet at det var mer fokus på psykisk helsearbeideres sikkerhet og ikke så mye på pasientsikkerheten. En informant uttalte: *[...] det som har vært viktig for meg er de etiske refleksjonene [...]*.

Hvordan man kan utvikle sin etikk og oppnå et grunnlag for gode handlinger gjennom å drive med klinisk simuleringstrening kan ses på ulike måter. Hvis man tenker etisk fordring slik som Kant og Descartes kommer de etiske fordringene innenifra gjennom menneskets frie vilje og fornuft (Bøe & Thommassen, 2009). På denne måten vil et

refleksivt og etisk fokus som del av klinisk simuleringstrening ha en mer sentral plass enn hvis man definerer etisk fordring slik som Emmanuel Levinas. Levinas anser at den etiske fordringen kommer fra *den andre* og at sårbarheten hos den som skal hjelpes er det som skaper det etiske kallet.

Deltakerne i klinisk simuleringstrening som vi intervjuet vektla at dette var autentisk og at det vekket ekte følelser, men vi må kunne skille dette markant fra ekte lidelse og sårbarhet. Slik Levinas ser det vil man altså ikke kunne ta det etiske kallet med seg inn i en annen setting enn i selve pasientmøtet.

#### 4. *Bli novise/lærling*

Hjelperrollen er en utfordrende rolle. Maktbalansen mellom psykisk helsearbeider og pasient kan oppleves som skjev. En del av forklaringen for vold og aggresjon kan skyldes denne ubalansen og den avmakten pasienten kan føle som følge av dette (Isdal, 2000). Pasienten er ekspert på sitt liv og sin historie, for å lære noe av kraften i historien skal den profesjonelle respektfullt gå inn å lytte som lærling (Brookes, 2011).

Av funnene kan det tolkes som at denne rollen kan være utfordrende å trene på i klinisk simuleringstrening. Mye av fokuset til treningen, sett ut ifra resultatene er på deltakernes trygghet, handlingskompetanse og mestring av situasjoner. Utsagn fra funnene bærer mye preg av dette, som: [...] *jeg følte meg litt mer kompetent [...] jeg kan ta grep og ikke bare stå der og ikke vite hva jeg skal gjøre [...]*, eller slik: [...] *sånne type ting som gjør at man kan håndtere en situasjon på en bedre måte [...]*.

Uttrykk som dette kan tyde på at deltakerne føler en mestring og en økt evne til å kunne gå inn i situasjoner. Funnene bekrefter et pasientfokus som går ut på å behandle pasienter med respekt og verdighet, men ikke nødvendigvis at informantene gir uttrykk for noe som er i retning av å *være novise*. Kanskje dette skyldes den generelle mestringsfølelsen deltakerne ga uttrykk for etter først å ha være usikre på treningsformen. Kanskje dette fokuset kan være noe å sette ord på i kommende klinisk simuleringkurs.

### 5. *Bekreft pasientens kunnskaper*

Kommunikasjon er et sentralt fokus i klinisk simuleringstrening (Dieckmann, 2009). Intervjuene viste at informantene opplevd hvordan tydelig kommunikasjon var med på å gjøre at situasjoner ble mindre kaotiske. En informant la vekt på at hun i en reell situasjon hadde kjent på hvor viktig det var å gi og motta beskjeder underveis i en situasjon med agitasjon. Hun opplevde at hun kunne være tydelig på hvordan hun oppfattet pasientens affekter i situasjonen og at dette kunne være med på å virke dempende for pasienten. Recoveryorientert psykisk helsearbeid handler om å hjelpe pasienten å gjenvinne kontroll og selvbestemmelse. For at dette skal skje må pasientens egne valg og egen livshistorie lyttes til (Hummelvoll, 2014).

### 6. *Vær åpen*

Åpenhet er et nøkkelord i moderne psykisk helsearbeid (Hummelvoll, 2014) og en av faktorene for nedgang i tvang som følge av blant annet elementer hentet fra tidevannsmodellen (Brookes, 2011). Men hvor finner vi klinisk simuleringstrening i en denne åpenheten? Ifølge Bøe & Thomassen (2009) vil en åpen og trygg holdning ovenfor pasienten uansett virke forebyggende mot vold og aggresjon. Men hvor går grensen for hvor åpen man kan være? De kvantitative funnene viser at psykisk helsearbeidere i ambulante team er eksponerte for vold og aggresjon, 73,4 % av respondentene svarer dette. I den alvorligste enden av skalaen svarer 17 % av respondentene at de har blitt truet med våpen. Seks av respondentene har blitt angrepet med våpen eller risikogjenstander. Brown (2008) hevder at klinisk simuleringstrening er en god måte å sikre personell som er eksponert for lavfrekvente hendelser med høy risiko. Det blir altså en balanse mellom å tilstrebe den ønskede åpenheten samtidig som man må ivareta de som jobber innen psykisk helsearbeid. Arbeidsmiljøloven (2005) stiller krav til at virksomheter skal være forsvarlig. Samtidig skal altså den profesjonelle bygge tillitt ved å være åpen (Brookes, 2011).

### 7. *Bruk tilgjengelig verktøy*

I tilfeller hvor pasientens verktøy ikke strekker til må de profesjonelle trå til med verktøy som erfaringsvis har hjulpet på andre (Hummelvoll, 2014). Baker (Brooks, 2011) bruker *den sikre havn* som metafor på helsevesenet. At det er hit pasienten kommer når han har vært utsatt for skipsforlis eller pirater; kriser, og at det er her han skal få sin reparasjon; behandling/recovery. For at psykisk helsevern skal være i stand

til å utføre de reparasjoner som er nødvendige må vi ha de nødvendige redskapene. I dette ligger det at vi bør ha *den nødvendige tryggheten* (Hummelvoll, 2014) iboende i oss. Slik kan vi møte pasienten med god vilje til å forstå hans reaksjoner og samtidig ha et bevisst forhold til hvordan vi selv reagerer.

Slik vil pasienten til tross for sin aggresjon og sitt sinne vil oppleve å bli møtt med bekræftelser på at vi ønsker han vel. En informant i den kvalitative studien opplevde at hennes trygghet smittet over på en pasient. Det er flere dimensjoner i klinisk simuleringstrening og ser vi til Barker (Brookes, 2011) og hans filosofiske tilnærming til pasienten kan vi tenke oss inn i et scenariet der selv-domenet fokuserer på pasientens opplevelse av trygghet, og tenke oss at pasienten opplever utrygghet i utrygge omgivelser. Informanten opplevde at hun hadde blitt *en tryggere havn* for pasienten.

#### 8. *Tenk på neste skritt*

Psykisk helsearbeid handler om samhandling mellom den profesjonelle og pasienten for å finne veien sammen (Brookes, 2011). Et interessant funn i intervjuundersøkelsen var at de vi intervjuet ikke var vant til å være fysisk nær pasientene. Trening på skånsomme holdegrep gjorde at de tilegnet seg at dette og kunne ta det med seg inn i praksis.

En informant fortalte om hvordan hun skulle følge en ustø pasient ned en trapp og at hun kunne ta i bruk et ledsagergrep hun hadde lært gjennom treningsperioden som hun visste ikke ville påføre pasienten smerte. Informanten kunne formidle at en situasjon som ellers ville fremstått som utfordrende å løse kunne bli løst med elementer lært fra kurset. Hun fortalte det slik [...] *nå var det bare så innmari enkelt å bare legge armen under og bare støtte litt [...] jeg tror ikke engang hun merket at jeg gjorde noe som helst [...]*. Informanten forteller hvordan handlingskompetansen gjorde at hun følte seg tryggere i denne situasjonen og at hun hadde et berettiget håp om at pasienten gjorde det samme. Hun sier at dette var med på å øke pasientsikkerheten i dennes situasjonen.

### 9. *Skjenk tiden som en gave*

Det å gjenopplage seg selv gjennom recoveryprosessen som tidevannsmodellen er basert på (Hummelvoll, 2014) er noe som tar tid. Profesjonelle hjelpere hevder ofte sitt behov for god tid i behandling av mennesker med psykisk lidelse (Ibid, 2014). Klinisk simuleringstrening er av mer tidsbegrenset art, av de som oppgir at de trener i spørreskjemaet svarer 79,5 % at de trener i omtrent 30 minutter. Dette gjør det vanskelig å trene på mer langvarige pasientrelasjoner. Det blir korte sekvenser og scenarioer (Dieckmann, 2009). Det som imidlertid setter klinisk simuleringstrening i et tidsperspektiv er at informantene i intervjuundersøkelsen var tydelige på at klinisk simuleringstrening i seg selv ikke er et kurs, men en prosess som må vedvare over tid.

### 10. *Erkjenn at forandringen er konstant*

Tidevannsmodellen fremhever at forandring er uunngåelig (Hummelvoll, 2014). Oppgaven til den psykiske helsearbeideren er å hjelpe pasienten i forståelsen av forandring (Brookes, 2011). På vei mot forandring møter man avgjørelser og valg. For pasienter med volds- og aggresjonsproblematikk vil hendelser med disse elementene kunne være en del av den stadige forandringen. På samme måte som lavfrekvente hendelser med stor alvorlighet kan få konsekvenser for psykisk helsearbeidere kan det også få konsekvenser for pasienten selv. En pasient som utøver vold eller aggresjon vil selv kunne traumatiseres av sin egen utøvelse av dette (Føyn, 1997). Psykisk helsearbeideres handlingskompetanse vil derfor være viktige i forhold til denne typen hendelser. En informant sier det slik: *[...] at vi er trygge så kanskje man kan forhindre mange situasjoner, fordi de ikke blir redde og da blir det ikke samme voldsutøvelse.*

En annen ting som kan ha noe å si på sikt er arbeidsmiljøet til de som jobber med mennesker med psykisk lidelse. Sosiologen Sverre Lysgaard (1976) fremhever betydningen av fellesskap i et kollektiv av helsearbeidere som er utsatt for uforutsette hendelser i arbeidet sitt. Han understreker viktigheten av å føle seg trygg og tilhørende i et slikt miljø. En informant i undersøkelsen vår kunne fortelle om hvordan klinisk simuleringstrening hadde gjort at medlemmene i teamet hadde blitt tryggere på hverandre. Dette begrunnet hun i den refleksive praksisen med etisk refleksjon og at teamet har fått en bedre forståelse for hverandre.

