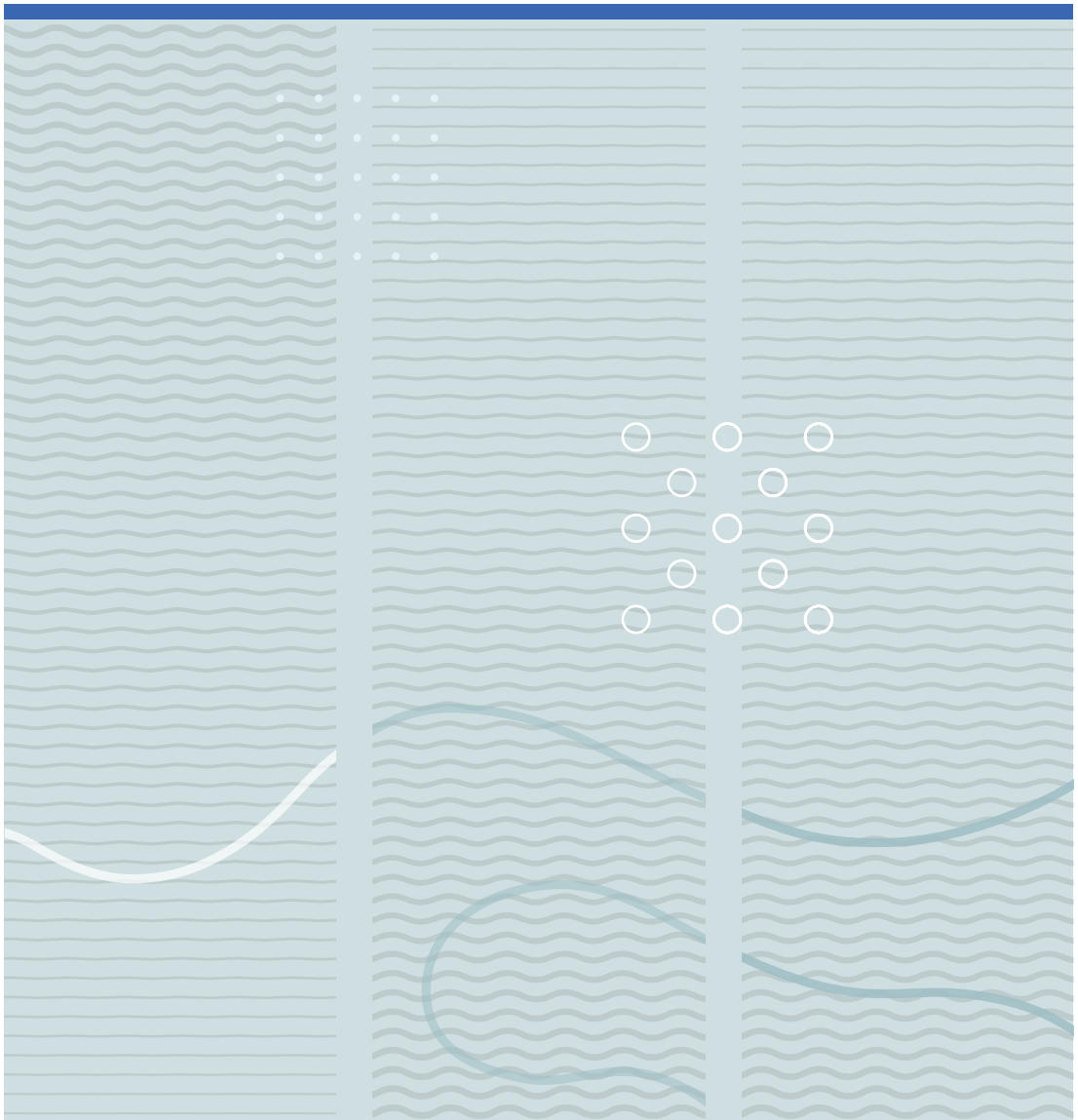


Erlend R. Maagerø-Bangstad

Kompetanse for bedre tjenester

En kvalitativ studie av betydningen av kompetansetiltak og verktøy rettet mot ansatte i psykisk helsetjenester som samarbeider med brukere som kan være truende og/eller voldelige





Erlend R. Maagerø-Bangstad

Kompetanse for bedre tjenester
En kvalitativ studie av betydningen av
kompetansetiltak og verktøy rettet mot ansatte i
psykisk helsetjenester som samarbeider med
brukere som kan være truende og/eller voldelige

En doktoravhandling innenfor
Personorientert helsearbeid

© Erlend R. Maagerø-Bangstad 2022

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Universitetet i Sørøst-Norge

Drammen, 2022

Doktoravhandlinger ved Universitetet i Sørøst-Norge nr. 144

ISSN: 2535-5244 (trykt)

ISSN: 2535-5252 (online)

ISBN: 978-82-7206-715-0 (trykt)

ISBN: 978-82-7206-716-7 (online)



Denne publikasjonen er lisensiert med en Creative Commons lisens. Du kan kopiere, distribuere og spre verket i hvilket som helst format eller medium.

Du må oppgi korrekt kreditering, oppgi en lenke

til lisensen, og indikere om endringer er blitt gjort. Se fullstendige lisensbetingelser på

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.no>

Trykk: Universitetet i Sørøst-Norge

*The range of what we think and do
is limited by what we fail to notice.*

And because we fail to notice

that we fail to notice

there is little we can do

to change

until we notice

how failing to notice

shapes our thoughts and deeds.

Fra R. D. Laing, 'Knots', 1970, sitert i David Goleman, 1985, 'Vital lies, simple truths: the psychology of self deception'.

Takksigelser

Med denne avhandlingen setter jeg en sluttstrek for en prosess som hadde sin spede begynnelse allerede i 2015. Da tok Helseetaten i Oslo kommune kontakt med daværende Høgskolen i Sørøst-Norge for å utforme et prosjekt for å evaluere en rekke kompetansetiltak og kompetanseutviklingsstøttende verktøy som Helseetaten hadde utviklet i forbindelse med et kompetanseprosjekt rettet mot ansatte i kommunen som samarbeidet med brukere som kunne være truende og/eller voldelige.

Underveis har jeg møtt mange som har bidratt i større eller mindre grad til at avhandlingen har blitt som den har blitt. Jeg vil først takke Bengt Karlsson, Stian Biong og Ottar Ness som bidro med verdifull bistand og rådgivning i prosessen med å utvikle en projektskisse og en søknad om til Forskningsrådet om 'Offentlig sektor ph.d.'-midler. Videre vil jeg rette en særskilt takk til mine veiledere, Ottar Ness og Knut Tore Sælør. Det har vært en lang og kronglete vei, og jeg takker dere for at dere har vandret sammen med meg og stilt utfordrende spørsmål ved det jeg har holdt på med underveis. Dere har begge vært støttende i motgang, men også en super heiagjeng når ting har stemt mer for meg. Jeg vil også rette en stor takk til min tidligere sjef i Helseetaten, Ellen Kobro, som har våget å tro på meg, vårt felles prosjekt og å satse på å utvikle kunnskap og forskerkompetanse med utgangspunkt i kommunen. Jeg er stolt av å ha vært en del av teamet ditt, Ellen! Jeg vil også takke min kollega i Helseetaten, Grete Vedlog. Vi har samarbeidet i flere år i forbindelse med kompetansetiltakene og verktøyene som undersøkes i avhandlingen og Grete har også vært involvert i administreringen av forskningsprosjektet. Jeg har satt stor pris på samarbeidet og du har vært helt avgjørende for at jeg har kunnet holde på med mitt de siste årene, og at jeg forhåpentligvis kan fortsette med forskning med utgangspunkt i Oslo kommune i tiden som kommer. Jeg vil også takke mine øvrige kolleger i Seksjon psykisk helse og avhengighet i Helseetaten, for tålmodigheten, nysgjerrigheten og støtten dere har vist, og de mange oppmuntrende kommentarene dere har kommet med når jeg en sjelden gang har vært innom kontoret. Medlemmene av referansegruppen fortjener også en stor takk for deres nyttige bidrag til forskningen, for at dere har delt av deres erfaringer og bidratt til forskningens kvalitet.

De siste to årene, med pandemi og tilsynelatende uendelige smittevernstiltak, har jeg opplevd avstanden til Universitetet i Sørøst-Norge og i særdeleshet til mine medstipendiater som stor. Likevel vil jeg også takke mine kolleger blant stipendiatene for spennende og lærerike samtaler i løpet av min tid i Drammen, og for deling av erfaringer med og støtte i prosessen med å vokse inn i forskerrollen. Jeg har erfart at det å holde på med en doktorgrad til tider er en ganske ensomt, men i fellesskapet med de andre stipendiatene har jeg aldri følt meg alene disse årene. Jeg har vært utrolig heldig som har vokst opp i en familie, der nysgjerrighet og vitebegjærlighet har vært en viktig og naturlig del av familielivet fra tidlig av, hvor jeg alltid har opplevd stor frihet, støtte og oppmuntring til å følge egne interesser og ideer, og at jeg og mine meninger er blitt tatt på alvor. Dette føler jeg har hjulpet meg i denne prosessen og jeg vil slik sett rette en takk til min mor, min far og mine to brødre. En særlig takk går til min far som har bidratt med å lese korrektur og kritisk lesning av artikkelmanuskripter og stadig nye utkast til kapitler i kappen.

At jeg har fått lov til å forfølge mine forskerdrømmer har medført en kostnad for mine aller nærmeste. Dette har blant annet betydd at min kjære Ylva har vært nødt til å ta ekstra tak på hjemmefronten slik at jeg har kunnet forgape meg i lesning, analyser, skrivearbeid og annet som har krevd mye av min tid og oppmerksomhet. Jeg er deg evig takknemlig for din tålmodighet og for den velvilligheten du har vist meg slik at denne avhandlingen kunne bli til! Takk også for at du holder meg «jordet» når jeg står i fare for å sveve av gårde i ren inspirasjon og ambisjon på egne vegne. Takk også til mine to små helter, Erle Aurora og Alve Olander, for at dere har holdt ut med en pappa som tidvis har vært enten fysisk, eller og mentalt fraværende, og som ikke alltid har greid å skjerme dere fra sitt stress. Når kravene fra omverdenen, mine egne krav til meg selv, og løpende tidsfrister har hamret på døren, har det vært trygt og herlig befriende å kun møte forventninger fra dere om at jeg skulle være det som er viktigst av alt i verden for meg; å være pappaen deres!

Sammendrag

Personer med psykiske helse- og/eller rusproblemer er oftere ofre enn utøvere av trusler og vold. Likevel kan psykisk helsearbeidere i kommunale psykisk helsetjenester møte brukere som truer eller er voldelige mot dem. Årsakene til slike hendelser er sammensatte og involverer personlige egenskaper ved brukeren, miljømessige faktorer og kvaliteter i samspillet med og relasjonen til psykisk helsearbeideren. Trusler og vold i psykisk helsearbeid medfører fysiske og psykiske helsebelastninger for ofrene og for vitner til dette blant deres kolleger. Helseorganisasjonen, men også samfunnet som helhet, blir negativt påvirket av trusler og vold i psykisk helsetjenester, blant annet gjennom økt ressursbruk, sykefravær og problemer med rekruttering og å beholde arbeidskraft i psykisk helsetjenester. Samtidig kan også utøvere oppleve negative konsekvenser av sine handlinger gjennom dårligere tjenestetilbud, dårligere relasjoner til hjelpeapparatet og skam. Økt kompetanse i forebygging og håndtering av trusler og vold nevnes både av ansatte og ledere som en nøkkelfaktor for å bli bedre i stand til å møte brukere som kan være truende og/eller voldelige slik at uønskede situasjoner kan bli unngått. Det er lite forskningsbasert kunnskap om trusler og vold i kommunalt og lokalbasert psykisk helsearbeid. På tross av at recoveryorienterte praksiser i økende grad blir anbefalt i psykisk helsetjenester, er det også utviklet lite forskningsbasert kunnskap om recoveryorientert praksis i forebygging og håndtering av trusler og vold.

Målsetningen med denne ph.d.-avhandlingen er å utvikle kunnskap om betydningen av en spesifikk strategisk kompetansesatsing i Oslo kommune rettet mot ansatte som kan oppleve trusler og/eller vold i forbindelse med sitt samarbeid med brukere av kommunale psykisk helsetjenester. Disse undersøkelsene inkluderer også beskrivelser av ansattes forståelser av, eller måter å se, praksiser i forebygging og håndtering av trusler og vold og hvordan disse forståelsene varierer mellom ansatte i psykisk helsetjenester.

Dette kvalitative forskningsprosjektet er utviklet innen et sosialkonstruksjonistisk vitenskapsteoretisk rammeverk for forskning og kunnskapsutvikling, og anvender både en fenomenografisk forskningstilnærming og kvalitativ innholdsanalyse. Delstudie én tok for seg kompetanseutvikling blant deltakere på to grunnleggende kurs i forebygging og

håndtering av trusler og vold. I alt ti deltakere ble intervjuet i forbindelse med delstudien. Hver av deltakerne ble intervjuet én gang før kursene og én gang etter kursdeltakelse. Til sammen utgjorde dette 20 intervjuer. Delstudie to handlet om kompetanseutvikling i forbindelse med lokalbaserte kompetansetiltak for ansatte i samlokaliserte boliger for mennesker med psykiske helseproblemer. Delstudien bestod av individuelle semistrukturerte intervjuer med 13 deltakere fra fem boliger. Hver av deltakerne ble intervjuet én gang før deltakelse på kompetansetiltakene og én gang etter at disse var blitt gjennomført. Dette utgjorde til sammen 26 intervjuer. I delstudie én og to ble det benyttet fenomenografisk analyse. Delstudie tre bestod av elleve semistrukturerte intervjuer med ledere og fagansvarlige i psykisk helse- og rustjenester i Oslo kommune, som hadde erfaring med at deres medarbeidere hadde deltatt på Helseetatens kurs og kompetansetiltak eller hadde anvendt kompetanse- og praksisutviklingsstøttende verktøy utviklet av Helseetaten. I denne delstudien ble det anvendt kvalitativ innholdsanalyse. En referansegruppe bestående av medlemmer med egne brukererfaringer, ansatte og ledere i psykisk helsetjenester i Oslo kommune og et samarbeidende distriktpsykiatrisk senter (DPS) har bidratt i arbeidet med delstudiene.

Funnene i avhandlingen indikerer at praksis i forebygging og håndtering av trusler og vold i psykisk helsearbeid er sammensatt. Det er stor variasjon i hvordan psykisk helsearbeidere beskriver praksis og hva som blir prioritert når truende og voldelige hendelser skal forebygges og håndteres. Måter å forstå praksis på varierer etter hvilken grad de inkluderer kontrollaspekter og egenskaper ved helseorganisasjonen, personlige egenskaper og kvaliteter ved den enkelte psykisk helsearbeider, teamets samlede kunnskaper og evner i forebygging og håndtering av brukeres trusler og vold, og involvering og samhandling med brukeren. Mer sammensatte og inkluderende forståelser av praksis gir psykisk helsearbeidere tilgang til et større utvalg av strategier og metoder i å forebygge og håndtere trusler og vold, og bidrar til at de kan møte brukeres aggresjon mer fleksibelt og tilpasset behovene i situasjonene. De mest sammensatte og inkluderende måtene å se praksis i forebygging og håndtering av trusler og vold på som ble funnet i avhandlingen, ble videre funnet å være i samsvar med recoveryorientert praksis.

Avhandlingens funn viser at ledere av psykisk helsetjenester er viktige både for at kompetanseutviklingstiltak skal få betydning i psykisk helsetjenester, men også for medarbeidernes opplevelser av å bli tatt på alvor og at arbeidet med å forebygge at medarbeiderne blir utsatt for trusler og vold fra brukere blir prioritert. Lederne opplevde at deltakelse på Helseetatens kurs og kompetansetiltak, og anvendelse av kompetanseutviklingsstøttende verktøy, bidro til økt bevissthet blant medarbeiderne og dem selv og at medarbeiderne ble mer i stand til å håndtere samarbeidssituasjoner med andre helsetjenester og brukerne. Helseetatens kompetansetiltak og verktøy har også bidratt til en revurdering av eget ansvar og arbeidsoppgaver i forbindelse med forebygging og håndtering av trusler og vold i egne tjenester.

Avhandlingen viser at, med hensyn til utvikling av kompetanse blant deltakerne, har de undersøkte kursene og kompetansetiltakene har en moderat positiv betydning på gruppenivå, men at de synes å ha hatt til dels betydelig betydning for enkeltdeltakere. Funnene indikerer likevel at det for flere også har funnet sted utvidelse og utdypning av allerede etablerte måter å se praksis på. Kompetansetiltak synes, i lys av funnene i avhandlingen, ikke alene å kunne bidra til kompetanse- og praksisutvikling blant ansatte i kommunale psykisk helsetjenester, men at kompetansetiltak isteden bør ses på som å danne utgangspunkt for, og å være betinget av, videre behandling av praksis og måter å se praksis på i tjenestene etter at kursene er over og læringsmaterialet skal «prøves» i praktiske møter.

Emneord: vold, trusler, psykisk helse, psykisk helsearbeid, kommunale psykisk helsetjenester, kompetanseutvikling, kvalitative metoder, fenomenografi, kvalitativ innholdsanalyse

Abstract

Persons with mental health or substance use problems are more often victims than perpetrators of violence. Even so, community mental health workers may encounter service users acting threateningly or violently towards them. The reasons for such events are complex and involve the service user's personal characteristics, environmental factors, and qualities of the care relationship. Threats and violence in mental health work contribute to physical injury and psychological strains for both victims and their colleagues. The health organization, as well as society in general, is negatively affected by threats and violence in mental health services, by for instance, increased financial costs, sick leave, and problems with recruitment and retention of staff. The perpetrators also experience negative consequences of his/her actions. These typically come in the form of diminished quality of health services, damaged relationships with actors in the healthcare system, and shame. Both mental health workers and service managers mention increased competence as a key factor in being able to encounter service users in ways that forestall unwanted incidents in the provision of mental health services. We have little knowledge of violence and threats in municipal and community mental health services. Despite of recovery-oriented practices increasingly being promoted in mental health services, there is currently little research-based knowledge of such practices in the prevention and management of violence and threats.

The aim of this thesis has been to develop knowledge of the contribution from a specific effort at increasing competence among mental health workers in Oslo Municipality collaborating with service users with potentially threatening or violent behaviour. These inquiries also include descriptions of mental health staff's understanding of, or ways of seeing, practices in the prevention of threats and violence, and how these understandings vary among staff in mental health services.

The study is developed within a social constructionist framework for knowledge development and research. It utilizes both a phenomenographic research approach and qualitative content analysis. Sub-study one comprised individual semi-structured interviews with ten participants in two basic courses in prevention and management of

threats and violence. Each participant was interviewed two times; one time prior to participating in the courses, and one time after they had participated. Together this amounted to 20 interviews. Sub-study two comprised individual, semi-structured interviews with 13 participants in education and training given to staff in five supported housing facilities within mental health. Each participant was interviewed twice; one time prior to participation in the competence development activities, and one time after they had participated. This amounted to 26 interviews. In sub-study one and two phenomenographic analysis was utilized. Sub-study three comprised eleven individual, semi-structured interviews with managers or employees with managerial responsibilities in municipal mental health services or services for substance users that had partaken in courses and competence development activities and had utilized supportive tools for competence and practice development provided by the Agency of Health in Oslo Municipality. Qualitative content analysis was applied in this study. A reference group comprising members with own service user experiences, employees and managers in mental health services in Oslo Municipality, and one member from a collaborating district psychiatric centre, contributed to the study.

The findings in this study suggest that practice in the prevention and management of threats and violence in mental health services is complex. What we found was a considerable variation in how mental health workers describe practice and what they prioritise when preventing or managing threatening or violent events. Ways of understanding practice vary according to how and to what extent they include aspects of control and qualities of the healthcare organization, personal skills and qualities of the individual mental health worker, the assembled knowledge and skills of the mental health team in preventing and managing staff-directed aggression and violence from service users and service user involvement and collaboration. More composite and inclusive understandings of practice bestow mental health staff with access to a broader array of strategies and methods from which to choose from in the prevention and management of staff-directed aggression and violence and contribute towards enabling them to respond more flexible and adaptively to the particular requirements of each situation. The most composite and inclusive ways of seeing practice in prevention and management

of staff-directed aggression found in our study, was in addition found to be related with recovery-oriented practice.

Our findings in this study suggest that managers of mental health services are important for competence development activities having impact in the workplace, but also for their staff members' experiencing being taken seriously and that the prevention of staff being subjected to threats and violence from service users are prioritized by the organization. The managers themselves had experienced that participation in the Agency of Health's courses and competence development activities and the utilization of supportive competence and practice development tools contributed in increased awareness among staff and themselves, and empowered staff for cooperation with other health services, as well as with service users. The competence development activities and tools have also contributed to managers reconsidering their own responsibilities and work assignments in relation to the prevention and management of threats and violence in own services.

In this study, we have found that the courses and competence development activities inquired in this thesis have contributed moderately to competence development among the participants, but even so contributed significantly to development in individual participants. The findings also indicate that for several participants there had been an expansion and elaboration of established ways of seeing practice. In light of the findings in the dissertation, isolated education and training activities alone seems unlikely to contribute to competence or practice development. Such activities should rather be viewed as vantage points and prerequisites for further elaboration of practice and ways of seeing practice in services when staff return from courses and the validity of the learning material will be tested in actual encounters with service users.

Keywords: violence, threats, mental health, mental health work, community mental health services, competence development, qualitative methods, phenomenography, qualitative content analysis

Publikasjonsliste

Artikkel 1

Maagerø-Bangstad, E. R., Sælør, K. T. & Ness, O. (2019). Encountering staff-directed aggression within mental health and substance abuse services: exploring conceptions of practice following education. *International Journal of Mental Health Systems*, 13(1), Art. 20. <https://doi.org/10.1186/s13033-019-0277-8>

Artikkel 2

Maagerø-Bangstad, E. R., Sælør, K. T., Lillevik, O. G. & Ness, O. (2020). Exploring staff conceptions of prevention and management practices in encounters with staff-directed aggression in supported housing following education and training. *International Journal of Mental Health Systems*, 14(1), Art. 60. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00387-2>

Artikkel 3

Maagerø-Bangstad, E. R., Sælør, K. T. & Ness, O. (2020). Managers' perceptions of competence and practice development following education in the prevention and management of staff-directed aggression: promoting person-centred practice. *International Practice Development Journal*, 10(2), Art. 8. <https://doi.org/10.19043/ipdj.102.008>

Innholdsfortegnelse

Takksigelser	I
Sammendrag	III
Abstract	VII
Publikasjonsliste	XI
1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn	2
1.2 Kompetansetiltak for trygge og sammenhengende tjenester til mennesker med psykisk helse- og/eller rusproblemer	6
1.2.1 Forskingen kontekstualisert i en offentlig sektor ph.d.	7
1.3 Min egen inngang til feltet	8
1.3.1 Et behov for mer kunnskap om praksis i møte med trusler og vold i psykisk helsearbeid	9
1.4 Kunnskapsstatus.....	10
1.4.1 Litteratursøk og inklusjonskriterier	11
1.4.2 Betydninger av å delta på kurs og undervisning i forebygging og håndtering av trusler og vold	13
1.4.3 Forebygging og håndtering av trusler og vold i psykisk helsearbeid	15
1.4.4 Kunnskap om hvordan trusler og vold påvirker praksis i psykisk helsetjenester	18
1.4.5 Betydningen av bearbeidelse i etterkant av hendelser	19
1.4.6 Recoveryorientert praksis i møte med trusler og vold i psykisk helsetjenester	21
1.5 Mål, problemstillinger og forskningsspørsmål	22
1.6 Avklaring av sentrale begreper i avhandlingen.....	25
1.6.1 Psykiske helseproblemer	25
1.6.2 Rusproblemer	26
1.6.3 Psykisk helsearbeid.....	27
1.6.4 Brukerbegrepet	28

1.7	Perspektiver på psykisk helsearbeid i avhandlingen.....	28
1.7.1	Recovery og recoveryorientert psykisk helsearbeid.....	29
1.7.2	Personorientert psykisk helsearbeid	31
1.8	Organisering av avhandlingen	34
2	Teoretiske perspektiver på læring, kompetanseutvikling, trusler og vold	37
2.1	Trusler og vold – og aggresjon.....	38
2.1.1	Trusler og vold i et avmaktsperspektiv	40
2.1.2	Presisering av aggresjonsbegrepet.....	41
2.2	Fenomenografi: et rammeverk for forståelsen av læring	42
2.2.1	Begrepsavklaringer knyttet til avhandlingens syn på læring	44
2.3	En fortolkende tilnærming til kompetanse og kompetanseutvikling	49
2.3.1	Kompetanseutvikling og undervisning	52
2.3.2	Delt forståelse: det sosiale utgangspunktet for kompetanse og kompetanseutvikling	54
3	Metodologi	57
3.1	Vitenskapsteoretisk ståsted: sosialkonstruksjonisme	57
3.2	Forskningsdesign	59
3.2.1	Fenomenografi: utforskning av forståelser av fenomener	60
3.2.2	Referansegruppe	63
3.3	Utvalg og rekruttering av deltakere	68
3.3.1	Delstudie én og to	68
3.3.2	Delstudie tre.....	70
3.4	Datautvikling.....	70
3.5	Dataanalyse	76
3.5.1	Delstudie én og to: fenomenografisk analyse	76
3.5.2	Delstudie tre: kvalitativ innholdsanalyse	81
3.6	Forskningsetikk.....	84
3.6.1	Frivillig deltakelse og informert samtykke.....	84
3.6.2	Konfidensialitet og anonymitet	86
3.6.3	Forskerens sensitivitet overfor mulige belastninger ved deltakelse	87

3.7	Avhandlingens kvalitet.....	90
3.7.1	Refleksivitet	91
3.7.2	Member-checking	95
3.7.3	Peer-debrief – vurdering av likepersoner.....	96
4	Funn	99
4.1	Sammendrag av første artikkel.....	99
4.2	Sammendrag av andre artikkel.....	101
4.3	Sammendrag av tredje artikkel	104
5	Diskusjon.....	107
5.1	Kompleksitet i forebyggingen og håndteringen av trusler og vold i psykisk helsearbeid	107
5.1.1	Bevissthetens betydning i og utvikling av bevissthet om forebygging og håndtering av trusler og vold	110
5.1.2	Nulltoleranseprinsipper i møte med trusler og vold	114
5.1.3	Delt forståelse: teamets og kollegers betydning i forebyggings- og håndteringsarbeidet.....	118
5.1.4	Forskjeller i perspektiver på lederes roller i håndteringen av trusler og vold	121
5.1.5	Åpenhet for å involvere brukerens perspektiver i forebyggingen og håndteringen av trusler og vold	125
5.1.6	Recoveryorienterte forståelser av praksis overfor brukere som kan være truende og/eller voldelige	129
5.1.7	Etiske aspekter ved samarbeid om å forebygge og håndtere trusler og vold i psykisk helsetjenester	136
5.2	Betydningen av kompetansetiltak og verktøy for utviklingen av kompetanse i psykisk helsetjenester	139
5.2.1	Endringer av måter å se på praksiser i forebygging og håndtering av trusler og vold	140
5.2.2	Betydning i form av økt refleksjon.....	143
5.2.3	Betydningen av variasjon i kompetansetiltakene.....	146

5.3	Avhandlingens styrker og begrensninger	150
5.4	Implikasjoner for praksis og forskning.....	154
5.5	Avslutning.....	159
6	Referanser.....	163
	Artikler.....	203
	Artikkel 1	203
	Artikkel 2	217
	Artikkel 3	233
	Vedlegg.....	253

1 Innledning

Denne ph.d.-avhandlingen utforsker betydningen av kompetanseutviklingstiltak og støttende verktøy for utvikling av praksis i forebygging og håndtering av trusler og vold i psykisk helsetjenester i Oslo kommune. Avhandlingen er bygget opp av til sammen tre delstudier. Disse tar for seg ulike kompetansetiltak og verktøy utviklet av Helseetaten, Oslo kommune. Disse delstudiene tar for seg; 1) to generelle kurs i forebygging og håndtering av trusler og vold i psykisk helsearbeid, 2) lokalbaserte kompetansetiltak rettet mot ansatte i samlokaliserte boliger i kommunale psykisk helsetjenester, og 3) lederes perspektiver på betydningen av å delta på kompetansetiltak og anvende kompetanseutviklingsstøttende verktøy for arbeidet med forebygging og håndtering av trusler og vold mot ansatte. Når jeg i fortsettelsen omtaler 'avhandlingen' eller 'ph.d.-studien' er det hele forskningsarbeidet knyttet til de overordnede problemstillingene jeg da henviser til. 'Delstudie' brukes der jeg omtaler de underliggende delstudiene og de publiserte artiklene i avhandlingen. Arbeidet med ph.d.-studien har vært en prosess der jeg hele tiden har jobbet i fellesskap med andre. Jeg vil derfor noen ganger i avhandlingen referere til et 'vi' og til funn i 'våre' delstudier. I forbindelse med arbeidet med 'kappen', den sammenfattende presentasjonen og diskusjonen av avhandlingsarbeidet, refererer jeg hovedsakelig til et 'jeg' og til 'mine' valg, selv om jeg erkjenner at dette jeg'et og disse valgene også befinner seg, og er utviklet, i et fellesskap med mine veiledere, øvrige samarbeidsparter i ulike deler av forskningsprosessen, og kolleger på min arbeidsplass, Helseetaten, Oslo kommune og ved Universitetet i Sørøst-Norge.

I dette kapittelet vil jeg videre gjøre rede for bakgrunnen for avhandlingens målsetning, problemstillinger og hvordan avhandlingen er posisjonert innenfor recovery- og personorienterte perspektiver på psykisk helsearbeid. I dette kapittelet vil jeg også kort introdusere de mest sentrale begrepene jeg anvender i avhandlingen.

