

Kapittel 10

Etterarbeid

Læringsmål:

Deltakeren på todagerskurset skal:

1. **Ha kunnskap om** normale og mulige reaksjoner i etterkant av aggressive episode
2. **Kjenne til** hvordan en kan bruke aggressive episoder til læring, mestring og forebygging
3. **Kunne anvende** de ulike tiltak som kan brukes i etterkant av hendelse
4. **Kjenne til** hvordan aggressive episoder kan brukes som forbedringsarbeid og kvalitetsarbeid
5. **Ha nok kunnskap** til å etterspørre rutiner og planverk

Del 1: Teoretisk og empirisk bakgrunn

Etterarbeid

Av Øivind Ekeberg, Ph.D

Krise

Krisebegrepet brukes i mange sammenhenger, og ofte for mye. En krise preges av at det foreligger en *nyoppstått situasjon*, hvor *viktige verdier trues* og *vanlige mestringsmetoder kan bli utilstrekkelige*. Det er mange vanskelige situasjoner som ikke er en krise, for eksempel å leve med en ektefelle som er alkoholiker. Når en ansatt kommer i en voldssituasjon, er det en potensielt traumatisk hendelse som kan føre til krisereaksjoner.

Faktorer som spiller en rolle for graden av krisereaksjoner

Personlig sårbarhet

Dette dreier seg særlig om hvordan man er som person med hensyn til sårbarhet for krenkelse og evne til å mestre situasjoner med trusler og vold.

Tidligere traumatiske opplevelser

Hvis personen har opplevd hendelser som ikke er ferdig bearbeidet, er det risiko for retraumatisering.

Trusselsituasjonen

Graden av opplevd fare er en sentral faktor. Opplevelsen er viktigere enn den faktiske faren. Det er blitt stadig vanligere at ansatte i helse- og sosialvesenet blir utsatt for trusler og vold. Krisereaksjoner kan også utløses av

hendelser hvor det ikke er trussel om skade, for eksempel ved krenkelser.

Beskyttende faktorer Det er flere beskyttende faktorer. *Forberedelse* vil si at man har tenkt igjennom situasjoner som kan oppstå, og hvordan man skal løse disse. Det er en fordel hvis avdelingen også har utarbeidet planer for hvordan man skal løse tenkte situasjoner.

Trening. Den viktigste delen av treningen er vanligvis den erfaringen man har fra lignende situasjoner, i dette tilfellet håndtering av voldshendelser. I tillegg er teoretisk og praktisk læring nyttig, både for å forstå mer av hva som fremmer aggressiv og voldelig atferd, hvordan man kan oppdage signaler om at risikoen for vold øker, og ikke minst hvordan man bør opptre i slike situasjoner. Praktiske øvelser gjør vanligvis treningen enda bedre. *Grad av kontroll.* Med kontroll menes i hvilken grad man opplever å kunne påvirke situasjonen selv, og særlig at man kan gjøre noe for løse denne.

Kollegial støtte. Det er en stor styrke hvis man opplever at man arbeider i et team, hvor man får støtte fra sine kolleger, både i en akutt voldssituasjon og i tiden etterpå. Det er også viktig at man får støtte fra overordnede. Det har dessverre vært en del eksempler på at institusjonens øverste ledelse ikke har støttet den som har vært involvert i alvorlige hendelser, særlig hvis det blir medieomtale. Her er det viktig å huske arbeidsgiveransvaret, og at det er forskjell på å støtte en person og å støtte handlingen. Selv om han har gjort en feil, har man rett på å få forsvart sine rettigheter.

Etterarbeid og oppfølging. I de fleste tilfeller er denne lokal, dvs. fra kolleger eller nærmeste leder. Ved særlig alvorlige reaksjoner, kan det være nødvendig med profesjonell oppfølging. Som arbeidsgiver må man også vurdere i hvilken grad den rammede har familiær og sosial støtte.

Fra stress til krise

Stress betyr påkjenning eller belastning.

Fysiske og psykiske påkjenninger (stressorer) fører til forskjellige kroppslige og psykiske reaksjoner. Mildere former for stress kan virke fysisk og psykisk stimulerende (fysisk trening, utfordrende arbeid), særlig når det er forbundet med kontroll og mestring. Ved akutt overbelastning kan stresset føre til krisereaksjoner. Ved langvarig stress kan det føre til kroppslige plager (særlig muskelspenninger og fordøyelsesbesvær) og/eller psykiske plager som alarmberedskap og utbrenthet.

Typiske krisereaksjoner

Ofte kan en ved dramatiske hendelser, se reaksjoner som følger et mønster og som kan inndeles i faser.