## 6.2 Drøfting av metode

### 6.2.1 Kvantitativ metode

Trygghet er en utfordrende verdi å måle. Med den kvantitative undersøkelsen ønsket vi å måle om klinisk simuleringstrening hadde en effekt på tryggheten til psykisk helsearbeidere i ambulante team som jobber med pasienter med voldsrisiko. Hypotetisk-deduktiv metode gjør at man i motsetning til i induktivisme ikke kan basere seg på observasjon, men på falsifikasjon av en teori (Kvernbekk, 2002). Men kan vår teori egentlig falsifiseres? Hvordan falsifiserer man egentlig trygghet målt på en skala fra en til fem? En deduksjonist som Karl Popper ville nok ha antydnet at vår forskning var uvitenskapelig. Årsaken til dette er at måten vi måler trygghet på mangler et *demarkasjonskriterium* (Ibid, 2002). Hvis undersøkelsen vår hadde hatt et demarkasjonskriterium skulle den vært basert på teori som klart utelukket visse observasjoner (Ibid, s. 28). Dette kan vi ikke si om vår undersøkelse. Hvor på skalaen fra svært utrygg til svært trygg skulle for eksempel respondentene ha plassert seg for at vi *klart* skulle falsifisert vår teori?

Nå har vi riktignok brukt kjikvadrattest som har vist at det ikke var signifikant sammenheng mellom klinisk simuleringstrening og trygghet, men dette blir ikke det samme som falsifikasjon og signifikansen kunne sett annerledes ut hvis utvalget hadde vært større (Johannessen, 2010). Nå stiller ikke dagens kvantitative forskere like sterke krav til falsifisering som tidligere. Forskningsmetoder blir brukt mer om hverandre og det er normalt å benytte kvantitativ forskning på denne typen data (Johannessen et al, 2015).

I den kvantitative undersøkelsen må vi uavhengig av signifikans understreke at kausaliteten mellom det å registrere at man driver med klinisk simuleringstrening og oppgitt trygghet kan diskuteres. For å avgjøre om det er empirisk sammenheng mellom to fenomener kreves en *robust* årsakssammenheng (Johannessen et al, 2015), og man skal kunne utelukke andre forklaringer. Litteraturen (Brown 2008, Dieckmann, 2009) bekrefter at klinisk simuleringstrening fører til en økt forberedthet og følelse av trygghet i gitte situasjoner.

Likevel kan vi ikke legge til grunn at dette automatisk overføres til en annen type arbeidssituasjon som det å jobbe i ambulant team. Det er mange usikkerhetsmomenter som man kan tenke seg at spiller inn. Man kan for eksempel tenke seg at det er forskjeller i organisasjonen på de ulike DPS. Dette kunne gjort at man for eksempel møter ulike pasienter med ulik grad av voldsrisiko selv om det i undersøkelsen ikke er noe som tyder på dette da det ikke er registrert

signifikant forskjell i opplevd vold og aggresjon i arbeidet mellom de ulike DPS. Det kan derimot være andre forskjeller, for eksempel i det psykososiale arbeidsmiljøet, fordeling av pasienter med økt voldsrisiko innad i teamet eller andre ting slik at robustheten i den direkte årsakssammenhengen kan diskuteres.

Noe som skulle kunne tale for en årsakssammenheng mellom klinisk simuleringstrening og trygghet er at såpass mange av respondentene selv oppgir at de har tro på denne årsakssammenhengen. 85,2 % av respondentene svarer at de tror klinisk simuleringstrening fører til økt trygghet i arbeidet. Dette samsvarer med annen forskning hvor spørsmålsformuleringen har vært tilsvarende som i Molnes & Hunstad (2014), hvor sykepleiestudenter responderte i stor grad (92,9 %) på at klinisk simuleringstrening kunne ha nytteverdi. Undersøkelsene til Vestal (2016) og Moldal (2015) viser også at ansatte på en døgnavdeling opplever treningen som nyttig og ønsker å anbefale denne til kolleger.

Å lage et spørreskjema som skal redegjøre for menneskers egenopplevde følelse av trygghet viste seg å være utfordrende og studiens gjennomføring og resultater har resultert i en del refleksjoner rundt dette. Informasjon som har tilkommet gjennom studien har gjort at vi ville ha utformet spørreskjema på en annen måte dersom vi skulle laget det nå.

Respondentene i spørreundersøkelsen oppga som beskrevet at de i stor grad følte seg trygge i arbeidet. Intervjuundersøkelsen ga oss inntrykk av at det er vanskelig å nøyaktig beskrive sin egen opplevelse av trygghet. Opplevelsen av trygghet vil kanskje være den du føler akkurat der og da, og de fleste vil føle seg trygge når de sitter ved et skrivebord og fyller ut et spørreskjema. Slik vi ser det nå, kunne vi valgt å ha med spørsmål om *man noen gang hadde vært i situasjoner som ble opplevd som utrygge* i stedet for å stille spørsmålet *opplevd trygghet i arbeidet?* På den måten kunne vi fått med både generell trygghet og om man hadde vært utrygg tidligere. Samtidig hadde et spørsmål om man noen gang hadde opplevd å være utrygg vært et ledende spørsmål, noe man i størst mulig grad bør søke å unngå (Johannessen et al, 2015).

Det ville også vært utfordrende for respondenten å gradere følelsen av trygghet fra tidligere erfaringer slik at dette kunne gitt usikre svar med lav validitet. Det at denne kunnskapen har tilkommet oss underveis og gjennom den kvalitative undersøkelsen betyr at hvis vi hadde brukt metodetriangulering med kvantitativ del som bygger på den kvalitative (Ibid, 2015), kunne

disse endringene vært foretatt. Da kunne imidlertid oppgaven hatt en annen kunnskapsmessig oppbygning og mistet preget av at metodene er likestilt slik som de er nå.

Et annet tiltak vi har reflektert over på bakgrunn av kunnskap som har tilkommet underveis er hvorvidt vi kunne delt spørreskjemaet opp i *opplevd trygghet* i ulike situasjoner slik som Vestal (et al, 2016) har gjort. I denne undersøkelsen viste resultatene at respondentene opplevde signifikant økt grad av trygghet i én enkeltsituasjon: å utløse alarm i situasjonen. De opplevde ikke økt grad av trygghet i for eksempel bruk av tvangsmidler (Ibid, 2016.). Hvis vi hadde valgt en slik modell kunne også delt opp i mer spesifikke situasjoner. Vi kunne for eksempel ha spurt om trygghet i en evakueringssituasjon, trygghet i kommunikasjon eller trygghet i fysisk selvforsvar. Disse spørsmålene kunne gitt oss ulike svar og en mer spesifikk pekepinn på hvilke områder klinisk simuleringstrening kunne hatt effekt.

### 6.2.2 Kvalitativ metode

Den kvalitative delen av oppgaven var den delen av trianguleringen som ga oss de fleste relevante funnene i trianguleringen siden vi hadde få signifikante resultater i den kvantitative undersøkelsen. Derfor skal vi ikke her drøfte kvalitativ metode og forskningsintervju som sådan, men heller hvordan den kvalitative delen finner sin plass i denne undersøkelsen. En kvalitativ forskningsmetode er basert på intervju søker å forstå ett fenomen sett fra intervjupersonens side (Kvale & Brinkmann, 2015). Det kan være et mål i seg selv at man forstår intervjupersonens verden forut for vitenskapelige forklaringer (Ibid. s. 20). På denne måten kommer det induktive utgangspunktet til kvalitativ forskning til syne (Johannessen et al, 2015). Induktivister har som utgangspunkt at kunnskap begynner med observasjon, at sansekunnskap gir en basis å utlede kunnskap fra (Kvernbekk, 2002). Kunnskapen som kommer fram i forskningsintervjuet kommer fram via et samspill mellom informanten og den som intervjuer (Kvale & Brinkmann, 2015).

Da vi gjorde de fire intervjuene på et DPS i Oslo hadde informantene vært gjennom en prosess. De hadde svart på den kvantitative delen av undersøkelsen vår, de hadde deltatt på et åtte ukers kurs i de skulle intervjues om og de hadde lest diverse informasjonsskriv om prosjektet vårt med blant annet tema og problemstilling. De var altså godt innsatt i hva tema for intervjuet var før de deltok.



Denne forforståelsen kan ha hatt betydning for selve undersøkelsen. Forholdet mellom empiri og teori er komplekst og hvordan man ser på dette kan ha betydning for hvordan man ser på kunnskap (Kvernbekk, 2002). De logiske positivistene diskuterte dette skillet og etablerte begrepet O- og T- termer. Induktivistene utredet kunnskap ut ifra O-termer, observasjoner og deduksjonistene fra T-termer, teori (Ibid, 2000). Det at undersøkelsene hadde mye bakgrunnsinformasjon passet altså tilsynelatende bra i forhold til den kvantitative undersøkelsen som har et hypotetisk-deduktivt utgangspunkt og på den måten er utredet av T-termer. Men hvorvidt dette var egnet for den kvalitative delen kan i større grad diskuteres.

I intervjuene våre var ønsket at informantene skulle snakke så fritt som mulig. Vi hadde en intervjuguide, men de første spørsmålene var åpne, og vi ville la informantene snakke uhindret om det de hadde opplevd. Men kan mennesker noen gang berøre et tema helt fritt? Uansett om man er induktivist eller deduksjonist hevder vitenskapsteoretikere at alle tema er *teoriladede* (Ibid, 2000). De er rammet inn i en teoretisk referanseramme som ikke nødvendigvis trenger å være vitenskapelig teori, men kan også bestå av et arsenal av faglige og dagligdagse begreper (Ibid, 2000). Siden kunnskapen i forskningsintervjuet kommer til i møtet mellom intervjuer og informant vil også denne teoriladede referanserammen prege intervjuet. Alvesson & Sköldberg (2008) hevder at en referanserammer er viktige for at man skal kunne gjøre gode tolkninger, men hva skal til for at det blir for mye teori innbakt i intervjuet?