1.1 Bakgrunn

Mennesker som lever med det som gjerne kalles 'alvorlige' psykiske helseproblemer, og dette gjelder særlig for personer diagnostisert med schizofreni, kan møte på oppfatninger fra sine omgivelser om de er farlige (Corrigan et al., 2002; Giandinoto, et al., 2018; Sowislo et al., 2017). Denne oppfatningen har bidratt til at personer med psykiske helseproblemer opp gjennom historien har blitt gjenstand for policyer og tiltak rettet mot kontroll av risiko og avvik i helsetjenestene (Hewitt, 2008; Szmukler & Rose, 2013). Dette har medført at noen sågar hevder at vold rettet mot brukere er et karakteriserende særtrekk ved psykisk helsetjenester (Kelly, 2005; McGeown et al., 2019). Forestillingen om risiko ved mennesker med psykiske helseproblemer har tross langvarig forskningsmessig innsats på feltet likevel ikke blitt bekreftet eller entydig etablert. Blant annet konkluderer Ose og kolleger (2017, s. 558) med at personer «with mental illness become violent for the same reasons as the general population», og at frekvensen av vold ikke er signifikant høyere i denne gruppen enn blant mennesker uten psykiske helseproblemer. Studier viser derimot at mennesker med psykisk helseproblemer selv synes å være mer utsatt for vold enn personer uten slike problemer (Latalova et al., 2014; Perese, 2007). Videre har studier også vist at når mennesker med psykiske helseproblemer tyr til vold så er det oftest deres nærmeste pårørende som utsettes for dette (Monahan et al., 2001; Swanson et al., 1999).

Selv om det er visse forbehold og sprik i forskningen om dette, og det pekes på sammensatte forhold og komplekse årsaksmessige interaksjoner (Jaspers, 2021; Nijman, 2002; Nijman et al., 1999), synes det som om samtidig rus og psykisk helseproblemer er en særlig uheldig kombinasjon med tanke på risiko for aggresjon, trusler og vold mot andre personer (Corrigan & Watson, 2005; Fazel et al., 2009; Pickard & Fazel, 2013). Noen ganger vendes denne volden mot ansatte i psykisk helsetjenester. En undersøkelse blant medlemmer av Fagorganisasjonen (FO) viste for eksempel at 51 % av respondentene fra psykisk helsesektoren var blitt utsatt for vold eller trusler de siste 12 månedene, mens det tilsvarende tallet fra russektoren var 55 % (Hagen & Svalund, 2019). Samlet sett hadde 71 % av deltakerne fra psykisk helsetjenester selv blitt utsatt for vold eller trusler

i løpet av en 12-månedperiode eller de kjente til kolleger i egen virksomhet som var blitt utsatt for dette. Innen rustjenester var disse tallene 74 %.

I Norge er det gjort noen få studier om trusler og vold i offentlige helse- og sosialtjenester (Hagen & Svalund, 2019; Svalund, 2009). Nevnte studier befinner seg på et generelt nivå, og skiller ikke mellom trusler og vold i ulike kontekster, så som mellom lokalbasert psykisk helsearbeid og institusjonelt psykisk helsevern. Et unntak er en studie av Ose og kolleger (2017) som tar for seg voldsrisiko blant pasienter i både institusjonell og ikke-institusjonell psykiatrisk behandling. Disse forfatterne konkluderer blant annet med at trusler og vold i både institusjonelle og ikke-institusjonelle psykisk helsetjenester viser en økende trend. Likevel er kunnskapen om praksiser i og erfaringer med forebygging og håndtering av trusler og vold i lokalbaserte, ikke-institusjonelle psykisk helsetjenester mangelfull.

Internasjonalt finnes det kun et fåtall studier som omhandler trusler og vold i lokalbasert psykisk helsearbeid. En av disse er en studie av Nolan og kolleger (1999) som viste at rett under halvparten av de totalt 95 psykisk helsearbeiderne som deltok i studien rapporterte at de hadde vært utsatt for trusler og vold i løpet av en 12 måneders periode. I en studie fra lokalbasert psykisk helsearbeid i Australia (Fry et al., 2002) fremkom det at hele 96 % av de 92 deltakerne hadde erfart en eller annen form av aggresjon fra brukere i forbindelse med utførelsen av sitt arbeid. Disse opplevelsene varierte i alvorlighetsgrad, men 25 % rapporterte om opplevelser av fare for eget liv og 7 % hadde fått fysiske skader i situasjoner.

Av særlig relevans for delstudie to (Maagerø-Bangstad, Sæølør, Lillevik et al., 2020) i avhandlingen, har Bulgari og kolleger (2018) sin metaanalyse av 10 studier fra ulike boligtilbud for mennesker med psykiske helse- eller rusproblemer vist at vel en tredjedel av totalt 3760 beboere hadde vist aggressivitet i form av verbal, fysisk eller seksuell vold og trusler mot personale. Det er stor variasjon i slike botilbud og disse kan være kommunale, statlige, private eller ideelle (McPherson et al., 2018). Disse resultatene gir derfor i beste fall kun en pekepinn på hvordan det kan forholde seg i kommunalt drevne botilbud.

Med henblikk til de ovennevnte studiene fremgår det at trusler og vold i psykisk helsearbeid er utbredt. Blant helsearbeidere generelt er det funnet en utbredt oppfatning om at trusler og vold er noe som må kunne påregnes som en del av jobben, men dette gjelder også innen psykisk helsetjenester (Arbeidstilsynet, 2018; Armstrong, 2002; Child & Mentis, 2010; Jones & Lyneham, 2001; Rippon, 2000). Fry og kolleger (2002) omtaler dette som en normalisering av aggresjon i psykisk helsearbeid og knytter dette til en utbredt underrapportering av trussel- og voldshendelser blant helsearbeidere og psykisk helsearbeidere (Campbell, 2017; Campbell et al., 2014; Child & Mentis, 2010; McKinnon & Cross, 2008; Rippon, 2000).

I studiene til Svalund (2009) og Hagen og Svalund (2019) fremgår det at ansatte i helse- og sosialtjenestene i Norge gjerne etterspør mer kompetanse for å kunne håndtere aggresjon, trussel- og voldssituasjoner. Forskning internasjonalt viser også at kompetanseutviklingstiltak gjerne blir etterspurt eller prioritert for å gjøre ansatte i psykisk helsetjenester bedre i stand til å forebygge og håndtere trusler og vold (Baby et al., 2014; Cowman et al., 2017; Fry et al., 2002; Morphet, 2019). I Norge behandles forebygging og håndtering av trusler og vold i liten grad i de ulike grunnutdanningene til helse- og sosialpersonell (Hagen & Svalund, 2019). Isteden faller opplæringen innen dette temaet inn under arbeidsgiveres ansvar (Arbeidstilsynet, 2018). Ansattes kompetanse i håndtering av trusler og vold blir sett på som en nøkkelfaktor for å kunne møte voldsrisiko i psykisk helsetjenester på effektive og hensiktsmessige måter (O'Rourke et al., 2018). I tråd med dette blir lav kompetanse sett på som å øke risiko for aggresjon, trusler og vold (Svalund, 2009). Ansattes etterspørsel etter mer kompetanse (Hagen & Svalund, 2019; Svalund, 2009) uttrykker etter alt å dømme et erkjent behov for mer kunnskap og bedre verktøy for å kunne håndtere trussel- og voldssituasjoner bedre.

I Norge er det flere kurstilbydere, både private og offentlige som tilbyr kurs, undervisning og videreutdanninger i forebygging og håndtering av aggresjon, trusler og vold i arbeidslivet. Ved Høgskolen i Molde tilbys det for eksempel videreutdanning i voldsrisikovurdering- og håndtering (ViVo I & II) og i spesialitshelsetjenestene er det utviklet et tilbud kalt 'MAP - Møte med aggresjonsproblematikk'. Blant private tilbydere

kan vi finne firmaer som VERGE og Løvstadskolen. Internasjonalt er bildet tilsvarende. Det er et stort og innholdsmessig varierende tilbud som er tilgjengelig for organisasjoner og ansatte som ønsker å utvikle kompetanse og praksis innen forebygging og håndtering av trusler og vold (Beech & Leather, 2003). Et søk i SSBs Statistikkbank viste at i løpet av 2019 deltok 56 % av alle ansatte i norsk helse- og omsorgssektor på ikke-formelle kurs. Ikke-formelle kurs kjennetegnes av å være kurs som gjerne foregår i tilknytning til arbeidsstedet og som ikke er gradsgivende. Svært få av disse kursene blir underlagt systematiske og transparente evalueringer og vurderinger av betydning for praksisendring- og utvikling. Eidskrem (2007) er en av dem som etterlyser mer forskning og forskningsbasert kunnskap på dette området. I tillegg mener hen¹ at det er lite fokus på uformell læring og kompetanseutvikling på arbeidsplasser i forskningen, og at den derved ikke reflekterer den faktiske bruken av ressurser på innhenting av eksterne kurs og kompetansetiltak på norske arbeidsplasser. Jeg har i forberedelsene til avhandlingen ikke vært i stand til å finne noen relevante studier om betydningen av undervisning, kurs og kompetansetiltak om forebygging og håndtering av trusler og vold i lokalbasert psykisk helsearbeid. Også fra en psykiatrisk kontekst har Bowers og kolleger (2006) pekt på at det er en stor mangel av systematiske evalueringer av virkninger av kurs og undervisningsopplegg om forebygging og håndtering av trusler og vold. Beech og Leather (2003, s 604) beskriver i den forbindelse en situasjon der med et stort antall tilbydere av kurs, undervisningstilbud om og tilnærminger til forebygging og håndtering av trusler og vold, utgjør en «highly lucrative, yet poorly regulated business» der få tiltak blir evaluert systematisk eller vitenskapelig.

¹ I avhandlingen bruker jeg kjønnsnøytralt pronomen om personer som omtales. Jeg finner det å la det være opp til personer selv å definere seg i forhold til kjønns kategorier og kjønnsidentiteter som å være i tråd med avhandlingens plassering innen recovery- og personorienterte perspektiver. I den grad jeg ikke har oversikt over, eller sitter på informasjon om hvordan enkelte personer definerer seg selv, velger jeg å omtale disse med det kjønnsnøytrale hen.

1.2 Kompetansetiltak for trygge og sammenhengende tjenester til mennesker med psykisk helse- og/eller rusproblemer

Med hensikt om å bidra til kompetanseutvikling i forebygging og håndtering av trusler og vold blant ansatte i psykisk helsetjenestene Oslo kommune, satt daværende Helse- og velferdsetaten (nå Helseetaten) i 2010 i gang kompetanseprosjektet 'Utvikling av metoder og strategier i samarbeidet med brukere som kan være truende og/eller voldelige'. Dette prosjektet rettet seg i utgangspunktet mot ansatte i hjemmebaserte tjenester for personer med psykiske helseproblemer. Formålet med prosjektet var å bidra til utvikling av gode tjenester til brukere som kan opptre truende eller voldelig overfor ansatte, sikre kontinuitet og sammenheng i utøvelsen av tjenestene, samt å bidra til å gjøre personalet tryggere og mer kompetente i utfordrende møter med brukere. I løpet av prosjektperioden 2010-2014 ble det utviklet en rekke kompetansetiltak og støttende verktøy og personalfunksjoner som skulle bidra til oppnåelse av disse målene. Tiltakene og verktøyene ble utviklet i samarbeid med fagressurser på feltet og i samråd med bydelstjenestene, et Distriktpsykiatrisk Senter (DPS) i Oslo og brukerorganisasjoner (Mental Helse Oslo og Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon). Tiltakene inkluderte:

- Grunnkurs i håndtering av trusler og vold
- «Hvem er jeg i møte med brukeren?». Kurs om faseorientert håndtering og forebygging av trusler og vold
- Videregående kurs i håndtering av trusler og vold
- Finansiell støtte til deltakelse på Videreutdanning i voldsrisikovurdering- og håndtering (ViVo I & II, ved Høgskolen i Molde)
- Samlinger og nettverk for ressurspersoner og ledere i bydelene
- Refleksjonsfilmer om trussel- og voldssituasjoner i hjemmebaserte oppfølgingstjenester
- Fagsider med e-læringsinnhold (tilgjengelige på Oslo kommunes intranett)
- Brosjyre med tips og råd for arbeid hjemme hos brukere som kan være truende og/eller voldelige

- Sjekkpunktliste ved arbeid i brukerens hjem – til forberedelse til og ved risikovurdering i hjemmebesøksituasjoner

Disse tiltakene har i stor grad blitt videreført og videreutviklet etter prosjektperiodens slutt. I tiden etter det opprinnelige prosjektet er det i tillegg også blitt utviklet et lokalbasert kompetansetiltak rettet mot ansatte i kommunens samlokaliserte boliger for mennesker med psykiske helseproblemer. Dette tiltaket tilpasses og utvikles i samarbeid med ledere og ressurspersoner i de samlokaliserte boligene og finner sted i det enkelte boligtilbudet. Dette kompetansetiltaket ble avholdt første gang i 2018.

I tidsrommet fra 2011 til 2021 har over 4,000 personer deltatt på ulike kurs, samlinger og videreutdanninger støttet av Helseetaten knyttet til forebygging og håndtering av trusler og vold. Deltakerne har hovedsakelig vært ansatte og ledere i Oslo kommune. En del av kursene har også vært åpne for personell fra spesialisthelsetjenesten og innbyggere med brukererfaring.

1.2.1 Forskningen kontekstualisert i en offentlig sektor ph.d.

Siden etableringen av Helseetatens kompetanseprosjekt har intensjonen vært at tiltakene som ble utviklet skulle evalueres vitenskapelig. Tilsagnet om stipendmidler fra Norges Forskningsråd (NFR) under stipendordningen 'Offentlig sektor ph.d.' som Oslo kommune fikk i 2016, gjorde en vitenskapelig evaluering mulig. Stipendordningen er ment å bidra til å fremme kompetanseutvikling og innsats innen forskningsaktiviteter i offentlige virksomheter, samt å bidra til forskerrekruttering og økt samarbeide mellom offentlig sektor og academia (Forskningsrådet, 2018). Evalueringen av kompetanseprosjektet ble dermed en del av Oslo kommunes satsing på utvikling av forskningskompetanse hos ansatte. På grunn av min kjennskap til fagfeltet og tiltakene som var utviklet i prosjektet, egen kunnskap om og erfaring med psykisk helsetjenestene i Oslo kommune og min personlige motivasjon, ble jeg forespurt av Helseetaten om å være stipendiaten som skulle gjennomføre den vitenskapelige evalueringen.

Fra Forskningsrådet (2018) heter det om offentlig sektor ph.d.-prosjekter at disse «skal fremskaffe kunnskap innenfor områder der kunnskaps- og innovasjonsbehovene er store» (s. 1). I avhandlingen viser jeg hvordan Helseetatens forskningsprosjekt har identifisert det som vanskelig kan beskrives som annet enn et betydelig kunnskapshull knyttet til praksis i møter med aggresjon, trusler og vold i psykisk helsearbeid og vise hvordan jeg har gått frem for å forsøke å bidra til å få frem mer kunnskap.

1.3 Min egen inngang til feltet

Jeg ble ansatt som prosjektkoordinator i Helseetatens kompetanseprosjekt i 2012. Som prosjektkoordinator har jeg vært involvert i utformingen, planleggingen og gjennomføringen av kompetansetiltakene og verktøyene som siden er utviklet i prosjektet. Jeg har i tillegg også fra 2018 vært involvert i undervisning i lokalbaserte kompetansetiltak rettet mot ansatte i samlokaliserte boliger. Jeg har med ujevne mellomrom også hatt andre undervisningsoppdrag om forebygging og håndtering av trusler og vold rettet mot andre psykisk helsetjenester. Jeg har samtidig også undervist i andre kommunale tjenester om temaet.

Min interesse for trusler og vold i psykisk helsearbeid har vokst frem gradvis. Fra jeg begynte som ekstravakt og miljøarbeider ved Sandviken Sykehus i Bergen i 2001 og langt ut i min praksis som leder av to samlokaliserte boliger i Oslo kommune og i Bærum kommune, har jeg tenkt på aggresjon, trusler og vold fra brukere og pasienter som noe jeg i større eller mindre grad måtte regne som «en del av jobben». Tilsvarende oppfatning har Rippon (2000) funnet å være svært utbredt blant psykisk helsearbeidere. Jeg har i profesjonelle sammenhenger gjentatte ganger stått i truende situasjoner og har opplevd vold fra personer jeg har vært ansatt for å hjelpe. I kraft av å være leder, har jeg også veiledet og fulgt opp medarbeidere etter trussel- og voldssituasjoner. Til tross for dette forholdt jeg meg lenge ubevisst og ureflektert til hvordan praksis kunne tilpasses for å forebygge og håndtere aggresjon, trusler og vold fra brukere og pasienter. Etter hvert vokste imidlertid en erkjennelse frem hos meg om hvordan trusler og vold påvirker

relasjonene mellom hjelpere og brukere, og jeg så også hvor avmektige og hjelpeløse ansatte, ledere og organisasjonene ofte var i møte med problematikken. Jeg registrerte at konsekvensene var engstelige og utmattede medarbeidere, ofte med påfølgende sykefravær. Jeg fornemmet også konsekvenser i form av økt avstandstaken til brukerne, lavere engasjement, og mindre sammenheng og kvalitet i tjenestutførelsen til brukerne.

Gjennom deltakelsen i Helseetatens kompetanseprosjekt ble betydningen av å utvikle kompetente, avmaktsbevisste og recoveryorienterte tjenester for bedre å kunne forebygge trusler og vold mot ansatte, klarere for meg. Dette sammen med tanken om å kunne tilby brukerne mer sammenhengende og kontinuerlige tjenester.

1.3.1 Et behov for mer kunnskap om praksis i møte med trusler og vold i psykisk helsearbeid

Helseetatens innsatser overfor psykisk helsetjenestene i Oslo kommune hviler på en recoveryorientert faglig plattform. Recoveryorientering er et perspektiv innen psykisk helse som plasserer psykiske helseproblemer i en sosial og interpersonlig sammenheng og ser psykisk helsearbeid som å handle om å fremme involvering, samarbeid, rettigheter, likeverd og tilhørighet for personer som opplever psykiske helseproblemer (Karlsson & Borg, 2017). De aktuelle kompetansetiltakene og verktøyene som er utviklet for å understøtte god forebygging og håndtering av trusler og vold i kommunens psykisk helsetjenester er også forankret i en recoveryorientert tilnærming til psykisk helsearbeid.

Jeg anser meg av dette som forpliktet overfor recovery som faglig perspektiv og som grunnlaget i mitt eget virke i feltet. Personlig, og i løpet av min yrkeskarriere i ulike deler av psykisk helsearbeidsfeltet, har jeg også i betydelig grad vært inspirert av recovery-perspektivet.

På det nåværende tidspunkt finnes det lite forskning og litteratur om recoveryorientert forebygging og håndtering av aggresjon, trusler og vold. De studiene som finnes kommer fra en akuttpsykiatrisk kontekst, som spesifikt undersøker betydningen av

recoveryorientert praksis i møte med trusler og vold (Lim et al., 2017, 2019a, 2019b, 2020).

Når det gjelder lokalbasert psykisk helsearbeid, som er konteksten for dette forskningsprosjektet, mener Campbell (2017) at kunnskap om aggresjon, trusler og vold utenfor institusjonsbaserte helsetjenester er så mangelfull at den kan beskrives som å befinne seg på et empirisk spedbarnstadium. Denne kunnskapsmangelen har tidligere også blitt bemerket av flere også å gjelde lokalbasert psykisk helsearbeid (Fry et al., 2002; Fujimoto et al., 2017), og synes å prege psykisk helsefeltet opp til denne dag. Ettersom stadig mer av psykisk helsetjenestene og tjenestene for mennesker med rusutfordringer utvikles og styres i henhold til recoveryorienterte prinsipper (Borg, et al., 2013) og stadig mer av tjenestetilbudene utføres i personenes lokalsamfunn og av kommunale psykisk helsetjenester (Caldas Almeida et al., 2015; Helsedirektoratet, 2014; Topor et al., 2015), blir det viktig at det nevnte kunnskapsgapet fylles. Jeg vil i den neste delen av kapittelet gi en kort beskrivelse av kunnskapsstatusen om trusler og vold i lokalbasert psykisk helsearbeid og kurs og kompetansetiltak rettet mot ansatte i disse tjenestene.

1.4 Kunnskapsstatus

I avhandlingen undersøkes betydningen av flere kompetansetiltak som har vært en viktig del av en kompetansesatsing i Oslo kommune rettet mot ansatte i lokalbaserte psykisk helsetjenester som samarbeider med brukere som kan være truende og/eller voldelige. I den anledning blir også psykisk helsearbeideres forståelser av praksiser i forebygging og håndtering av trusler og vold undersøkt og hvordan forståelsene endres etter deltakelse på kurs og kompetansetiltak. I denne delen av kapittelet vil jeg beskrive kunnskapsstatusen om: 1) trusler og vold i lokalbasert/kommunalt psykisk helsearbeid, og 2) kompetanseutvikling i forebygging og håndtering av trusler og vold i lokalbasert/kommunalt psykisk helsearbeid. Først vil kunnskap om betydningen av å delta på kurs og undervisning i forebygging og håndtering av trusler og vold i helse- og psykisk helsetjenester bli belyst. Da avhandlingens fokus er knyttet til psykisk helsearbeideres

erfaringer med, og syn på, forebygging og håndtering av trusler og vold, vil jeg også gjøre rede for forskning på praksiser og erfaringer med forebygging og håndtering av trusler og vold i psykisk helsearbeid og i psykisk helsetjenester.

1.4.1 Litteratursøk og inklusjonskriterier

Min avhandling er en del av en offentlig sektor ph.d. der formålet har vært å undersøke betydningen av kurs og kompetansetiltak rettet mot ansatte i lokalbaserte psykisk helsetjenester som samarbeider med brukere som kan være truende og/eller voldelige. Dette blir gjort gjennom å undersøke deltakere på Helseetatens kurs og kompetansetiltak sine beskrivelser av praksiser og hvordan disse endres etter deltakelse på kursene eller kompetansetiltakene. I tillegg er også lederes erfaringer og opplevelser av endring blant sine ansatte blitt undersøkt. Resultatene av mine litteratursøk har fått meg til å konkludere, i tråd med Paterson og kolleger (2014), Bowers og kolleger (2006) og Geoffrion og kolleger (2020), med at kunnskapsstatusen om forebygging og håndtering av vold innen psykisk helse er mangelfull, sprikende og vanskelig å dra entydige slutninger på bakgrunn av. I avhandlingen undersøker jeg to overlappende fenomener, kurs og kompetansetiltak og praksiser i forebygging og håndtering av trusler og vold. Denne overlappingen har gjort at jeg har valgt en 'snøball'-tilnærming i mine søk etter litteratur for å kartlegge kunnskapsstatusen på området.

Snøballtilnærminger blir beskrevet som en effektiv måte å søke seg frem til relevante studier i komplekse forskningsfelt (Wright et al., 2014). Denne tilnærmingen handler om å finlese referanselister og sitater i artikler jeg har funnet frem til og lest, med det formål å finne både relevant og nyere studier på feltet. Dette har betydd at det å lese én artikkel har ført til at jeg har funnet flere relevante studier å inkludere. I noen tilfeller fant jeg frem til andre publikasjoner av forfattere jeg allerede hadde lest arbeider av om jeg fant at disse beskrev temaer relevant for forebygging og håndtering av trusler og vold i lokalbasert psykisk helsearbeid. Søkene etter relevante studier til avhandlingens kunnskapsstatus har vært en iterativ, eksplorerende prosess. Litteratursøk som anvender

snøballstrategier, er begrenset gjennom at forskeren ikke kan utelukke at det finnes annen dekkende og relevant litteratur om forskningstemaet. Derfor har jeg også gjennomført søk i Oria, Scopus, ProQuest, Medline, PubMed, PsychInfo and Google Scholar. Jeg har også gjort søk direkte i søkefeltene til ulike tidsskrift innenfor psykisk helsearbeid. Søkeordene som har blitt brukt har bestått av ulike kombinasjoner av ordene *psykisk helse, rus, vold, trusler, kommunale, lokalbaserte, psykisk helsetjenester, rustjenester, recovery, person-sentrert, psykisk helsearbeidere, ledelse, ledere, kurs, kompetanse, kompetanseutvikling, undervisning og trening*. Søkene er primært gjort ved bruk av engelske oversettelser av disse begrepene. Inklusjonskriterier for studier var videre at de måtte være publisert på et språk jeg behersker, det være seg enten norsk, svensk, dansk eller engelsk.

Kriteriene jeg har anvendt i mine søk har primært vært knyttet til en målsetning om å finne frem til litteratur om trusler og vold, og forebyggende og håndterende praksiser i kommunalt eller lokalbasert psykisk helsearbeid, og helst av nyere dato. Studiene jeg har søkt etter i ovennevnte databaser, i tidsskrifter og referanselister har vært fortrinnsvis fra de siste 20 årene. Jeg valgte derfor et 20-årsspenn istedenfor et kortere spenn, fordi jeg ønsket å få et så bredt litteraturtilfang som mulig. Jeg har også inkludert et begrenset utvalg eldre studier, særlig der jeg mener disse beskriver aspekter ved trusler og vold i psykisk helsetjenester som er lite beskrevet i nyere studier. Inklusjonen av enkelte studier eldre enn 20 år har er begrunnet i et ønske om en så bred beskrivelse av praksis og kompetanseutvikling som mulig.

Litteratur som omhandler bruk av tvangsmidler, slik som skjerming, fastholding, beltelegging eller tvangsmedisinering for å håndtere trusler og vold fra brukere har blitt utelatt i litteratursøkene. Dette er maktmidler, hvis bruk reguleres i lovverket for det psykiske helsevernet (Psykisk helsevernloven, 1999) som kommunalt ansatte psykisk helsearbeidere som utfører sitt arbeid i brukernes hjem ikke har tilgang til. Unntak er kortvarige makt- og voldsmidler i den hensikt å frigjøre seg eller passivisere brukere legitimert gjennom nødretten. Jeg har ekskludert studier fra sikkerhetspsykiatrien og fengselsvesenet, med den begrunnelse at dette er kontekster som i vesentlig grad skiller

seg fra de hjemmebaserte kontekstene som behandles i avhandlingen. Jeg har også utelatt internasjonal litteratur som tar for seg vold og sikkerhet i rurale og avsidesliggende lokalbaserte psykisk helsetjenester, med den begrunnelse at avhandlingen undersøker fenomenet med utgangspunkt i psykisk helsearbeid i en norsk storbykommune.

I søken etter studier om kompetanseutvikling og betydninger av å delta på kurs i forebygging og håndtering av trusler og vold har jeg først søkt studier som tar for seg dette i kommunale og lokalbaserte psykisk helsetjenester. Når disse søkene ikke førte til noen treff, ble jeg nødt til å søke etter forskning på, og evalueringer av, kurs og kompetansetiltak rettet mot praktikere i det institusjonsbaserte psykisk helsevernet. Søkene etter relevante studier til avhandlingens kunnskapsstatus har vært en iterativ, eksplorerende prosess. Litteratursøk som anvender snøballstrategier er begrenset gjennom at forskeren ikke kan utelukke at det finnes annen dekkende og relevant litteratur om forskningstemaet. I mine litteratursøk har jeg likevel, etter å ha søkt kontinuerlig i forskningslitteraturen siden 2016, opplevd å oppnå 'metning'. Det har også betydd at det å lese publisert litteratur etter hvert ikke har resultert i nye funn av relevant forskningslitteratur. En svakhet ved min valgte søkestrategi er, som tidligere nevnt, likevel at jeg ikke kan være helt sikker på at det ikke er noe relevant litteratur som har «gluppet» for meg. Jeg mener likevel å ha funnet forskningslitteratur som gir en god beskrivelse av den nåverende forskningsfronten knyttet til trusler og vold i lokalbasert psykisk helsearbeid og betydningen av kompetansetiltak i forebygging og håndtering av trusler og vold i lokalbaserte psykisk helsetjenester.

1.4.2 Betydninger av å delta på kurs og undervisning i forebygging og håndtering av trusler og vold

Kurs og kompetanseutvikling blir ansett som viktig av ansatte i helse- og omsorgssektoren for å bli bedre rustet til å møte utfordringene brukere som kan være truende og/eller voldelige stiller dem overfor (Hagen & Svalund, 2019; Svalund, 2009). En studie viser at de fleste retningslinjer som ble undersøkt angir kurs og undervisning som en anbefalt

forebyggende strategi i møte med aggresjon, trusler og vold i helsetjenester (Beech & Leather, 2006).

Søkene etter litteratur til avhandlingen har avdekket en betydelig kunnskapsmangel om betydningen av undervisning, kurs eller kompetansetiltak i psykisk helsetjenester generelt og i lokalt baserte tjenester spesielt. I Norge finnes det ingen publiserte vitenskapelige studier av effekter eller betydningen av å delta på kurs i forebygging og håndtering av trusler og vold for ansatte i psykisk helsetjenester. En studie fra Sverige har undersøkt effekter av øvelser i forebygging og håndtering av aggresjon og vold etter den såkalte 'Bergensmodellen' (Björkdahl et al., 2013). Internasjonalt finnes det noe mer empiri om virkninger av kurs og undervisning, men litteraturen beskriver et noe motstridende bilde av resultatene av dette. Bowers og kolleger (2006) har pekt på mangelen av systematiske evalueringer av virkninger av kurs og undervisningsopplegg rettet mot forebygging og håndtering av trusler og vold i psykisk helsetjenester.