Sjokkfasen

Sjokkfasen preges av en følelsesmessig overveldelse, og varer gjerne fra sekunder til få dager. Typiske reaksjoner er *følelse av uvirkelighet*, slik som følelsen av å være på siden av seg selv, at hendelsen oppleves som en «sakte film» eller «en drøm», *følelsesmessig lammelse* (apati), *hjelpeløshet og forandret tidsopplevelse*. I tillegg er det vanlig med *opplevelse av fare, angst*, kanskje *panikk, uro og søvnproblemer*.

Alt eller intet tenkning. Under stort stress blir tenkningen mer to-delt, slik at det går på livdød, svart-hvitt, enten eller. Evnen til nyansering svekkes. Samtidig kommer ofte en *tilstivnet tankegang* med tendens til å stille de samme spørsmålene og finne de samme svarene, med nedsatt evne til å finne alternative, og ofte bedre løsninger. *Nedsatt informasjonssøkning* blir ofte en følge av dette, ofte forbundet med *handlingslammelse*. Hos andre kan man se *impulshandlinger*, enten ved fortsatt fare eller hvis vedkommende må gjøre noe for å få utløp for en indre spenning. *Endret sansning* er også vanlig. Man kan få *kikkertsyn*, det vil si at det man ser virker forstørret, samtidig som synsfeltet blir mindre. Det som ses kan oppleves så sterkt at minnene kommer

tilbake, som om de brenner seg fast. Man kan legge merke til detaljer som man normalt ikke ville gjort. Det kan også bli *endret hørsel*, slik at man enten hører noe sterkt eller ikke legger merke til det. *Endret tidsopplevelse* er også vanlig. Hvis man venter på noe, synes tiden å gå langsomt, men hvis man skal rekke å gjøre noe, synes den å gå fort.

Det vanligste er at den som er i sjokk er stille, tilbaketrukket og kan synes å være i sin egen verden. Mange forbinder nok sjokkfase med panikk og uro. Dette ser man gjerne hvis det fortsatt foreligger fare. Situasjonen kan kanskje oppleves som relativt grei mens man er på jobb, blant annet fordi det kan være mye støtte der. Men vær oppmerksom hvis det er *vanskelig å gå hjem*. Etter man har kommet hjem, kan det være at reaksjonene kommer i form av *uro, angst, gjenopplevelse av situasjonen og søvnproblemer*. Vanlige reaksjoner er *selvbebreidelser*, og spørsmål om man kunne ha handlet bedre. Det er et problematisk spørsmål fordi svaret i praksis alltid er ja. Et bedre spørsmål er om man har gjort sitt beste, noe man som oftest har.

Unngå bruk av alkohol, da det øker problemer som angst, nedtrykthet og søvnproblemer, selv om det kan kjennes lettere ut i med en gang. Det anbefales også å unngå selvmedisinering. Hvis det er nødvendig å bruke reseptbelagte medisiner, bør det bare brukes etter avtale med lege.

Kroppslige reaksjoner

Det kroppslige systemet aktiveres i en krise. Det vanligste er sympatisk aktivering, med mer adrenalin, høyere puls (hjerterbank), økt respirasjon (kanskje hyperventilering), svimmelhet, økt varmeproduksjon med svetting, skjelvinger og rødme, uro, rastløshet og irritabilitet. Man kan også få parasympatisk aktivering med blodtrykksfall, svimmelhet, magesmerter, diaré og vannlating. Parasympatisk aktivering er vanligere i

situasjoner hvor den rammede ser blod og skadde. Det kan være gunstig å forklare den rammede hvorfor de fysiske reaksjonene oppstår.

Reaksjonsfasen

Reaksjonsfasen varer fra dager til måneder. Denne preges av angst, uro, fortvilelse, gråt og sinne. Noen vil ikke snakke om hendelsen, mens andre snakker om den hele tiden. Noen kan bli mer regressive og vil ha hjelp til ting som de kan klare selv. Selv om man skal ha respekt for de reaksjoner som kommer og gi seg tid til å bearbeide disse, er det en fordel å få tilbake mest mulig av de daglige rutiner, gjerne også å komme tilbake i arbeid, eventuelt på deltid eller med mindre krevende arbeidsoppgaver i en overgangsperiode.

Bearbeidingsfasen

Bearbeidingsfasen varer som regel i en til seks uker. *Angst, søvnvansker*, tendens til *nedsatt stemningsleie* og tendens til *selvbebreidelser* er vanlig. Det er vanlig å forsøke å finne mening eller forståelse av hendelsen. Sterke reaksjoner er *gjenopplevelse, mareritt, unngåelsesatferd* og *kroppslig aktivering*. Noen isolerer seg i denne fasen, noe som bør motarbeides.