I våre intervjuer om klinisk simuleringstrening var det på bakgrunn av informasjonen som ble sendt til informantene innbakt teori om at klinisk simuleringstrening hadde med vold og aggresjon å gjøre, at det hadde å gjøre med kommunikasjon og at et mål med treningen var at man skulle føle seg trygg. Denne informasjonen vil da prege intervjuet. I intervjuene kom det fram et utsagn som bar preg av at informanten kunne føle en forpliktelse til å utlevere svar som passet i konteksten: *"Du må bare si fra hvis jeg ikke svarer på det du [...]"*. Dette kan naturligvis skyldes normal nervøsitet for å bli eksponert for en uvant situasjon, men kan også være et tegn på at rammene for intervjuet kunne virke forpliktende.

Så hvordan skulle man gjort dette på en annen måte? Hvis vi kun hadde hatt en kvalitativ undersøkelse kunne vi sikkert ha hatt en mer åpen problemstilling. Her kunne vi kanskje ha gjort funn som så annerledes ut, men også da ville kunnskapen ha båret preg av teorien som danner grunnlaget for den kliniske simuleringstreningen. Hvis ikke da man gjorde det sånn at

det var opp til deltakerne å skape scenarioene. Dieckmann (2009) fremhever jo deltakernes involvering i kurset.

Det kunne ha vært interessant å gjort en slik undersøkelse, hvor man hadde bygd opp alt fra bunnen, men også da ville deltakernes ulike referanserammer ha kommet til syne og vært med å prege treningen. Vår referanseramme som forskere ville nok også ha vært preget av det som var forventet å se i en slik situasjon, og tolkningen av resultatene kunne blitt utfordrende hvis dette hadde avveket vesentlig fra det forventede. Inntrykket vårt fra undersøkelsen var heller ikke at vi var fanget i vår egen referanseramme slik som Kvernbekk (2002) beskriver. Teorien ble ikke opplevd å være i veien for observasjonene. Dette har kanskje med måten vi triangulerte på å gjøre. Hvis vi i større grad hadde ønsket funn i den kvalitative undersøkelsen for å validere funn i den kvantitative kunne dette blitt opplevd som en større utfordring.

En vanlig utfordring for kvalitativ forskning er den historiske posisjonen kvalitativ forskning har i *metodehierarkiet* hvor den ofte blir plassert under de kvantitative metodene og henvist til en hjelperolle i metodetriangulering (Kvale & Brinkmann, 2015). Dette ville i utgangspunktet vært mer relevant å drøfte hvis vi hadde hatt signifikante funn i den kvantitative delen. Hvis vi for eksempel hadde fremhevet signifikant høyere trygghet som det mest sentrale funnet og kvalitative funn hadde kommet i bakgrunnen hadde dette argumentet vært relevant. Inntrykket er at dette har mye med forskerens fremstilling å gjøre. Slik som posisjonen til kvalitativ forskning er innenfor psykisk helsearbeid hvor denne er sentral (Malterud, 2013) kunne det vært vel så stor mulighet for at vi kunne lagt større vekt på de kvalitative resultatene.

### *6.2.3 Metodetriangulering*

På mange måter så samsvarer den inngangen vi hadde til prosjektet med den pragmatiske tankegang som beskrives i Røykenes (2008). Vi oppfattet at vi hadde et fenomen som hadde flere sider og som kunne undersøkes på flere måter. Som masterstudenter er vi inne i en læringsprosess hvor vi tar til oss inspirasjon fra flere metoder samtidig. Da vi ikke har noen tidligere erfaring med forskning har vi heller ikke begynt å identifisere oss med noe spesifikt paradigme. Det er ikke til å komme utenom at vi gjennom utdanningen i psykisk helsearbeid har blitt preget av at kvalitative metoder står sterkt innenfor samfunnsforskning og psykisk helsearbeid. Det var derfor naturlig for oss å ha med et kvalitativt element i oppgaven. Samtidig var vi nysgjerrige på om det var mulig å påvise effekt av klinisk simuleringstrening.

Et spørsmål er hvorvidt prosjektet var egnet for å bruke metodetriangulering på den måten vi valgte å gjøre. Vi valgte å benytte metodene, kvantitativ og kvalitativ parallelt og på en måte hvor dataene ikke i så stor grad skulle validere hverandre, men utfylle hverandre. De skulle besvare ulike deler av problemstillingen. Det vi kan se er at den kvantitative metoden i hovedsak besvarer spørsmålet om økt trygghet og om hvilket treningsopplegg som kan fungere. Den kvalitative metoden retter seg i utgangspunktet mot opplevelsen av treningen og andre sider ved fenomenet.

Ett område hvor resultatene peker på det samme er i kjernen av problemstillingen vår, om klinisk simuleringstrening innvirker på trygghet for psykisk helsearbeidere i ambulante team. Her viste den kvantitative undersøkelsen at det ikke var sammenheng, mens informantene er samstemte om at klinisk simuleringstrening fører til økt trygghet. Selve spørsmålsstillingen her er best egnet for kvantitativ metode (Johannessen et al, 2015), men informantene har også sagt at dette er deres opplevelse. Har da denne opplevelsen noe å si? Hvis det hadde vært statistisk signifikans hadde det vært naturlig å bruke informantenes opplevelse til å validere dette (Ibid, 2015). Og det var jo faktisk et flertall blant de som drev med klinisk simuleringstrening som følte seg trygge sett i forhold til de som ikke trente. Det var bare ikke mange nok.

Mange forskere kritiserer kjikvadrattesten og den betydningen denne p-verdien på 0,05 har (Pripp, 2015). Denne verdien ble valgt ut av forskere for over 100 år siden og har forblitt uendret siden da (Ibid, 2015). I dag er det såkalt konvensjon, enighet blant forskere at man kan godta fem prosent sjanse for å forkaste feil nullhypotese (Johannessen, 2010). Spørsmålet i denne oppgaven ble uansett hva vi skulle gjøre med det at informantene ga uttrykk for økt følelse av trygghet da spørreundersøkelsen viste det motsatte. Resultatet er at det ble nevnt, men ikke fremhevet som et sentralt funn. Kari Røykenes (2008) kritiserer metodetriangulering ved at mange kaster seg ut i det som oss i håp om å oppnå *completeness* i forskningen uten å innse følgene. Kvantitative undersøkelser har som regel mer struktur enn kvalitative (Røykenes, 2008). Vi ser ikke bort fra at det var derfor informantene var så ivrige på å fortelle oss om den økte følelsen av trygghet. De hadde deltatt i spørreundersøkelsen og var kjent med studiens struktur og teoretiske ramme.

### 6.3 Forskerrollen

Forskerrollen er en rolle vi har vært bevisste på under hele forsknings- og arbeidsprosessen med denne masteroppgaven. Vi er selv et instrument i forskningsprosessen. Nøytralitet er et tema som diskuteres om hvorvidt forskeren skal eller bør være nøytral. Kvale og Brinkmann (2015) og Thomassen (2011) anser dette som unødvendig. Malterud (2013) påpeker at moderne vitenskapsteori avviser forestillingen om at forskeren skal være nøytral. Vi har erfart at vi ikke er nøytrale. Spesielt en av oss har et stort engasjement og har fungert som instruktør i en årrekke. Forskeren vil uansett være farget av sine interesser og mål av egne erfaringer. Det er snakk om *hvordan* forskeren påvirker forskningsprosessen (Malterud, 2013, s. 37).

Det har tidvis vært en utfordring i forskningsprosessen at den ene av oss har hatt to roller i den kvalitative studien. Gjennom hele forskningsprosessen har vi hatt et aktivt bevisst forhold til dette som har bidratt til at vi kunne forebygge eventuelle skylapper og blinde flekker. Dette har vi erfart på en positiv måte og det kan ha bidratt til utvikling i læringsprosessen og en kvalitetssikring gjennom forskningsprosessen (Malterud, 2013). Vi har med andre ord kikket hverandre i kortene gjennomgående fra forskningsprosjektets start frem til siste punktum.

Vi vurderte at våre roller som forskere ble mer ivaretatt ved at den av oss som ikke instruerte gjennomførte intervjuene og transkriberte disse. Det var flere grunner til at vi vurderte det slik. Det var av hensyn til informantene, og vi vurderte at vi kunne få ærligere og riktigere svar om informantene ble intervjuet av en de ikke hadde en relasjon til. Videre var det også av hensyn til at instruktøren som nå skulle inn i forskerrollen og dermed forsøke å se datamateriale med en forskers øyne. Derfor vurderte vi at det var en viss risiko for at instruktøren kunne kjenne igjen stemmene til informantene og at det kunne ha en eller annen form for påvirkning når forskeren gikk inn i analyseprosessen og kondenseringen av datamaterialet.

Det krever varhet i forhold til det å forske på kollegaer og som Malterud (2013) påpeker er det en tillitterklæring når vi blir sluppet inn i kollegers kliniske praksis. Kolleger er ikke beskyttet av Helsinkideklarasjonen slik pasienter er ved forskning. Derfor er det ekstra viktig å bruke det godt skjønn og utøve god forskningsetikk (Malterud, 2013 s. 207).

Vi har jobbet flere år i psykisk helsearbeid, noe som gjør at vi er kjent i miljøet. Vi har et inntrykk av at det kan ha hatt betydning når vi tok kontakt med de ulike DPS med forespørsel

om deltakelse til dette forskningsprosjektet. Hvis det ikke er et mål å opprettholde nøytralitet (Malterud, 2013) er vi likevel klar over at vi kan ha hatt en påvirkning som kan ha hatt betydning for datamaterialet, analysen og de funnene vi presenterer.

## 7.0 OPPSUMMERING OG KONKLUSJONER

I denne studien ønsket vi å undersøke om klinisk simuleringstrening hadde innvirkning på psykisk helsearbeideres opplevelse av trygghet i møte med pasienter med voldsrisiko i ambulante team. For å belyse problemstillingen brukte vi metodetriangulering, kvalitativ og kvantitativ metode parallelt. Vi ønsket å belyse problemstillingen fra flere vinkler for at vi skulle få en bredere forståelse og svar på problemstillingen. Vi har beskrevet metodene så åpent og detaljert som mulig. Vi har vært opptatte av at studien skulle være transparent og har beskrevet forskningsetiske utfordringer vi hadde med denne studien. Vi har redegjort for teorien som ligger til grunn og vi har drøftet funnene opp mot teorien.