I en studie fra New Zealand har Baby og kolleger (2019) funnet at trening i kommunikasjonsferdigheter, men også '*mindfulness*', eller på norsk; 'oppmerksomt nærvær', bidrar til reduksjon av trussel og voldshendelser blant lokalt baserte psykisk helsearbeidere. En tidligere studie fra New Zealand (Swain & Gale, 2014) pekte også i retning av en at deltakelse på kurs i kommunikasjonsferdigheter bidro til en reduksjon av opplevd aggresjon fra brukere blant ansatte også i lokalt baserte psykisk helsetjenester. I en systematisk review av Richter og kolleger (2006) fremkom det at undervisning og øvinger i håndtering av aggressive situasjoner bidro positivt til kunnskaper om vold og tiltro til egne evner i å håndtere aggressive situasjoner blant helsearbeidere. McKinnon og Cross (2008) har i en studie funnet at nær 90 % av dem som svarte på en undersøkelse om trusler og vold i australske psykisk helsetjenester hadde deltatt på trening i forebygging og håndtering av trusler og vold. Likevel synes dette ikke å forebygge det å bli utsatt for trusler og vold og kun 13 % av utvalget mente at de var godt i stand til å håndtere situasjoner. I Richter og kollegers (2006) review viste noen av de inkluderte studiene en reduksjon av voldshendelser etter undervisning, men andre igjen viste en motsatt tendens og fant heller en økning av hendelser. Dette motsigelsesfulle bildet blir

også bekreftet i en studie om undervisning i deeskaleringsteknikker av Price og kolleger (2015). Økninger av hendelser etter undervisning og øvelser har også Lee og kolleger (2012) og Martin (1995) funnet, førstnevnte i forbindelse med en intensiv undervisning i deeskalerende teknikker i møte med aggresjon, trusler og vold. I ytterligere én studie ble det funnet at det å delta på undervisning ikke førte til reduksjon i aggresjon og voldshendelser, og at deltakelse på oppfriskningskurs hang sammen med en økning i rapportert fysisk aggresjon på psykiatriske akuttavdelinger (Bowers et al., 2006). Björkdahl og kolleger (2013) fant på sin side en moderat positiv effekt av undervisning og treningsøvelser på ansattes beskrivelser av voldsforebyggings- og håndteringsklima. Denne opplevelsen ble, paradoksalt nok, betydelig mindre grad delt av pasientene i den samme studien. Frölich og kolleger (2018) har på sin side funnet at betydningen av å delta på kurs og undervisning i forebygging og håndtering av trusler og vold er mindre for ansatte som har deltatt på kurs og undervisning tidligere, enn for ansatte som ikke har deltatt tidligere. Det synes videre som om kurs og kompetansetiltak faktisk kan bidra til økt rapportering av trussel- og voldshendelser i seg selv (Bowers et al., 2006). Dette kan dermed gi det paradoksale inntrykket av at trussel- og voldshendelser øker i etterkant av kurs og undervisning av psykisk helsearbeidere.

1.4.3 Forebygging og håndtering av trusler og vold i psykisk helsearbeid

Nolan og kolleger (2001) har funnet at psykisk helsearbeidere i lokalbaserte psykisk helsetjenester har større risiko for å bli utsatt for trusler og vold, enn i institusjonsbaserte tjenester, særlig på grunn av at de jobber alene uten tilgang til støtte fra andre i situasjoner. Flannery og kolleger (2001) har videre funnet at personer som ikke var innblandet i voldshendelser mens de var innlagt i psykiatrien, kunne bruke trusler og vold etter utskrivelse til lokalsamfunnene. Dette tyder ifølge forfatterne på at vold har sammenheng med sosiale og kontekstuelle årsaksfaktorer, og ikke psykiske helseproblemer alene. I en studie av Baby og kolleger (2014) beskriver psykisk helsearbeidere at å jobbe i feltet krever oppmerksomhet om muligheten for å bli utsatt for trusler og vold og evne til å forutse uønskede hendelser i møter med brukere i

lokalsamfunnet. Konttila og kolleger (2019) konkluderer på bakgrunn av en systematisk review om trusler og vold i lokalbaserte psykisk helsetjenester at fenomenet er komplekst og mulitdimensjonelt. Denne kompleksiteten utgjør en utfordring for både praktikerne selv og deres organisasjoner. Flannery og kolleger (2011) og Flannery og Flannery (2014) har funnet at brukere som ikke ønsker tjenester, opplever utrygghet og det at psykisk helsearbeidere grensesetter eller viser negative holdninger er foranledninger til trusler og vold i lokalbaserte psykisk helsetjenester. Dette knytter Flannery og kolleger (2011) videre til det de kaller 'voldstriaden', som handler om egenskaper ved brukerne; tidligere voldsutøvelse, erfaringer med å være utsatt for vold og overgrep og problematisk rusbruk.

Det å være oppmerksom og bevisst om muligheten for vold er betydningsfullt for psykisk helsearbeideres evne til å forebygge og håndtere trussel- og voldssituasjoner. Oppmerksomhet på miljømessige risikofaktorer, individuelle tegn på risiko hos brukere og evnen til å 'ha øyne i nakken' er funnet å være viktige ingredienser i samarbeid med brukere som kan være truende og/eller voldelige i sosialt arbeid (Baines, 2004, s. 38). Daniels og Anadria (2019) konkluderer på bakgrunn av funn i en studie av polikliniske behandlere med at det er nødvendig for praktikere å ha en bevissthet om vold som en yrkesmessig risiko og forberede forebyggende strategier i møte med brukere. Psykisk helsearbeidere fremhever videre at det å utvikle gode og stabile relasjoner og allianser mellom brukere og psykisk helsearbeidere og det å gi brukere tid til å føle seg trygge bidrar til å minimere risikoen for vold i psykisk helsetjenester (Gamme & Eriksson, 2018).

Hagen og Svalund (2019) har funnet at flertallet av dem som svarte i deres undersøkelse av trusler og vold i norske helse- og sosialtjenester prioriterer det å få hjelp fra kolleger til å løse truende eller ubehagelige situasjoner på arbeidsplassen. Gamme og Eriksson (2018) har funnet at å ha en levende diskusjon om sikkerhet og risiko blant kolleger har stor betydning for hvordan psykisk helsearbeidere forholder seg til forebygging og håndtering av trusler og vold. De samme forfatterne fant også at det å oppleve seg omsluttet av en støttende kollegakultur er viktig for å kunne forebygge og håndtere trusler og vold fra brukere.

Cowman og kolleger (2017) har funnet at de hyppigste måtene å håndtere truende og voldelige situasjoner i europeiske psykisk helsetjenester er gjennom fysiske intervensjoner, skjerming (det vil si å plassere brukeren i mindre stimulerende omgivelser, avskåret fra kontakt med andre) og medisiner. Dette er strategier som er lite tilgjengelige i norske kommunale og lokalbaserte psykisk helsetjenester. Andre strategier i forebygging og håndtering av trusler og vold som har betydelig mindre tilslutning, er ifølge forfatterne deeskalering, kommunikasjon, avtaler med brukere og teamarbeid.

Fujimoto og kolleger (2018) har funnet at japanske helsearbeidere som utfører psykisk helsearbeid i brukeres hjem i for liten grad forbereder hjemmebesøkene med tanke på voldsrisiko fra brukere, deres pårørende eller kontakter. Forfatterne knytter den manglende forberedelsen direkte til voldshendelser ved hjemmebesøk. I en australsk studie av Fry og kolleger (2002) fant forskerne at psykisk helsearbeidere trakk frem at det å gå parvis (to-og-to), få bistand fra politi eller sikkerhetstjenester, installere ulike typer overvåkningsutstyr, begrense tilgangen til lokaler i psykisk helsetjenestene for brukere og mer informasjon om brukeres voldshistorikk ville bidra til økt sikkerhet for ansatte. Disse funnene er i tråd med funn av Drach-Zahavy og kolleger (2012) og O'Rourke og kolleger (2018) som viser at kontroll av brukeres atferd ofte blir gitt en sentral verdi i forebyggingen og håndtering av trusler og vold i psykisk helsetjenester. Gale og kolleger (2009) hevder likevel at lokalbaserte tjenesters muligheter for å forebygge uønskede hendelser primært ligger i psykisk helsearbeidernes interpersonlige stiler og måter å kommunisere med brukerne på. På grunn av alenearbeid og manglende muligheter til å endre de fysiske betingelsene ved arbeid i brukernes hjem mener forfatterne at det er begrenset tilgang til andre midler for å intervensjonere i trussel- og voldssituasjoner i lokalbaserte psykisk helsetjenester.

1.4.4 Kunnskap om hvordan trusler og vold påvirker praksis i psykisk helsetjenester

Når det ikke lykkes å forebygge trusler og vold i psykisk helsetjenester har det konsekvenser ikke bare for ofrene, kollegene dere og deres organisasjoner, men også for utøverne selv. Foruten de mer åpenbare fysiske konsekvensene og skadene for ofrene, som kutt, sår, blåmerker, forstuinger, smerter og stressresponser som muskelskjelvinger som ble rapportert i en studie av Fry og kolleger (2002), er tap av liv gjennom drap den mest ekstreme formen for konsekvenser av vold mot psykisk helsearbeidere (Knable, 2017). Likevel er de psykiske og emosjonelle konsekvensene av trusler og vold det som rapporteres oftest om blant de som utsettes for dette (Fujimoto et al., 2017; Lanctôt & Guay, 2014; Tonso et al., 2016). Fujimoto og kolleger (2017, 2018) har funnet at den vanligste formen for uønskede, skadelige handlinger brukere utsetter psykisk helsearbeidere for i hjemmebaserte tjenester er verbale trusler. Men også verbale trusler kan være skadelige for den som blir utsatt for slike, både på kort og lang sikt (Lanctôt & Guay, 2014).

Med avhandlingen ønsker jeg å rette søkelyset mot hvordan trusler og vold i psykisk helsetjenester påvirker ansattes praksiser, og prioriteringer av praksiser, overfor brukerne. Aggresjon, trusler og vold utført av brukere mot psykisk helsearbeidere er flere ganger funnet å ødelegge relasjonene mellom brukere og personalet og å påvirke kvaliteten på arbeidet utført overfor brukerne negativt (Arnetz & Arnetz, 2001; Gates et al., 2011; Haugvaldstad & Husum, 2016; Lawoko et al., 2004; Najafi et al., 2018; Needham et al., 2005). Psykisk helsearbeidere som opplever trusler eller vold på arbeidsplassen er funnet å oppleve økt sårbarhet (Harris & Leather, 2012; Fry et al., 2002), engstelse, frykt (Fry et al., 2002; Konttila et al., 2021), tvil om egne ferdigheter og evner som helsearbeider (Flannery et al., 1995) og negative emosjoner som motvilje, håpløshet, sinne og hat rettet mot utøverne (Konttila et al., 2021; Lanctôt & Guay, 2014). Sinne og økt villighet til å benytte tvangsmidler overfor brukere er også blitt funnet i en studie av Jalil og kolleger (2017). Chang og kolleger (2012) har funnet at det å bli utsatt for vold og aggresjon kan bidra til at personell unnlater å iverksette forebyggende strategier og tiltak

på arbeidsplassen, noe som igjen kan medvirke økt risiko for å bli utsatt for senere vold og aggresjon fra brukere. Konttila og kolleger (2021) har funnet at det å ha erfaring med å bli utsatt for trusler og vold bidrar til at psykisk helsearbeidere utvikler negative forventninger til interaksjoner med brukere, men også at eksponering påvirker ansattes måter å jobbe på og klokskap i arbeidsutførelsen.

Psykisk helsearbeidere som blir utsatt for trusler og vold og som reagerer med frykt kan videre begynne å unngå utøvere (Fry et al., 2002). Ytterligere negative emosjonelle konsekvenser for trussel- og voldsutsatte arbeidstakere, med potensiale for å gå ut over både livskvalitet, men også utførelsen av arbeidet er *'hypervigilance'*, eller overdreven vaksomhet i møte med brukere (Lanctôt & Guay, 2014). Haugvaldstad og Husum (2016) har argumentert for at negative emosjonelle reaksjoner på aggressiv eskalering hos brukere medvirker til å forme relasjoner preget av usikkerhet og mistillit. Dette, mener forfatterne, kan på sin side bidra til å øke risikoen for at ansatte senere kan bli utsatt for aggresjon, trusler og vold.

1.4.5 Betydningen av bearbeidelse i etterkant av hendelser

Det anbefales i litteraturen både individuell og kollektiv bearbeidelse av hendelser og å gi ofre for trusler og vold på arbeidsplassen sosial støtte (Christie, 2015; Clements et al., 2005; Department of Health, 2009; Hallett, 2018). Det å bearbeide hendelser kan ha terapeutisk betydning, men kan også bidra til at ansatte kan finne tilbake til arbeidet uten å la seg overvelde eller bli negativt påvirket av ubehagelige minner og emosjonelt påtrykk fra hendelsene (Clements et al., 2005). Det å oppleve støtte fra ledelse er viktig for ansatte i helsetjenester som er blitt utsatt for trusler og vold fra brukere (Christie, 2015; Gates et al., 2011). Behovet for slik støtte anerkjennes også av ledere av helsetjenester (Morphet et al., 2019). Deltakerne i Hagen og Svalunds (2019) studie sa seg enige i betydningen av å underrette deres ledere om hendelsene. I samme studie fremkommer det likevel at helse- og sosialarbeideres erfaring med aggresjon, trusler og vold fra brukere paradoksalt nok synes å føre til at de henvender seg i mindre grad om dette til

sine ledere. Baby og kolleger (2014) har funnet at ledere i liten grad oppleves som støttende og som å bidra til at voldsutsatte psykisk helsearbeidere kommer seg etter hendelser. Dette til tross for at ledere kan bidra i det å komme seg etter hendelser for ansatte (Clements et al., 2005) og at helsepersonell forventer støtte fra overordnede og sine organisasjoner etter hendelser (Zhao et al., 2015). Det er vist at opplevd manglende støtte etter hendelser kan føre til at helsearbeidere mister tiltro og tillit til at deres ledere bryr seg om dem eller kan beskytte dem mot trusler og vold fra brukere (Christie, 2015).

Kollegaer oppleves som særlig viktige støttespillere i bearbeidelsen av trussel- og voldshendelser mot ansatte i helse- og sosialtjenester, herunder også psykisk helsetjenester (Baby, 2014; Fry et al., 2000; Hagen & Svalund, 2019; Zhao et al., 2015). I en studie fra New Zealand fant Baby og kolleger (2014) at kollegastøtte er den hyppigste og mest tilgjengelige strategien for psykisk helsearbeidere som er blitt utsatt for trusler eller vold. I tillegg er kolleger viktige for utviklingen av psykisk helsearbeideres praksiser i møte med trusler og vold fra brukere (Gamme & Eriksson, 2018). Beale og kolleger (1999) fant i en studie av lokalbaserte helsetjenester i Storbritannia at helsepersonell vanligvis bearbeidet og løste trussel- og voldshendelser med sine kolleger, uten å involvere ledelsen i tjenestene. Forskerne fant også i samme studie at det var liten kunnskap både blant ansatte og ledere om de beste måtene å gi kolleger og medarbeidere støtte etter trussel- og voldshendelser.

Å ta opp hendelser med brukere som har vist aggresjon og vitner til dette, blir fremhevet av brukere selv som en verdifull måte å forhindre senere situasjoner med trusler eller vold (Gudde et al., 2015). Dette innebærer at brukerne kan gi sin versjon av hendelsene, eller oppklare misforståelser i situasjonene. Berring og kolleger (2016) har funnet at det å samtale og gå gjennom situasjoner sammen med brukere i etterkant kan bidra til 'reflektive øyeblikk' hos både ansatte og brukere, og bidra til læring, forståelse av den andres perspektiv og en mer delt forståelse av hendelsene. En studie av Bonner og Wellmann (2010) viser at det å gå gjennom hendelser i etterkant forebygger skadelige reaksjoner både for personell og brukere. Mange retningslinjer og anbefalinger angir det å snakke med og å involvere brukeren som viktig for å oppnå gode løsninger (se for

eksempel Bowers, 2014; Department of Health, 2009; Harris & Morrison, 1995). I en norsk kontekst anbefaler også Lillevik og Øien (2014) å ta opp situasjonene med brukeren som en avgjørende ingrediens i etterarbeidet med situasjoner og forebygging av nye hendelser.

1.4.6 Recoveryorientert praksis i møte med trusler og vold i psykisk helsetjenester

Lim og kolleger (2017, 2019a, 2019b, 2020) har i fire studier vist at recoveryorientert forebygging og håndtering av trusler og vold i psykisk helsetjenester impliserer en forpliktelse til å se personen bak aggresjonen og inngå i interaksjon med brukeren heller enn å iverksette reaktive sanksjoner og tilsvar. Samhandling for å oppnå identifiserte målsetninger om bedring og tilfriskning og å støtte brukeren slik at denne kan være en aktiv styrer av egen tilfriskningsprosess er også sentrale elementer i recoveryorientert forebygging og håndtering av trusler og vold (Lim, et. al., 2017, 2020). Videre beskriver ansatte i akuttpsykiatriske tjenester nødvendigheten av å være oppmerksomme overfor bakenforliggende årsaker og personlige triggere ved aggresjon, å fokusere på brukers styrker og behov og ikke på risiko, og å se på aggressive hendelser som en læringsmulighet for brukere (Lim et al., 2019a). Brukerne selv anbefaler, i en annen av Lim og kollegers (2019b) studier, at hjelperne ser personen som et unikt individ, med unik historie og individuelle styrker og sårbarheter, bruker dialog til å utforske årsakene bak hendelser, anvender positiv kommunikasjon for å styrke brukernes egne mestringsressurser, yter helhetlig omsorg og pleie for å fremme deeskalering, «vandrer sammen» med brukerne i deres personlige tilfriskningsprosesser, der partene sammen utvikler aggresjonsforebyggende- og håndterende strategier.

Lim og kolleger (2020) beskriver recoveryorienterte praksiser hvor brukere og psykisk helsearbeidere samarbeider om å utvikle mestringsstrategier som å være opptatt av brukers ressurser og potensialer for egenmestring. Dette mener forfatterne reflekterer et syn på brukeren selv som eksperten på eget liv og som å ha tilgang til egne

mestringsstrategier for aggresjon og vold. Deltakerne i en av de ovennevnte studiene til Lim og kolleger (2019b), mennesker med psykiske helseproblemer og erfaringer fra psykiatrisk behandling, fremhever det som avgjørende at psykisk helsearbeidere fokuserer på deres ressurser og styrker og bidrar til å understøtte brukernes egen håndtering av situasjoner. Lim og kolleger (2020, s. 10) mener dette er beskrivende for praksiser som «encourage and support consumers to take ownership over their recovery journey». På denne måten viser recoveryperspektivets ressursorientering og særlige prioritering av samarbeide og involvering i psykisk helsearbeid (Borg et al., 2013; Karlsson & Borg, 2017) å ha verdi også for forebyggingen og håndteringen av trusler og vold i psykisk helsetjenester.

1.5 Mål, problemstillinger og forskningsspørsmål

Målsetningen med avhandlingen har vært å utvikle kunnskap om betydningen av en spesifikk strategisk kompetansesatsing rettet mot ansatte som kan oppleve trusler og/eller vold i forbindelse med sitt samarbeid med brukere av kommunale psykisk helsetjenester. Dette er blitt gjort gjennom å beskrive og utforske ansattes forståelser av praksiser i forebygging og håndtering av aggresjon, trusler og vold, og hvordan disse endrer seg etter deltakelse i ulike kompetansetiltak i regi av Helseetaten. I tillegg har vi utforsket og beskrevet erfaringer og perspektiver blant ledere av tjenester som har deltatt på Helseetatens kompetansetiltak og som har anvendt kompetanseutviklingsstøttende verktøy og ressurser.

Målsetningen med avhandlingsarbeidet er forankret i et lokalt ønske og en etablert målsetning i Helseetatens tidligere beskrevne kompetanseprosjekt om å evaluere betydningen av utviklede kurs og kompetansetiltak. I tillegg er målsetningen også forankret, og begrunnet, i det identifiserte kunnskapshullet i kunnskapsstatusen om trusler og vold i lokalbasert psykisk helsearbeid og betydningen av kurs og kompetansetiltak i forebygging og håndtering av trusler og vold. På denne bakgrunn ble følgende to overordnede problemstillinger utviklet for avhandlingen:

- 1. Hvordan beskriver psykisk helsearbeidere deres praksiser i forebygging og håndtering av trusler og vold i psykisk helsetjenester i Oslo kommune?*
- 2. Hvilken betydning har Helseetatens kompetanseutviklingstiltak og kompetanseutviklingsstøttende verktøy og ressurser i å utvikle psykisk helsearbeideres kompetanse og praksiser i forebygging og håndtering av trusler og vold?*

Forskningsspørsmålene i avhandlingen er utviklet for å belyse praktikerens forståelse av eget arbeid og egen praksis. Den andre problemstillingen i avhandlingen knytter seg til målsetningen om å belyse hvilken betydning Helseetatens kompetansetiltak og kompetanseutviklingsstøttende verktøy har hatt for kompetanseutviklingen i tjenestene og blant deltakere. Denne problemstillingen er derfor knyttet mer til endring og utvikling enn den første. Jeg har funnet det nødvendig å operere med to problemstillinger i arbeidet med avhandlingen, men disse problemstillingene er likevel tett knyttet til hverandre, og i tråd med den overordnede målsetningen.

De ulike kompetansetiltakene er komplementære, men varierer til dels betydelig i innretning og målgrupper for tilbudene. I tillegg foregår psykisk helsearbeid i Oslo kommune på ulike arenaer og i ulike kontekster. Det har vært et mål at avhandlingen skulle reflektere variasjon med henblikk på innretning og kontekster. I planleggingen av ph.d.-studien ble det derfor valgt tre innfallsvinkler for å besvare de overordnede problemstillingene. Disse var: 1) generelle kurs i forebygging og håndtering av trusler og vold, 2) lokalbaserte kompetansetiltak i samlokaliserte boliger i psykisk helsetjenester utviklet i samarbeid med lokale ressurspersoner og 3) lederes perspektiver på betydningen av deltakelse på ulike kompetansetiltak eller å anvende kompetanseutviklingsstøttende verktøy og ressurser for deres medarbeider og tjenestene. Innfallsvinklene har dannet grunnlaget for tre delstudier, som munnet ut i de tre vitenskapelige artiklene som er inkludert i avhandlingen. Den første artikkelen besvarer følgende forskningsspørsmål:

1) Hvordan forstår² deltakere på generelle kurs i forebygging og håndtering av trusler og vold i psykisk helsetjenester praksis i forebygging og håndtering i truende og voldelige møter med brukere?

2) Hvordan endres deltakernes forståelser av praksiser i forebygging og håndtering av trusler og vold etter å ha deltatt på kurs om grunnleggende og generelle prinsipper i forebygging og håndtering av trusler og vold?

Artikkel nummer to besvarer følgende forskningsspørsmål:

3) Hvordan forstår ansatte i samlokaliserte boligtilbud for mennesker med psykisk helseproblemer som deltar på lokalbaserte kompetanseutviklingsaktiviteter i forebygging og håndtering av trusler og vold praksiser i møter med truende eller voldelige brukere?

4) Hvordan endres deltakernes forståelser av praksiser i forebygging og håndtering av trusler og vold etter deltakelse på lokalbaserte kompetanseutviklingstiltak om forebygging og håndtering av trusler og vold?

Den tredje og siste delstudien besvarer følgende forskningsspørsmål:

5) Hvordan opplever ledere av psykisk helsetjenester at det at ansatte deltar på kompetanseutviklingsaktiviteter og anvender kompetanseutviklingsstøttende verktøy i forebygging og håndtering av trusler og vold bidrar til utvikling av kompetanse og praksiser i deres tjenester?

Forskningsspørsmålene 1) og 3) er knyttet til avhandlingens første problemstilling og omhandler deltakernes forståelser av praksis i forebygging og håndtering av trusler og vold. Forskningsspørsmålene 2), 4) og 5) er knyttet til avhandlingens andre problemstilling

² Bruken av 'forståelse' i forbindelse med de tre første forskningsspørsmålene er begrunnet i valgt forskningstilnærming, fenomenografi (Marton, 2015; Marton & Booth, 1997) og et relatert kompetanseperspektiv, kalt det '*fortolkende kompetanseperspektivet*' (Sandberg & Targama, 2007). Disse vil bli gjort nærmere rede for i teorikapittelet og i metodekapittelet.

knyttet til å belyse betydningen av Helseetatens kompetansetiltak og kompetanseutviklingsstøttende verktøy for kompetanseutvikling i tjenestene og blant deltakerne.

1.6 Avklaring av sentrale begreper i avhandlingen

I denne delen av kapittelet vil jeg presentere noen av de mest sentrale begrepene jeg har valgt å benytte i avhandlingen. Noen av disse begrepene har spesifikke betydninger som plasserer dem innenfor spesifikke tradisjoner og perspektiver innen feltet psykisk helsearbeid. Jeg vil nedenfor redegjøre kort for hvorfor jeg har anvendt disse begrepene. Dette vil også kunne bidra til å ytterligere tydeliggjøre min egen posisjonering i avhandlingen.

1.6.1 Psykiske helseproblemer

Jeg har i dette arbeidet valgt å bruke 'psykiske helseproblemer' som betegnelse på menneskers psykiske problemer og uhelse. Dette bygger på en forståelse av hvordan psykisk helse både er lokalisert i det personlige og *interpersonlige* og påvirkes av sosiale og samfunnsmessige faktorer (Karlsson & Borg, 2013). Slik jeg forstår det, rommer begrepet 'psykiske helseproblemer' både aspekter som lidelse og smerte, for en selv og personer i ens omgivelser (Skårderud et al., 2010), men også at opplevelsen av lidelse varierer mellom mennesker og over kontekster (Cromby et al., 2013). Med dette åpner begrepet også opp for å kunne se at problemer også kan bane veien for personlig utvikling og innsikt (Axelsen, 1997), gi enkelte tilgang til ekstraordinære sosiale og emosjonelle ressurser og kvaliteter (Chadwick, 2002) og være forbundet med blant annet kreativitet og spiritualitet (Galvez et al., 2011).

Psykiske helseproblemer kan være omfattende, livsendrende og romme mye smerte, men de er likevel ikke å anse som kroniske, uforanderlige og upåvirkelige (Davidsson et al., 2010; Topor, 2006). Innenfor et personorientert perspektiv på psykisk helse er psykisk

uhelse å forstå innenfor rammene av normalitet, og at det i utformingen av psykisk helsetjenester i stor grad bør tilrettelegges for at personen selv definerer sitt problem (og sitt eventuelle hjelpebehov) (Williams et al., 1999). Selv om det finnes flere begreper som gir beslektede beskrivelser så som 'psykisk uhelse', 'psykisk lidelse' eller 'psykisk sykdom', forstår jeg i avhandlingen begrepet psykiske helseproblemer som bedre egnet enn disse til å beskrive utvikling og bevegelse og å åpne for potensialer for endring og personlig vekst.

1.6.2 Rusproblemer

Som den øvrige befolkningen benytter mennesker med psykiske helseproblemer også rusmidler. Noen av dem også i problematisk grad. Norske helsemyndigheter har i erkjennelse av dette valgt å se psykisk helse og rus sammen (Helsedirektoratet, 2014). I tråd med hvordan jeg anvender begrepet 'psykiske helseproblemer', benytter jeg benevnelsen 'rusproblemer' i avhandlingen. Bruk av rusmidler er funnet å kunne bidra til forverring av psykiske helseproblemer (Weibel et al., 2017; Cleghorn et al., 1991; Negrete et al., 1986) og avhengighet (Mørland & Waal, 2015). Rusbruk er også forbundet med forhøyet kriminalitet (Modestin & Wuermle, 2005) og forhøyet voldsrisiko hos mennesker med psykiske helseproblemer (Corrigan & Watson, 2005; Swanson et al., 1996). Å bruke rusmidler for mennesker med psykiske helseproblemer kan i lys av dette være kompliserende for den enkelte og dennes omgivelser. Jeg velger å omtale dette som 'problemer' istedenfor 'misbruk' eller 'lidelse'. Hvorvidt brukes rus og rusatferd er uttrykk for problemer eller diagnostiserbart misbruk og lidelser er, slik jeg ser det, ikke avgjørende for avhandlingen. Jeg vil argumentere for at avhandlingens bruk av betegnelsen rusproblemer isteden kan bidra til et mer positivt syn på mennesker som benytter seg av både legale og illegale rusmiddel og kan bidra til en større erkjennelse av endringspotensialer, autonomi, selvbestemmelse og menneskelig vekst hos brukeren.

1.6.3 Psykisk helsearbeid

Avhandlingen er skrevet i tråd med forståelsen fra Helsedirektoratets (2014) veileder 'Sammen om mestring' om at hjelpen som utføres i kommunale psykisk helsetjenester sorteres under overskriften 'psykisk helsearbeid'. Veilederen presiserer også at psykisk helsearbeid gjelder tiltak i både kommunale helsetjenester og i spesialisthelsetjenesten. Dette samsvarer også med hvordan Karlsson og Borg (2013) forstår psykisk helsearbeid. Like fullt, avhandlingen tar for seg den kommunale delen av psykisk helsearbeid. Sosial- og helsedirektoratets veileder for kommunalt psykisk helsearbeid (2005, s. 7) definerer psykisk helsearbeid som

«tiltak rettet inn mot mennesker med psykiske lidelser og konsekvenser av lidelsene hos den enkelte, deres familier og nettverk. Psykisk helsearbeid er både et kunnskaps- og et praksisfelt, og det omfatter også arbeid på systemnivå som forebygging av psykiske lidelser, opplysningsarbeid og annet arbeid for å motvirke stigmatisering og diskriminering».

Bøe og Thomassens (2007, s. 17) understreker den store bredden i tilnærminger og metoder som de mener er karakteristisk for psykisk helsearbeid. De forstår

«psykisk helsearbeid som et samlebegrep for den faglige og praktiske innsatsen i møte med mennesker med psykiske lidelser. En kan si at psykisk helsearbeid omfatter alle mulige arbeidsformer og tiltak som kan bidra til å bedre menneskers psykiske helse». (utheving i originalen)

Denne definisjonen åpenbarer psykisk helsearbeid som et tverrfaglig og komplekst fag- og praksisområde i stadig bevegelse. Dette kommer til uttrykk i avhandlingen gjennom det brede utvalget av tjenester og yrkeskategorier som er representert i datamaterialet.