Nyorienteringsfasen

Nyorienteringsfasen preges av at man har lagt hendelsen bak seg, selv om den huskes. Man klarer å legge planer for fremtiden. De fleste har da gjennomlevd den traumatiske hendelsen og fatt på nye oppgaver. Men det er noen som kan ha utviklet posttraumatisk stresslidelse (PTSD), andre angstlidelser, depresjon eller misbruk av rusmidler.

Krisereaksjoner som ikke er normale

Selv om det er stor variasjon i intensitet og varighet av normale reaksjoner på ekstreme hendelser, er det noen reaksjoner som ikke regnes som normale. En av disse er *F44*

dissosiativ lidelse. Den preges av tap av normal integrasjon mellom erindringer om fortiden, identitetsbevissthet, sanseinntrykk og kontroll over kroppsbevegelser, særlig lammelser og følelsesløshet. Det viktigste fenomenet er tap av hukommelse, vanligvis for den traumatiske opplevelsen.

Benektning

Dette er en opplevelse av at en faktisk hendelse ikke har funnet sted. Dette er en sjelden reaksjon, men den er alvorlig, da følelseslivet er totalt overbelastet. Som eksempel kan benektning være troen på at en død person fortsatt lever, mens en bagatellisering kan være at man er uberørt av at en viktig og nærstående person døde.

Psykotiske reaksjoner

Det er sjelden at traumatiske hendelser fører til psykotiske reaksjoner (vrangforestillinger), men det kan forekomme, vanligvis hos disponerte personer.

Urimelig forhold mellom traumet og reaksjoner

Man kan se reaksjoner som med hensyn til intensitet eller varighet ikke står i noe rimelig forhold til hendelsen uten at det gir grunnlag for noen diagnose. Vanligvis vil det være hos personer som har hatt psykiske problemer tidligere.

Fra krisereaksjoner til psykiatriske diagnoser

De fleste krisereaksjoner er kortvarige, fører ikke til psykiatriske diagnoser og går over med eller uten støtte fra familie, kolleger og venner.

Psykiatriske diagnoser

Det er viktig å normalisere reaksjonene etter en traumatisk hendelse. Det er noen som bruker det som argument for at man ikke skal få noen psykiatrisk diagnose. Det er ikke riktig, for det er mange «normalreaksjoner» som kan være slik at man ikke er arbeidsfør, og at man kan få en psykiatrisk diagnose. De fleste

benbrudd er også normalreaksjoner på usedvanlige belastninger, og kan føre til både diagnose og sykemelding.

Når en medarbeider har vært utsatt for en alvorlig voldshendelse, kan det være nødvendig med oppfølging hos psykiater eller psykolog og/eller behov for sykemelding. Da er det nødvendig med en diagnose. De mest aktuelle diagnosene for slike tilstander er omtalt nedenfor.

I det internasjonale klassifikasjonssystemet for diagnoser (ICD 10) er *F43.0 Akutt belastningslidelse* en forbigående reaksjon på

uvanlig fysisk og psykisk belastning, og som vanligvis avtar i løpet av timer eller få dager. *F43.2 Tilpasningsforstyrrelse* preges av

depresjon, angst eller bekymring (eller en blanding av disse), følelse av å mangle mestringsevne og evne til å planlegge fremover eller til å fortsette i nåværende situasjon, så vel som en større eller mindre grad av vansker med å utføre daglige rutiner. Denne tilstanden går vanligvis over i løpet av seks måneder. *F 43.1 Posttraumatisk stresslidelse* er mer alvorlig, og kan noen ganger bli kronisk. Dette er en reaksjon på en sedvanlig truende eller katastrofal hendelse som mest sannsynlig ville utløst sterkt ubehag hos de fleste. Typiske symptomer er gjenopplevelse (flashback), mareritt, unngåelse av aktiviteter og situasjoner som minner om traumet og forhøyet og vaksomhet og skvettenhet. Angst og depresjon er også vanlig, og utvikling av rusmisbruk en mulig komplikasjon.

Risikofaktorer for utvikling av PTSD

Graden av opplevd trussel Den psykiske opplevelsen er viktigere enn den objektiv fare. Det vanskeligste er opplevelse av å være i livsfare. Varigheten av trusselen er også viktig. I noen tilfeller kan varigheten være så kort at det ikke fører til senere problemer. *Varigheten av trusselen* Dette er en viktig faktor, og generelt øker risikoen ved økende varighet. Mange har opplevd nestenkollisjon med bil

uten at det gir PTSD. Det er fordi det kan være vanskelig å oppfatte hvor farlig situasjonen er før den er over. Trusselen behøver imidlertid ikke å vare så lenge før det kan gi reaksjoner. Alvorlig voldsutøvelse eller ran kan sette spor etter en varighet på få sekunder. Ved langvarige trusler, slik som ved gisseltaking, øker risikoen tilsvarende.