For å undersøke om vi har fått svar på problemstillingen vil vi først gå igjennom forskningsspørsmålene:

- 1) Hvordan opplever psykisk helsearbeider å delta i kliniske simuleringstreningen og hvilke følelser kommer fram i og etter treningsperioden?

Studien viser at informantene var litt skeptiske og hadde blandede følelser i begynnelsen av opptrening. De opplevde å føle seg tryggere etter den første og andre treningen da informantene kjente rammene og erfarte mestring og god samhandling i treningene. Psykisk helsearbeidere opplever at klinisk simuleringstreninger er autentiske. Det kommer frem at treninger kan aktivere ubehagelige minner fra arbeidssituasjoner med aggresjon og vold. Følelse av mestring ga motivasjon og gjorde at treningene ga læring. Informantene opplevde at fokus på etikk og pasientsikkerhet var motiverende.

- 2) Hvordan kan den kliniske simuleringstreningen legges opp for at psykisk helsearbeidere skal ha nytte av den?

Studien viser at det er sentralt å legge opp treningene med gradvis økning av intensitet, slik at deltakerne opplever økende grad av mestring. Det er også viktig at treningene foregår i trygge og forutsigbare rammer. Videre viser studien at det var viktig å tematisere fysisk

nærhet med kolleger som kan virke fremmed. Dette var momenter som bidro til opplevelse av trygghet i treningene.

3) Hvordan erfarer psykisk helsearbeider at opplevelse av trygghet kan påvirke kommunikasjon med pasienter med voldrisiko?

Studien viser at informantene opplevde at trening økte kommunikasjonsferdighetene generelt, og spesielt i situasjoner med økt stressnivå. Studien viser at metoder fra treningene var praktisk anvendbare og at informantene tok de i bruk umiddelbart. Informantene beskrev hvordan de etter kort tid anvendte metoder de hadde trent på og at de opplevde å stå tryggere i situasjoner som var preget av pågående aggresjon.

Har undersøkelsen så lyktes i å besvare problemstillingen?

*Hvordan kan klinisk simuleringstrening innvirke på følelsen av trygghet i arbeidet med pasienter med voldsrisiko for psykiske helsearbeidere i ambulante team?*

Det fremkommer lite signifikans i de kvantitative funn, som beskrevet i kapittel 5.0. Vi ser nå i etterkant at vi kunne gjort denne delen av studien på en annen måte. Vi er usikre på om validiteten til spørreskjemaet, da det er mange faktorer vi ikke har kjennskap til og som derfor gjør det vanskelig å vurdere svarenes gyldighet i studiens kontekst. Studien gir likevel et inntrykk av psykisk helsearbeideres forhold til klinisk simuleringstrening. Studien antyder at det er store forskjeller mellom DPS i anvendelsen av klinisk simuleringstrening men at det likevel ikke er signifikante forskjeller i opplevelse av trygghet i møte med pasienter med økt voldsrisiko.

Studien har gitt oss innblikk i fenomenet klinisk simuleringstrening. Vi har lært mye om hvordan prosessen oppleves for psykisk helsearbeidere ved å intervjuer en gruppe som ikke hadde erfaringer med dette fra før.

### *Videre forskning*

Vi har under punkt 6.1.1 fremmet forslag til endringer i spørreskjema slik at man i større grad kunne utforsket følelser av trygghet på mer differensierte tidspunkter og situasjoner. Det ville også vært interessant å sende ut en spørreundersøkelse til et større og mer variert utvalg som for eksempel inneholdt mer rurale strøk. Det ville ha vært interessant å gjøre en feltstudie med deltakende observasjon for å kunne forske mer på gruppeprosessen. Det kunne også vært interessant å få tak i andre typer data som sier noe om trygghet og sikkerhet for de som jobber i ambulante team, for eksempel registerdata i form av skademeldinger eller registreringer av vold og aggresjon.

Til tross for at denne studien ikke gir oppsiktsvekkende resultater har den gitt oss svært god læring og god innsikt i hvordan et forskningsprosjekt kan gjennomføres, vi har lært av våre feil og ser frem til å kunne anvende denne nye kunnskapen i fremtidige prosjekter.



## LITTERATURLISTE

- Alvesson, M. & Sköldbberg, K. (2008). *Tolkning och reflektion: Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod* (2. utg.). Lund: Studentlitteratur.
- Arbeidstilsynets publikasjoner, best.nr.597, (2009). *Vold og trusler på arbeidsplassen. Forebygging, håndtering og oppfølging*. Oslo: Direktoratet for arbeidstilsynet:
- Arbeidsmiljøloven (2005).  
[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62#KAPITTEL\\_4](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62#KAPITTEL_4)
- Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J., Weakland J.H. (1956). Mod en teori om schizofreni I: Bateson G. (2005). *Mentale systemers økologi: skridt i en utvikling*. København. Akademisk forlag. I: Jensen, P. og Ulleberg. I. (2011). *Mellom ordene: Kommunikasjon i profesjonell praksis*. (1.utg.). Oslo: Gyldendag Akademisk.
- Barker, P., Buchanan-Barker P. (2009). Assesment i psykiatrisk sygepleie. I: Buus, N.,(red.) (2009). *Psykiatrisk sygepleie*. København: Dansk sygepleieråd
- Bjerkelund.C.E. (2014). *Train-the-Trainer: Kurs i medisinsk simulering*. Minikompendium (utdelt 1-3 mars 2016). Tverrfaglig medisinsk simulering. Oslo: Oslo Universitetssykehus.
- Bjørkly, S. (1997). Grensesetting ved aggressiv atferd. I: Krøvel, B., Rund, B.R., Rør, E. (red.).(1997). *Vold og psykiatri – om forståelse og behandling*: Otta: Tano Aschehoug.
- Brooks.N. (2011). Phil Barker: Tidevannsmodellen for psykisk rehabilitering. I: Marriner Tomey A. og Alligood M.R. (red). (2011). *Sygeplejeteoretikere: Bidrag og betydning i moderne sygepleje*. København: Munksgaard Danmark.
- Brown, J. F. (2008). *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 15, 638–644  
*Applications of simulation technology in psychiatric mental health nursing education*
- Bøe, T.D, og Thomassen A. (2009). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid: Om etikk relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bråthen, O,A. (2013). *Håndbok i krisehåndtering* (1.utg). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS Norwegian Academic Press.
- Carne B., Kennedy, M., Gray,T. (2011). *Review article: Crises resource management in emergency medicine*. *Emergency Medicin Autralia* doi: 10.1111/j.1742-6723.2011.01495.x

- Creswell, J.W. (2003). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Dave, S. (2012). Simulation in Psychiatric Teaching. *Advances in psychiatric treatment* (2012) .Vol. 18, s. 292-298.
- Dieckmann, P., Friis, S.M., Lippert, A., Østergaard. Ø. (2012). Goals, Success Factors and Barriers fo Simulation Based Learning: *A Qualitative Interview Study in Health Care*. *Simulation & Gaming* 43 (5) 627-647.  
<http://sag.sagepub.com.ezproxy.hioa.no/content/43/5/627.full.pdf+html>
- Dieckmann, P. (2009). The use of simulation from different prespectives: a preface. I: Dieckmann, P. (Red). (2009). *Using Simulation for Education, Training and Reasearch*. Gross Umstadt, Germany: Pabst Science Publisher
- De Weerd, S., Hovelynck, J., Dewulf, (2009). A closer look at learning in and around siumulations: a perspective of experiential learning. I: Dieckmann, P. (Red.). (2009). *Using Simulation for Education, Training and Reasearch*. Gross Umstadt, Germany: Pabst Science Publisher.
- Drageset, S., Ellingsen, S. (2009). Forståelse av kvantitativ helseforskning –en introduksjon og oversikt. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*. Nr 2 2009 5 årgang
- Eikeland, O. (2008). *The Ways of Aristotle*. Bern: Verlag Peter Lang
- Elvén, B. H., Abild, S. (2015). *Adfærdsproblemer i Psykiatrien*. Viborg: Danske Psykologisk Forlag AS
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011). Hentet fra: [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256?q=SF%20forskrift%202011-12-16-1256#KAPITTEL\\_4](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256?q=SF%20forskrift%202011-12-16-1256#KAPITTEL_4)
- Føyn.P.A. (1997). Hvem er de aggressive og voldelige pasientene? I: Krøvel B., Rund B.,R., Rør, E. (red). (1997). *Vold og psykiatri -om forståelse og behandling*. Otta: Tano Aschehoug.
- Føyn.P.A. (1997). Hvordan møter vi aggresjon og vold terapeutisk. I: Krøvel B., Rund B.,R., Rør, E. (red). (1997). *Vold og psykiatri -om forståelse og behandling*. Otta: Tano Aschehoug.
- Gaba, D.M., Fish, K.J., Howard, S.K., Burden, A.R. (2015) (2.utg). *Crisis Management in Anesthesiology*. Philidelphia: Elsevier Saunders.
- Gaba, D.M. (2010). Crisis resourse management and teamwork training in anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia* 105 (1): 6-8 (201). Doi:10.1093/bja/aeq139

- Gaba, D.M.(2004). The future vision of simulation in health care. *Qual Saf Care* 2004; 12 (Suppl 1):2-110. Doi: 10.1136/qshc.2004.009878
- Gabrielsen, K.A., Karlsen, M.M.W., Falck, A.L., Stubberud, D-G. (2016). *Kommunikasjon med simulering*. doi.10.4220/Sykepleienf.2016.57832
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* ,24 (2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001 Fulltekst
- Grøn, A og Lübcke, P. (1996). *Filosofileksikon*. Oslo: Zafari
- Goldfarb, E., Gorrindo T. (2013). Simulation in psychiatry. I: Levin A. Editor. *The Comprehensive Textbook of Healthcare Simulation*. New York: Springer Science and Business Media 2013. S. 511-513
- Guise, V., Chambers, M., Välimäki, M. (2012). *What can virtual patient simulation offer mental health nursing education?* Journal of Psychiatric and Mental Nursing 19, 410 – 418.
- Hansen, R.B. (2011). Møtet med barnet. I: von der Lippe A., Og Rønnestad M.H. (Red). (2011). *Det kliniske intervju. Bind II: Praksis med ulike klientgrupper*. (2.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Haraldsen, G. (1999). *Spørreskjemametodikk: Etter kokebokmetoden*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B., Løkke, J.A. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse: Å forstå, beskrive og behandle*. (3.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- HiOA (2014). Etske retningslinjer for forskning ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) . Hentet 06.09.16 fra  
<https://tilsatt.hioa.no/documents/585743/53632647/Etske+retningslinjer+for+forskning/736a0a88-06a5-401a-b59f-c6713c1a78f3>
- Henriksen, J.O., & Vetlesen A.J. (2006). *Nærhet og distanse: Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. (3.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. (IS-1957/2013). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2014). *Organisering og praksis i ambulante akutteam ved distriktpsikiatriske sentre (DPS)*. (Veileder IS-2156/2014). Oslo: Helsedirektoratet.