I tråd med Helsedirektoratet (2014) og Karlsson og Borg (2013) innbefatter psykisk helsearbeid i avhandlingen også arbeid med mennesker med rusproblemer, og dette er noe som også har en særlig relevans i forbindelse med aggresjon, trusler og vold i psykisk

helsearbeid. Rus er funnet å øke risikoen for vold blant mennesker med psykisk helseproblemer (Corrigan & Watson, 2005; Fazel et al., 2009; Pickard & Fazel, 2013).

1.6.4 Brukerbegrepet

Brukerbegrepet er et av de sentrale begreper innen psykisk helsefeltet (McLaughlin, 2009; Westerlund, 2012). I tråd med avhandlingens plassering innen et recoveryorientert perspektiv på psykisk helse har jeg anvendt betegnelsen 'bruker' for å beskrive posisjonen til innbyggerne deltakerne i delstudiene samarbeider med. Med dette har jeg ønsket å tydeliggjøre relasjonene mellom aktørene i psykisk helsearbeid, og for å unngå å forvirre gjennom å introdusere mer mangetydige begreper. Dette er gjort vel vitende om forbeholdene som hefter ved begrepet, som for eksempel at det er karakterisert ved personers relasjon til hjelpeapparatet og det er begrensninger i muligheten til å ta valg og å påvirke tjenester som avgjør om man blir gitt denne statusen (Slettebø et al., 2012). Muligheten til å ta valg kan i det hele tatt fremstå som mindre reelle for mennesker med psykiske helse- og rusproblemer (Karlsson & Borg, 2013). Brukerbegrepet beskriver også i mindre grad personene det angjelder som kompetente og handlende aktører (Sandbæk, 2001), og gir assosiasjoner til psykisk helsearbeid som et produkt eller en vare innenfor en forbruksøkonomi (McLaughlin, 2009; Rolland, 2008).

Brukerbegrepet er likevel et velkjent og mye brukt begrep både i litteraturen og i praksisfeltet for å beskrive personer med psykiske helse- og eller rusproblemer som mottar tjenester fra det offentlige. Jeg velger av denne grunn å anvende dette begrepet i avhandlingen.

1.7 Perspektiver på psykisk helsearbeid i avhandlingen

I denne delen av kapittelet vil jeg posisjonere ph.d.-studien innenfor to innflytelsesrike perspektiver på moderne psykisk helsearbeid, '*recovery*' og '*personorientering*'. Jeg har vært tatt opp ved Universitetet i Sørøst-Norges ph.d.-program i personorientert

helsearbeid mens jeg har arbeidet med avhandlingen og dette har påvirket mitt syn på forskning og på psykisk helsearbeid i avhandlingen. Både recovery- og personorienteringsperspektivet har hatt innflytelse på mitt fokus i forberedelsene til og gjennomføringen av ph.d.-studien og har hatt betydning for min tolkning av funnene i denne. Videre har de to perspektivene hatt betydning for implikasjoner jeg ser av funnene i de tre underliggende delstudiene. Noen av disse implikasjonene vil bli nærmere belyst i avhandlingens diskusjonskapittel.

1.7.1 Recovery og recoveryorientert psykisk helsearbeid

Avhandlingen er posisjonert innen et recoveryorientert perspektiv på psykisk helsearbeid. Recovery er en forståelse av psykisk helse og tilfriskningsprosesser som i sin tid sprang ut fra brukerbevegelser og borgerrettighetskamp (Davidson et al., 2010; Hummelvoll et al., 2015; Karlsson & Borg, 2017) og er tett knyttet til deinstitutionaliseringsbevegelsen på 1960- og 70-tallet (Anthony, 1993; Davidson, et al., 2010).

Topor og kolleger (2020, s. 4) har følgende definisjon på recovery:

«Recovery er en dypt sosial, unik og felles prosess, hvor våre livsvilkår, materielle omgivelser, holdninger, verdier, følelser, ferdigheter og/eller roller forandres. Det er en måte å leve tilfredsstillende, håpefulle og gjensidige liv sammen med andre, selv om vi fortsatt kan oppleve vanskeligheter og problematiske erfaringer. Recovery innebærer at vi inngår i nye sosiale og materielle sammenhenger og i åpne dialoger, hvor nye måter å forstå og håndtere vår situasjon kan utvikles, i takt med at vi beveger oss gjennom og forbi den psyko-sosiale-materielle krise».
(oversatt fra dansk, min oversettelse)

Denne definisjonen skiller seg fra tidligere definisjoner som i større grad har tatt utgangspunkt i og underlagt recoverybegrepet en tradisjonell, individuell og biomedisinsk sykdomsforståelse (Borg et al., 2013). Isteden fokuserer denne definisjonen mer utpreget

på kontekstuelle, sosiale og materielle forhold knyttet til personens livssituasjon- og betingelser og fremmer håp og samhandling med andre som viktige faktorer for å kunne leve gode liv, også for personer med psykiske helseproblemer.

Sosiale perspektiver på recoveryorienterte praksiser fremmer en avvikling av «oss» og «dem» tenkning om mennesker med psykiske helseproblemer, det å tenke helhetlig og kontekstuell om psykisk helse, anerkjenne brukerens forståelse og forklaringer av hendelser, sammenhenger og situasjoner, og å inkludere vurderinger av maktaspekter ved praksis (Tew, 2005). Gjennom dette fremkommer det at psykisk helse (og uhelse) forstås som å befinne seg på et kontinuum som beskriver allmennmenneskelige forhold og prosesser, at kunnskapsgrunnlaget (og beslutningsgrunnlaget) for psykisk helsearbeid utgjøres av brukeres og psykisk helsearbeideres likeverdige forståelser og erfaringer, og at psykisk helsearbeidere har en særlig forpliktelse til å understøtte brukernes interesser, perspektiver og stilling i samfunnet.

Borg og kolleger (2013) har påpekt at oppdaterte definisjoner av recovery, i tillegg til kontekstuelle aspekter også inkluderer et søkelys på rettigheter for mennesker med psykiske helseproblemer. Jacobson og Greenley (2001, s. 482) har i tråd med kontekstuelle og rettighetsbaserte aspekter gjort denne presiseringen i forhold til recoverybegrepet:

«It is important to remember that recovery is not synonymous with cure. Recovery refers to both internal conditions experienced by persons who describe themselves as being in recovery – hope, healing, empowerment and connection – and external conditions that facilitate recovery – implementation of human rights, a positive culture of healing and recovery-oriented services».

Understøttet av et økende tilfang av personlige recoverynarrativer og et bredere empirisk kildegrunnlag for recoveryperspektivet, har brukerbevegelsens kamp for anerkjennelse, rettigheter og imøtekommelse av behov og interesser etter hvert fått innvirkning på store deler av det psykiske helsefeltet og i psykisk helsearbeid (Davidson et al., 2006; Hummelvoll, et al., 2015; Karlsson & Borg, 2017). I Norge har dette fått den betydning at

prinsipper om recoveryorienterte psykisk helsetjenester til mennesker med psykiske helseproblemer nå er formelt nedfelt i føringer og anbefalinger for norske psykisk helse- og rustjenester (Helsedirektoratet, 2012, 2014). Trenden internasjonalt har gått i samme retning før disse, og synes langt på vei å fortsette (Borg et al., 2013; Karlsson & Borg, 2017).

Med dette har jeg valgt å posisjonere avhandlingen innenfor et helhetlig, sosialt og kontekstuellet perspektiv på recovery. For meg innebærer dette også en eklektisk innstilling til metodespørsmål, eller *'metodologisk pluralisme'* (Anjum & Mumford, 2018; Keating & della Porta, 2010). Innen metodologisk pluralisme ses ulike metodologiske tradisjoner ikke som gjensidig utelukkende, men isteden som komplementære, og som gjennom ulike innfallsvinkler bidrar til å belyse viktige aspekter og dimensjoner ved fenomener, som for eksempel trusler og vold i psykisk helsearbeid. I lys av dette blir avhandlingen å betrakte som en av flere mulige innfallsvinkler til utviklingen av kunnskapsgrunnlaget for aggresjon, trusler og vold og kompetanseutvikling i psykisk helsearbeidskontekster.

1.7.2 Personorientert psykisk helsearbeid

Ulikt recoveryperspektivet, som har sin bakgrunn i brukerbevegelsen og psykisk helseaktivisme og brukeres interesseorganisasjoner, er grunnlaget for personorienteringsperspektivet å finne i personsentrert psykoterapi, og kritisk-emansipatoriske og humanistiske og eksistensielle forståelser av helse- og omsorgsarbeid (Hummelvoll et al., 2015; Borg & Karlsson, 2017). I norsk sammenheng er personorientering et relativt nytt og lite kjent perspektiv og rammeverk for helsearbeid. Likevel er prinsipper om personorientert helsearbeid nedfelt i norske retningslinjer og helsereformer (Meld. St. 47 (2008-2009)). En ofte benyttet definisjon av personorientert praksis i helsearbeid er at dette er:

«an approach to practice established through the formation and fostering of healthful relationships between all care providers, service users and others

significant to them in their lives. It is underpinned by values of respect for persons, individual right to self-determination, mutual respect and understanding. It is enabled by cultures of empowerment that foster continuous approaches to practice development». (McCormack & McCance, 2017, s. 20)

I avhandlingen har dette hatt betydning for relasjonen mellom forskeren og forskningsdeltakeren. Det har blant annet bidratt til at jeg i forbindelse med datautviklingen har tilstrebet en respektfull ydmykhet overfor intervjudeltakernes beskrivelser, vært bevisst på å unngå invadering og samtidig forsøkt å være årvåken overfor signaler fra deltakerne i intervjusituasjonene. Dette beskriver McCormack (2003) som å karakterisere en personorientert forskningspraksis. I tillegg har det personorienterte perspektivet påvirket meg til å være særlig oppmerksom på beskrivelser av relasjoner, holdninger til brukere og uttrykk for åpenhet for endring av praksis i datamaterialet.

Hummelvoll og kolleger (2015) beskriver perspektivene recovery og personorientering som gjensidig avhengige av hverandre gjennom at det ene forutsetter det andre, og gjennom felles implikasjoner ved begge. Det heter videre at begge beskriver idealer for praksis som overordnet handler om at personen, som autonom aktør, skal vedbli i kontroll over sitt eget liv, mens den profesjonelles rolle primært er å støtte personen i å gjøre informerte valg og legge til rette for autentisk samarbeide og likeverdige partnerskap mellom personene, deres pårørende og tjenestene. Likeverdighet er i det hele tatt et betydningsfullt premiss innen det personorienterte perspektivet, og Hummelvoll og kolleger (2015, s. 5) konkluderer med at det gjelder for både personorienterings- og recoveryperspektivene at:

«[p]eople with mental health problems are primarily people. In order to understand what is going on in peoples' lives as well as be a useful partner, we need to be interested in and curious about the person and collaborate as partners, where both parties have complimentary and useful knowledge».

Personorientering er, tross koblingene til psykoterapi, i utgangspunktet et generelt perspektiv på helsearbeid, og således ikke kun knyttet til psykisk helsearbeid. Likevel er perspektivet funnet å være relevant for (sam)arbeid i psykisk helsetjenester (Borg & Karlsson, 2017; Freeth, 2007; Gask & Coventry, 2012; Hummelvoll et al., 2015).

I likhet med beskrivelsen av recoveryperspektivet, fremmer personorientering et helhetlig blikk på personen og dennes omgivelser. Dette handler om å adressere kompleksitet i psykisk helsearbeid (Gask & Coventry, 2012). Personorientering tar for seg samfunnsmessige, politiske og strukturelle spørsmål som har betydning for helsefremmende arbeid, sammen med lokale og organisasjonsmessige spørsmål, og forutsetter individuell tilrettelegging av helsetjenestene (Glasby, 2017). Personorientert (psykisk) helsearbeid innebærer kontekstuell sensitivitet, bevissthet om lokale tjenestekulturer og omsorgsmiljøet, kunnskap om brukerens verdier, ønsker og oppfatninger om egen situasjon, men også psykisk helsearbeiderens kjennskap til egen person og seg selv som tjenesteutøver og hensiktsmessige kunnskaper og ferdigheter for å kunne inngå i et samarbeid med brukerne (McCance & McCormack, 2017). Det helhetlige og kontekstuelle blikket i det personorienterte perspektivet har, slik jeg leser det, gitt meg støtte til å velge forskningsmetoder- og tilnærminger som blir oppfattet som å romme og å utforske kompleksitet.

Særlig i kraft av fokuset på utviklingen av personorienterte kulturer og arbeidsformer, spiller praksisutvikling en sentral rolle for personorientert helsearbeid (Manley, 2017; McCormack et al., 2011). Praksisutvikling er nedfelt i selve definisjonen av personorientert helsearbeid (McCormack & McCance, 2017), og beskrives som en kontinuerlig prosess, som er rettet mot utvikling av personorienterte arbeidsplass- og læringskulturer (McCormack et al., 2011). Effektive personsentrerte kulturer fremmes gjennom utvikling av kunnskap og ferdigheter i personalgruppen, ved at (psykisk) helsearbeidere og teamene deres blir i stand til å omforme den stedlige omsorgskulturen- og konteksten på arbeidsplassene, gjennom kyndig tilretteleggelse av praksisutvikling og en systematisk og kontinuerlig frigjørende endringsprosess (Manley & McCormack, 2003). Ideene om en frigjørende praksisutvikling finner sin begrunnelse og

bakgrunn i både Habermas' skille mellom tekniske og emansipatoriske kunnskapsinteresser (Manley & McCormack, 2003) og i Freires beskrivelse av frigjørende pedagogikk i møte med undertrykkende strukturer (McCormack et al., 2013). Personorientert praksisutvikling understøttes av kollektiv og individuell innsats, og forpliktelse, til kritiske overveielser av og refleksjoner rundt egne praksiser og aktiv læring (McCormack et al. 2011). Den stiller høye krav til praktikere om å evaluere og endre egen praksis og å dra lærdom av erfaringene med denne praksisen i møte med brukerne.

Med utgangspunkt i dette anser jeg kompetanse- og tjenesteutvikling i det personorienterte perspektivet som å være rettet inn mot kontinuerlig utvikling av sammenhengende og helhetlige tjenester, bestående av fremfor alt bevisste og refleksive, men også ansvarlige og engasjerte tjenesteutøvere, hensiktsmessig utrustet for møtet med likeverdige og unike brukere. Dette er særlig relevant for hvordan jeg ser på kompetanseutvikling i avhandlingen.

1.8 Organisering av avhandlingen

Over har jeg presentert bakgrunnen for avhandlingen og hvordan denne er posisjonert i recovery- og personorienterte perspektiver. Videre har jeg avklart sentrale begreper som jeg bruker i avhandlingen. Jeg har argumentert for hvordan avhandlingen er plassert innen recovery- og personorienterte perspektiver på psykisk helsearbeid. Dette er innflytelsesrike perspektiver i samtidens psykisk helsetjenester, og danner gjennom dette på mange måter grunnlagspremissene for avhandlingen. Jeg vil i det følgende vise hvordan resten av avhandlingen er organisert.

Kapittel 2. I dette kapitlet presenterer jeg avhandlingens perspektiver på aggresjon, trusler og vold. Videre blir avhandlingens fenomenografiske perspektiv på læring presentert. Jeg introduserer også en fortolkende, og fenomenografisk inspirert, tilnærming til kompetanse som knytter begrepet til praktikerens forståelse av sitt arbeid.

Kapittel 3. I det tredje kapittelet beskriver jeg forskningsdesignet og forskningsmetodene- og tilnærmingene som er brukt i de tre delstudiene som utgjør det empiriske grunnlaget for avhandlingen. Jeg viser også de etiske vurderingene og valgene jeg har gjort i forbindelse med forskningen. I dette kapittelet gjør jeg også rede for grepene som er blitt tatt for å sikre kvaliteten på funnene i delstudiene.

Kapittel 4. I dette kapittelet oppsummerer jeg kort funnene som er blitt diskutert i de tre artiklene som inngår i avhandlingen.

Kapittel 5. Her diskuterer jeg funnene i lys av annen litteratur på feltet. Diskusjonen er strukturert i to overordnede deler. Den første delen tar for seg praksiser i forebygging og håndtering av trusler og vold i kommunalt psykisk helsearbeid. Den andre omhandler betydningen av Helseetatens kurs og kompetanseutviklingstiltak og støttende verktøy. I resten av kapittelet berøres styrker og begrensinger ved avhandlingen og implikasjoner av funnene for praksisfeltet og for kompetansetiltak rettet mot ansatte i psykisk helsetjenester. Jeg vil også peke på videre muligheter for å bidra til kunnskapsutvikling innen feltet gjennom videre forskning. Avhandlingen konkluderes så gjennom noen oppsummerende kommentarer og avsluttende betraktninger.

2 Teoretiske perspektiver på læring, kompetanseutvikling, trusler og vold

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for hvilke perspektiver og syn på læring, kompetanseutvikling og trusler og vold som ligger til grunn for undersøkelsene i avhandlingen. Hovedfokuset i avhandlingen er knyttet til den overordnede målsetningen om å utvikle kunnskap om kompetanseutvikling etter deltakelse på ulike kompetansetiltak om forebygging og håndtering av trusler og vold og bruk av kompetanseutviklingsstøttende verktøy i psykisk helsetjenester i Oslo kommune.

Avhandlingen gjør bruk av aspekter ved læring hentet fra fenomenografi (Marton, 2015; Marton & Booth, 1997). Fenomenografi er en tilnærming til forskning om læring som er begrunnet i et syn på læring som å handle om utvikling av forståelser og måter å erfare verden på, og som å være knyttet til bevissthetsstrukturer.

Til slutt i kapitlet bringer jeg inn et fortolkende, 'interpretativt' perspektiv på kompetanse og kompetanseutvikling. Dette tar utgangspunkt arbeidstakeres sosialt utviklede forståelse av arbeidet og erfaringer og er utviklet som et kritisk alternativ til tradisjonelle kompetansebeskrivelser (Dall'Alba & Sandberg, 1996, 2006; Sandberg, 2000; Sandberg & Targama, 2007; Veldre, 1999).

Kompetansetiltakene som beskrives i avhandlingen er posisjonert innenfor et spesifikt perspektiv på trusler og vold i psykisk helsearbeid. Dette perspektivet setter søkelys på avmakt som den primære forklaringen på den aggresjonen, volden og truslene psykisk helsearbeidere opplever i forbindelse med sitt arbeid. Da dette er et vesentlig premiss ved kompetansetiltakene som undersøkes i avhandlingen vil dette også ha betydning for de funnene som kommer frem i delstudiene. Jeg vil derfor i den følgende delen av dette kapitlet presentere Helseetatens, og mitt eget, perspektiv på fenomenet trusler og vold i psykisk helsearbeid.

2.1 Trusler og vold – og aggresjon

Det er til nå ikke etablert en enhetlig eller omforent definisjon av trusler og vold i forskningen eller i retningslinjer på feltet. De ulike definisjonene skiller seg fra hverandre når det gjelder betydningsinnhold og verdigrunnlag. Der noen av definisjonene setter søkelys på atferdsmessige forhold ved voldelig og truende atferd, setter andre søkelyset på konsekvensene av fysiske og psykiske angrep og andre på utøverens intensjoner. Andre definisjoner konsentrerer seg om hvorvidt atferden er en respons på andres atferd og situasjoner man opplever eller hvorvidt atferden er proaktiv eller instrumentell og formålsrettet (Ford et al., 2010). Arbeidstilsynet (u.å.) har utviklet en definisjon som viser tydelig at trusler og vold på arbeidsplasser har sammenheng med offerets utøvelse av sitt arbeid:

«'Vold og trusler' er hendelser hvor arbeidstakere blir fysisk eller verbalt angrepet i situasjoner som har forbindelse med deres arbeid, og som innebærer en åpen eller antydningstrussel mot deres sikkerhet, trivsel og velvære».

Denne definisjonen er brukt i avhandlingen på grunn av at kompetansetiltakene og verktøyene som beskrives retter seg mot forebygging og håndtering av trusler og vold i forbindelse med psykisk helsearbeideres utøvelse av sitt arbeid. Ifølge Arbeidstilsynets definisjon faller verbale trusler også inn under voldsbegrepet, og det er heller ikke det konkrete utfallet av handlingene som er avgjørende om hvorvidt en arbeidstaker er blitt utsatt for vold. En begrensning med denne definisjonen er at den kun omhandler vold mot ansatte fra brukere og utelater en beskrivelse av hjelpernes vold mot brukere, mellom brukere eller vold ansatte imellom.

En ensidig definisjon av vold i psykisk helsetjenester forklarer nettopp kun én side av saken. Enkelte mener at vold ligger innebygget i helsetjenester, og i forlengelsen, i psykisk helsetjenester (Holmes et al., 2012). Kelly (2005, 2006) hevder også at ansatte i psykisk helse- og sosialtjenester utøver det hen kaller 'strukturell vold' overfor sine brukere. Strukturell vold er et begrep som beskriver hvordan sosiale strukturer og samfunnsmessige institusjoner kan virke til å påføre individer skade (Farmer et al., 2006).

Isdal (2000) har utviklet et begrep for vold som oppstår i situasjoner og sammenhenger som er preget av strukturell ulikhet og asymmetri som hen kaller 'mot-vold'. Noen ganger kan volden være en reaksjon, og motsvar, på andres negative atferd, trusler eller vold. Studier viser at voldshendelser i psykisk helsetjenester begrunnes i krenkende, autoritære, kontrollerende, insensitive eller likegyldige psykisk helsetjenester (Carlsson et al., 2006; Duxbury & Whittington, 2005; Gudde et al., 2015; Quirk et al., 2004).

Avhandlingen tar primært for seg aggresjon, trusler og vold rettet mot psykisk helsearbeidere, på arbeidsplassen og i forbindelse med deres arbeidsutførelse, enten det er i brukerens hjem, i fellesmiljøet i samlokaliserte boliger, på kontoret eller ute på gaten. Dette er i utgangspunktet komplekse kontekster, som involverer mange ulike aktører og motivasjoner. Jeg har derfor funnet grunn til også å inkludere en mer generell og inkluderende definisjon av vold i avhandlingen, beskrevet av Isdal (2000, s. 36):

«Vold er enhver handling rettet mot en annen person, som gjennom at denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker, får den personen til å gjøre noe mot sin vilje eller slutte å gjøre noe den vil».

Denne definisjonen åpner for at vold i psykisk helsearbeid kan gå i flere retninger, mellom brukere og psykisk helsearbeidere, mellom brukere og mellom kolleger, og innebærer en subjektiv vurdering av skaden eller skadepotensialet (Lillevik & Øien, 2014). Det kan være hensiktsmessig å tydeliggjøre at denne definisjonen fordrer intensjonalitet fra utøver. Å påføre andre skade er likevel mulig også uten forutgående intensjoner om dette (Connorton et al., 2011). Noen ganger er også den som blir utsatt for aggresjon, trusler og vold, heller ikke det ønskede målet for handlingen, gjennom såkalt forskjøvet aggresjon (Miller et al., 2003). Lillevik og Øien (2014) mener forskjøvet aggresjon er betegnende for en stor del av volden man kan oppleve i samarbeid med mennesker.

Isdal (2000) har introdusert et trussel- og voldsbegrep som inkluderer 1) *fysisk vold*, handlinger som enten skader og smerter andre kroppslig, 2) *seksuell vold*, uønskede, krenkende eller skremmende seksuelle handlinger, 3) *materiell vold*, vold rettet mot materielle objekter, 4) *psykisk vold*, herunder ulike former for direkte eller indirekte

trusler, emosjonelle krenkelser og kontrollerende atferd, 5) *mot-vold* og 6) *latent vold*, handlinger som viser til vold som mulighet. Denne typologien kan være nyttig i undervisningsøyemed for å forstå hvor stort spennet i trussel- og voldsbegrepet er og hvor varierende former for atferd og handlinger dette inkluderer. I tillegg har Isdals beskrivelse vært til hjelp for meg for å erkjenne spennet i erfaringer og situasjoner som kan forstås innenfor et begrep om trusler og vold.

2.1.1 Trusler og vold i et avmaktsperspektiv

Utgangspunktet for kompetansetiltakene som ble utviklet i kompetanseprosjektet og som undersøkes i avhandlingen, er at den volden og aggresjonen psykisk helsearbeidere vanligvis møter kan tilbakeføres til utøverens opplevelse av avmakt. Isdal (2000, s. 114) definerer avmakt som

«en tilstand knyttet til faktiske, biologiske, opplevelsesmessige eller følelsesmessige forhold som karakteriseres ved at behov, målsetninger eller forventninger ikke oppfylles, ved at en hindres i å gjøre noe en vil, eller ved at en opplever sitt liv eller sin integritet truet eller angrepet».

Videre beskriver Isdal (2000, s. 114) avmakt som en mangelsituasjon kjennetegnet av en opplevd eller faktisk mangel på

- forutsigbarhet
- oversikt
- kontroll
- innflytelse
- påvirkningsmuligheter
- løsningsmuligheter
- utveier
- beskyttelse og trygghet
- det å bli sett, hørt og forstått

Asymmetri og ulikheter i relasjonen og i maktforholdet mellom brukere og hjelperne deres er beskrivende for volden som utøves mot ansatte innen helse- og sosialtjenestene i dette perspektivet (Kaplan & Wheeler, 1983). Med dette hører også at den ene parten i relasjonen; brukeren, gjerne har mindre tilgang til ressurser, informasjon, innflytelse og kontroll i situasjonen enn det som tilskrives den profesjonelle parten (Lillevik & Øien, 2014).

Opplevelser av avmakt som et element ved brukeres møter med psykisk helsetjenester er blitt vist i flere studier (Johnson et al., 1997; Meehan et al., 2000; Tveiten et al., 2011). Gudde og kolleger (2015) har i en systematisk review vist at opplevelsen av maktesløshet i møte med psykisk helsetjenester, blant annet gjennom ikke å bli møtt på sine behov for trygghet, forståelse og empati, kan forårsake aggresjon, trusler og voldshendelser rettet mot ansatte. Avmaktsorientert forebygging og håndtering av trusler og vold handler etter dette om måter å møte brukere på som bidrar til å redusere opplevelser av avmakt og å bedre brukernes situasjon og livsbetingelser (Lillevik & Øien, 2014).

2.1.2 Presisering av aggresjonsbegrepet

Så langt i avhandlingen har trusler og vold, men også aggresjon, blitt omtalt som mer eller mindre synonyme begreper. Aggresjon er imidlertid et mer generelt, vidt og overordnet begrep, og blir ofte betraktet som sosialt konstruert (Krahé, 2013). I avhandlingen betraktes trusler og vold som underkategorier av aggresjon, og dette er i tråd med hvordan dette blir behandlet hos Lösel og Farrington (2012) og Krahé (2013). Innen sosialpsykologien knytter én definisjon aggresjon til en målrettet intensjon om å påføre skade på et annet menneske (Delamater et al., 2015). Denne skaden kan være både fysisk og emosjonell, for eksempel gjennom krenkelser, ydmykelser eller å påføre den andre frykt (Krahé, 2013). Dette skiller seg noe fra hvordan aggresjon omtales i dagligtale. Her kan vi finne at visse typer atferd, som selvhevdelse på andres bekostning eller konkurranse, omtales som positiv eller «sunn» aggresjon (Krahé, 2013).

I undersøkelsen av kompetansetiltakene som behandles i avhandlingen, har jeg valgt en definisjon av aggresjon i tråd med sosialpsykologiens definisjon. Samtidig erkjenner jeg at noen former for aggresjon, i noen situasjoner, og av enkelte, kan oppfattes og begrepsfestes i mer positive termer. Jeg har likevel valgt å omtale aggresjon som tett forbundet med det overveiende negativt ladede trussel- og voldsbegrepet når jeg skriver om aggresjon. Inspirert av Isdals (2000) og Lillevik og Øiens (2014), forståelse av at visse typer vold og aggresjonsuttrykk kan ses på som uttrykk for motstand og forsvar, ser jeg i avhandlingen først og fremst på fenomenene som komplekse, men også at de innen psykisk helsefeltet kan opptre i ikke utelukkende negative former.

2.2 Fenomenografi: et rammeverk for forståelsen av læring

I avhandlingen anvender jeg fenomenografi som teoretisk rammeverk for å forstå læring og kompetanseutvikling i forbindelse med Helseetatens kompetansetiltak og kompetanseutviklingsstøttende verktøy rettet mot ansatte i psykisk helsetjenester som samarbeider med brukere som kan være truende og/eller voldelige. Fenomenografi er en særskilt tilnærming til forskning på læring og retter et særskilt søkelys på erfaring som utgangspunkt og grunnlag for læring og utvikling av forståelse (Booth, 1997; Marton, 2015; Marton & Booth, 1997; Åkerlind, 2015). Innen fenomenografien har læring blitt definert som utvikling av nye måter å se et fenomen på, og gjerne da som et resultat av å bli eksponert for, og erfare, et læringsmateriale gjennom deltakelse i kurs eller undervisning (Booth, 1997). Det er denne definisjonen av læring som har vært gjeldende i avhandlingens to fenomenografiske studier (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020).

Fenomenografien er innrettet mot variasjon i den kollektive erfaringen av et fenomen (Trigwell, 2006). Fenomenografi baserer seg på underliggende antakelser om at bevisstheten og hvordan denne er strukturert, påvirker menneskers måter å se, og erfare, verden på (Bowden & Marton, 1998; Marton & Booth, 1997; Åkerlind, 2008). I avhandlingen har jeg forholdt meg særlig til disse antakelsene om bevissthetens

betydning for å utvikle måter å se fenomener på i behandlingen av forståelser av fenomenet forebygging og håndtering av trusler og vold i psykisk helsearbeid. Dette har hatt analytisk betydning, men har også hatt betydning for hvordan jeg har kommet til å skrive ut og drøfte de enkelte forståelsene som har blitt utviklet fra vårt datamateriale, og hvordan disse henger sammen i et hierarkisk kompleks av måter å se praksis på.