Årsaken til trusselen Vi har størst toleranse for *naturskapte hendelser* som lynnedslag, flom, ras og lignende. Deretter følger menneskeskapte *uhell, feil* eller *forsømmelse*. Det vanskeligste er imidlertid *menneskelig ondskap*. Det betyr at voldsatferd i høyere grad enn de fleste andre hendelser disponerer for alvorlige psykiske reaksjoner. Med det menes at andre har til hensikt å skade en eller gjøre en vondt. Det virker vanligvis sterkere hvis man er påført skade, er blitt angrepet fysisk uten skade enn ved trussel om angrep. I medisinsk virksomhet kan man bli utsatt for voldsatferd som ikke nødvendigvis oppleves som ondskap. Hvis en psykotisk pasient går til angrep, opplever man vanligvis at handlingen er en følge av en sykdom og ikke uttrykk for et ønske om å gjøre oss vondt. Derfor er toleransen vanligvis større hvis man blir angrepet av en pasient enn hvis man blir angrepet i byen eller i hjemmet.

Mangel av kontroll

Det er større risiko hvis man har opplevd å være låst, hjelpeløs og ikke kunnet gjøre noe.

Utbrenthet

Utbrenthet kan beskrives som en *følelsesmessig utmattelse*. Det kan ofte også gi en følelse av *fysisk tretthet* og mangel på energi og overskudd. Man opplever også gjerne mer *bekymringer*. Etter hvert kan det oppstå *økende likegyldighet*, kanskje med en følelse av at det ikke spiller noen rolle hva man gjør eller hvordan det går med pasientene. Dette er gjerne ledsaget av opplevelser av *sviktende mestring* og *mulig resignasjon*.

Utbrenthet er vanligvis *en følge av langvarig stress og aktivering*. Hvis man har anstrengt seg mye og blitt sliten og utmattet, kommer man seg raskt etter hvile. Dette kan sammenlignes med trening, hvor alle kommer seg raskt etter en hard treningstur. Men både amatører og aktive idrettsstjerner kan bli overtrengt, slik at mer trening fører til at man blir dårligere og presterer dårligere. En vanlig forutsetning for å bli utbrenthet, er at noe brenner, altså at man er engasjert og entusiastisk. Det oppstår lettere *hvis man arbeider med følelsesmessige oppgaver*, slik som mennesker som har det vondt, og særlig hvis man har ansvar for mange mennesker. Risikoen er også større *hvis man er en følsom person*, da man lettere blir påvirket av pasientens lidelse. Hvis man får lite støtte og dessuten har en streng samvittighet, øker også risikoen.

Behandling av utbrenthet er vanskeligere enn forebygging. Det tar lang tid å bli utbrent, og det tar nesten alltid lang tid å gjenvinne overskuddet. *Avlastning* er sentralt, og forsøk på å «ta seg sammen» øker risikoen for at tilstanden blir mer alvorlig og langvarig. Det er også en fordel å ha nok *variasjon i arbeidsoppgavene*. I tillegg hjelper det å *ha nok oppgaver som går bra*. Det kan være vanskeligere å oppleve det hvis man bare arbeider med pasienter som er kroniske og eventuelt blir dårligere. Det hjelper også hvis man har god nok *kontroll over grensene*. Det vil blant annet si at man ikke blir pålagt større oppgaver som går utover de opprinnelige ansvarsoppgaver uten at man har overskudd eller tid til dette, eller at utenforstående på kritisk måte blander seg inn i de oppgaver man har. Det er også beskyttende hvis man har et *godt kollegialt nettverk*, og det er en kultur hvor man kan si ifra hvis noe blir vanskelig. *Fysisk trening* er vanligvis også beskyttende hvis man har nok overskudd og tid til restitusjon. Andre muligheter for å ta seg inn på fritiden i forhold til familie, venner, hobbyer er også beskyttende.

Det kan ta lang tid å komme seg etter at man er blitt utbrent. I verste fall kan det hende at man ikke oppnår den samme funksjonen som før. I noen tilfeller kan det være nødvendig å behandle en sekundær depresjon.