- Helsedirektoratet (2015). *Distriktpsykiatriske tjenester: Driftsindikatorer for distriktpsykiatriske sentre*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/distriktpsykiatriske-tjenester-driftsindikatorer-for-distriktpsykiatriske-sentre>
- Helsedirektoratet (2015). *Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykisk lidelse*.(IS-2314/2015). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2013). *Nasjonalfaglige retningslinjer for utredning og behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. IS1957 Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2015). *Veileder om rehabilitering, habilitering, koordinering og individuell plan*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Rehabilitering,%20habilitering,%20individuell%20plan%20og%20koordinator.pdf>
- Hylland-Eriksen (2006). *Trygghet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hummelvoll, J. K. (2010). *Praksisnær forskningsetikk*. I: J. K. Hummelvoll, E. Andvig, & A. Lyberg (Red.), *Etiske utfordringer i praksisnær forskning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hummelvoll, J.K. (2014). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7. utg). Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Illeris, K. (2012). *Læring*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Isdal, P. (2000). *Meningen med volden*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Johannessen, A. (2009). *Introduksjon til SPSS: Versjon 17* (4. utg.). Oslo: Abstrakt forlag.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Kristoffersen, L. (2015). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Jensen P., og Ulleberg I. (2011) (1.utg).. *Mellom Ordene: Kommunikasjon i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Karterud, D., Wilberg,T., og Urnes, Ø. (2011). *Personlighetspsykiatri*. (1.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kirkebakk-Fjær, K., Hedelin, B., Moen,Ø.L. (2016). Undergraduate Nursing Students` Evaluation og the Debrief Phase in Mental Health Nursing Simulation. *Issues in mental health nursing*, 37:360-366, 2016. doi:10.3109/01612840.2015.1136716

- Krogstad, U., Saastad, E., Enger, Ø., Kolseth, A., Hafstad, E., Flesland, Ø. (2015). *Meldinger om vold og aggresjon i spesialisthelsetjenesten – et pasientsikkerhetsperspektiv*. ISBN: 978-82-8121-949-6/2015. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvernbekk, T. (2002). Vitenskapsteoretiske perspektiver. I T. Lund (red.). *Innføring i forskningsmetodologi*. Oslo: Unipub.
- Krøvel B., Rund B., Rør, E. (red). (1997). *Vold og psykiatri -om forståelse og behandling*. Otta: Tano Aschehoug.
- Lysgaard. S., (1976). *Arbeiderkollektivet: En studie i de underordnedes sosiologi*. Oslo: Oslo universitetsforlag.
- Levett-Jones, T., Lapkin S. (2014). A systematic review of the effectiveness of simulation debrief in health professional education. *Nurse Educ Today*: 34 e58-e63 : <http://dx.doi.org.ezproxy.hioa.no/10.1016/j.nedt.2013.09.020>
- Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven). (2008). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern, mv (2005). Lovdata.no <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>, hentet 13.08.16).
- Lov om behandling av personopplysninger. Personopplysningsloven, (2000). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31>
- Lillevik, O.G., Øien, L. (2013). *Tiltak mot vold i helsetjenesten: En håndbok om forebygging, håndtering og oppfølging*. Oslo: Medlex Norsk helseinformasjon.
- Malterud, K. (2013) (3.utg). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- McDonnell A.A. (2013). *Håndtering av aggressiv atferd med lavaffektive tilnærminger*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Meld. st. 16 (2010-2011). (2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan: 2011-2015*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794/?q=&ch=6>
- Meld.st.11 (2015-2016) (2015). *Nasjonal helse og sykehusplan (2016-2019)* Hentet fra

[https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/?q=Nasjonal%20helse%20og%20sykehusplan%20\(2016-2019\)](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/?q=Nasjonal%20helse%20og%20sykehusplan%20(2016-2019))

- Meld. st. 11. (2014-2015). (2014). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2013*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/4db4e7d94a4687946baa063cd683d5/no/pdfs/stm201420150011000dddpdfs.pdf>
- Moen, Westby, E., Rød, I. (2013). *Realistisk trening gir kvalitet og trygge hender*. (Masteroppgave/ Høgskolen i Gjøvik). Hentet 23.08.16 fra [https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/id/195767/EIWMoen\\_IRød.pdf](https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/id/195767/EIWMoen_IRød.pdf)
- Moldal, E. (2016). Simulering demper uro og demper tvangsbruk. *Sykepleien 2016 104 (1):46-48* –Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2015/12/simulering-i-psykisk-helsevern>
- Molnes, S.,I, og Hunstad, I.K. (2014). Kan simulering forbedre studenter i praksis? *Psykisk helse og Rus 2014; 1: 26-29*.
- Nerdrum, P. (2011). Om empati. I: von der Lippe, A., Rønnestad M.H., (Red). (2011). *Det kliniske intervjuet. Bind II: Praksis med ulike klientgrupper*. (2.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- NTNU. Veien til informasjonskompetanse (2010). *Kildekritikk*. Hentet 10.09.16 fra <http://www.ntnu.no/viko/kildekritikk>
- Norsk forskningsdata, NSD (Ikke datert). <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/meldeplikttest>
- Norsk forskningsdata, NSD (ikke datert). [http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/vanlige\\_sporsmal.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/vanlige_sporsmal.html)
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Oud, Nico, E. (2010). Aggression Management Training Programs: Contents, Implementation, and Organization. I: Richter, D., Whittington, R. (Red.). (2010). *Violence in Mental Settings. Causes, Consequenses, Management*. New York: Springer.
- Pallant, J. (2013).(6.utg.). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using IBM SPSS* Maidenhead: McGraw Hill.
- Penzo, T., Skaare, Ø., Instefjord, T.B. (2015). Trener seg til høyere sikkerhet. *Sykepleien 2015 103 (9):50-52*. Hentet 23.08.16 fra

- Pripp, A. (2015). Hvorfor p-verdien er signifikant. *Tidsskrift for norsk legeforening*. (2015).  
Doi: 10.4045
- Rall, M. & Gaba, D.M. (2005). Crisis resource management to improve patient safety.  
*European Society of Anaesthesiology, Euroanesthesia 2005, Vienna*
- Retterdal, A. (2009). Illusion and technology in medical simulation: If you cannot build it  
make them believe. I: Dieckmann, P. (Red.) (2009). *Using Simulation for Education,  
Training and Research*. Gross Umstadt, Germany: Pabst Science Publisher.
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold*. Bergen: Fagbokforlaget
- Richter, D., Whittington, R. (2010) (red.) *Violence in Mental Settings. Causes, Consequences,  
Management*. New York: Springer.
- Risjord M.W, Dunbar S.B , Moloney M.F (2002). A new foundation for methodological  
triangulation. *Journal of Nursing Scholarship*; 34:269-272.
- Røkenes O.H., Hansen, P.H. (2012) (3.utg). *Briste eller Bære: Kommunikasjon og relasjon i  
arbeid med mennesker*. (3.utg). Bergen: Fagbokforlaget.
- Rør, E. (1997). Om aggresjon og vold. I: Krøvel, B., Rund B.R., Rør (Red). (1997). *Vold og  
psykiatri: Om forståelse og behandling*. Otta: Tano Aschehoug.
- Røykenes, K. (2008). *Metodetriangulering – et metodisk minefelt eller en berikelse av  
fenomener?* Sykepleien Forskning 04/81. Hentet 07.09.16, fra:  
<https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/documents/forsknings/125672.pdf>
- Skau, G.M. (2011). (4.utg). *Gode fagfolk vokser: Personlig kompetanse i arbeid med  
mennesker*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Skårderud F., Haugsgjerd., S., Stäniche E. (2010). *Psykiatriboken: Sinn-kropp-samfunn*.  
(1.utg). Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag AS.
- Stige, B., Malterud, K. & Midtgarden, T. (2009). Toward an Agenda for Evaluation of  
Qualitative Research. *Qualitative Health Research* , 19 , 1504-1516.  
doi:10.1177/1049732309348501 Fulltekst
- Svendsen, Lars Fredrik Händler. (2011). *Pragmatisme*. Hentet 8. september 2016 fra  
<https://snl.no/pragmatisme>.
- SSN. (2003). *Ethical guidelines for nursing research in the Nordic countries*. (Oslo):  
Sykepleiernes Samarbeid i Norden.