Fenomenografisk forskning har lagt grunnlaget for en teori om nødvendige forutsetninger for læring og hvordan lærere best kan tilrettelegge for læring i undervisningssituasjoner. Denne er blitt gitt navnet *variasjonsteori* (Holmqvist & Selin, 2019; Åkerlind, 2012, 2015). Ifølge Åkerlind (2015) overlapper fenomenografi og variasjonsteori i betydelig grad. Enkelte, som Holmqvist og Selin (2019), oppfatter de to tilnærmingene som adskilte, men likevel komplementære. Sistnevnte forklarer fenomenografien som å beskrive variasjonen i en populasjons forståelse av et fenomen. Variasjonsteorien, derimot, forklarer de som rettet mot *hvordan* læring av et gitt fenomen finner sted og hvordan man kan tilrettelegge for læring for at lærende skal tilegne seg aspekter ved et fenomen man tidligere ikke har vært i stand til å identifisere.

I avhandlingen har jeg valgt å primært å benytte begreper om og en forståelse av læring som blir anvendt i forskningstilnærmingen fenomenografi. Jeg har valgt å avgrense begrepsbruken knyttet til variasjonsteori, til tross for at dette er en mer eksplisitt lærings- og undervisningsteori, og at denne i stor grad deler fenomenografiens ontologiske og epistemologiske utgangspunkt (Holmqvist & Selin, 2019; Åkerlind, 2012, 2015). Holmqvist & Selin (2019) har vist at fenomenografiske og variasjonsteoretiske analyser gir ulike utfall, og i og med at avhandlingen hviler på to fenomenografiske studier (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) har jeg funnet det naturlig å holde meg til det jeg oppfatter som et lærings syn som er grunnleggende for fenomenografisk forskning.

2.2.1 Begrepsavklaringer knyttet til avhandlingens syn på læring

I Marton og Booth (1997, s. 149) defineres læring som «a change between qualitatively different ways of experiencing something, that is, gaining knowledge of the world». I senere arbeider har Marton (2015) brukt benevnelsen 'ways of seeing', eller 'måter å se på', om kvalitativt ulike måter å erfare fenomener i verden på. Spesifikke måter å se og erfare fenomener på, har tradisjonelt blitt gitt den mer generiske benevnelsen 'konsepsjoner' i fenomenografisk litteratur. Marton og Booth (1997) bruker selv også 'forståelsesmåter' om kvalitativt ulike konsepsjoner av fenomener i verden. Jeg bruker i avhandlingen i tillegg vekselvis begrepene 'forståelsesmåter' eller 'forståelsesformer'. Disse begrepene beskriver i denne sammenhengen det samme som 'måter å forstå' eller 'se' verden på.

Ifølge Marton og Booth (1997) står den erfarte verden og det erfarende subjektet i en intern, gjensidig relasjon til hverandre. Dette betyr at virkeligheten er å forstå som virkeligheten slik den blir opplevd av den lærende, og at den opplevde verden påvirker, og påvirkes, av erfaringen:

«Quite obviously, the person could not be the same person without the world she is experiencing, and if the world is understood in terms of the complex of all possible ways of experiencing it (knowing it, sensing it, being in it), and if the person's biography is unique, and if one's way of experiencing the world reflects one's biography, then the world could not possibly be exactly the same world without the person experiencing it». (Marton & Booth, 1997, s. 113)

I en slik forståelse, forandres både den lærende og (den beskrevne, erfarte og opplevde) verden av læring. Etter å ha tilegnet seg kunnskap om et fenomen, i denne anledning, trusler og vold mot psykisk helsearbeidere, skjer det ikke bare en utvikling i den lærende sitt praktiske kunnskapsgrunnlag, men også i hvordan hen erfarer og beskriver fenomenet. Læring handler i Martons (2015, s. 108) beskrivelse om å skape mening gjennom å identifisere meningsfulle helheter, egenskaper, mønstre og strukturer i en verden som står i en gjensidig relasjon til personen, det erfarende subjektet:

«meanings emerge as relationships between person and world. It is in this sense that subject and object are not separate. Person and world are related to begin with. There are not two worlds, a subjective one and an objective one; there is one world only, and that is both subjective and objective. The world we live in is an experienced world, a world that we are dealing with, that we try to understand, that we make sense of in many different ways».

For avhandlingen betyr dette at trusler og vold ikke anses som objektive størrelser, men i stedet står i en gjensidig relasjon med de som erfarer dette. Dette henger sammen med voldsforskningens beskrivelser av hvordan trusler og vold erfares ulikt av ulike personer og gir til dels svært forskjellige utslag for dem som rammes (Lanctôt & Guay, 2014). I avhandlingen fremkommer det at hva som oppleves som aggresjon, vold eller trusler i stor grad varierer mellom psykisk helsearbeidere.

Innen fenomenografien knyttes læring og erfaring av verden til bevissthetsstrukturer, eller det Marton og Booth (1997) omtaler som 'bevissthetens anatomi'. Beskrivelsen av den menneskelige bevissthet trekker veksler på en gestaltpsykologisk og fenomenologisk bevissthetsmodell utviklet av Aron Gurwitsch (Booth, 1997; Marton & Booth, 1997). I henhold til denne er menneskelig erfaring og bevissthet i en kontinuerlig bevegelse mellom figur og grunn. Bevissthetens *tema* beskriver det fokuserte objektet for personens erfaring. Det *tematiske feltet*, derimot, består av de aspekter ved den erfarte verden som er relatert til fenomenet og som fenomenet er en del av. Temaet kan for eksempel være forebygging og håndtering av trusler og vold i psykisk helsearbeid. Det tematiske feltet kan imidlertid være ulikt og variere over tid og kontekster. Hvilke aspekter som blir fokusert på betinges av om det tematiske feltet handler om å skulle gjøre en teoretisk fremstilling og drøfting av ulike prinsipper for håndtering av forebygging og håndtering av trusler og vold eller om det er innrettet mot en praktisk løsning av en oppstått truende situasjon. I utkanten, eller i *marginen*, av erfaringen finner man det som sameksisterer i tid og rom med det erfarte fenomenet, men som ikke interagerer med dets meningsinnhold. Dette kan for eksempel være ting som pågående bekymringer i eget parforhold, bussen man må rekke etter dagens arbeid for å rekke

hentefristen i barnehagen, frustrasjon over å bli pålagt enda en forskjøvet helgevakt i turnusen eller en nært forestående leveringsfrist. Ifølge Marton og Booth (1997) tilhører det tematiske felt og marginen erfaringens *eksterne horisont*. Dette beskrives som det som omgir erfaringen, og inkluderer blant annet personens tidligere erfaringer med fenomenet og oppmerksomhet knyttet til de kontekstuelle faktorer fenomenet opptrer i. Dette til forskjell fra erfaringens *interne horisont* som beskriver det erfarte fenomenet selv, fenomenforståelsens ulike strukturelle bestanddeler og de interne relasjonene mellom delene i forståelsen (Marton & Booth, 1997).

I prinsippet er mennesker bevisst alt, alltid og uavgrenset (Marton & Booth, 1997). I tråd med forfatterens fremleggelse av bevissthetens inkluderende natur vil bevisstheten således gjelde alt fra konteksten fenomenene opptrer i, våre tidligere erfaringer med fenomenet, til relasjoner til og erfaringer med brukeren, samspill eller uenigheter med kollegaer, og så videre. Åkerlind (2015) fremholder at det å være bevisst alt, hele tiden fysiologisk sett er umulig. Jeg vil argumentere for at det kanskje ikke heller er psykologisk mulig for et menneske. Det er derfor, ifølge Marton og Booth (1997), vårt *fokus* som avgjør hvilke aspekter som blir vektlagt i aktuelle situasjoner. Om situasjoner endrer seg vil dette kunne innebære en endring av vårt fokus også, hvor andre aspekter blir bragt mer i forgrunnen, mens andre blir henvist til mer perifere og marginale områder i vår bevissthet (Marton, 2015; Marton & Booth, 1997).

I delstudie én og to (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) har jeg gitt to fenomenografiske begreper en betydelig rolle i analysene av vårt datamateriale. Dette er dreier seg om *strukturelle* og *referensielle* aspekter. Disse begrepene blir beskrevet nærmere i avhandlingens kapittel 3. Likevel handler begrepene også om lærende sine erfaringer med fenomener og har dermed også relevans for det teoretiske rammeverket i avhandlingen. Strukturelle aspekter ved erfaringen og det som læres dreier seg om hvordan fenomenet adskilles fra sin kontekst og hvordan grunnleggende aspekter ved fenomenet skilles fra hverandre og hvordan de relaterer til helheten. Referensielle aspekter viser derimot til meningen fenomenet har i den lærende

sin bevissthet. Strukturelle og referensielle aspekter ligger til grunn for all menneskelig erfaring, og er gjensidig forbundet med og avhengige av hverandre:

«Structure presupposes meaning, and at the same time, meaning presupposes structure. The two aspects, meaning and structure, are dialectically intertwined and occur simultaneously when we experience something». (Marton & Booth, 1997, s. 87)

Ifølge Marton (2015) handler mennesker i tråd med hvordan vi ser, eller erfarer, verden. Kompetent håndtering av fenomener forutsetter i henhold til dette kompetente måter å se disse på:

«The most important difference between experts and novices in different fields has been repeatedly found to be related to the aspects of a situation that are discerned and taken into consideration (i.e., how the situation is seen)». (Marton, 2015, s. 83)

Kvalitativt ulike måter å se fenomener i verden på beskrives som forskjeller i evnen til å utskille (på engelsk, 'discern') ulike kritiske aspekter eller dimensjoner ved et fenomen, og å holde disse simultant i fokus og i bevisstheten. Å lære og å utvikle evnen til å holde ulike aspekter samtidig i bevisstheten gjør ifølge Marton og Booth (1997) personer bedre i stand til å møte også nye situasjoner fenomenet opptrer i enn om man kun evner å holde et fåtall aspekter i fokus i situasjonen. Kvalitativt ulike måter å erfare fenomener på blir innen fenomenografien oppfattet hierarkisk (Marton, 2015; Marton & Booth, 1997). Mer grunnleggende og enklere (i betydningen sammensatt av færre utskilte erfaringsmessige aspekter) konsepsjoner, rangeres lavere, mens mer sammensatte og inkluderende forståelsesformer vurderes som å representere mer utviklede og kompetente måter å se fenomenet på.

Konteksten spiller en avgjørende rolle for hvordan læringssituasjoner blir erfart for den lærende. Det er forhold ved denne situasjonen som avgjør hvilke aspekter ved fenomenet den enkelte fokuserer på og hvilke som blir gitt mindre betydning (Lindner & Marshall, 2003). Disse forholdene kaller Marton og Booth (1997, s. 143) for *relevansstruktur*, som

er «the person's experience of what the situation calls for, what it demands. It is a sense of aim, of direction in relation to which different aspects of a situation appears more or less relevant». Relevansstrukturen er slik sett også betydningsfull for den lærende sine valg av strategier og metoder i praktiske situasjoner i arbeidslivet. I avhandlingen har dette begrepet bidratt til at jeg har blitt i stand til å forstå hvordan de samme situasjonene kan oppleves og beskrives ulikt av psykisk helsearbeidere, og hvordan dette bidrar til at ulike deltakere velger å prioritere ulikt i situasjoner.

Det å anvende fenomenografiske begreper om læring knyttet til bevissthetens anatomi som perspektiv i avhandlingen har betydning for hvordan læring og kompetanseutvikling blir forstått og behandlet. Søkelyset i undersøkelsene om resultater av læring har vært på kursdeltakernes beskrivelser av fenomenene og sammenhengene mellom deres beskrivelser og hvordan disse forholder seg til helheten i deres forståelse av forebygging og håndtering av truende eller voldelige møter med brukere. Dette istedenfor å definere læring i form av enten en kumulativ, akkomodativ, assimilativ eller transformatorisk tilegnelse av kunnskaper og eller ferdigheter (Illeris, 2012) som kommer til uttrykk gjennom atferdsmessig endring og adaptasjon til omgivelsene (De Houwer et al., 2013). I avhandlingen har ikke dette handlet om en avvisning av kunnskaper eller at disse ikke kan ha konsekvenser i form av fremvist atferd, men snarere heller en erkjennelse av at praksiser er komplekse (Biesta, 2010; Campbell-Hunt, 2007) og fordrer et samspill mellom praktiseren, arbeidsoppgavene og feltet praksisene utøves i (Dall'Alba & Sandberg, 2006; Sandberg, 2000). Det betyr også at psykisk helsearbeidere bringer med seg sin forståelse, sin personlighet og sin erfaringsbakgrunn i et samspill med de ulike mangefasetterte og komplekse oppgavene som sorterer inn under psykisk helsearbeid. Dette samspillet er rammet inn og kontekstualisert av blant annet lokalsamfunnet, tjenesteorganisasjonen og rådende diskurser om psykisk helsearbeid. I delstudiene har dette fått den betydning at både kompetanse og praksis blir sett på som sammenvevd med psykisk helsearbeideren selv, de meningene hen gir sitt arbeid og de kontekstene det voldsforebyggende arbeidet utøves eller truende situasjoner håndteres i.

2.3 En fortolkende tilnærming til kompetanse og kompetanseutvikling

Jeg har valgt en fortolkende (interpretativ) tilnærming til kompetanse og kompetanseutvikling i avhandlingen (Dall'Alba & Sandberg, 1996, 2006; Sandberg, 2000; Sandberg & Dall'Alba, 2010; Sandberg & Targama, 2007; Sandberg & Pinnington, 2009). Den fortolkende tilnærmingen er inspirert av fenomenografi, sosialkonstruksjonisme og fenomenologi. Den fortolkende tilnærmingen beskriver kompetanse som knyttet til arbeidstakerens forståelse av eget arbeid og som å ha sitt utspring i erfaringer og praktikerens utvikling av mening ved arbeidet, under sosial påvirkning av sine kolleger på arbeidsplassen (Sandberg & Targama, 2007). Dette er tett forbundet med Marton og Trigwells (2000, s. 384) beskrivelse av 'lærende fellesskap', hvor læring innebærer forandring og utvikling i sosialt situerte systemer; «[...] how people do things together, how they handle their tools, how they more and more become parts of the particular context and how this particular context becomes more and more their own». I avhandlingen forstår jeg på denne bakgrunn kompetanseutvikling som en sosialt situert, kvalitativ endring av deltakernes forståelser av praksiser i kontekst av lokalbasert psykisk helsearbeid. Dette betyr blant annet at kursdeltakernes forståelser av strategier og metoder i forebygging og håndtering av trusler og vold langt på vei er spesifikke for den kontekst de skal praktisere i og ikke nødvendigvis, eller med videre letthet, lar seg overføre til andre kontekster.

Ordet fortolking, i den fortolkende tilnærmingen, refererer til bruken av kvalitative, fortolkende metoder for å vurdere kompetanse, til forskjell fra tradisjonelle positivistiske vurderingsformer (Sandberg, 2005). Den fortolkende tilnærmingen til kompetanse bygger på teoretiske perspektiver og begreper som også er kjent fra fenomenografien. Dette er en viktig grunn til at jeg har funnet det hensiktsmessig å plassere avhandlingen i en forståelse av læring og forståelse primært ved hjelp av begreper hentet fra fenomenografien. Jeg har funnet at det å benytte fenomenografi og den fortolkende kompetansetilnærmingen gjør det mulig for meg å belyse funnene i avhandlingen gjennom to sammenvevde og relaterte perspektiver på læring og kompetanseutvikling.

Kompetansebegrepet har sitt utgangspunkt i taylorisme og fordisme (Chen & Chang, 2010; Sandberg, 2000). Disse er forbundet med spesialiserte, sentraliserte og standardiserte prinsipper for organisering av arbeid og arbeidstakernes arbeidssituasjon, med sterke forbindelser til positivisme, prediksjon og kontroll av menneskelig atferd (O'Donoghue, 2007). I den senere tid er begrepet også blitt knyttet til neoliberalistiske diskurser gjennom 'New Public Management' (Hjort, 2008). De fleste kompetansebeskrivelser- og mål som er blitt postulert på denne bakgrunnen og over tid er ifølge Horton (2002) utfalls- og atferdsbaserte. Dette vil si at kompetanse beskrives og måles i henhold til på forhånd definerte standarder om hva god arbeidsutførelse er, og at det er utfallet av atferden som bestemmer hvorvidt denne anses som god eller ikke. I Sandberg (2000) og Sandberg og Targama (2007) betegnes slikt definerte kompetansebegrep som «rasjonalistiske» og som å forstå kompetanse som primært kvalifiserende attributter og egenskaper ved mennesker. Disse attributtene beskrives gjerne i form av for eksempel kunnskaper, ferdigheter eller holdninger (Dall'Alba & Sandberg, 1996; Lai, 2013; Sandberg, 2000).

En alternativ tilnærming til kompetanse finner vi i den fortolkende kompetanseforståelsen som er beskrevet av blant annet Dall'Alba og Sandberg (1996, 2006), Sandberg (2000), Sandberg og Targama (2007) og Velde (1999). Det fortolkende perspektivet beskriver kompetanse som et komplekst begrep som er relatert til meningen arbeidet har for praktikerens i dennes livsverden (Dall'Alba & Sandberg, 1996, 2006; Sandberg, 2000; Sandberg & Dall'Alba, 2010; Sandberg & Pinnington, 2009). Denne meningsdannelsen betinges i stor grad av samhandling og interaksjon med kolleger (Sandberg & Targama, 2007). Forståelsen av kompetanse som sosialt betinget har paralleller til Marton og Trigwells (2000) avvisning av ideen om at kompetanse, kunnskaper og evner er lokalisert «inne i» individer, og retter isteden søkelyset mot kompleksitet, sosiale kontekster og prosesser ved utvikling av kompetanse. I avhandlingen bidrar en forståelse av kompetanse som sammensatt og mangefasettert til at det er blitt satt søkelys på forståelsen av og meningen ved forebygging og håndtering av trusler og vold i psykisk helsearbeid. På grunn av den fortolkende kompetansetilnærmingens prioritering av kvalitative metoder og koblinger til

sosialkonstruksjonistisk epistemologi (Sandberg, 2000; Sandberg & Targama, 2007) har jeg også funnet støtte og en begrunnelse for å undersøke kompetanse og kompetanseutvikling blant deltakere i Helseetatens kompetansetiltak gjennom kvalitative og fortolkende metoder.

Det fortolkende kompetanseperspektivet avskriver ikke kunnskaper, ferdigheter og holdninger som sådan, men hevder isteden at måter å erfare, eller se, arbeidet på, går forut for disse og inkorporerer, former og organiserer disse til distinkte kompetanser (Dall'Alba & Sandberg, 1996; Sandberg, 2000). Forståelsesformer danner grunnlaget for kunnskaper og ferdigheter, gjennom at ulike måter å erfare arbeidet på danner grunnlaget for ulike meninger for spesifikk kunnskap, evner og holdninger (Dall'Alba & Sandberg, 1996). Kompetanse blir sett på som å være formet av den mening praktikerne tilskriver sitt arbeid. Derfor er kompetanseutvikling, fundamentalt sett, ikke kun en tilegnelse av attributter og egenskaper, men må også vurderes i lys av den mening praktikerne gir sitt arbeid og sin arbeidsutførelse. På denne måten er det ikke enkeltstående kunnskaper, ferdigheter eller holdninger som er avgjørende innen den fortolkende kompetansetilnærmingen. Isteden er det hvordan disse elementene er forbundet med, og relative til, måten arbeidstakeren tilskriver dem mening i sin egen forståelse av arbeidet. Attributter og egenskaper utvikles og vedlikeholdes i henhold til det fortolkende kompetanseperspektivet på bakgrunn av arbeiderens forståelse (Sandberg, 2000). Dette har medført at jeg har hatt et søkelys på deltakernes beskrivelser av praksis og deres konseptualiseringer av arbeid i forebygging og håndtering av trusler og vold og hvordan disse endres etter deltakelse på kompetanseutviklingstiltak eller anvendelse av kompetanseutviklingsstøttende verktøy. Deltakernes kunnskaper, evner eller holdninger har derimot, i tråd med den fortolkende kompetansetilnærmingen hatt mindre betydning i avhandlingen.

Som i fenomenografien betrakter den fortolkende kompetansetilnærmingen hierarkisk ulikt plasserte forståelser, eller måter å se arbeidet på, som å uttrykke variasjoner i menneskers kompetanse (Sandberg, 2000; Sandberg & Targama, 2007). Mer sammensatte måter å se praksis på rangeres høyere i hierarkiet, mens tilsvarende

begrense(n)de måter å forstå på plasseres lavere. Ideen om kompetanse har sprunget ut fra ønsket om å forstå hva det er som skiller menneskers praksiser og yrkesutøvelser fra hverandre og hvorfor enkelte presterer bedre enn andre. For den fortolkende tilnærmingens del tilskrives variasjonen i kompetanse mellom praktikere som kvalitativt ulike måter å erfare og se praksis på (Dall'Alba & Sandberg, 1996, 2006; Sandberg, 2000). I et slikt livsverdensperspektiv blir også taus kunnskap (Polanyi, 1966/2000) og kroppsliggjort praksis (Dall'Alba, 2009; Sandberg & Dall'Alba, 2010) inkludert i praktikernes erfaringer, slik at kompetanse også kan beskrives som 'måter å være på' (Sandberg & Dall'Alba, 2010; Sandberg & Pinnington, 2009). Kompetanseutvikling kan også ses på som en prosess der den lærende utvikler sine måter å 'være i verden' på (Dall'Alba, 2009). På denne måten integrerer det fortolkende kompetanseperspektivet forståelse som kunnskap, handling og væren (Sandberg & Dall'Alba, 2010) og gjør kompetanse til en dynamisk, kontinuerlig prosess hvor arbeidstakeren hele tiden er i bevegelse gjennom å tilegne seg kunnskaper og erfare egen praksis. For avhandlingen har dette fått den betydningen at deltakernes forståelser av praksis ikke ses på som å være statiske, men isteden som utgangspunkter for videre strukturering og meningsgivelse av senere erfaringer og kompetanseutvikling.

2.3.1 Kompetanseutvikling og undervisning

Utvikling av kompetanse skjer ifølge Dall'Alba og Sandberg (1996, 2006) etter læring som innebærer endringer av meningsstrukturer hos praktikerne knyttet til det erfarte arbeidet. Kompetanseutvikling i psykisk helsearbeid innebærer da en endring både av meningen praksis i psykisk helsearbeid gis, og i hvordan de ulike aspektene ved denne praksisen struktureres inn i en erfaringsmessig helhet for psykisk helsearbeideren. Tilretteleggelse av kompetanseutvikling innebærer etter dette blant annet å introdusere lærende for aspekter ved den ønskede praksis slik at disse er kjent og at de lærende blir i stand til å strukturere disse selv i sin bevissthet. I dette ligger også en forutsetning om at den som underviser har innsikt i og kunnskap om hvilken praksis som er å foretrekke, og som det skal undervises i (Marton, 2015).

I henhold til et fortolkende livsverdensperspektiv på kompetanse som forståelse og måter å erfare på, antar kompetanseutvikling to former (Sandberg, 2000). Den ene er gjennom en bevegelse fra en konsepsjon til en annen. Den andre formen er gjennom videreutvikling og utdyping av allerede utviklede forståelsesformer. En *vertikal*, oppadgående bevegelse som førstnevnte, presenteres ofte som et ideal ved mange former for kompetanseutvikling, men Dall'Alba og Sandberg (2006) hevder at sammensatte og komplekse forståelser av praksis er sjeldent forekommende i ulike profesjoner. De mener derfor at det er den *horisontale* formen for kompetanseutvikling som er vanligst forekommende. Forfatterne hevder den horisontale dimensjonen er relatert til den tilegnelse av ferdigheter som følger av erfaring, mens den vertikale dimensjonen er forbundet med en mer helhetlig, kroppsliggjort forståelse, men som også har sitt grunnlag i erfaring. Dall'Alba og Sandbergs (2006) beskrivelser av vertikal *utvikling* og horisontal *utvidelse* av forståelser inspirerte meg til etter hvert også å inkludere horisontale dimensjoner i min analyse av funnene i delstudie to (Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020).

Relatert til de nevnte formene for kompetanseutvikling er det et sentralt premiss i den fortolkende kompetansetilnærmingen som handler om at forståelse utvikles sirkulært heller enn lineært. Det sirkulære aspektet ved læring og konseptuell utvikling kan oppsummeres med at utvikling av forståelse forutsetter og utdyper noe som allerede er forstått (Dall'Alba & Sandberg, 2006), og at forståelse forutsetter *forforståelse*, eller en tidligere etablert forståelse (Sandberg & Targama, 2007). Dette vil si at praktikere som endrer sine forståelser av sitt arbeid og sine praksiser, med referanse til Marton og Booths (1997) tidligere nevnte aksiom om bevissthetens utømmelighet, likevel bygger på sine forutgående forståelser. Kompetansetiltak må på denne bakgrunn ta hensyn til og ta utgangspunkt i lærende sine tidligere erfaringer og forståelser for å kunne bli i stand til å bidra til en videreutvikling av disse forståelsene.

Jeg har i avhandlingen også vært oppmerksom på muligheten for at vi kunne komme til å finne deltakere på Helseetatens kurs og kompetansetiltak som ikke hadde opplevd endring i måter å se praksis på. Endring eller utvidelse av konsepsjoner følger ikke

nødvendig og uavvendelig av det å gjøre nye og varierte erfaringer eller å bli eksponert for nye aspekter og perspektiver. Sandberg og Targama (2007) påpeker at det er flere forhold som kan motvirke endring, blant annet psykologiske forsvarsmekanismer, motvilje eller motstand mot endring. Selv om søkelyset i to av delstudiene (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) har vært på å undersøke bidraget fra å delta på kurs og kompetansetiltak, så har jeg også vært opptatt av også å se etter eksempler på negativ utvikling eller uendrede konsepsjoner blant deltakerne. Å vie oppmerksomhet til ikke-endring er etter min mening viktig for at man skal kunne identifisere virksomme og ikke-virksomme faktorer i undervisning og kunne dra lærdom av forskning på kurs og kompetanseutviklingstiltak.

2.3.2 Delt forståelse: det sosiale utgangspunktet for kompetanse og kompetanseutvikling

I det fortolkende kompetanseperspektivet henger individuell kompetanse sammen med meningsdannelse, samhandling og interaksjon mellom kolleger. Dette utgjør den enkelte arbeidsplass sin kollektive kompetanse (Sandberg & Targama, 2007). En forutsetning for kollektiv kompetanse er *delt forståelse*, eller det at kollegaene deler et nødvendig minimum av forståelse av hva for eksempel psykisk helsearbeid er. I henhold til søkelyset i avhandlingen vil en delt forståelse av forebygging og håndtering av trusler og vold være av særlig betydning. Dette med tanke på at trusler og vold på arbeidsplassen ikke bare påvirker den som er blitt utsatt, men også kolleger og organisasjonen som helhet (Daniels & Anandria, 2019; Jeffrey & Fuller, 2016; Rogers & Kelloway, 1997; Steffgen, 2008). I avhandlingen betraktes delt forståelse som en forutsetning for at en meningsfylt interaksjon på arbeidsplassene rundt forebygging og håndtering av trusler og vold skal kunne finne sted. Dette kan styrke tjenestenes og den enkelte psykisk helsearbeiders forebyggings- og håndteringsarbeid. Studier viser at kollegaer og kollegaenes beskrivelser av brukeren og praksis kan ha stor betydning for hvordan den enkelte arbeidstaker selv forstår og møter aggresjon, trusler og vold på sin arbeidsplass (Andersson, 2019, 2020).

Ifølge Sandberg og Targama (2007) utvikles individets forståelse av verden gjennom sosialisering inn i ulike sosiale praksiser, sosiale arrangementer og organiseringer. Dette gjelder også den delte forståelse som utvikles i arbeidsfellesskapet. Sandberg og Pinnington (2009) peker på at det dynamiske elementet ved en sosial konstruksjon av kompetanse særpreges av at utviklingen av nye måter å være på, eller nye former for kompetanse, peker tilbake på og forutsetter allerede etablerte, *typiske*, måter å være i verden på (eller former for kompetanse). De hevder i forbindelse med dette at «competence is something *historically defined* but, at the same time, something open, and always evolving» (Sandberg & Pinnington, 2009, s. 1146, uthevelse i originalen). I lys av dette posisjonerer jeg meg innenfor et syn på kompetanse som å være gjenstand for kontinuerlig utvikling etter hvert som praktikere over tid gjør seg stadig nye erfaringer og møter med praksis og andres erfaringer og forståelser. Samtidig kan kurs og kompetansetiltak være andre måter å gjøre seg nye erfaringer på.

3 Metodologi

I dette kapitlet vil jeg beskrive avhandlingens vitenskapsteoretiske ståsted. Jeg beskriver og begrunner videre valg av de metodene og forskningstilnærmingene som jeg har anvendt i forbindelse med de tre delstudiene som ligger til grunn for avhandlingen. Dette vil også innebære en avklaring av min posisjon som forsker og en beskrivelse av min forforståelse i møtet med forskningsfeltet og deltakerne i studien.

3.1 Vitenskapsteoretisk ståsted: sosialkonstruksjonisme

Jeg har valgt et sosialkonstruksjonistisk syn på vitenskap og kunnskapsutvikling i forbindelse med avhandlingen. Sosialkonstruksjonistisk vitenskapsteori handler om at kunnskap ses på som samkonstruert, eller samskapt, i et fellesskap mellom forskeren, deltakerne i forskningsprosjektet og feltet rundt disse (Creswell & Poth, 2018; Gergen, 2009, 2019; Gergen & Gergen, 2011; Lincoln & Guba, 1985; Malterud, 2001). Ifølge Burr (2015a) finnes det ingen dekkende eller felles beskrivelse av sosialkonstruksjonismen. I stedet, påpeker forfatteren, forenes versjoner av sosialkonstruksjonisme gjennom å være beslektet og at de bygger på minst ett av følgende anskuelser: 1) et kritisk syn på kunnskap som «tatt-for-gitt» eller objektiv, 2) måter å forstå og beskrive verden på er å se som historisk betingede og kulturelt spesifikke, 3) kunnskap utvikles og vedlikeholdes i sosiale prosesser gjennom interaksjon mellom mennesker, og 4) kunnskap og sosial praksis går sammen, og at våre konstruksjoner slik er bundet opp av maktrelasjoner.