Sekundær traumatisering

Når en behandler hører på pasientens traumatiske opplevelser, kan en åpen og empatisk holdning føre til at man identifiserer seg så mye med pasientens lidelse at det kan bli traumatisk også for behandleren. Det kan gi behandleren ubehagelige følelser av å gjenoppleve det pasienten har fortalt om, unngåelse av å tenke på det eller situasjoner som kan minne om det og kroppslig aktivering. Dette gjelder ikke bare i traumeterapier, men i flere sammenhenger hvor pasienter lider, enten det er i skadesituasjoner eller i forbindelse med alvorlig psykisk lidelse. Risikoen øker ved økende identifisering med pasienten, for eksempel hvis det er mange likhetstrekk mellom pasientens livssituasjon og behandlerens. Vi identifiserer oss også mer med barn, med mennesker som er i stor nød og mennesker vi blir mer kjent med, slik som i behandlinger som varer lenge. Det er kjent at det kan være traumatisk å være vitne til traumatiske hendelser. Når behandlere hører pasienter fortelle om sine traumer og lidelser, kan de også få en form for vitneopplevelser. Det er økt risiko for sekundær traumatisering når man er tidlig i sin yrkeskarriere, hvis man får lite støtte og veiledning og hvis man har for mange problemer utenfor arbeidssituasjonen. Etter terrorhandlingene 22. juli 2011 var det mye innsatspersonell som hadde sterke opplevelser, og flere opplevde selv å være i fare. Allikevel var det svært få som fikk posttraumatiske symptomer etterpå. Unntaket var frivillig innsatspersonell som ikke var profesjonelle, men som tilfeldigvis var i nærheten. Disse hadde ingen trening eller forberedelse. Mange profesjonelle opplevde tvert imot at de fikk både økt sin

mestringsevne og mer forståelse for andres reaksjoner etterpå.

Hjelpetiltak etter traumatiske opplevelser – sykehusets ansvar

Sykehuset har ansvar for å sikre god personalomsorg etter traumatiske eller potensielt traumatiske hendelser i arbeidssituasjonen. Ansatte har rett til å bli ivaretatt av arbeidsplassen når de utsettes for særlige belastninger i sitt arbeid. Ansatte som utsettes for vold og trusler skal uoppfordret melde fra om dette til nærmeste leder.

En som har vært utsatt for en voldshandling har behov for støtte og hjelp. Formålet med hjelpen er å begrense fysisk skade og psykiske ettervirkninger av episoden.

Akutfasen

Det vil si de første timene og dagene etter en hendelse.

Psykologisk førstehjelp

Skjerme og trygge

Det aller første som må gjøres er å bringe den rammede i sikkerhet, og forsikre at vedkommende er utenfor fare. Hvis man mot formodning fortsatt er i fare, bør det gis informasjon om hvilke tiltak som iverksettes for å redusere denne. Selv etter at den rammede har kommet i sikkerhet, kan aktiveringen være så høy at vedkommende kan bli skremt av ufarlige stimuli, spesielt av lyd- og synsinntrykk. Derfor bør de forklares hva som er årsaken til eventuelle slike stimuli. Det bør også *formidles håp*.

Ikke la voldsofferet eller de som har vært vitne til voldshandlingen være alene i timene umiddelbart etter hendelsen Leder må sørge for at det gis informasjon til kolleger om hva som har skjedd og kommer til å skje.

Det er viktig å forsikre de(n) kriserammede om at det de opplever er normale reaksjoner på

en unormal situasjon. De fleste mennesker vil mestre krisesituasjoner uten senvirkninger i form av posttraumatisk stresslidelse eller andre plager, og vil ikke ha behov for hjelp fra psykologer eller andre fagfolk, men noen får problemer. Risikoen for dette reduseres ved gode tiltak i akuttfasen. Alle har med seg et typisk reaksjonsmønster som er basert på personlighet og tidligere erfaringer (determinerte reaksjoner) og er preget av det i møte med nye situasjoner. Derfor kan det være hensiktsmessig å spørre om den rammede har opplevd lignende trusler og reaksjoner tidligere. Det kan både bidra til å forstå hvorfor reaksjonene kanskje er sterkere enn forventet, hvorfor følelsen av hjelpeløshet kanskje er for sterk, og det kan bidra til å lære hvordan man kanskje kan løse en lignende hendelse bedre i fremtiden.

Følelser

Man kan forstå følelser som en syntese av emosjon (fortvilelse, redsel, sinne, glede) og kognisjon (tanke). Når det emosjonelle nivået blir høyt, svekkes den kognitive funksjonen. I en krisesituasjon er det vanligvis høyt emosjonelt nivå, gjerne preget av en lammende redsel. Evnen til å ta inn informasjon er da svekket, og derfor bør beskjeder være korte, tydelige og ofte gjentatte. Man kan kanskje ha nytte av å be den rammede om å gjenta det man har sagt, for å sikre at det ble oppfattet. Man bør av samme grunn ikke spørre om hva den rammede føler, da det vil stimulere til mer emosjon, men heller hva vedkommende tenker på. Det kan i beste fall stimulere til mer tankevirksomhet, og vil kunne bidra til å redusere det emosjonelle trykket. En som er i sjokkfase trenger også klare råd og mest mulig struktur og ledelse.