- Thomassen, M. (2011) (1.utg). *Vitenskap, kunnskap og praksis: Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Travelbee, J. (1999) (1.utg). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Tomey, A.M., (2011). Sygeplejeteoretikere af historisk betydning. I: Tomey A.M., & Alligood M.R. (2011). *Sygeplejeteoretikere*. København: Munksgaard Danmark.
- Thoresen, L. (2013). Empati – ulike forståelser. *Sykepleien Forskning 04 (13)*, 362-367.  
<https://sykepleien.no/forskning/2015/09/ambulante-akutt-team>
- Urheim, R.(1999). Aggressiv atferd og vold. I: Hanssen, B.P., Stakseng,O., Stangeland A., Urheim.R(1999). (1.utg) *Sikkerhet og omsorg: Møtet med aggresjon og vold*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Vatne, S. (2007). *Korrigere og anerkjenne: relasjonens betydning i miljøterapi*. (1.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Verge (2012). *Veiledningshefte for ressurspersoner: Håndtering av utfordrende atferd*. Flisa: Verge Opplæring A/S
- Vestal, H, Snowden, G., Nejad, S., Stoklosa, J., Valcourt, S., Keary, C., Caminis, A., Huffman, J (2016). Simulation-based Training for Residents in the Management of Acute Agitation: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Academic Psychiatry*. DOI: 10.1007/s40596-016-0559-2
- Wittington, R., og Richter D. (red.). (2010). From the individualinterpersonal: Envoirement and interaction in the Escalation of Violence in Mental Health Settings. I: Richter, D., and Wittington, R. (2010). *Violence in Mental health Settings*. New York: Springer
- Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011). Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>
- Zigman, D., Young, M., Chalk, C. (2013). Using simulation to Train Junior Psychiatry Residents to Work With Agitated Patients: A Pilot Study. *Academic Psychiatry* 37 (1) s.38-41
- Øverland, S. (2011). En normalpsykologisk og praktisk tilnærming til aggresjonsproblematikk. *Psykologisk tidsskrift*, 15 (2), 39 – 42.



## **Vedlegg nr. 1: Fordeling av ansvarsområder for masteroppgave.**

Klinisk simulering i ambulante team

Av Tatiana Penzo & Jon Texmon

Jon Texmon har hatt hovedansvaret for den kvantitative delen av oppgaven, mens Tatiana Penzo har hatt hovedansvaret for den kvalitative delen. Vi har hatt fruktbare og givende diskusjoner og drøftet aspekter rundt begge metodene og metodetrianguleringens hensikt.

Vi har gjennomarbeidet oppgaven i fellesskap og vi har jobbet med alle deler selv om vi har hovedansvar for hver vår metode.

Vi har samarbeidet om å utarbeide spørreskjema til den kvantitative delen og intervjuguiden til den kvalitative delen.

Vi har arbeidet i fellesskap og skrevet hele masteroppgaven sammen.

## Vedlegg nr. 2: Spørreskjema

### Spørreskjema

Under følger spørsmål 1 til 23 som du ved å besvare samtykker til å delta i vår undersøkelse. Vi bruker formuleringen ambulant team, men vi er klar over at det finnes ulike navn på ulike enheter som jobber helt eller delvis i ambulant virksomhet. Som mottaker av skjemaet ber vi deg svare på spørsmålene uavhengig av hva akkurat ditt team heter.

### Bakgrunn

1)

Alder: \_\_\_\_\_

2)

Kvinne

Mann

3)

Profesjon:

Sykepleier

Lege/Psykolog

Annen profesjon

4)

Videreutdanning:

Psykisk helsearbeid

Annen videreutdanning: Hvilken?

\_\_\_\_\_

5)

Hvor lenge har du jobbet i det ambulante teamet?

0 – 1 år  1 – 3 år  3 – 5 år  5 år eller mer

## Kompetanse i håndtering av vold og aggresjon

6)

Har du videreutdanning i vold/voldsrisikovurdering?

Ja  Nei

7)

Har du tidligere erfaring med pasienter med voldsrisiko?

Ja  Nei

8)

Hvis ja: Fra hvilken type avdeling/arbeidsplass?

---

---

9)

Trener du/ditt team på samhandling/klinisk simulering/håndtering av voldsatferd?

Ja  Nei

10)

Hvis ja: Hvor ofte trener ditt team på dette?

Én gang i uka eller mer  Én til to ganger pr måned

Én til tre ganger pr halvår  Én til to ganger pr år

Sjeldnere enn én gang i året

Vedlegg nr. 2

11)

Hvor lenge trener dere per gang?

15 minutter eller mindre  En halvtime  En time eller mer

12)

I hvor stor grad opplever du treningen som autentisk, at den tilsvarer situasjoner som kan oppstå i arbeidet med pasienter med voldsrisiko?

Lite autentisk  Delvis autentisk  I stor grad autentisk

13)

Hvilke situasjoner som kan oppstå i arbeidet med pasienter med voldsrisiko kunne du tenke deg å trene mer på? Nevn i stikkordsform.

---

---

---

14)

Jobber instruktøren som holder treningene i ditt team?

Ja  Nei

15)

Har du privat kompetanse/erfaring som tilsvarer klinisk simuleringstrening?

Ja  Nei  Vedlegg nr. 2

Hvis ja: Hva? \_\_\_\_\_

16)

Gjennomføres det voldrisikovurdering av pasienter som følges opp av det ambulante teamet du jobber i?

Sjelden  Av og til  Regelmessig

## **Erfart volds- og aggresjonsatferd i arbeidet**

17)

Har du i ditt arbeid i ambulant team opplevd å havne i situasjoner der du har blitt utsatt for eller vitne til aggresjon og/eller vold?

Ja  Nei

Hvis nei: Gå til spørsmål 19.

18)

Hvis ja: Hvilken type atferd? (Kryss gjerne av for flere svaralternativer)

Støyende/skremmende atferd  Verbale trusler

Fysiske trusler  Fysisk angrep  Devaluering/skjellsord

Truet med våpen/risikogjenstand  Angrepet med våpen/risikogjenstand

Annet: Hva? \_\_\_\_\_

**Opplevd trygghet i arbeidet med pasienter med voldsrisiko i ambulant team** (sett kryss)

	Svært utrygg	Utrygg	Moderat trygg	Trygg	Svært trygg
19) Hvordan er din generelle opplevelse av trygghet i arbeidet med alle pasienter?					
20) Hvordan er din opplevelse av trygghet i arbeidet med pasienter med vurdert forhøyet voldsrisiko?					
21) Hvordan er din opplevelse av trygghet i arbeidet med nye/ukjente pasienter?					

22)

I det ambulante teamet møter du pasienter med voldsrisiko på ulike arenaer. Ranger disse arenaene fra 1 til 4 hvor 1 er den arenaen du føler deg tryggest og 4 er den arenaen du føler det mest utrygg.

Arena	Rangering (1-4)
Hjemmebesøk hos pasient	
Nøytralt lokale. f.eks café	
Utendørs	
I det ambulante teamet sitt eget lokale	

23)

Hvordan tror du at jevnlig klinisk simuleringstrening vil påvirke din opplevelse av trygghet i arbeidet?

Økt opplevelse av trygghet

Ingen endring i opplevelse av trygghet

Minsket følelse av trygghet

**Takk for at du ville delta i undersøkelsen!**

**Vedlegg nr. 3: Forespørsel til enhetsleder om å bidra til gjennomføring av kvalitative forskningsintervjuer**

Til  
Enhetsleder  
DPS

Oslo 27.04.16

**Forespørsel til enhetsleder om å bidra til gjennomføring av kvalitative forskningsintervjuer**

Viser til tidligere samarbeid i forbindelse med klinisk simuleringstrening og til tidligere mailkorrespondanse. Vi ber herved om et skriftlig samtykke til å gjennomføre intervjuer i akutteamet ved DPS. For detaljer rundt intervjuprosessen vises til vedlagte informasjons- og samtykkeskjema som skal leveres ut til hver enkelt informant.

Ved spørsmål, kontakt oss gjerne:

Jon Texmon	jon.texmon@gmail.com	95793444
Tatiana Penzo	tatiana@nursepower.no	93223321
Øyvind Lockertsen, veileder (HiOA)		67236129

Vi takker for samarbeidet til nå og håper at enheten vil delta i intervjuprosessen.

På forhånd takk

Vennlig hilsen

Tatiana Penzo og Jon Texmon



Vedlegg nr. 3

## **Samtykke til å delta i studie**

Jeg har mottatt informasjon om studien og samtykker til at ansatte ved enheten deltar i forskningsintervjuer.

---

(Signert av enhetsleder, sted, dato)

## Vedlegg nr. 4: Informasjonsskriv og forespørsel om å delta i spørreundersøkelse

### Informasjonsskriv og forespørsel om å delta i spørreundersøkelse

#### Informasjon om prosjektet og spørreundersøkelsen

Vi er to studenter på master i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Oslo og Akershus. I den forbindelse ønsker vi å invitere til å delta i en spørreundersøkelse. Det innsamlede materialet i undersøkelsen skal brukes i vår masteroppgave og eventuelt til artikler i vitenskapelige tidsskrifter. Tema for masteroppgaven er trygghet i arbeidet med pasienter med voldsrisiko i ambulant virksomhet og hvordan klinisk simuleringstrening kan innvirke på dette. I tillegg vil vi se på hvordan bakgrunn og tidligere erfaringer kan påvirke den enkeltes trygghet i arbeidet.

Problemstillingen er som følger: *Hvordan kan klinisk simuleringstrening innvirke på følelsen av trygghet i arbeidet med pasienter med voldsrisiko for psykiske helsearbeidere i ambulante team.*

Denne spørreundersøkelsen danner grunnlag for oppgavens kvantitative del. Vi vil også rette fokus mot en gruppe som skal drive regelmessig klinisk simuleringstrening over en periode og gjennomføre en kvalitativ undersøkelse av deres opplevelser og erfaringer som følge av dette.

Forespørsel om å delta i denne spørreundersøkelsen er sendt ut til alle ambulante team og enheter som driver ambulant virksomhet i spesialisthelsetjenesten i Oslo. Dette gjelder også enheter som ivaretar poliklinisk oppfølging delvis via eget lokale og delvis via ambulant tjeneste. Samtlige medlemmer i teamet som jobber klinisk inviteres til å delta. Det er frivillig å delta. Ved å fylle ut og levere spørreskjemaet samtykker du til å delta i undersøkelsen.