Avhandlingens plassering innenfor et sosialkonstruksjonistisk vitenskapssyn innebærer at funnene fra delstudiene har blitt utviklet i et fortolkningsfellesskap, og er å anse som noen, av flere mulige, fortolkninger (McNamee, 2010; Sandelowski, 2011). Analysene som er gjort i forbindelse med avhandlingen har særlig vært inspirert av hvordan Sandberg og Targama (2007) har inkludert sosialkonstruksjonistiske perspektiver i sin beskrivelse av et fortolkende perspektiv på forvaltning av forståelse i organisasjoner. Burr (2015a) har også argumentert for at sosialkonstruksjonismen er anti-essensialistisk

og anti-reduksjonistisk. I avhandlingen kommer sosialkonstruksjonismen og fenomenografien sammen blant annet gjennom at praksis i møte med aggresjon, trusler og vold fra brukere ikke beskrives essensialistisk, men isteden gjennom 'andreordens beskrivelser', der det er opplevelsen og erfaringen av fenomenet som er prioritert (Marton 2015; Marton & Booth, 1997). Der førsteordens perspektiv søker å beskrive egenskaper, det essensielle, ved fenomenene, slik som blant annet innen fenomenologien, beskriver fenomenografien i stedet folks erfaringer, opplevelser og forståelser av fenomenene. Den fortolkende tilnærmingen er utformet som et alternativ til tradisjonelle reduksjonistiske beskrivelser av kompetanse og praksis som dekontekstualisert og generalisert, i betydningen relativt stabile over tid og på tvers av situasjoner (Sandberg & Targama, 2007).

En annen kobling mellom den fortolkende kompetansetilnærmingen og sosialkonstruksjonisme som har relevans for avhandlingen, handler om at menneskers kunnskaper om, og forståelser av virkeligheten, er sosialt konstruerte gjennom diskurser og delte erfaringer og interaksjoner med fenomenet. Det er imidlertid også mulig å snakke om en 'subjektiv sannhet', da sosialt etablerte erfaringer av verden også gis subjektiv mening, og blir opplevd som «sant» av individet (Sandberg & Targama, 2007). Deltakerne i delstudiene kan i dette lys i ulik grad oppleve praksiser som gitte, når disse likevel har sin bakgrunn i sosiale prosesser, interaksjoner og samhandling.

Informert av den sosialkonstruksjonistiske betoningen av maktforhold i forskning har jeg forstått nødvendigheten av en åpen og fordomsfri utforskning av praktikers beskrivelser av sine praksiser i møte med trusler og vold fra brukere i gjennomføringen av intervjuene og i analysen. McNamee (2010, s. 13) har beskrevet nødvendigheten av å være åpen når det gjelder maktforhold i praksis, og stiller spørsmål ved «[b]y whose standards are we determining the «right» values and actions?». Dette har inspirert meg til ikke å lete etter beskrivelser av én allmenngyldig og autoritativ måte å forebygge og håndtere trusler og vold i avhandlingen. Jeg har heller forsøkt å se den enkelte deltakers beskrivelser av praksis som meningsfull i dennes forståelse og livsverden, og at praksis både er kontekstuellet betinget og kan være preget av kulturell spesifisitet.

Gergen (2009) beskriver en tekstlig relasjon og «samtale» mellom forskeren og teksten i prosessen med å skrive ut funnene fra forskning. Etter dette perspektivet fortsetter fortolkningen og kunnskapsutviklingen også etter at selve analyseprosessen anses som fullendt. I avhandlingsarbeidet har dette blant annet vist seg gjennom at implikasjoner av kategorier og forståelsesformer har blitt tydeligere for meg etter at jeg har skrevet disse ut og diskutert utkast til beskrivelser med mine medforfattere. Under skriveprosessen i delstudie to (Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020), ble det i forbindelse med utarbeidelsen av artikkelmanuskriptet etter hvert mye klarere for meg at de beskrevne kategoriene ikke bare er logisk sammenhengende og hierarkisk oppbygde, men at samtlige synes nødvendige for å kunne oppnå en sammensatt og kompetent forebygging og håndtering av trusler og vold for psykisk helsearbeidere.

3.2 Forskningsdesign

Jeg har i undersøkelsen av kompetanseutvikling blant psykisk helsearbeidere i Oslo kommune, valgt å anvende kvalitative metoder da disse regnes som velegnet for å fremskaffe «tykke» beskrivelser og gi dybdeforståelse av fenomenene som undersøkes (Palinkas, 2014). Mitt valg om å gjøre bruk av kvalitativ metode er også begrunnet i at kvalitativ metode er særlig egnet til å få frem hvordan mennesker gir mening til sine erfaringer av sosiale fenomener og sin livsverden (Holloway & Galvin, 2017). Kvalitative metoder vurderes også som velegnet til å fremskaffe kunnskap om fenomener som ikke tidligere har blitt undersøkt empirisk (Palinkas, 2014). Funn utviklet gjennom bruk av kvalitative metoder bidrar videre til refleksivitet over dominerende teoretiske antakelser og gjeldende ideologier innen et praksisfelt og kan slik danne grunnlag for kritikk av strukturelle og sosiale fenomener, og gi en stemme til marginaliserte grupper (Binder et al., 2016). For avhandlingens del gir måten Vaismoradi og kolleger (2013) knytter kvalitative metoder til undersøkelsen av erfaringene til deltakere i vitenskapelige studier særlig gjenklang for det jeg har ønsket å oppnå. Disse forfatterne uttrykker at kvalitative tilnærminger «share a similar goal in that they seek to arrive at an understanding of a particular phenomenon from the perspective of those experiencing it» (s. 398). Ifølge

britiske helsemyndigheter (National Institute for Health & Care Excellence (NICE), 2005) er det et behov for en bredere kunnskapsbase om psykisk helsearbeideres og brukeres perspektiver på trusler og vold i psykisk helsetjenester. Innen fenomenografien, men også den fortolkende kompetansetilnærmingen, er det nettopp personers erfaringer og opplevelser av fenomenet som er det oppmerksomheten rettes mot.

3.2.1 Fenomenografi: utforskning av forståelser av fenomener

Forskningsdesignet i avhandlingen er den kvalitative forskningstilnærmingen fenomenografi. Fenomenografi er som nevnt i avhandlingens teorikapittel en forskningstilnærming som har utgangspunkt i arbeidene til Ference Marton (1981, 1986, 2015) og Marton og Booth (1997). Til tross for at fenomenografi ble etablert med utgangspunkt i utdannings- og læringsforskning (Marton, 1981), har den de senere årene funnet veien inn i, og blitt videreutviklet på stadig flere områder, også innenfor helseforskning (Barnard et al., 1999; Sjøstrøm & Dahlgren, 2002).

Fenomenografien som forskningstilnærming bygger i stor grad på en særskilt konseptualisering av erfaring og læring. Denne har jeg presentert i teorikapittelet, men det kan også være nyttig å klargjøre dette ytterligere i relasjon til *forskningstilnærmingen* fenomenografi. I denne blir menneskelig erfaring og forståelse presentert i deskriptive kategorier, som skiller seg kvalitativt fra hverandre (Marton, 2015; Marton & Booth, 1997). Den kvalitative forskjellen i forståelsesformer utgjøres av hvor mange samtidige, eller simultane, aspekter ved fenomenet denne forståelsen representerer i bevisstheten. Enklere og mer grunnleggende forståelsesformer rommer relativt sett, få aspekter, mens mer komplekse forståelser innebærer en bevissthet om fenomenet som er satt sammen av flere, simultane og inkluderende aspekter. Forståelsen av en kaffekopp kan for eksempel sentreres rundt koppens fysiske egenskaper – utforming, tekstur, materialet koppen er laget av og dens vekt. Mer komplekse forståelser vil i tillegg til dette, også kunne romme den taktile opplevelsen av å holde koppen, koppens evne til å isolere drikkere fra drikkens varme, evnen til å holde på varmen, evnen til å fremheve smak, og

kanskje sågar også kaffekoppens og implisitt, kaffedrikkingens, betydning i sosiale sammenhenger, kulturen og historien. Personer som klarer å holde flere av disse aspektene i bevisstheten samtidig vil etter et fenomenografisk rasjonale, vise en mer sammensatt, inklusiv og kompleks forståelse enn personer som fremviser færre og mer grunnleggende simultane aspekter (Marton & Booth, 1997). I avhandlingens to fenomenografiske delstudier (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) analyserte vi kompetanseutvikling med utgangspunkt i en forståelse av at komplekse og sammensatte konsepsjoner av praksis representerer mer kompetente forståelsesformer enn enklere og mindre sammensatte måter å se på. Ifølge Marton (2015) muliggjør mer sammensatte og komplekse forståelsesformer at man evner å møte fenomener og nye situasjoner på mer kompetente og virkningsfulle måter. I en situasjon der en psykisk helsearbeider for eksempel møter en bruker som er truende, vil en mer sammensatt og kompleks forståelse av situasjonen og observerbare tegn på risiko, brukeren selv, egnede strategier, samt hens egne reaksjoner og erfaringer kunne gi psykisk helsearbeideren et større tilfang av muligheter og adaptive løsninger som kan tilpasses situasjonen. Trussel- og voldssituasjoner er komplekse (Jaspers, 2021; Nijman, 2002; Nijman et al., 1999), og unike, i betydningen at ingen situasjoner noensinne vil være helt like. Som sådanne vil trussel- og voldshendelser kreve adaptive tilnærminger og evne til fleksibel bevegelse mellom strategier hos den profesjonelle.

Ifølge Åkerlind (2015) handler fenomenografi videre om å beskrive kvalitative ulikheter ved menneskers erfaringer. Grunntanken bak tilnærmingen er at et fenomen erfares ulikt mellom mennesker, men at denne erfaringen ikke varierer ubegrenset (Marton & Booth, 1997). Slik jeg forstår det kan variasjonen i menneskelig erfaring tilbakeføres til begrensninger i menneskelig persepsjon og kognisjon, egenskaper ved de erfarte fenomenene og en grunnleggende forutsetning om at vi alle bebor den samme verden. Dette gjør det er mulig å identifisere en grense for hvor mange ulike erfaringer av et fenomen som er mulig. Dette medfører at det vil være mulig å gi en fyllestgjørende beskrivelse av menneskelig erfaring av avgrensede fenomener gjennom å anvende systematiske og strukturerte analysemetoder. Marton og Booth (1997, s. 107) hevder at «a characterization of the variation between qualitatively different ways of experiencing

something cannot rest on an a priori analysis; it's empirically grounded». Fenomenografien angir derfor et sett med forskningsmessige prinsipper og verktøy for å kunne komme frem til slike beskrivelser av menneskelig erfaring.

I delstudiene (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) har søkelyset vært på å få frem deltakernes samlede beskrivelser av sine erfaringer med og perspektiver på forebygging og håndtering av trusler og vold og å gi en beskrivelse av hvordan disse varierer i delstudienes utvalg. Dette er gjort i forståelse med fenomenografiens premiss om at det er i de interne relasjonene mellom erfarende subjekter og den erfarte verden at variasjonene i menneskelig forståelse av et fenomen ligger (Barnard et al., 1999; Hasselgren & Beech, 1997).

I de fenomenografiske delstudiene (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) har *strukturelle* og *referensielle* aspekter vært viktige analytiske begreper. Innen fenomenografien tenkes ulike konsepsjoner å være strukturert gjennom kvalitativt forskjellige aspekter ved personers forståelser av det aktuelle fenomenet. Ifølge Marton og Booth (1997, s. 87) er disse «dialectically intertwined and occur simultaneously when we experience something». Opplevelsen av et fenomen må ifølge dette resonnement ses i lys av begge aspekter. I avhandlingen har jeg primært forholdt meg til Martons (1986) beskrivelse av referensielle aspekter som det konsepsjonen handler om, eller det som kan beskrives som den underliggende meningen i fenomenforståelsen. Strukturelle aspekter angir det hierarkiske eller sekvensielle forholdet mellom ulike konsepsjoner, hvordan det å erfare verden på en spesifikk måte relaterer seg til andre måter å erfare verden og til helheten i fenomenforståelsen (Marton, 1986; Marton & Booth, 1997). I delstudie én (Maagerø-Bangstad et al., 2019) valgte jeg å benytte ordet 'fokus' i beskrivelsen av de strukturelle aspektene ved de deskriptive kategoriene som ble utviklet i analysen. Dette er begrunnet i en svensk metasyntese av forskning på helsearbeideres forståelse av eget arbeid (Röing et al., 2018), der strukturelle aspekter behandles som fokuset i den aktuelle konsepsjonen. Dette samsvarer også med hvordan Marton og Pong (2005) beskriver hvilket fokus deltakerne i deres studie har i sine ulike forståelser av prisen på varer. Anvendelsen av

'fokus', bør likevel ikke ses på som ensidig og utelukkende, i betydningen et unikt, særpreget perspektiv som er å finne i en bestemt måte å forstå fenomener på, slik det kan omtales i dagligtale. Strukturelle aspekt omhandler isteden både «[the] discernment of the whole from the context on the one hand and discernment of the parts and their relationships within the whole on the other» (Marton & Booth, 1997, s. 87). I delstudie to (Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) valgte jeg å ikke anvende 'fokus' når jeg beskrev innholdet i de strukturelle aspektene. Dette var nettopp begrunnet i at det fenomenografiske fokus er mer omfattende og inkluderende enn dagligtalens og at jeg ønsket å unngå mulige misforståelser og forvirring rundt dette.

3.2.2 Referansegruppe

Ved oppstart av avhandlingsarbeidet ble det nedsatt en referansegruppe bestående av to medlemmer med brukererfaring fra å motta kommunale psykisk og/eller rustjenester, to ansatte og to ledere fra psykisk helsetjenester i Oslo kommune, og én representant fra et distriktpsykiatrisk senter (DPS).

Formålet med referansegruppen var at gruppens samlede erfarings- og praksiskunnskap fra praksisfeltet skulle bidra til å informere forskningsprosessene og styrke troverdigheten til funnene i avhandlingen og bidra til vurderingen av funnenes praktiske relevans. Borg og kolleger (2012) har påpekt at kunnskapsutvikling om praksis er vanskelig å få til uten å inkludere aktørene i denne praksisen i forskningen. Beslutningen om å inkludere personer med brukererfaring var også inspirert av mantraet fra brukerbevegelsen om 'intet om oss uten med oss', som blant annet Borg (2009) har bidratt til å fremme i forbindelse med forskning innen psykisk helse.

Referansegruppemedlemmene fra ledelsen og medlemmene med egen brukererfaring ble rekruttert gjennom at jeg forespurte personer jeg kjente til fra tidligere samarbeid i prosjekt og arbeidsgrupper i Helseetatens kompetanseprosjekt 'Utvikling av metoder og strategier i samarbeidet med brukere som kan være truende og/eller voldelige'. Siden disse hadde god kjennskap til tiltakene og ressursene som skulle utforskes i avhandlingen

vurderte jeg kjennskap og tidligere samarbeidserfaringer som hensiktsmessige for rekruttering til referansegruppen. Medlemmene fra ansatte i psykisk helsetjenester ble rekruttert via en forespørsel om hjelp til å rekruttere blant sine ansatte, sendt per mail til lederne av psykisk helsetjenester i bydelene i Oslo. Den gjensidige tilliten jeg opplevde hadde blitt utviklet gjennom tidligere samarbeid med flere av medlemmene i referansegruppen vurderte jeg å være hensiktsmessig med tanke på å kunne ha en åpen og ubunden dialog i gruppen. Den tidligere kjennskapen mellom meg, som leder av gruppen, og fem av referansegruppens medlemmer kan selvsagt også ha bidratt til at de to resterende medlemmene kunne ha opplevd seg som mindre inkludert i samtalen i gruppen. Som møteleder la jeg derfor vekt på å legge til rette for at alle skulle komme til orde og bestrebet meg på ikke å legge føringer for de meningene eller synspunktene som fremkom under diskusjonene i gruppen. Dette fordret igjen at jeg var oppmerksom og årvåken på alle medlemmene i gruppen og også hadde et blikk for dynamikker i gruppen.

Referansegruppen hadde sitt første møte 14. september i 2017. Det siste møtet fant sted i forbindelse med et forskningsseminar for deltakere i delstudiene, ledere, samarbeidsparter og andre interesserte 18. oktober 2019. I tråd med medlemmenes ønsker ble det ikke gjennomført mer enn to referansegruppemøter per semester. Det ble ikke etablert eksplisitte regler for arbeidet i gruppen, men jeg var åpen for å etablere grupperegler dersom samarbeidssituasjonen i gruppen skulle tilsi dette. Etter min oppfatning oppstod det ikke slike situasjoner på noe tidspunkt i samarbeidet og samarbeidet i gruppen fløt godt, med gode og konstruktive diskusjoner når gruppen møttes.

For å få gruppen til å fungere la jeg vekt på å unngå fremmedgjørende språkbruk i den interne kommunikasjonen i referansegruppen. Dette gjorde jeg med bakgrunn i at språk kan være en betydelig kilde til makt og til å definere andres erfaringer (Bourdieu, 1996; Fairclough, 2015), og dermed å kunne utøve dominans over andres perspektiver. For å tilrettelegge for en åpen og ubunden dialog ønsket jeg å unngå at språk og begreper fra det akademiske domenet ble dominerende i gruppen. Dette opplevde jeg tidvis vanskelig siden den fenomenografiske forskningstilnærmingen bygger på en del prinsipper som

ikke lett lar seg overføre til et hverdagslig språk, som for eksempel de analytiske begrepene strukturelle og referensielle aspekter. Dette gjorde seg særlig gjeldende i starten av avhandlingsarbeidet, da jeg selv var ny for denne forskningstilnærmingen og ennå ikke hadde utviklet et eget klart begrepsapparat for denne måten å utvikle vitenskapelig kunnskap på. Jeg forsøkte å løse dette dilemmaet ved å nedtone de metodiske elementene og konsentrere gruppens arbeid om det praktiske og erfaringsmessige aspektene ved kategorier og datasegmenter.

I samarbeidet med referansegruppen la jeg stor vekt på å forholde meg åpen til forståelsene og perspektivene som kom frem i løpet av arbeidet i referansegruppen. Dette innebar blant annet at jeg forholdt meg refleksivt bevisst mine egne (for)forståelser og også å holde disse åpne nok til å la disse bli utfordret og muligens endret av referansegruppens perspektiver og erfaringer (Veseth et al., 2017).

Referansegruppens medlemmer møtte når de hadde anledning til dette, uten noen særskilte oppmøtekrav utover at møtene ble avlyst hvis det var mindre enn fire deltakere. Dette resulterte i at det var ujevnt oppmøte i gruppen, og særlig mot slutten av prosjektet var det utfordrende å få tilstrekkelig oppmøte for å kunne avholde møtene. Aktiviteten i gruppen dabbet av etter hvert, og i delstudie to (Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) var gruppens bidrag hovedsakelig knyttet til validering av intervjuguiden og diskusjoner rundt datautviklingen. Gruppen bidro i mindre grad enn ønskelig til å øke relevansen og troverdigheten til funnene i forbindelse med denne delstudien. Kvalitetssikring og samarbeide med veiledere og medforfattere, og likemannsvurdering (fra engelsk; *'peer review'*) har blitt anvendt for blant annet å kompensere for de oppståtte manglene ved referansegruppens arbeid. Dette vil bli beskrevet nærmere senere i kapittelet.

I 1969 introduserte Arnstein «borgermedvirkningsstigen» (på engelsk; *'the ladder of citizen participation'*) som kan fungere som en veiledning for å vurdere graden av medvirkning blant deltakere i et forskningsprosjekt (Arnstein, 1969/2019). Det øverste nivået av deltakelse betegnes i Sælørs (2016) oversettelse som *borger-kontroll* mens det laveste nivået beskrives som *manipulasjon*. Jeg vil selv vurdere referansegruppens

muligheter til medvirkning og innflytelse i avhandlingen til å ligge et sted mellom på det fjerde og femte trinnet, *konsultasjon* og *demping* (fra engelsk; '*plactation*'), der deltakerne behandles som «verdige representanter» for en gitt populasjon, men ikke holdes ansvarlige overfor denne (Arnstein, 1969/2019). Begge disse nivåene er preget av *tokenisme*, i vår sammenheng forstått som at selv om medlemmene i referansegruppen har hatt en stemme inn i prosjektet, så har denne likevel hatt begrenset innflytelse på prosjektet. Referansegruppens medlemmer var blant annet ikke involvert i forskningen før arbeidet allerede var kommet godt i gang. I tillegg har makten og beslutningsmyndigheten til enhver tid ligget hos meg som ansvarlig forsker.

Jeg konsulterte gruppen under utviklingen av intervjuguidene for de tre delstudiene og opplevde å ha stor nytte av deres bidrag til å formulere tydelige og forståelige spørsmål som ville være anvendbare i en praktisk kontekst. Det var godt å kunne støtte meg til referansegruppen når jeg på et tidspunkt i prosessen ble i tvil om spørsmålene ville «holde» for å få i gang gode og informasjonsrike samtaler om temaet. Dette har jeg sett som avgjørende for å legge grunnlaget for et godt datamateriale. Referansegruppen ble ikke rådspurt da jeg valgte forskningsdesign og til slutt falt ned på analysemetodene som er blitt anvendt. Jeg valgte selv ut hvilke datasegmenter jeg ønsket tilbakemeldinger på og presenterte for gruppen i analysefasen. Noen ganger presenterte jeg referansegruppen for på forhånd navngitte kategorier som var eksemplifisert gjennom utvalgte tekstsegmenter. Referansegruppen var dermed ikke direkte involvert i utviklingen av kategoriene, men bidro isteden til å gyldiggjøre og øke troverdigheten ved resultatet av mitt og mine forskerkollegeres forutgående arbeid, fra en praktisk kontekst. Av og til opplevde vi at referansegruppen forstod datamaterialet i andre retninger enn hvordan jeg og mine medforfattere hadde fortolket det. Dette gjaldt særlig når tekstutdrag fra intervjuene ledet til andre assosiasjoner, eller bidro til et annet fokus i gruppen enn det jeg og de andre involverte forskerne mente å ha funnet. Hvis gruppediskusjonene ikke førte til enighet eller en omforent forståelse av innholdet i utdragene fra datamaterialet, ble min og mine medforfatteres tolkninger stående.

Beresford (2003) stiller kritiske spørsmål til innbyggerdeltakelse i forskning, og da i særdeleshet med tanke på brukerdeltakelse, og påpeker at denne ofte følger en ledelses- eller forbrukslogikk. I en slik logikk denne blir deltakelsens primære funksjon å besørge tjenesters informasjonsgrunnlag gjennom å inkludere synspunkter og erfaringer med tjenestene. Dette står gjerne i motsetning til brukerbevegelsens egne ambisjoner om frigjørende og brukerstyrt forskning i tråd med en mer demokratisk modell. Jeg har hatt vanskelig for å se for meg forskningsprosessen knyttet til avhandlingen som demokratisk. For å imøtekomme krav til fremdrift, akademiske forventninger om vitenskapelige fremgangsmåter, og samtidig forpliktelsene overfor valgte metoder og forskningsspørsmål, har jeg vært nødt til å fatte beslutninger uten å søke enighet om disse og forankre dem i referansegruppen. Noen ganger innebar dette at jeg var nødt til å avvise å forfølge spor som noen av gruppemedlemmene mente jeg burde forfølge i datamaterialet. Dette gjaldt blant annet et forslag om å gjøre komparative analyser av enkeltdeltakere og individuelle utfall av deltakelse på kurs og kompetansetiltak. Et ønske om å publisere funnene fra delstudiene i norskspråklige tidsskrifter ble også avvist på bakgrunn av egen oppfatning på det daværende tidspunkt om at det var en forventning fra gradsgivende institusjon om at jeg skulle publisere på engelsk. Mitt eget ønske om å publisere internasjonalt spilte også inn i min beslutning.

Om det er noe jeg har lært av erfaringene med å forsøke å involvere en referansegruppe i et forskningsprosjekt, så er det at det påhviler forskeren et betydelig ansvar å tilrettelegge for reell deltakelse og medvirkning. Det står videre klart for meg at ved rekruttering av medlemmer til slike grupper må det formuleres tydelig hvilke rammer og betingelser som gjelder i aktuelle studier og forskningsprosjekter, slik at deltakerne får et realistisk utgangspunkt for å vurdere hvorvidt de ønsker å delta eller ikke. Dette er en ervervet innsikt jeg vil ta med meg videre og som vil bli gitt betydning for mine senere forskningssamarbeider i Oslo kommune eller andre steder.

3.3 Utvalg og rekruttering av deltakere

Da vi ønsket å beskrive variasjoner i erfaringer og opplevelser iblant deltakerne i delstudiene ble en formålstjenlig kriteriebasert utvalgsstrategi benyttet i alle tre delstudiene. Denne utvalgsstrategien er betegnet som velegnet for å maksimere erfaringsmessig variasjon ved det aktuelle fenomenet i kvalitative studier (Sandelowski, 1995).

3.3.1 Delstudie én og to

I de to første delstudiene (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) var min ambisjon å rekruttere et utvalg av deltakere som på en realistisk måte ville reflektere sammensetningen av deltakerne på Helseetatens kurs og rettet mot kommunalt psykisk helsearbeid.

De overordnede inklusjonskriteriene for rekruttering av deltakere i delstudie én (Maagerø-Bangstad et al., 2019) og som omfattet deltakere på to generelle kurs i forebygging og håndtering av trusler og vold, var at deltakere måtte; a) ha et ansettelsesforhold i Oslo kommune, b) ha deltatt på minst ett av de to kursene den gjeldende perioden og c) ha regelmessig yrkesmessig kontakt med brukere av psykisk helse- og-/eller rustjenester. Tilleggs-kriterier som stillingstittel, kjønn og type tjeneste ble brukt i vurderingen av mulige deltakere for å sikre variasjon i utvalget. Kursdeltakere som tilfredsstilte disse kravene, og som representerte en variasjon av ulike stillingstyper, kjønn og tjenester, ble kontaktet per e-post med en forespørsel om deltakelse. I den samme e-posten var det også vedlagt et informasjonsskriv (vedlegg I) om studien samt kontaktinformasjon til forskeren. Til sammen 13 av 16 forespurte deltakere svarte positivt på henvendelsen. Ti av disse identifiserte seg som kvinner mens tre identifiserte seg som menn. Tre av deltakerne (en mann og to kvinner) falt dessverre bort etter det første intervjuet. En av disse falt bort på grunn av problemer med å få gjennomført intervjuet i en travel arbeidshverdag, mens de to andre ikke besvarte mine henvendelser per e-post og telefon. De resterende ti deltakerne kom fra psykisk helsearbeidstjenester,

samløkaliserte boliger innen psykisk helse og sosiale og boligsosiale tjenester. En av deltakerne var leder av en psykisk helsetjeneste, mens de øvrige var vanlige ansatte. Aldersmessig varierte deltakerne fra 23 til 53 år. Lengden på relevant arbeidserfaring varierte fra rundt ett år til over 20 år.

I delstudie to (Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) ble variasjon i utvalget søkt ved å inkludere ansatte som deltok både i hele, eller kun deler av kompetansetiltaket. Kompetansetiltaket bestod av et felles introduksjonskurs som samlet ansatte fordelt på tre bydeler, etterfulgt av to lokalbaserte samlinger i til sammen fem samløkaliserte boliger. Det ble søkt å inkludere personell som hadde ulike stillinger, stillingsstørrelser, grad av arbeidserfaring, alder og kjønn. Deltakerne måtte ha regelmessig yrkesmessig kontakt med beboere i de aktuelle boligene for å kunne bli inkludert. Deltakerne ble rekruttert via e-postkontakt med lederne av de aktuelle boligene. I e-posten ble skriftlig informasjon om studien vedlagt samt en anmodning om å videreformidle deltakelsesforespørselen til ansatte. Til sammen 13 deltakere fra de fem boligene svarte positivt på henvendelsen og sa seg villige til å bli kontaktet i den forbindelse. I den etterfølgende e-posten mottok deltakerne den samme skriftlige informasjonen om studien som deres ledere hadde mottatt ved den første henvendelsen (vedlegg II), samt kontaktinformasjonen til undertegnede. Ti av deltakerne identifiserte seg som kvinner, mens tre identifiserte seg om menn. Aldersspennet blant deltakerne varierte mellom 28 år og 61 år. Lengden på relevant erfaring varierte fra under ett år til over 20.

En problemstilling som ble vurdert i forbindelse med at vi tok kontakt med mulige deltakere i delstudie to (Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) gjennom å henvende oss til deltakere gjennom en tredjepart, deltakernes ledere, har vært muligheten for utvalgsskjevhet. Det kan tenkes at lederne kan ha formidlet kontakt til de deltakerne de selv vurderte som i utgangspunktet mest kompetente i forebygging og håndtering av trusler og vold. Utvalget viste imidlertid variasjon i forhold til de valgte inklusjonskriteriene, men også i de perspektiver og erfaringer som fremkom under intervjuene, og det er derfor min vurdering at utvalgsskjevhet ikke har påvirket delstudiens funn i særlig grad.