Det kan virke som om en som er sjokkert og apatisk ikke reagerer, og tenke seg at det går bra. For den sjokkerte foreligger imidlertid et indre kaos. Samtidig må man huske at det er

noen mestrer en krise så godt at de ikke har sterke reaksjoner.

Psykisk førstehjelp

Intervensjon

Psykososial støtte skal ytes så snart som mulig etter hendelsen, og følges opp over tid.

Akseptere følelser og symptomer Det vil si at man gir uttrykk for at man forstår den rammedes reaksjoner og hjelper til slik at disse settes i sammenheng med hendelsen.

Hjelp til å se kriser i øynene (gradvis) Dette er det særlig viktig å være oppmerksom på ved større katastrofer. Man bør gi et lite varsel før man kommer med et alvorlig budskap. Hvis den rammede stiller et spørsmål om vanskelige temaer (f.eks. om andre i en ulykke døde), er vedkommende også klar for å ta imot svaret og må få et sant svar.

Virkelighetsorientering

Det man sier må være sant, men man behøver ikke å si alt som er sant med en gang, men vente til den rammede har fått bygget opp sitt forsvar.

Ingen falsk beroligelse

Det man sier må være sant, men man behøver ikke å si alt som er sant med en gang.

Ikke å oppmuntre til å bebreide andre I den akutte fasen er det viktigste å styrke den rammedes mestring. Det hjelper ikke å finne syndebukker eller invitere til klager i denne fasen. Hvis det skulle være aktuelt, bør man oppfordre til å vente med dette til situasjonen har stabilisert seg.

Hjelp til å godta hjelp

De fleste mennesker liker å klare seg selv, men skjønner allikevel at de i mange situasjoner trenger hjelp. Det er noen som opplever det som en svakhet å motta hjelp for psykiske problemer. Derfor bør de oppfordres til å ta

imot hjelp og forklares at det ikke er det samme som svakhet.

Praktisk hjelp

Man må ikke bli så opptatt av psykiske reaksjoner at man glemmer å gi praktisk hjelp. Er det noen som kan ta seg av barna? Hvordan kommer man seg hjem? Dette er noen av de mange praktiske spørsmål som kan dukke opp.

Defusing

Defusing er en ledet samtale eller gruppemøte kort tid etter en hendelse som kombinerer en gjennomgang av fakta med støtte. De som rammes gis anledning til å komme sammen for å dele inntrykk og støtte hverandre, for å redusere isolasjon og styrke et realistisk perspektiv på det som har skjedd. Normalt inkluderes de som er direkte berørt av hendelsen. Fokus er på det som har hendt, og på det som planlegges videre. En gjennomgang av fakta bidrar til å få klarhet i hendelsesforløpet, og til å integrere minnene. Prøv å unngå eller dempe kritikk, og oppmuntre til sosial støtte og tilhørighet i gruppen.

Debriefing

Dette er gjerne noe mer strukturert enn defusing. Det anbefales at den som har vært utsatt for vold får *snakke med en erfaren kollega*, gjerne samme dag, helst også dagen etter, og om nødvendig også senere. Hvis det er flere ansatte som har vært involvert i hendelsen, kan det være aktuelt med en enkel debriefing. Formålet med debriefing var opprinnelig å undersøke om en prosedyre gikk som planlagt. Det har vist seg at det kan ha gunstige følelsesmessige konsekvenser, og brukes derfor som hjelp i bearbeidingen. I så fall må det være tydelig hvem som leder. Alle som deltar må få si noe om sine opplevelser. Det er særlig viktig å gå igjennom hva som faktisk hendte. Man kan gjerne stille spørsmål som «hva tenkte du»? og «hva gjorde du»? Noen ganger kanskje også «hva følte du»? De

to første leddene kan vurderes som *instrumentell debriefing*, mens det siste kan vurderes som *emosjonell debriefing*, noe som kan minne om psykisk førstehjelp.

I en debriefing kan man også problematisere hvordan man kan bli bedre til å håndtere situasjoner med voldsatferd, både ved å se på egen atferd og høre hvordan andre løser slike situasjoner. Det er viktig at man kan lære noe nytt, og ikke gjenta eller forsterke tiltak som ikke virker.

Oppfølgingsfasen

Flere tiltak er aktuelle de neste dagene, ukene og månedene.