Har du spørsmål rundt undersøkelsen er du velkommen til å kontakte oss:

Jon Texmon	jon.texmon@gmail.com	95793444
Tatiana Penzo	tatiana@nursepower.no	93223321
Øyvind Lockertsen, veileder (HiOA)		67236129

Vedlegg nr. 4

Besvarelsen av spørreskjemaet gjøres anonymt og leveres til avdelingsleder. Vi vil selv reise rundt til de ulike avdelinger og samle inn ferdig utfylte spørreskjema. Vi har gått igjennom reglementet til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste(NSD) og kommet fram til at spørreundersøkelsen ikke er meldepliktig da den ikke inneholder identifiserbare personopplysninger og heller ikke registreres elektronisk.

Svarfrist for spørreskjemaet er to uker fra det leveres ut, med påminnelse og mulighet for ytterligere en ukes svartid.

Vi håper du vil ta deg tid til å besvare spørreundersøkelsen vår og at dette kan være med på å øke kunnskapsnivået rundt disse temaene.

På forhånd takk

Vennlig hilsen

Tatiana Penzo og Jon Texmon

Oslo 12.02.16

**Redegjørelse av begreper i undersøkelsen:**

Psykisk helsearbeider	Med begrepet psykisk helsearbeider i denne oppgaven mener vi samtlige medlemmer i teamet som deltar i det kliniske arbeidet og har pasientkontakt som del av sine oppgaver.
Trygghet	En subjektiv følelse av beskyttelse og sikkerhet.
Vold og aggresjon	Enhver handling rettet mot annen person, som gjennom denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker, får denne personen til å gjøre noe mot sin vilje, eller slutte å gjøre noe den vil (Per Isdal, 2000).
Klinisk	
Simuleringstrening	En treningsform som går ut på å simulere et scenario som kan oppstå i en arbeidssituasjon så autentisk som mulig. Dette for at man skal kjenne på sine reaksjoner i tillegg til å trene på å skaffe oversikt, kommunisere, handle rasjonelt og øke evnen til å beslutte nødvendige intervensjoner. Treningen kan på ulike arbeidsplasser ha ulike navn, men vil i undersøkelsen falle inn i denne kategorien så lenge det trenes på reelle situasjoner.

## Vedlegg nr. 5: Informasjonsskriv og forespørsel om å delta i forskningsintervju, samtykkeskjema

### **Informasjonsskriv og forespørsel om å delta i forskningsintervju**

#### **Informasjon om prosjektet**

Vi er to studenter på master i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Oslo og Akershus. I den forbindelse ønsker vi å invitere til å delta i et kvalitativt forskningsintervju. De innsamlede dataopplysningene i undersøkelsen skal brukes i vår masteroppgave og eventuelt til artikler i vitenskapelige tidsskrifter. Tema for masteroppgaven er trygghet i arbeidet med pasienter med voldsrisiko i ambulant virksomhet og hvordan klinisk simuleringstrening kan innvirke på dette. I tillegg vil vi se på hvordan bakgrunn og tidligere erfaringer kan påvirke den enkeltes trygghet i arbeidet.

Problemstillingen er som følger: *Hvordan kan klinisk simuleringstrening innvirke på følelsen av trygghet i arbeidet med pasienter med voldsrisiko for psykiske helsearbeidere i ambulante team.*

Prosjektet benytter mixed methods som metode. En spørreundersøkelse danner grunnlag for oppgavens kvantitative del. Som mottaker av denne forespørselen har du, hvis du samtykker blitt valgt ut til å delta i oppgavens kvalitative del hvor vi retter fokus mot en gruppe som har drevet regelmessig klinisk simuleringstrening for så å gjøre en kvalitativ undersøkelse av deltakernes opplevelser og erfaringer som følge av dette. Utvalget av informanter er gjort av enhetsleder ved enheten.

#### **Informasjon om forskningsintervju**

Spørsmålene i intervjuet omhandler deltakernes subjektive opplevelse av prosessen rundt den kliniske simuleringstreningen, hvilke tanker som har kommet i etterkant og om den enkelte har tatt noe av dette med seg inn i arbeidssituasjoner. Intervjuet er anonymt og det vil ikke fremkomme direkte eller indirekte identifiserbare opplysninger om deltakerne i etterkant.

Intervjuet vil bli tatt opp på en diktafon lånt fra Høgskolen i Oslo og Akershus og vil bli transkribert (skrevet ned) på datamaskiner uten nettilgang slik at ingen opplysninger kan

havne på avveie. Vi har utført meldeplikttest hos Norsk samfunnsfaglig datatjeneste (NSD) og prosjektet er ikke vurdert som meldepliktig da det ikke vil fremkomme identifiserbare opplysninger. Hvis noen med eller uten vilje identifiserer seg selv under intervjuet vil dette bli slettet fra transkriberingen og ikke tatt med videre. Ferdig transkriberte intervjuer vil kun være tilgjengelige for oss som jobber med oppgaven, bli oppbevart på et sikkert sted og vil bli makulert etter at oppgaven er ferdigstilt høsten 2016.

Intervjuet vil vare i omtrent 45 minutter. Siden det er Tatiana Penzo som har holdt den kliniske simuleringstreningen er det Jon Texmon som vil utføre intervjuene slik at ikke intervjuene vil bære preg av den relasjonen som har oppstått mellom deltakerne og Penzo gjennom ukene med trening. At en av oss som har rolle som forsker også er involvert i prosessen er noe vi vil berøre under etiske problemstillinger i oppgaven vår. Vi håper allikevel at dette ikke vil være til hinder for at du som deltaker vil kunne si hva du vil under intervjuet. Intervjuene vil ikke ha som fokus å evaluere Penzo sin rolle i treningsprosessen.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Du kan når som helst trekke deg uten å måtte oppgi noen grunn. Hvis du trekker deg vil alle opplysninger du til da har oppgitt bli slettet og utelatt fra prosjektet.

Har du spørsmål rundt prosjektet er du velkommen til å kontakte oss:

Jon Texmon	jon.texmon@gmail.com	95793444
Tatiana Penzo	tatiana@nursepower.no	93223321
Øyvind Lockertsen, veileder (HiOA)		67236129

Vi håper at du ønsker å delta i den kvalitative delen av prosjektet vårt.

På forhånd takk

Vennlig hilsen

Tatiana Penzo og Jon Texmon

Oslo 19.04.16

## **Samtykke til å delta i studie**

Jeg har mottatt informasjon om studien og er villig til å delta i forskningsintervju.

---

(Signert av prosjektdeltaker, sted, dato)



## Vedlegg nr. 6: Forespørsel til avdelingsleder angående spørreundersøkelse

Til, enhetsleder

Akuttjenheten

DPS

Oslo 14.02.16

### **Forespørsel til avdelingsleder angående spørreundersøkelse**

Vi er to studenter på master i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Oslo og Akershus. I forbindelse med vår masteroppgave sender vi herved ut en forespørsel om å delta i en spørreundersøkelse. Tema for oppgaven er trygghet i arbeidet med pasienter med voldsrisiko og hvordan klinisk simuleringstrening, bakgrunn og erfaringer vil påvirke den enkeltes trygghet i arbeidet. Gruppen vi ønsker å forske på er psykiske helsearbeidere som jobber i ambulant virksomhet. Forespørsel om å delta i undersøkelsen sendes ut til samtlige ambulante team i spesialisthelsetjenesten i Oslo. Det innsamlede datamaterialet vil bli brukt i masteroppgaven og eventuelt i artikler i vitenskapelige tidsskrifter.

Klinisk simuleringstrening defineres som en treningsform som går ut på å simulere et scenario som kan oppstå i en arbeidssituasjon så autentisk som mulig. Dette for at man skal kjenne på sine reaksjoner i tillegg til å trene på å skaffe oversikt, kommunisere, handle rasjonelt og øke evnen til å beslutte nødvendige intervensjoner.

Med psykiske helsearbeidere i denne sammenheng mener vi samtlige medlemmer av teamet som jobber klinisk og møter pasienter i sitt arbeid. Samtlige teammedlemmer som jobber klinisk skal altså besvare spørreskjemaet.

Problemstillingen er som følger: *Hvordan kan klinisk simuleringstrening innvirke på følelsen av trygghet i arbeidet med pasienter med voldsrisiko for psykiske helsearbeidere i ambulante team.*

## Vedlegg nr. 6

Denne spørreundersøkelsen danner grunnlag for oppgavens kvantitative del. Vi vil også rette fokus mot en gruppe som skal drive med regelmessig klinisk simuleringstrening og gjennomføre en kvalitativ undersøkelse av deres opplevelser og erfaringer som følge av dette.

Besvarelsen av spørreskjemaet gjøres anonymt og sendes til oss via avdelingsleder. Vi har gått igjennom reglementet til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og kommet fram til at spørreundersøkelsen ikke er meldepliktig da den ikke inneholder identifiserbare personopplysninger og heller ikke registreres elektronisk. Hvilke ambulante team som har gjennomført undersøkelsen vil ikke fremkomme av hverken oppgave eller artikkel, men det vil framkomme at vi har rettet forespørsel til alle teamene i Oslo.

Hvis dere ønsker å delta i undersøkelsen gir vi herved en svarfrist på 14 dager for så å komme med en påminnelse og mulighet for ytterligere en ukes svartid. Vi håper avdelingsledere ser verdien av å øke kompetansen på dette feltet ved å bidra til å kartlegge teammedlemmer i ambulante team sin opplevelse av trygghet i arbeidet med pasienter med voldsrisiko og at dere derfor vil oppfordre teammedlemmene til å svare på undersøkelsen. Vi vil selv reise rundt og samle inn ferdig utfylte spørreskjema.