3.3.2 Delstudie tre

I delstudie tre (Maagerø-Bangstad et al., 2020), der lederes perspektiver og erfaringer med kompetanse- og praksisutvikling blant sine medarbeidere undersøkes, var kriteriene 1) ledelses- eller faglig ansvar for personell i psykisk helse- og/eller rustjenester, 2) daglig kontakt med ansatte, 3) å komme fra tjenester med medarbeidere som hadde deltatt på flere av Helseetatens kompetansetiltak knyttet til forebygging og håndtering av trusler og vold og 4) å representere bydeler eller tjenester med minimum én ressursperson. Et tilleggskriterium om at deltakerne skulle komme fra ulike tjenester ble også benyttet til utvelgelse av deltakere. I denne studien svarte samtlige forespurte, elleve ledere og fagansvarlige, positivt på henvendelsen. Jeg henvendte meg til dem via e-post, hvor også skriftlig informasjon om studien var vedlagt (vedlegg III). Jeg kjente alle deltakerne som erfarne ledere eller faglig ansvarlige fra tidligere. På grunn av at søkelyset i delstudien var på ledernes opplevelser av medarbeidernes kompetanseutvikling ble det på det daværende tidspunkt vurdert som unødvendig å innhente opplysninger om kjønn og arbeids- og ledelseserfaring. Dette innså jeg i etterkant kan ha bidratt til en begrensning ved funnene, med hensyn til muligheten til å kontekstualisere disse. Jeg valgte til slutt, uten å ta hensyn til deltakernes opplevelse av eget kjønn og primært på bakgrunn av deres visuelle kjønnsuttrykk og fremtoning, å fordele deltakerne inn i to kjønnskategorier, som henholdsvis syv kvinner og fire menn.

3.4 Datautvikling

Studiene som presenteres i avhandlingen undersøker endringer i forståelser og praksiser blant psykisk helsearbeidere etter deltakelse på kurs og kompetansetiltak. I tillegg undersøkes ledere i psykisk helsetjenestenes syn på og erfaringer med at ansatte har deltatt på kurs og kompetansetiltak eller å anvende kompetanse- og praksisutviklingsstøttende verktøy i forbindelse med forebygging og håndtering av trusler og vold i deres tjenester. Fenomenet ble belyst gjennom undersøkelser av praktikers forståelser av praksiser i forebygging og håndtering av trusler og vold og hvordan disse

endres etter deltakelse på Helseetatens kurs og kompetansetiltak i to delstudier (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælor, Lillevik et al., 2020). Videre har den tredje delstudien (Maagerø-Bangstad et al., 2020) om lederes erfaringer med hvordan ansatte og organisasjonene dere er blitt påvirket av å delta på kurs eller kompetansetiltak, og å anvende kompetanseutviklingsstøttende verktøy, bidratt til å kaste lys på de mer organisasjonsmessige betydningene av deltakelse på og anvendelse av Helseetatens ulike kompetansetiltak og støttende verktøy.

Datagrunnlaget ble utviklet gjennom kvalitative semistrukturerte intervjuer. Semistrukturerte intervjuer er fleksible og dialogiske i formen, preget av åpne spørsmål til deltakerne, men er samtidig konsentrert rundt et spesifikt tema (Adams, 2015; Edwards & Holland, 2013). Individuelle, relativt åpne og ikke-styrende intervjuer er betegnet som *den* typiske datautviklingmetoden innen fenomenografien (Marton, 1994; Åkerlind, 2012). I delstudie én (Maagerø-Bangstad et al., 2019) og delstudie to (Maagerø-Bangstad, Sælor, Lillevik et al., 2020) ble det gjennomført to-stegs intervjuer, ett intervju før deltakelse på kurs eller kompetansetiltak, og ett intervju en tid etter. I delstudie tre (Maagerø-Bangstad et al., 2020) ble det gjennomført ett intervju per deltaker.

I forbindelse med intervjuene i de to fenomenografiske delstudiene i avhandlingen (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælor, Lillevik et al., 2020) ble det før det første intervjuet gjennomført innsamling av enkle demografiske data om blant annet kjønn, alder, arbeidserfaring og eventuelle erfaringer med å bli utsatt for eller være vitne til trusler og vold på arbeidsplassen (vedlegg IV og V). Svarene på de demografiske spørsmålene ble ikke gitt analytisk betydning i avhandlingen, men har bidratt til å kontekstualisere og gi en bakgrunnsforståelse for variasjonen i utvalgets erfaringer.

Intervjuene i hver av de tre delstudiene ble gjennomført med utgangspunkt i intervjuguider særskilt utviklet for hver av studiene (vedlegg VI - X). Det ble utviklet egne intervjuguider for oppfølgingsintervjuene i de to delstudiene der det ble gjennomført to-stegs intervjuer (se vedlegg VII og IX). Alle intervjuguidene utenom én ble utviklet av meg og så gjennomgått og kvalitetssikret av referansegruppen. På grunn av tidspress ble intervjuguiden for delstudie én (Maagerø-Bangstad et al., 2019, se vedlegg VI) utviklet av

meg alene. Intervjuguidene i begge de fenomenografiske delstudiene (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) ble utviklet med en intensjon om å danne grunnlaget for en bred samtale om trusler og vold i psykisk helse- og rusarbeid; Hvilke praktiske erfaringer deltakerne hadde med trusler og vold på arbeidsplassen, hvilken mening de tilskrev praksiser i møte med trusler og vold fra brukere og hvilke perspektiver de hadde på forebygging og håndtering av trusler og vold i eget arbeid. Intervjuguidene for oppfølgingsintervjuene dekket de samme temaene som det første intervjuet, men spørsmålene var formulert for å få frem eventuelle endringer etter deltakelse på kompetansetiltak. Spørsmål om hvordan deltakerne selv vurderte eventuelle endringer fra før kompetansetiltakene de deltok på bidro i noen tilfeller til å forklare eller kontekstualisere endringer, men ga meg også noen ganger økt forståelse av faktorer som hindret endring og utvikling av forståelse. Intervjuguiden knyttet til delstudien om ledernes erfaringer av betydningen av medarbeideres deltakelse på kompetansetiltak og anvendelse av kompetanseutviklingsstøttende verktøy (Maagerø-Bangstad et al., 2020), inkluderte spørsmål om i hvor stor grad tjenesten var preget av trusler og vold, hvordan man forholdt seg til, og praktiserte forebygging og håndtering av trusler og vold i deres tjenester, og hvordan de samarbeidet med brukerne og spesialisthelsetjenesten rundt tematikken.

Jeg fulgte intervjuguidene i intervjuene, men la også vekt på å være fleksibel og åpen for å stille utdypende spørsmål eller be om forklaringer fra deltakerne der jeg opplevde noe som uklart.

Fenomenografien prioriterer åpne spørsmål som lar intervjudeltakeren selv avgjøre hvilke dimensjoner ved spørsmålet de ønsker å belyse i svarene sine (Marton, 1986). Dette har ført til at fenomenografien har blitt kritisert for å løpe risikoen for at forskere og intervjudeltakere ikke snakker om det samme fenomenet under fenomenografiske intervjuer. Dette gjelder særlig når fenomenet som undersøkes er separert fra konteksten eller situasjonene det vanligvis forekommer i (Limberg, 2008), slik gjerne tilfellet er i forbindelse med forskningsintervjuer. For å unngå at jeg og intervjudeltakerne snakket «rundt hverandre» i intervjuene valgte jeg derfor å utforme relativt detaljerte

intervjuguiden for de fenomenografiske delstudiene (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020). I tillegg hadde jeg under intervjuene stadig oppmerksomhet på hva deltakerne snakket om. Om jeg var usikker på om vi snakket om det samme fenomenet, stilte jeg spørsmål som bidro til å avklare deltakerens opplevelse av hva vi snakket om. Jeg opplevde likevel at også det at de fleste intervjuene ble avholdt på deltakernes arbeidsplasser, bidro til å kontekstualisere fenomenet i avhandlingen for deltakerne.

Intervjuguiden for delstudie én (Maagerø-Bangstad et al., 2019) inneholdt en anmodning til deltakerne om å gi en beskrivelse av en episode hvor de hadde vært utsatt for eller bevitnet aggresjon, vold eller trusler fra brukere (se vedlegg VI). I de etterfølgende intervjuene ble deltakerne så bedt om å gi en ny vurdering av situasjonen og hvordan de ville løse denne etter de hadde deltatt på Helseetatens kompetansetiltak. Formålet med dette spørsmålet var å gi et kontekstualisert og mer praksisnært utgangspunkt for å samtale om deltakernes praksiser, og å undersøke hvordan deres vurderinger av praksis hadde utviklet seg etter deltakelse på kompetansetiltakene. På grunn av etisk ambivalens knyttet til mulige negative konsekvenser for deltakerne som etter hvert oppstod hos meg ved det å be deltakerne om å dele minner av ubehagelige hendelser, unnlot jeg slike spørsmål i delstudie to (Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020). Jeg erfarte likevel at flere av deltakerne gjerne delte eksempler fra egen praksis eller situasjoner de hadde vært vitne til uoppfordret og dette gjorde det mulig å kontekstualisere deres beskrivelser uten at det stilte meg overfor større etiske dilemmaer.

I delstudie én (Maagerø-Bangstad et al., 2019) ga jeg i starten av oppfølgingsintervjuet et kort resymé av deltakerens besvarelser fra det første intervjuet. Jeg erfarte at slik 'stimulert påminnelse' (Calderhead, 1981) i stor grad bidro til å anspore deltakerne på temaet i oppfølgingsintervjuet. Ved dette ble den innledende fasen i dette intervjuet mer effektiv og det ble brukt mindre tid til å 'koble' deltakerne på temaet for intervjuet enn ved førstegangsintervjuet. I delstudie to (Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) opplevde jeg derimot at deltakerne fremsto friere og mer ubundne av sine tidligere besvarelser når de ikke ble påminnet hvordan de hadde beskrevet sin praksis i det

forutgående intervjuet. Det å benytte seg av stimulert påminnelse representerer etter min mening en metodologisk begrensning ved den første delstudien. I tillegg til at jeg opplevde deltakerne som ble minnet på sine tidligere uttalelser og standpunkt i det første intervjuet som mer «forpliktet» overfor deres posisjon i det første intervjuet, var jeg også bekymret for at dette ville kunne bidra til å innsnevre den aktuelle studiens «pool of meaning» (Marton, 2015; Marton & Booth, 1997). Slik sett mener jeg at å anvende stimulert påminnelse er problematisk særlig i fenomenografiske studier som anvender to-stegsdesign. Dette gjelder spesielt for studier hvor formålet er å identifisere endring i intervjudeltakeres konsepsjoner og forståelser av fenomener. Disse metodiske problemene førte til at vi gikk bort fra denne strategien i delstudie to (Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020).

I forbindelse med to-stegs intervjuene leste jeg meg opp på transkripsjoner fra det første intervjuet med hver av deltakerne i forkant av oppfølgingsintervjuet. Dette gjorde jeg for å kunne følge opp eller be om utdyping av deltakernes utsagn eller beskrivelser fra det første intervjuet som eventuelt fremstod som uklare for meg. Denne forberedelsen var også påkrevd for kunne gjennomføre den omtalte strategien med stimulert påminnelse i delstudie én (Maagerø-Bangstad et al., 2019). Strategien var likevel også delvis motivert av et ønske om å ha «kontroll» over forløpet av samtalene, å være effektiv i gjennomføringen av intervjuene, og å ha oversikt over informasjonen som kom frem i løpet av to intervjuer.

Jeg erfarte at mine forberedelser til intervjuene gjorde det mulig å utforme spørsmål mer målrettet om praksiser og prioriteringer som hadde fremkommet i det første intervjuet og som tidvis kunne fremstå noe fremmed for meg. Innen kvalitative metoder er det ikke noe skarpt, entydig skille mellom datautvikling og analyse (Kvale & Brinkmann, 2015). Slik jeg forstår sosialkonstruksjonismen er intervjusamtalen og analysen to sider av samme sak. Lignende syn på datautvikling og analyse finner vi også hos Marton og Booth (1997, s 129) som hevder at

«the methods of phenomenographic data collection and data analysis are inseperable. For one thing, during the collection of data, whether through

interviews or in some other form, analysis is taking place, and early phases of analysis can influence later data collection».

Fenomenografisk analyse tar utgangspunkt i en samlet «pool of meaning» (Marton, 1986; Marton & Booth, 1997) av ytringer om et fenomen fra alle intervjuer i en studie.). Til en viss grad snakker fenomenografer om nødvendigheten av 'bracketing' eller den analytiske tilsidesettelsen av egne for forståelser, erfaringer med og gjeldende teoretiske perspektiver om fenomener (Barnard, 1999; Ashworth & Lucas, 1998; Marton, 1994; Marton & Booth, 1997). Dette knytter an til fenomenografiens fenomenologiske utgangspunkt (Ashworth & Lucas, 1998; Marton & Booth, 1997). Slik jeg leser Marton og Booth (1997) og Marton (1994) handler dette likevel primært om forskerens bevissthet om at maktforhold i intervjusituasjonene, og at forskeren sørger for å holde fokuset på deltakernes erfaringer av fenomener og hvordan forståelser av fenomenet varierer mellom deltakerne. Jeg mener likevel, i tråd med en sosialkonstruksjonistisk forståelse av kunnskapsutvikling som resultat av samhandling og dialog (Gergen, 2009; Burr, 2015a) at mine egne forståelser og oppfatninger av fenomenet videre bør anses som en viktig del av intervjusamtalen og av min og intervjudeltakerens felles utforskning av fenomenet forebygging og håndtering av trusler og vold. Den valgte fremgangsmåten om å lese transkripsjonene fra de første intervjuene før intervju nummer to knytter jeg også til egen overbevisning om at det påhviler forskere en etisk forpliktelse til å være forberedt og orientert i møte med personer som setter av tid til å bidra i forskning.

De fleste av intervjuene i de tre delstudiene ble, etter deltakernes egne ønsker, gjennomført i lokaler på deres arbeidsplasser. I noen intervjusituasjoner intervjuet jeg deltakere i de samme lokalitetene der de var blitt angrepet av brukere eller hadde opplevd truende situasjoner i møte med beboere. I disse tilfellene fikk jeg et unikt innblikk i kontekstene og fysiske rammevilkårene rundt deltakernes beskrivelser av praksis og deres erfaringer. Dette har ikke påvirket analysen av deltakernes beskrivelser, men har, etter min mening, hjulpet meg til å kunne forholde meg til deres perspektiver med empati og forståelse, også i situasjoner hvor jeg har kjent på motstand og holdningsmessig uenighet knyttet til den forståelse av praksis som noen av deltakerne la for dagen.

3.5 Dataanalyse

I denne delen fremlegger jeg hvordan dataene i avhandlingen har blitt analysert. Jeg har anvendt både fenomenografisk analyse og kvalitativ innholdsanalyse i behandlingen av dataene. Det er vesentlige forskjeller i disse tilnærmingene og derfor velger jeg i det følgende å presentere disse separat.

3.5.1 Delstudie én og to: fenomenografisk analyse

Resultatet av fenomenografiske analyser presenteres vanligvis i form av hierarkiske utfallsrom, som er «the complex of categories of description comprising distinct groupings of aspects of the phenomenon and the relationships between them» (Marton & Booth, 1997, s. 125). Den hierarkiske utformingen av dette utfallsrommet peker igjen på at de representerte forståelsesformene er kvalitativt ulike, og varierer i kompleksitet og sammensetning, fra enklere til mer komplekse forståelser. De deskriptive kategoriene i utfallsrommet er logisk sammenvevde/relaterte på en slik måte at høyere plasserte forståelser bygger på og innbefatter lavere plasserte og, etter et fenomenografisk rasjonale, *enklere* forståelsesformer.

Marton og Booth (1997, s. 133) beskriver den fenomenografiske analysesprosessen som å ta utgangspunkt i det totale datamaterialet om fenomenet, den såkalte «pool of meaning». Gjennom analyseprosessen blir meningsenheter undersøkt for å identifisere aspekter ved fenomenet både individuelt og i lys av den kollektive helheten av øvrige besvarelser i datamaterialet. Dette innebærer en stadig analytisk bevegelse mellom det individuelle og kollektive nivået for å identifisere meninger, eller referensielle aspekter som ulike meningsenheter reflekterer, samtidig som man forsøker å finne fokuset i enkeltytringer og hvordan disse kan relateres til de øvrige forståelsene i datamaterialet. Dette innebærer også en nitid, kontinuerlig revidering og etter hvert, raffinering av hvordan forskeren forstår deltakernes forståelser av fenomenet. Å gjennomføre en fenomenografisk analyse tar tid og krever, etter min erfaring, mye tankevirksomhet og oppmerksomhet fra forskeren. Imidlertid kan resultatet av slike analyser ha høyt

detaljnivå og, slik jeg har erfart det, fremskaffe verdifulle beskrivelser av menneskelig erfaring og forståelse, som også kan komplementere og utfylle andre metoder i å undersøke forståelser, erfaringer, perspektiver eller, måter å se verden på.

I delstudie én (Maagerø-Bangstad et al., 2019) valgte jeg å gjennomføre en *kontekstualisert* analyse (Bowden, 2000) av dataene. I delstudie to (Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) valgte jeg isteden å analysere data *dekontekstuel*t. Som regel beskrives fenomenografiske studier som dekontekstualiserte (Marton, 2015; Marton & Booth, 1997). Praktisk betyr dette at sitater i intervjutranskripter som er knyttet til fenomenet som undersøkes samles som meningsenheter i den nevnte «pool of meaning», fjernet fra deres kontekstuelle dimensjoner og kontekstene intervjudeltakere har ytret dem i. Ifølge Friberg og kolleger (2000) oppfattes kontekster innen fenomenografien først og fremst som områdene hvor forståelser av fenomenet dannes. Dette er i tråd med fenomenografiens «area of interest is not context itself, but the individual's understanding of a certain aspect of reality» (Friberg et al., 2000, s. 37). Ifølge forfatterne stiller den metodologiske dekontekstualiseringen fenomenografiske studier overfor den utfordrende oppgaven det er å rekontekstualisere funnene for å gjøre disse anvendelige i praksis. Bowden (2000) har istedenfor dette argumentert for en kontekstualisert fenomenografisk analyse. Dette innebærer å betrakte et intervjutranskript som én meningsenhet. Dette er ment å kunne ivareta oppmerksomhet på fenomenets og intervjudeltakernes kontekster, og vil således kunne minimere problemet med rekontekstualisering. I avhandllingen ønsket jeg å forsøke begge analysestrategiene. Jeg ønsket med dette å se om de ulike strategiene ville gi ulike utfall og muligens sammen ville kunne bidra til en mer helhetlig forståelse av psykisk helsearbeideres praksiser og forståelser i møte med trusler og vold.

Jeg erfarte at dekontekstualisert analyse i større grad enn tilfellet var ved kontekstualisert analyse, bidro til en oppmerksomhet om nyansene og kompleksiteten i beskrivelsene. Denne kompleksiteten ga meg større forståelse av innholdet og meningen bak deltakernes erfaringer og perspektiver, men gjorde det også utfordrende å identifisere utvikling av deres måter å se fenomenet på over tid. Logisk sammenhengende deskriptive

kategorier er det analytiske utfallet av fenomenografiske analyser (Marton, 2015; Marton & Booth, 1997). I min erfaring utgjør det å se forståelser som sammenvevde en utfordring for det å samtidig kunne se dem som separate. Jeg erfarte at ved å betrakte intervjuer som meningsfulle helheter, slik det blir gjort i kontekstualisert analyse (Bowden, 2000), var oppgaven med å klassifisere fremkomne forståelser i tekstene som uttrykk for separate og overordnede deskriptive kategorier mer håndterbar i delstudie én (Maagerø-Bangstad et al., 2019). Kontekstualisert analyse gjorde det også enklere å sammenligne forståelsene deltakerne la for dagen i intervjuene. Ved å sammenligne analyser av individuelle beskrivelser av praksiser i delstudie én og to (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) ble det også mulig å knytte funnene til individuelle deltakere. Dette gjorde det også mulig å vurdere kontekstuelle kvaliteter og egenskaper ved funnene. Blant annet fant vi i den første delstudien (Maagerø-Bangstad et al., 2019) at deltakere som deltok sammen med kolleger og som del av en planlagt og tilrettelagt kompetanse- og praksisutviklingsprosess på arbeidsplassen opplevde større endringer i sin forståelse enn deltakere som deltok alene.

Kontekstuell fenomenografisk analyse viste seg etter min erfaring også hensiktsmessig for å kunne angi mønstre for endring og utvikling av forståelse i datamaterialet. Dette fikk faktisk betydning i utskrivningen av funnene i den første delstudien (Maagerø-Bangstad et al., 2019). I denne ble deltakerne «scoret» etter den høyeste konsepsjonen de ga uttrykk for i intervjuene. I den andre delstudien (Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) valgte vi å la alle forståelser som deltakerne ga uttrykk for i intervjuene bli inkludert i beskrivelsen av det fenomenografiske utfallsrommet. Førstnevnte strategi ga nok kanskje den mest oversiktlige og visuelt kommuniserende presentasjonen av endringsmønstre, men sistnevnte strategi ga etter min mening også den mest transparente og troverdige beskrivelsen av funnene.

Det å inkludere representasjoner av individuelle forståelser blant deltakerne i avhandlingens fenomenografiske studier har vært inspirert av Dall'Alba (2002), Light og Calkins (2008) og Light og kolleger (2009). Dette ble gjort vel vitende om Martons og Booths (1997) standpunkt om at en persons erfaring av verden eller helt spesifikke

fenomen er umulig å avgrense. Slik sett er de fenomenografiske delstudiene i avhandlingen ulike mer tradisjonelle fenomenografiske studier, som fokuserer på kollektiv fremfor individuell erfaring (Åkerlind, 2012) og som befinner seg på gruppenivå hvor «individual voices are not heard» (Marton & Booth, 1997, s. 114). Jeg har også til dels valgt å se bort fra Collier-Reed og Ingermans (2013) advarsel om at en individuell beskrivelse anses som metodologisk upassende. Både Marton og Booth (1997) og Collier-Reed og Ingerman (2013) sikter her til at vi som forskere kun har tilgang til det som deltakere i forskningsprosjekter til enhver tid ytrer og at det ikke finnes noen måter for oss å si noe om deres ytringer er å forstå som totaliteten av deres forståelser. Innen fenomenografien argumenteres det for at det heller ikke er mulig å fastslå noe om andre menneskers eventuelle evner til å forstå på ut over det som fremkommer i intervjuer. Under innflytelse av fenomenografiens påpekning av grensene for vår forståelse av andre har jeg i avhandlingen derfor landet på at det i tråd med dette ikke vil være mulig å foregi å gi en fullstendig beskrivelse av deltakernes potensiale for erfaring eller konseptualiseringer. Gitt avhandlingens plassering innenfor et sosialkonstruksjonistisk vitenskapssyn (Burr, 2015a; Gergen, 2009; Lock & Strong, 2014) ville i det hele tatt et mål om å gi fullstendige beskrivelser av et erfart fenomen fortone seg relativt meningsløs. Isteden kan funnene anses som en representasjon av deltakernes fokus og bevissthet i tiden rundt intervjuene, og med den begrensning at bevisstheten fluktuerer, det vil si er i konstant bevegelse og varierer over tid. Likevel, ifølge Marton (2015) vil en persons ytring av aspekter hen tidligere har synes ute av stand til å ytre, gi oss en sterk indikasjon på at det har skjedd en endring i personens måter å se eller forstå verden på. Marton og Booth (1997) argumenterer også for at ulike måter å erfare på både kan sies å beskrive variasjonen innad populasjoner, men også at de kan være anvendelige i karakteriseringen av aspekter ved individers forståelse. I avhandlingen argumenterer jeg for at deltakere i studiene som ytret seg på særskilte måter om praksiser i forebygging og håndtering av trusler og vold kan sies å representere spesifikke kategorier av praksisforståelser, om enn tidsavgrensede og bevegelige. På denne bakgrunn har jeg og mine medforfattere i de to delstudiene (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) våget oss på en betinget og forbeholden inkludering av beskrivelser av individuelle

representasjoner av spesifikke måter å se verden på og hvordan disse har endret seg etter deltakelse på kurs og kompetansetiltak.

Vi har i studiene altså betraktet individuelle deltakere som eksponenter for særskilte konsepsjoner, uten dermed å foregi at vi har identifisert grensene for deres erfaringer og bevissthet. Våre analyser var kollektivt fundert og tok utgangspunkt i de samlede meningsenhetene i datamaterialet, eller studienes 'pool of meaning' (Marton, 2015; Marton & Booth, 1997). Inspirert av to-stegsdesignet hos Dall'Alba (2002), Light og Calkins (2008) og Light og kolleger (2009) bestod datamaterialet av to intervjuer, det ene gjennomført *før* og det andre *etter* deltakelse på kurs og kompetansetiltak. Deretter ble sitater fra datamaterialet brutt ned på individuelt nivå og vi sammenlignet individuelle deltakeres forståelser av forebygging og håndtering av trusler og vold før og etter at de deltok på Helseetatens kurs og kompetanseutviklingstiltak. Dette var en svært tidkrevende prosess, men gjorde det mulig å danne seg et tidsbegrenset bilde av endringer i måter å se praksis på blant deltakerne i de ulike kompetansetiltakene, gjennom å sammenligne de individuelle utfallsrommene før og etter deltakelse på kurs og kompetansetiltak. Gjennom denne tilnærmingen har vi foreslått et mulig spor for en utvidelse og videreutvikling av den fenomenografiske forskningstilnærmingen til også å tillate eksplisitte beskrivelser av endring og utvikling av forståelser. Det ligger likevel en begrensning i denne fremgangsmåten knyttet til fenomenografi som forskningstilnærming, da det for det første ikke er etablert praksis i denne å bryte den kollektive 'pool of meaning' ned på individuelt nivå. Likevel viser studier innen fenomenografien at individuelle meningsenheter identifiseres gjennom sitater (se for eksempel Ashwin et al., 2016; Gustafsson et al., 2008; Jormfeldt et al., 2003, 2007; Kurunsaari et al., 2018). Jeg har i avhandlingen forholdt meg til fenomenografisk analyse som først og fremst et nyttig verktøy for kunnskapsutvikling, og er, i likhet med Ashwin (2018), ingen 'rettroende' *fenomenograf* per se. Jeg mener at det er fullt mulig å se på individuelle deltakere som eksponenter for spesifikke forståelser av fenomener i et datamateriale, uten dermed å foregi at dette er den 'endelige sannhet' om deres evner til å se verden. Jeg oppfatter derfor den valgte strategien som innebar en analytisk bevegelse fra individuelt til kollektivt, og tilbake til individuelt nivå, som et bidrag til å

utforske en mulig utvidelse og videreutvikling av fenomenografisk forskningstilnærming og praksis.

3.5.2 Delstudie tre: kvalitativ innholdsanalyse

I delstudie tre (Maagerø-Bangstad et al., 2020) valgte jeg i samråd med mine medforfattere å gjøre en kvalitativ innholdsanalyse. Delstudien tar for seg lederes perspektiver på og erfaringer med deres medarbeideres anvendelse av kompetanseutviklingsstøttende verktøy og å delta på Helseetatens kurs og kompetansetiltak om forebygging og håndtering av trusler og vold. Vi undersøkte lederes erfaringer av betydningen av tiltakene, verktøyene og ressursene for utvikling av kompetanse og praksis hos egne ansatte. Forskningsspørsmålet i denne delstudien kan vanskelig beskrives ved bruk av fenomenografiske forskningstilnærming, siden fenomenografien retter seg mot førstepersonsforståelser av fenomener og ikke intervjudeltakeres perspektiver på og erfaring med andres læring og utvikling. Dette har også medført at jeg har måttet gjøre andre metodologiske overveielser og valg enn i delstudie én og to (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020). Jeg fant kvalitativ innholdsanalyse som å være en hensiktsmessig metode til å besvare studiens forskningsspørsmål på. Jeg vil i det følgende beskrive kvalitativ innholdsanalyse nærmere og også argumentere for hvordan metoden er egnet til å besvare forskningsspørsmålet om lederes perspektiver på betydningen av Helseetatens kompetansetiltak, verktøy og ressurser for deres tjenester.

Kvalitativ innholdsanalyse er beskrevet som en epistemologisk fleksibel og ontologisk åpen forskningsmetode for fortolking av kvalitative data, med et særskilt fokus på variasjoner i og mellom deler av tekster (Graneheim et al., 2017). Metodens åpenhet, fleksibilitet og det at den setter søkelys på variasjon, gjorde at jeg vurderte at denne kunne inngå i et forskningsprosjekt hvor vi også gjør anvendelse av en fenomenografisk forskningstilnærming. For avhandlingens delstudier, samlet sett, har dette fått den

betydningen at det er satt et særskilt søkelys på variasjon i utforskingen av deltakernes erfaringer og perspektiver på praksis og kompetanseutvikling.

I delstudie tre (Maagerø-Bangstad et al., 2020), rettet jeg, i tråd med Hsieh og Shannons (2005) beskrivelse av studier som anvender kvalitativ innholdsanalyse, oppmerksomhet mot selve innholdet eller den kontekstuelle meningen ved deltakernes tekstliggjorte kommunikasjon. I intervjutranskripsjonene så jeg derfor etter utsagn som direkte sa noe om hvordan lederne hadde opplevd betydningen av at ansatte i deres tjenester hadde deltatt på kurs eller kompetansetiltak. Likeledes søkte jeg også forståelser av deres perspektiver og erfaringer gjennom å inkludere kontekstuelle markører ved deres utsagn. Når for eksempel lederne ga uttrykk for for eksempel overraskelse, frustrasjon eller sterk overbevisning eller engasjement ble dette også gitt analytisk betydning som indikasjon på hvordan de vektla de tilknyttede erfaringene eller perspektivene.

I analyseprosessen ble Graneheim og Lundmans (2004) beskrivelse av kondensering fulgt. Dette er en prosess der datamaterialet reduseres analytisk, og ifølge Elo og Kyngäs (2008) er målet med analysen å oppnå så brede og kondenserte beskrivelser av fenomener som mulig, i form av konsepter eller kategorier. Graneheim og Lundman (2004) beskriver at disse konseptene og kategoriene har et høyere logisk abstraksjonsnivå enn det underliggende, kondenserte datamaterialet. Graneheim og kolleger (2017) påpeker at kvalitativ innholdsanalyse innebærer en metodologisk fleksibilitet. Hsieh og Shannon (2005) på sin side, fremhever særlig den induktive, konvensjonelle kvalitative innholdsanalysen som velegnet til å utvikle kunnskap om fenomener som er lite beskrevet i forskningslitteraturen. Dette er, som jeg tidligere har beskrevet, den nåværende kunnskapsstatusen innenfor området trusler og vold i lokalbasert psykisk helsearbeid. Dette gjelder også for kunnskapsstatusen om lederes erfaringer med og perspektiver på betydningen av forebygging og håndtering av trusler og vold i sine tjenester (Jaspers et al., 2021).