Oppfølgingsmøter og samtaler med den rammede har til hensikt å høre hvordan det går, sikre at det fortsatt er bedring, og avklare om det er behov for ytterligere tiltak fra avdelingsledelsen. Men hensyn til eventuell *henvisning til psykiater eller psykolog*, anbefales vanligvis *avventende overvåking*. Det vil si at man i første omgang ser hvordan den rammede klarer seg med støtte fra kolleger og familie.

Voldshendelser bør også brukes til *læring og forbedringstiltak* i avdelingen. Det bidrar også til en opplevelse av god oppfølging for den ansatte.

Individuell tilrettelegging

Det kan være behov for forskjellige typer tilrettelegging, for eksempel at en person fritas i en periode for oppgaver eller personer som kan være triggere for traumeminner, eller at det utvises større fleksibilitet når det gjelder arbeidstid.

Oppfølging

Oppfølgingsmøter og -samtaler for de involverte anbefales i løpet av de neste dagene/ukene. Vurder om hele gruppen bør samles. Oppdatert informasjon må gis. Be også om tilbakemelding om situasjonen og om det

er behov for videre tiltak. Gi også informasjon om hva som skal skje fremover.

Kollegastøtte

I et godt arbeidsmiljø forventer man at kolleger støtter hverandre. Det gjelder spesielt når det er en som har opplevd en vanskelig hendelse. De fleste kolleger kan vise omtanke og ivaretagelse. Mer erfarne kolleger har også muligheter for å gi støtte ved å hjelpe til med å bearbeide potensielt traumatiske hendelser. Erfarne kollegaer kan også ha særlig erfaring med hensyn til praktiske sider knyttet til hendelsen. I miljøer hvor det erfaringsmessig forekommer gjentatte traumatiske hendelser, kan det være hensiktsmessig at noen av de erfarne kolleger skaffer seg spesiell kunnskap i Emosjonell førstehjelp og Krisehåndtering (EFOK), slik at de kan gi enda bedre hjelp med de følelsesmessige reaksjoner som kan oppstå. Dette er for eksempel aktuelt i avdelinger med mye vold og trusler, selvmordsatferd, skader, ulykker og intensivmedisinske tilstander.

En stor fordel med kollegastøtte er at den rammede lettere kan oppleve forståelse og fellesskap enn ved å snakke med en psykolog eller psykiater. Det samme gjelder i forhold til familie og venner. De kan gi mye støtte, men kan ha vanskelig for å forstå hvordan det oppleves å være i situasjoner man aldri har vært i. I tillegg medfører taushetsplikten at det er mye man ikke kan snakke om med familie og venner.

Også når det gjelder kollegastøtte, må man være lydhør for den rammedes ønsker og behov, slik at man ikke kan oppleves som invaderende. Samtidig kan man minne om at den rammede også har et ansvar for å ivareta egen helse og søke hjelp og støtte når det er behov for det. Hvis en ansatt blir sykemeldt, oppleves det vanligvis ivaretagende hvis en kollega ringer og hører hvordan det går. Det bør da avtales hvem som skal gjøre det, slik at den sykemeldte ikke opplever ikke å få være i fred, men å bli mast på.

Støttegruppe for ansatte

Helseforetakene har ulike støttetilbud for ansatte. Det er særlig behov for dette etter hendelser som fører til komplikasjoner og/eller død hos pasienter, feilbehandling, trusler eller vold fra pasienter eller pårørende. Det er viktig at sykehuset forsvarer den ansattes rettigheter, selv om handlingen ikke alltid kan forsvares. Et eksempel er OUS sin støttegruppe for ansatte, som ledes av Arbeidsmiljøavdelingen og består av representanter fra Arbeidsmiljøavdelingen og ytterligere ressurspersoner fra OUS. Følgende yrkesgrupper er representert: lege/psykiater, sykepleier, psykolog/organisasjonspsykolog, og jurist. Gruppen kan gi støtte og råd til ledere, enkeltindivider og grupper, som et supplement til oppfølging i linjen, og gi bistand fra faginstansene i etterkant av kriser og i forbindelse med den personlige belastningen det kan medføre å være involvert i alvorlige pasienthendelser. Støttegruppen kan også gi informasjon om lovgrunnlag, prosedyrer og rettigheter. Spesielt hvis det foreligger meldepliktige forhold kan det være aktuelt å kontakte støttegruppen. Støttegruppen er underlagt taushetsplikt. Støttegruppen kan kontaktes av den ansatte selv, av den ansattes leder eller av tillitsvalgt.