Har du spørsmål rundt undersøkelsen er du velkommen til å kontakte oss:

Jon Texmon	jon.texmon@gmail.com	95793444
Tatiana Penzo	tatiana@nursepower.no	93223321
Øyvind Lockertsen,	veileder (HiOA)	67236129

På forhånd takk

Vennlig hilsen

Tatiana Penzo og Jon Texmon

Vedlegg: Spørreskjema m/informasjonskriv

## Vedlegg nr. 7: Intervjuguide

### Intervjuguide

- Hva tenker du om den treningsperioden du nettopp har vært gjennom?
- Har du gjort noen oppdagelser underveis som du kan fortelle litt mer om?
- Beskriv noen følelser har du fått kjenne på gjennom perioden.
- Hvordan kan situasjonene du har trent på representerer situasjoner du kan komme opp i under arbeidet?
- På hvilken måte har du følt at en treningsøkt bygger på den forrige, at det er kontinuitet i treningen?
- Hvilke tanker og følelser fikk du umiddelbart da treningsperioden startet, den første timen?
- Beskriv hvordan disse tankene og følelsene utviklet seg gjennom treningsperioden?
- Hvordan tenker du at treningen kan påvirke din følelse av trygghet/utrygghet i arbeidet med pasienter med voldsrisiko?
- Har du gjort deg noen erfaringer i arbeidshverdagen som følge av treningen?
- Kan du beskrive noen følelser du har hatt i treningsperioden som du kjenner igjen fra tidligere opplevelser?
- Hvordan er din opplevelse av kommunikasjon med pasienter med voldsrisiko nå i forhold til hvordan den var før du gjennomførte kurset i klinisk simuleringstrening?

### Vedlegg nr. 8: Skjema for kondenserte og sammenslåtte koder

Sammenslåtte – reduserte -	Subtema	Tema
Trening førte til økt mestringsopplevelse	Trygghet/Utrygghet	Opplevelse
Treningen førte til bedre kommunikasjon i konkret situasjon.	Kommunikasjon med pasient	Kommunikasjon
Trening fører til økt handlingskompetanse	Virksom	Virksom
Trening fører til opplevelse av økt trygghet	Trygghet/Utrygghet	Opplevelse
Treningen vekket/aktiverte følelser fra tidligere erfaringer med volds/utageringer av pasienter	Autensitet	Opplevelse
Scenarioet likner virkeligheten, autensitet	Autensitet	Opplevelse
Trening kan føre til frykt for å gå inn i mer risikofylte oppdrag	Trygghet/Utrygghet	Opplevelse
Treningene må vedlikeholdes og kontinueres	Virksom	Virksom
Scenariene ble litt kunstige	Autensitet	Opplevelse
Ser nytteverdien med scenariene	Virksom	Virksom
Usikkerhet om frigjøringsteknikkene fungerer i forhold til styrke.	Trygghet/Utrygghet	Opplevelse
Treningen fører til en bedre mental forberedthet	Trygghet/Utrygghet	Opplevelse
Treningene hadde kontinuitet og bygde på hverandre	Virksom	Virksom
Holdegrepene fokuserte på ivaretagelse av pasientsikkerhet	Trygghet/Utrygghet	Opplevelse
Treningen styrker felles forståelse for kommunikasjon og samhandling	Kommunikasjon i teamet	Kommunikasjon
Positiv til trening	Trygghet/Utrygghet	Opplevelse

## Vedlegg nr. 9: Beskrivelse av gjennomføring av kurs i klinisk simuleringstrening i ambulante team

### BESKRIVELSE AV KURS I KLINISK SIMULERINGSTRENING I AMBULANT TEAM

Det ble gjennomført totalt syv treningsøkter med klinisk simuleringstrening over en periode på syv uker. Den første treningen ble gjennomført 7. mars og den siste 21. april. Den første treningen hadde en varighet på to timer, og de følgende hadde en lengde på én time bortsett fra siste treningsøkt som var på to timer. Det ble gjennomført én til to treninger pr uke. Ved to tilfeller var det over én uke mellom treningene, blant annet på grunn av påskefri. Det var ti av tolv potensielle deltakere tilstede på den første av syv simuleringstreninger. Resten av treningsperioden varierte deltakerantallet fra syv til tolv deltakere med et gjennomsnitt på ti deltakere. Det første møtet ble innledet med presentasjon og informasjon om studiens mål og hensikt, klinisk simuleringstrening og om treningsopplegget. De fysiske teknikkene sammen med deeskalering- og kommunikasjonsmetoder ble presentert og deltakerne fikk beskrevet hvordan treningsøktene var bygget opp. Deltakerne ble informert om viktige aspekter ved treningene; å ha forhåndsbestemte læringsmål, som ofte består i *tydelig kommunikasjon, tydelig ledelse og samhandling i teamet*. Videre ble det beskrevet at det er vesentlig for læringen at hver enkelt deltaker skal ha opplevelse av økende oppnåelse av mestring (Dieckmann, 2009). I tillegg til å skulle trene mekanisk på ulike teknikker ble det presentert at kommunikasjon, posisjonering og observasjon er vesentlig faktorer i kliniske simuleringstreninger i ambulante team. Da det kom til selve treningen var det fokus på å repetere de etiske og juridiske aspektene gjennomgående gjennom treningsperioden og integrere dette i den kliniske simuleringstreningen blant annet i innøvelsen av de ulike kommunikasjons- og fysiske teknikker og metoder. Blant annet ble det å være fysisk nær en kollega og det å være sårbare i treningssituasjon og i debriefen tematisert. Videre ble det også tydelig formidlet at det er viktig at deltakerne sier stopp ved smerte eller ubehag. Deltakerne sto fritt til å stille spørsmål og det ble gjennomført en dialog før instruktør og deltakere gikk inn i et større rom for å gjennomføre kliniske simuleringstreningen.

Gjennomføringen av den kliniske simuleringstreningen var stort sett som følger:

- Total varighet 1 time

- 15-20 minutters *teknikktraining* der vi hadde fokus på én til tre teknikker. Det kunne for eksempel være etisk forankrede holdegrep, eller det kunne være frigjøring fra kvelertak.
- 5-15 minutter *prebrief/brief* i forkant av et *scenario* som på forhånd var forberedt.
- 10-15 minutter gjennomføring av scenario. Før hver trening forberedte var det forberedt et scenario som var fylt inn på et eget scenarioskjema og som ble regissert av fasilitator.
- 15-20 minutter *debrief*, der fasilitator sin funksjon var å lede debrief og ha en nøytral rolle. Debrieffasen er delt inn i tre deler: Gjennomgang av hva som har skjedd, analysedelen og anvendelsesdelen.

På siste trening varte debriefen i 40 minutter og oppsummerte prosjektet og tematiserte hvordan teamet kunne opprettholde klinisk simuleringstrening. I samråd med teamet ble de anbefalt å gjennomføre minimum 30 minutters trening hver uke. Det ble også kommet fram til at man kunne trene vekselvis teknikktraining og scenariotrening, for eksempel annen hver gang.

#### Beskrivelse av scenarioene

I simulering omtaler man som nevnt i teoridelen den som spiller pasient som markør. Markøren er den eneste som påtar seg en rolle. Markøren blir instruert i sin rolle av fasilitator. Dette kan gå på hvor høyt eller lavt aggresjonsnivået skal være, og hvordan markør skal justere sine handlinger etter som situasjonen utvikler seg. Markør og fasilitator kan kommunisere underveis i scenarioet ved at fasilitator signaliserer med tegn man er blitt enig om før scenarioet, for eksempel om aggresjonsnivået skal økes eller senkes. Scenarioene ble gjennomført med full regi og læringsmålene var forhåndsbestemt. Intensiteten i scenarioene økte i takt med innlæring av kommunikasjonsmetoder og fysiske teknikker og mestring av disse. De to første gangene fikk deltakerne all informasjon om situasjonen, det vil si markørens fysiske og psykiske tilstand, problemområder og grad av aggresjon. De resterende gangene fikk markør og observatører mer informasjon om situasjonen enn de øvrige deltakerne. Deltakerne fikk utdelt sin funksjon etter hva de selv hadde lyst til, men målet var til slutt at alle skulle ha vært i de ulike funksjonene som beskrives nedenfor.

Funksjoner i den kliniske simuleringstreningen som ble gjennomført:

- *Behandler* tok i mot pasient og hadde for eksempel en samtale med denne (ofte to behandlere i hvert scenario).
- *Observatør* fikk konkrete observasjonsmål for eksempel å observere kommunikasjon mellom markør og behandlere, observere hva som ble formildet non-verbalt, observere kommunikasjonen mellom deltakerne som kom løpende på alarm eller observere om, og hvordan læringsmålene ble nådd, (to observatører i hvert scenario).
- *Leder* var den som kom først til rommet alarmen ble utløst.
- *Markør*: Inntok rolle som pasient med en på forhånd valgt problemstilling. Markør får alltid tildelt navn.

Totalt var det 5 eller 6 aktører med konkrete funksjoner. Øvrige deltakere skulle bistå situasjonen og skulle da gjøre det de ble bedt om av den som hadde ledelsen. Det ble tematisert etiske vurderinger i forkant av scenarioene, for eksempel at man ikke skulle gå inn og spille en konkret pasient og at den som spiller pasient skulle ha et konkret navn som markør kunne tiltales med.

#### Begrunnelse for valg av teknikker

Bakgrunnen og oppbygningen av treningsopplegget er basert på prinsipper fra teori (Verge, 2012; Bjerklund, 2014) om klinisk simuleringstrening samt instruktøren sin egen instruktørerfaring gjennom flere år. Inspirasjon og kunnskaper er hentet fra kurs hos Verge opplæring samt Oslo simuleringssenter, Oslo Universitetssykehus.

I det følgende beskrives kort de teknikker det ble trent på i opplæringsperioden:

- *Føring/holdegrep*: Aktiv skjerming, ledsager og støttegrep
- *Frigjøringsteknikker*: Frigjøring fra fastholding, lugging, biting.
- *Beskyttelsesteknikker*: Beskyttelse mot slag og spark.
- *Nødvergeteknikker*: Frigjøring og verge mot halsgrep forfra, halsgrep bakfra, underarmskveling bakfra. Beskyttelse med møbler etc.

Vedlegg nr. 9

- *Kollegafrigjøring/bistandsteknikker*: Hjelp kolleger i tilsvarende situasjoner

Valg av teknikker tar utgangspunkt i at disse skal være minst mulig inngripende og påføre minst mulig skade, smerte eller krenkelse (Verge, 2012). Teknikkene er valgt ut med mål om å

tilpasse behovene for de som jobber i ambulant virksomhet. Teknikkene ble valgt ut av instruktøren i 2012 i forbindelse med å lage et repertoar til eget arbeidsted og er utviklet siden den gang. Utvalgte teknikker og pedagogisk tilnærming ble diskutert med personal i Verge Opplæring som støttet repertoaret.