Oppfølging av pasienter

Når en pasient truer eller er voldelig overfor en ansatt, er det vanligvis en stor påkjenning også for pasienten. Pasienten behøver ikke å oppleve det slik i den akutte fasen, kanskje på grunn av en psykotiske eller rusutløst tilstand, men senere blir det gjerne vanskelig. Pasienten bør derfor få hjelp til å bearbeide dette, kanskje enklest i individualterapi. I tillegg til å ta opp selve voldsutøvelsen, kan det også være aktuelt å ta opp hvordan pasienten opplevde å bli utsatt for kontrolltiltak, kanskje i form av holding, medisinerings eller beltelegging. Mange pasienter opplever å ha blitt utsatt for tvangstiltak flere ganger. Enten de etterpå

forstår at de var nødvendig med tvangstiltak eller ikke, er det mange som har opplevd det som traumatisk. Hvis dette skjer flere ganger, opplever de dette som en re-traumatisering. Det er viktig at slike situasjoner brukes aktivt for å forsøke å lære av det. For pasientenes del kan man forsøke å lære dem hvordan de kan unngå å bli utsatt for tvangsmidler en annen gang. For behandlerne kan man se på muligheter for å få pasienten med på behandlingstiltak uten bruk av tvang. Begge deler kan være vanskelig, og i mange tilfeller nytter det ikke.

I tillegg bør man tenke på medpasienter. Man må regne med at de er mer sårbare enn de ansatte, og de kan reagere på å være vitne til trusler og vold i seg selv, men de kan også bli utrygge hvis de opplever at personalet ikke klarer å beskytte dem tilstrekkelig.

Profesjonell hjelp

Det kan være behov for psykologisk bistand etter krisesituasjoner, særlig når krisereaksjoner vedvarer over tid eller tiltar i styrke. Det er muligheter for noe støtte fra Arbeidsmiljøavdelingen og Støttegruppen for ansatte. NAV har tilbud om *Raskere tilbake* (psykologbistand for lettere psykiske plager). Ellers kan man søke hjelp fra sentre for traumatisk stress, eller privatpraktiserende.

Det er særlig aktuelt med Traumefokusert kognitiv atferdsterapi.

Muligheter for læring

Voldshendelser kan nesten alltid brukes som en anledning til læring og forbedring. Da kan man lære av hendelsen. I tillegg kan det iverksettes tiltak for å forhindre fremtidige hendelser. Dette kan oppnås ved å samle gruppen for å gjennomgå rutinene og vurdere forbedringstiltak.

Dokumentasjon

Volds- og trusselhendelser er så alvorlige at det må dokumenteres. Det må gis rapport fra den som var involvert i hendelsen, fra vitner og fra leder. Hendelsen må også meldes som avvik. Fysisk og/eller psykisk skade må meldes til NAV. Alvorlige skader og eventuell død skal meldes til Arbeidstilsynet og til Politiet.

Registrere avvik

Ved helseskade eller potensiell helseskade på ansatte, inkludert trusler, skal den utsatte selv eller lederen registrere HMS-avvik i avvikssystemet. Ved alvorlig skade skal Arbeidstilsynet og Politiet varsles.

Politianmeldelse kan også være aktuell ved alvorlige hendelser fra pasient eller pårørende.

Litteraturhenvisninger til kapittel 10: Etterarbeid

Arbeidsmiljøloven § 3-1: Krav til systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62/KAPITTEL_4#§3-2 [Nedlastet: 22.01.2019]

Arbeidsmiljøloven Kapittel 4: Krav til arbeidsmiljøet Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62/KAPITTEL_4#§3-2 [Nedlastet: 22.01.2019]

Helsedirektoratet: Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/mestring-samhorighet-og-hapveileder-for-psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer> [Nedlastet: 22.01.2019]

Michel (2014). Nasjonalt senter for vold og traumatisk stress: Moderne Krisestøtte Oppsummering av internasjonal litteratur. Tilgjengelig fra: <https://www.nkvts.no/rapport/moderne-krisestotte-oppsummering-basert-painternasjonal-litteratur/> [Nedlastet: 22.01.2019]

Tannenbaum & Cerasoli (2013). Do individual and team debriefs enhance performance? A meta-analysis of After Action Reviews. Tilgjengelig fra: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0018720812448394?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rft_dat=cr_pub%3Dpubmed [Nedlastet: 22.01.2019]

Headington Institute, USA, May 2011: Helping the Helpers

Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernloven med kommentarer. Helsedirektoratet. Oslo 2017.s. 54 Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykiskhelsevernloven-og-psykisk-helsevernloven-med-kommentarer> [Nedlastet: 22.01.2019]

NICE National Institute for Health and Care Excellence (2015). Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings (NG10).