Jeg har i avhandlingen sett kvalitativ innholdsanalyse som en anvendbar forskningsmetode innenfor et forskningsdesign som fremhever samskaping og det at forskningen skal kunne kommunisere med praksisfeltet som å være sentrale premisser

og verdigrunnlag for kunnskapsutviklingen. Graneheim og kolleger (2017) knytter kvalitativ innholdsanalyse tett til et kunnskapssyn som argumenterer for at kunnskap utvikles i et fellesskap mellom forskere og intervjudeltakere, og i analysefasen, i fellesskapet mellom forskeren og teksten. Med dette plasseres kvalitativ innholdsanalyse tett opp til sosialkonstruksjonistisk epistemologi og syn på kunnskapsutvikling, med den tidligere nevnte samtidige erkjennelsen av at en tekst kan inneholde mer enn én mening (Sandelowski, 2011).

Kvalitativ innholdsanalyse befatter seg med enten manifeste og deskriptive eller latente og fortolkende analyser (Graneheim et al., 2017). De to analyseformene innbefatter begge fortolkning, men varierer i dybde og grad av abstraksjon (Graneheim & Lundman, 2004; Lindgren et al., 2020). En manifest analyse er en tekstnær analyse, mens en latent analyse gjerne er mer abstrakt og distansert fra teksten, men desto nærmere deltakerens levde erfaringer (Graneheim et al., 2017). Graneheim og kolleger (2017) betegner fenomenologiske beskrivelser som å primært være manifeste, mens de plasserer hermeneutiske analyser til et latent, fortolkende domene. Resultatet av analysene i den aktuelle delstudien (Maagerø-Bangstad et al., 2020) ble utformet som kategorier, som kjennetegnes gjennom å gi beskrivelser av innholdet på manifeste, overveiende tekstnære måter (Lindgren et al., 2020). Alle de tre delstudiene i avhandlingen vil, i tråd med ovenstående beskrivelse, kunne betraktes som moderat manifeste studier.

I delstudie tre (Maagerø-Bangstad et al., 2020), men også i de to øvrige delstudiene (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020), har analysene av datamaterialet innebåret mine egne subjektive fortolkninger av intervjudeltakernes beskrivelser. Hshieh og Shannon (2005, s. 1278) definerer kvalitativ innholdsanalyse som en forskningsmetode som er tilgjengelig for en subjektiv fortolkning av innholdet i tekstlige data «through the systematic classification process of coding and identifying themes or patterns». Jeg mener det subjektive aspektet peker tilbake på at fortolkninger med nødvendighet og uavvennelig vil innebære et subjektivt element, som også blant annet også Sandelowski (2011) peker på. I forskningsprosessen har jeg imidlertid lagt til rette for og involvert andre aktører og stemmer i fortolkningsarbeidet.

Formålet med dette har vært å bidra til at fortolkningene av datamaterialet skal kunne ha større gyldighet og potensielt kunne kommunisere godt med erfaringene til deltakerne og andre aktører i det øvrige praksisfeltet.

3.6 Forskningsetikk

Forskningen i avhandlingen har vært utført i tråd med formelle etiske retningslinjer innen forskning. Forskningsprosjektet er blitt fremlagt for Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) for vurdering. Der ble det konkludert at prosjektet falt utenfor helseforskningslovens virkeområde og dermed ikke var ikke fremleggelsespliktig for REK (ref. 2017/60 B, REK sør-øst, se vedlegg XI). Forskningsprosjektet ble videre meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD) (ref. 52044, se vedlegg XII).

3.6.1 Frivillig deltakelse og informert samtykke

Innhenting av informert samtykke fant sted gjennom at deltakerne fikk tilsendt et informasjonsskriv samtidig som de ble kontaktet med forespørsel om deltakelse i en av de tre delstudiene (se vedlegg I, II og III). I informasjonsskrivet ble det gitt informasjon om temaet for og formålet med studien, på hvilken måte datautviklingen ville gjennomføres, muligheten til å trekke seg fra studien og deres øvrige rettigheter som deltakere (heriblant anonymitet og konfidensialitet). Skriftlig samtykke ble til slutt gitt ved at deltakerne underskrev en erklæring om at de ville delta og at de var informert om hva deltakelse i den aktuelle studien innebar.

Frivillig og informert samtykke, gitt av deltakere uten noen former for press eller tvang er sentralt forskningsetisk prinsipp (Austin, 2013). I forbindelse med intervjuene har jeg flere ganger snakket med deltakerne om muligheten for å trekke seg fra studien. Jeg har vært oppmerksom på eventuelle tegn fra deltakerne om at de likevel ikke ønsker å delta. Slike tegn ville kunne være uttrykk for ubehag, irritasjon, motvilje eller sinne, men også at intervjudeltakere snakker om andre ting eller lar seg distrahere og forstyrre under

intervjuet. McCormack (2003) omtaler en slik oppmerksomhet i intervjusituasjoner som *'sympathic presence'* eller *'sympatiserende tilstedeværelse'*. Dette ses på som å være et kjennetegn ved personorientert forskning. Deltakernes samtykke ble videre gitt direkte til meg, selv om jeg i delstudie to (Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) rekrutterte deltakere via deres ledere. På denne måten har ikke lederne hatt noen kontroll med hvilke av deres ansatte som har svart positivt på mine henvendelser eller har kunnet sanksjonere deres deltakelse på noe vis. Jeg vet imidlertid ikke om lederne videreformidlet min henvendelse til alle som deltok på de aktuelle kompetansetiltakene.

Helseetaten i Oslo kommune har makt og påvirkningskraft overfor bydeler og enkeltansatte i bydelene gjennom forvaltning av en større portefølje av kompetansetilbud både bydelene og ansatte har interesse av. Dette er en posisjon som gir oss som har ansvaret for å tilrettelegge og utvikle disse tilbudene til bydelene, en viss grad av autoritet. Jeg har vært involvert i utviklingen av kompetanseutviklingstiltak og supplerende verktøy og ressurser knyttet til forebygging og håndtering av trusler og vold i en årrekke, og er kjent både av ledere og noen ansatte, i kraft av denne rollen. Jeg har av den grunn vært nødt til å overveie muligheten for at enkelte, og da kanskje særlig lederne som kjenner mer til meg og min rolle, kan ha følt seg presset til å delta i delstudiene eller å rekruttere deltakere blant sine medarbeidere.

Som nevnt over ble deltakerne i delstudie to (Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) rekruttert via en henvendelse til lederne av de samlokaliserte boligene som deltok i kompetansetiltaket. Å anvende såkalte 'portvakter' for å komme i kontakt med mulige deltakere i forskningsprosjekter er ikke uproblematisk, og er hyppig diskutert i forskningslitteraturen (Crowhurst & Kennedy-Macfoy, 2013). Det kan ligge noen viktige etiske dilemmaer knyttet til at man ofte tar frivillig og informert samtykke for gitt når deltakere svarer ja til å delta i en studie, uten å overveie de komplekse makt- og påvirkningsfaktorene som kan ligge bak en slik beslutning (Miller & Bell, 2012). Slik påvirkning fra maktforhold vil særlig kunne være gjeldende når henvendelsen kommer via nærmeste leder. Med hensyn til denne mulige påvirkningen har lederne i delstudie to (Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) derfor kun hjulpet til med å

videreformidle min forespørsel om deltakelse og har ikke på noe tidspunkt blitt informert om hvem som deltok i intervjuene.

Denne ph.d.-studien er blitt initiert av Helseetaten og meg selv, og tjener slik sett både mine egne og etatens interesser. Mitt inntrykk er at engasjementet og dedikasjonen flere av deltakerne i de tre delstudiene har fremvist, har vært motivert av et ønske om å lære mer, og å gå i dybden på temaer som sjelden blir behandlet i det daglige. Noen av deltakerne ga konkret uttrykk for dette i løpet av intervjuene. Så selv om min forskerrolle medvirket til asymmetri i den særegne konteksten forskningsintervjuet er (Kvale, 2006), så har jeg ikke inntrykk av at dette har vært en ensidig prosess, og at et utilbørlig press er blitt deltakerne til del i forbindelse med avhandlingen.

3.6.2 Konfidensialitet og anonymitet

Som forskere er vi forpliktet til å hegne om og overholde deltakernes konfidensialitet og anonymitet og sikre at de ikke vil bli identifisert som deltakere i forskningen. Tillit betegnes gjerne som en viktig faktor for at forskningsdeltakere skal kunne bidra med rike beskrivelser av sine erfaringer og perspektiver (Guillemin & Heggen, 2009). Jeg informerte deltakerne om min taushetsplikt både skriftlig og muntlig i begynnelsen av hvert intervju. I noen tilfeller ble det også nødvendig å gjenta dette under intervjuene også. Det forekom noen ganger at noen av deltakerne spurte meg direkte under intervjuet om min taushetsplikt. Dette syntes særlig knyttet til hensynet til en tredjepart, som for eksempel når deltakerne kom inn på forhold som hadde med kollegers handlinger i aggressive situasjoner og holdninger i møte med brukere.

Det forekommer en god del beskrivelser i datamaterialet vårt av faktiske hendelser og situasjoner som involverer deltakerne selv, brukere og svært ofte også deres kolleger. For å hindre gjenkjenning har jeg av denne grunn ikke sitert deltakeres beskrivelser av hendelser. Jeg har også fjernet andre mulige identifiserende kjennetegn når jeg har brukt tekstutdrag fra intervjuene. Det å oversette tekstutdrag fra norsk til engelsk mener jeg

også har bidratt til å forhindre identifikasjon og ivareta konfidensialitet i artiklene som er publisert.

De fleste deltakerne i de tre delstudiene ønsket å gjennomføre intervjuene på eget arbeidssted. Det var kun tre intervjuer som ikke ble gjennomført i lokaler på deltakernes arbeidssteder. To av disse ble gjennomført i lokaler på min egen arbeidsplass, etter ønske fra deltakerne selv. Det siste ble gjennomført per telefon av praktiske årsaker. I lys av dette har det vært utfordrende å ivareta konfidensialitet ved gjennomføringen av intervjuer på deltakernes egne arbeidssteder og å sørge for at deres deltakelse i forskningen ikke ble kjent for deres kolleger eller ledere. Alle tjenestene som har deltatt i avhandlingen er, relativt sett, små. Selv om noen av deltakerne hadde tilgang til egne kontorer og vi kunne gjennomføre intervjuene der, ble mange av intervjuene gjennomført i personalbaser, personalkjøkken og fellesstuer. I en samlokalisert bolig ble et av intervjuene avholdt i en av leilighetene som stod tom. De fleste av disse lokalisasjonene innebar oppmerksomhet fra både ledere, kolleger eller i noen tilfeller, brukere, om at intervjuer fant sted i lokalene. Jeg tilbød meg imidlertid å komme ut på arbeidsstedene av hensyn til deltakernes tid og for å kunne legge til rette for en så fleksibel deltakelse som mulig. Dette var også i tråd med de fleste deltakernes ønsker. Ingen av deltakerne som ble intervjuet på arbeidsstedene, ga uttrykk for at lokalisasjonen var problematisk. Mitt inntrykk var at ambivalensen hovedsakelig lå hos meg selv. Dette har likevel ført til at jeg har hatt en ekstra oppmerksomhet på å ivareta konfidensialiteten til deltakerne og sørge for at ingen i ettertid skal kunne identifisere hvilke deltakere som har sagt hva i artikler og senere presentasjoner av funnene.

3.6.3 Forskerens sensitivitet overfor mulige belastninger ved deltakelse

Kvale og Brinkmann (2015) bemerker at de innledende etiske overveielser i forbindelse med igangsetting av en kvalitativ intervjuundersøkelse også bør inkludere hvilke konsekvenser deltakelse vil kunne ha for deltakere. Jeg var særlig bevisst på at temaet trusler og vold i arbeidssituasjonen kan oppleves problematisk for enkelte i

intervjusituasjonen. Forskning har vist at det å bli utsatt for trusler og vold er forbundet med skam og ydmykelse for psykisk helsearbeidere, men også traumereaksjoner og frykt (Lanctôt & Guay, 2014; Needham et al., 2005; Rippon, 2000). Selv om deltakerne hadde mottatt informasjon om den aktuelle studien i forkant var jeg derfor åpen for at det var en mulighet for at noen av disse ikke var tilstrekkelig forberedt på reaksjoner som kunne oppstå i løpet av intervjuet. Jeg var derfor forberedt på at det kunne oppstå ubehagelige følelsesmessige reaksjoner i intervjuene, og at noen av deltakerne kunne få behov for særlig ivaretagelse i den forbindelse. Det var likevel ingen av deltakerne som gav uttrykk for utpreget ubehag. Jeg erfarte imidlertid at noen spørsmål kunne avstedkomme en viss ambivalens og reservasjon blant noen av deltakerne. Dette gjaldt særlig i tilfeller der jeg fulgte opp utsagn fra deltakerne selv om kollegers håndtering av konkrete situasjoner eller vurdering av arbeidsstedets praksis i forbindelse med håndtering av trusler og vold. Min vurdering av dette var, og er, at deltakerne i slike situasjoner kunne oppleve en konflikt mellom ønsket om å dele sitt syn på dette og en opplevd lojalitet til kolleger og ledelse i møtet med meg som en utenforstående aktør. Jeg antok at deltakerne også hadde en viss bekymring for mulige negative konsekvenser om deres syn på kolleger og ledelsen skulle bli kjent. Dette bidro til en ytterligere oppmerksomhet hos meg knyttet til å trygge deltakerne på det de fortalte i intervjuene ville bli konfidensielt behandlet og anonymisert i artiklene.

Inspirert av Lanza og kollegers (2006) beskrivelse av forskning på trusler og vold i psykisk helsetjenester som et eksempel på sensitiv forskning har jeg også kommet til å se på deltakelse i dette forskningsarbeidet som å gi deltakere en mulighet til økt innsikt, revurdering av egen praksis eller utvikling av praksis i tjenestene. I forståelse med dette har jeg derfor delt artiklene fra de tre delstudiene med deltakerne når disse har blitt publisert. I tillegg har jeg tilbudt tjenestestedene som har deltatt i avhandlingen å komme ut til dem for å presentere funnene, og å diskutere implikasjonene sammen med dem i etterkant av deltakelse. På denne måten har jeg ønsket å bidra til at deltakernes bidrag og reaksjoner på delstudien de deltok i ble anerkjent og satt i en sammenheng som kanskje vil kunne gi mening for den enkelte og deres arbeidsplasser.

Jeg opplevde at skapte et stort engasjement for de fleste og at deltakerne villig delte sine erfaringer og perspektiver. Enkelte ga helt konkret uttrykk for at det var godt å få en anledning til å snakke om, og gå i dybden på noe det ikke vanligvis ble snakket så mye om på deres arbeidsplasser. I andre situasjoner kunne jeg oppleve at noen deltakere hadde et tydelig behov for å formidle sine tanker og reaksjoner knyttet til situasjoner de hadde stått i. Jeg mener det å tilrettelegge for å kunne snakke om temaet trusler og vold på arbeidsplassen har relevans for etikken i avhandlingen. Jeg knytter dette til en etisk forpliktelse om å la praktikerne få komme til orde i utviklingen av kunnskapsgrunnlaget om det som for tiden er et lite utforsket tema. Når deltakerne også ga uttrykk for at temaet ble lite behandlet på arbeidsplassene deres bidro dette også til at jeg opplevde meg forpliktet til å ivareta deres perspektiver og være en god samtalepart i intervjuene.

Med henblikk på sensitivitet overfor og ivaretagelse av deltakerne og deres behov i intervjusituasjonen, har jeg i denne henseende opplevd min egen erfaring fra mangeårig arbeid i psykisk helsetjenester å være til hjelp. Jeg følte meg relativt trygg under intervjuene, og sikker på at jeg vil kunne håndtere ulike emosjonelle uttrykk og stille relevante oppfølgings spørsmål for å kunne fasilitere samskapning av kunnskap i intervjuene.

Guillemín og Heggen (2009) påpeker at mesteparten av forskningsetiske beskrivelser langt på vei handler om prinsipper for å beskytte forskningsdeltakere fra skade, men i langt mindre grad behandler potensielle skader for forskeren selv. Dickson-Swift og kolleger (2007, 2009) mener videre at sensitiv forskning ikke bare bør handle om at forskeren gjør vurderinger av hvordan deltakelse i en studie påvirker deltakerne, men også må innebære vurderinger av påvirkningen av å gjennomføre studier på utfordrende temaer for forskeren selv. Jeg har erfart at det å være tett på volden og historier om opplevd aggresjon, trusler og vold over lang tid har vært tidvis utmattende og utfordrende for meg selv. Selv om jeg ikke finner plass til å behandle mine egne opplevelser i avhandlingen, mener jeg dette kunne vært svært spennende å undersøke nærmere ved en senere anledning.

3.7 Avhandlingens kvalitet

En forutsetning for utvikling av kvalifiserte og troverdige funn innen forskning er at forskeren tar aktivt og strategisk stilling til tiltak for å sikre kvaliteten i sitt arbeid. I det følgende legger jeg frem de mest sentrale momentene jeg vurderte for å kvalitetssikre avhandlingsarbeidet. Creswell og Miller (2000) har beskrevet et to-dimensjonalt rammeverk for vurdering av validitet i kvalitative studier. I dette rammeverket tar de utgangspunkt i forskerens linse, deltakernes linser og linsene til utenforstående personer ved valg av strategier for å sikre forskningens kvalitet. Her legger jeg frem vurderinger og fremgangsmåter knyttet til refleksivitet, «member-checking» og «peer-debrief» (i norsk språkdrakt; vurdering av likepersoner). Disse fremgangsmåtene er knyttet til de samtlige av de tre linsene i Creswell og Millers (2000) rammeverk.

Siden midten av 1980-tallet har flere argumentert for at kvalitative metoder bør vurderes ut fra andre kvalitetskriteria enn kvantitative metoder (Cutcliffe & McKenna, 1999; Lincoln & Guba, 1985). Kvalitativ innholdsanalyse etter Graneheim og Lundman (2004) og Graneheim og kolleger (2017) er eksempler på dette. Innen fenomenografien brukes derimot ofte kvalitetsmål hentet fra kvantitative og positivistisk inspirerte metoder (Åkerlind, 2012). I de fenomenografiske delstudiene (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) ble det anvendt dialogisk reliabilitetssjekk og gjort tiltak for å sikre funnenes pragmatiske og kommunikative validitet. Åkerlind (2012) omtaler disse som utbredte måter for å sikre den metodologiske kvaliteten i fenomenografiske studier. I begynnelsen brukte jeg disse kvalitetsmålene med den hensikt å forholde meg konformt til det jeg opplevde som sedvane ved fenomenografiske studier. Senere har jeg kommet til at allmenngyldige og generiske kvalitetsstandarder for kvalitative studier hverken er oppnåelige eller hensiktsmessige siden ulike kvalitative metoder befinner seg på ulike steder på et kontinuum mellom kvalitative og kvantitative metoder (Rolfe, 2006). Jeg har i løpet av hele stipendiatperioden funnet det utfordrende å skille mellom kriterier fra positivistiske, kvantitative forskningstradisjoner og kvalitative. Vel vitende om at de har sin bakgrunn i ulike epistemologier, ontologier og idealer for

vitenskapelig virksomhet oppfatter jeg likevel kvalitetskriterier som å være uttrykk for det samme målet om å bidra til gyldighet og troverdighet i forskning.

3.7.1 Refleksivitet

Refleksivitet innebærer for å forholde meg til påvirkningen fra egne forforståelser og mulige «bias» i forskningsprosessen. I tråd med mitt sosialkonstruksjonistisk inspirerte utgangspunkt, innebærer dette også refleksivitet oppmerksomhet overfor «the dynamics of the researcher-researched relationship and how the knowledge is co-constructed» (Finlay, 2002, s. 536). Jeg har også erfart i forbindelse med mitt avhandlingsarbeid at refleksivitet og etikk kan ha visse overlappingspunkter. Guillemin og Heggen (2009) hevder at refleksivitet er en viktig bestanddel i en systematisk etisk bevissthet i kvalitativ forskning. Refleksivitet beskrives videre som en forutsetning for at man skal kunne påberope seg å drive personorientert forskning (Titchen et al., 2017; van Dulmen, et al., 2017) og er i det hele tatt en sentral bestanddel i personorienterte forskningsprinsipper (Jacobs et al. 2017). Jeg har derfor behandlet noe, som for eksempel forskerens påvirkning overfor forskningsdeltakere og maktforhold under etikk, men det kunne også blitt behandlet under overskriften 'refleksivitet'. I det følgende vil jeg forholde meg til refleksivitet som en forutsetning for å sikre troverdighet og integritet i kvalitative forskningsarbeider (Finlay, 2002).

Malterud (2001) definerer refleksivitet som en holdning hos forskeren til å systematisk vie oppmerksomhet til kunnskapsutviklingens kontekst, og særlig i relasjon til påvirkningen fra forskeren selv, i alle faser av forskningsprosessen. Refleksivitet innebærer etter dette en erkjennelse av datautvikling som en aktiv konstruksjonsprosess i møte med intervjudeltakere, og ikke som en objektiv og dekontekstualisert aktivitet (Finlay, 2002). Malterud (2021) argumenterer videre for at det å gjøre rede for sin egen forforståelse og egne antakelser om fenomenet som undersøkes, er utgangspunktet for refleksivitet i kvalitative studier. I tråd med mitt syn på kunnskap som konstruert i et fellesskap som involverer meg som forsker og deltakerne i intervjuer (Gergen, 2009;

Lincoln & Guba, 1985), har jeg derfor ansett meg som en legitim bidragsyter og aktør i kunnskapsutviklingen i avhandlingens delstudier.

Andersen og kolleger (2019) påpeker at forskerens ontologiske og epistemologiske standpunkt, i tillegg til hens forståelse av normer for vitenskapelig virksomhet, utgjør et 'filosofisk bias', som påvirker hvilke resultater man kommer frem til i vitenskapelige studier. Bias i forskningen forutsetter at de er implisitte og uuttalte. I tråd med Andersen og kollegers (2019) avvisning av ideen om objektiv forskning, mener jeg at funnene, og min forskningsvirksomhet, med nødvendighet farges av mitt ståsted og mine antakelser om verden og om forskning. Gjennom å være åpen om mine antakelser, posisjoneringer og valg, mener jeg disse snarere blir å anse som teoretiske og vitenskapsfilosofiske premisser for den forskningen som er utført og ikke som bias.

Jeg har arbeidserfaring fra ulike deler av psykisk helsetjenestene i Norge. Lengst erfaring har jeg fra kommunalt psykisk helsearbeid, men har også jobbet noen år i spesialisthelsetjenesten. Jeg har egenerfaring med det å være utsatt for aggresjon, trusler og vold fra brukere. Jeg har også vært leder for medarbeidere som har vært utsatt for både mindre og mer alvorlige trusler og voldshendelser. I tillegg har jeg siden 2012 jobbet med å utvikle kompetansetiltak og verktøy for å fremme recoveryorientert og avmaktsbevisst forebygging og håndtering av trusler og vold i lokalbaserte psykisk helsetjenester i Oslo. Fra dette arbeidet har jeg hatt med meg noen spesifikke erfaringer med, og perspektiver på, forebygging og håndtering av trusler og vold inn i møtet med avhandlingens deltakere. Mitt perspektiv handler blant annet om at trusler og vold i psykisk helsetjenester hovedsakelig er å forstå som uttrykk for utøverens avmakt og avmaktsfremmende livsbetingelser, og at forebyggingen og håndteringen av aggresjon, trusler og vold hovedsakelig påhviler psykisk helsearbeideren selv og hens organisasjon.

Det å ha noe forutgående kontekstuell kunnskap om deltakernes arbeidssituasjon og arbeidshverdag har bidratt til det jeg mener har vært et godt utgangspunkt for å forstå hva deltakerne har snakket om, og for å kunne tolke deres utsagn. Jeg mener å finne støtte for mitt syn hos Bonner og Tolhursts (2002) ideer om fordelene med å være en 'insider' i et forskningsfelt. De mener at det å ha en god forståelse av kulturen til en

gruppe gir et bedre utgangspunkt for å kommunisere med gruppen og dens medlemmer. De mener også at en tidligere etablert relasjon til medlemmer av gruppen er en fordel. Dette har vært særlig relevant i forbindelse med lederstudien (Maagerø-Bangstad et al., 2020). Forståelse av kulturer i psykisk helsearbeid og etablerte relasjoner har etter min erfaring bidratt til at det har vært relativt lett å «bevege meg» i forskningskonteksten, og å utvikle gode data sammen med deltakerne.

I likhet med LeVasseur (2003) nærer jeg en viss skepsis til ideen om at forskeren skal kunne adskille egne forforståelser av et fenomen, og ideelt sett, forholde seg objektivt og upåvirket til denne i sin undersøkelse og tolkning av det. Jeg mener, med bakgrunn i en sosialkonstruksjonistisk epistemologi, at dette ikke er mulig, og ikke engang ønskelig. Mitt sosialkonstruksjonistiske utgangspunkt handler uansett ikke om at mine perspektiver og erfaringer skal gis like stor betydning som deltakernes i utviklingen av kunnskapen i avhandlingen. Finlay (2002) påpeker betydningen av å holde fokuset på deltakerne eller teksten gjennom refleksiv praksis. Det er avgjørende for meg at det er deltakerne og deres erfaringer som er i søkelyset i avhandlingen. Jeg har bestrebet meg på å forholde meg empatisk og åpen (Kvale & Brinkmann, 2015) i møte med deltakernes forståelser og praksiser. Dette gjaldt også når jeg opplevde beskrivelsene som å gå på tvers av mine egne forestillinger om hva som er god praksis. Når jeg har stilt oppfølgingsspørsmål har dette hovedsakelig bestått i at jeg har bedt intervjudeltakerne om å utdype eller bringe klarhet for meg i hva de har ment ved sine utsagn, og ikke gått i rette med deres beskrivelser.

Det har vært nødvendig for meg i alle faser av avhandlingsarbeidet å reflektere bevisst over min relasjon til Helseetaten, som både er min arbeidsgiver og som har investert betydelige midler i kompetansetiltakene og verktøyene som er blitt utviklet siden 2010. Jeg har stilt meg spørsmål om jeg har hatt et ønske om å kunne presentere positive resultater av Helseetatens, og kommunens, satsing på kompetanseutvikling, som kan ha påvirket funnene i avhandlingen. Jeg har selv, som ansvarlig for og sterkt engasjert i utviklingen og gjennomføringen av kompetansetiltakene og implementeringen av de ulike støttende verktøyene, en mulig personlig interesse av en positiv vurdering av

tiltakene. Ønsket om å komme frem til fordelaktige resultater kan tenkes å påvirke alt fra design, gjennomføring og analyse, helt frem til presentasjonen av funnene. Med dette utgangspunktet har jeg helt fra starten vært nødt til å stille meg selv grundige spørsmål om mine ulike valg og tolkninger har bakgrunn i et ønske om å fremstille meg selv eller min arbeidsgiver i et gunstig lys. I lys av disse dilemmaene vurderte jeg i begynnelsen sterkt å gjennomføre forskningsprosjektet ved hjelp av kvantitative metoder, inspirert av min daværende oppfatning om at kvantitative metoder representerte objektiv og nøytral kunnskap. Jo mer jeg satte meg inn i dette spørsmålet, jo mer kom jeg til en erkjennelse av at kvantitative metoder ikke nødvendigvis er mer objektive og nøytrale enn kvalitative, og at jeg isteden ønsket å oppnå en mer kompleks og dypere forståelse av forskningsspørsmålene. Økt kjennskap og fortrolighet med kvalitativ metode ledet etter hvert til en erkjennelse av nødvendigheten av å innta en refleksiv vitenskapelig holdning til min egen rolle og min egen posisjon i konteksten jeg skulle bedrive min forskning innenfor.

Ønsket om å unngå uheldig påvirkning i behandlingen av datamaterialet har vært den primære begrunnelsen for å inkludere både referansegruppen og andre forskere i analysearbeidet. Jeg vil påpeke at selv om jeg som fagperson og utvikler av kompetansetiltak erkjenner en viss faglig og personlig samklang med de forståelsene i våre funn som er relatert til både recovery- og personorientert praksis, så sammenfaller disse forståelsesformene også med de mest sammensatte måtene å se praksis på i vårt datamateriale. Å rangere disse høyest blant de deskriptive kategoriene i de to fenomenografiske delstudiene (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020), er begrunnet i forskningstilnærmingens logikk, og ikke i mine, mine medforfatteres og referansegruppemedlemmenes eventuelle preferanser eller idealer når det gjelder praksiser i psykisk helsearbeid.

Jeg har opplevd å ha hatt en mellomposisjon mellom det å være en «insider» og en «outsider» i avhandlingsarbeidet. Selv om jeg har hatt en fordelaktig kjennskap til konteksten og kulturer i feltet, har egenerfaring med trusler og vold fra brukere og pleier relasjoner til flere personer i psykisk helsetjenester i Oslo kommune, har jeg også sett at

dette kan bidra til en 'illusjon av likhet' med deltakerne i avhandlingen (Pittman, 2002). Som forsker, og som ansatt i kommunalt byråkrati, er det flere ting som taler mot at jeg kan sies å dele eller forstå erfaringene til personer som til daglig jobber ansikt-til-ansikt med brukere som kan være truende og/eller voldelige. Blant annet handler dette om at slike erfaringer er en del av min fortid, mens dette i varierende grad er en del av deltakernes nåtid. Det har derfor vært vanskelig for meg å, fullt ut, sette meg inn i deltakernes prioriteringer og fokus når det gjelder praksis. I tillegg har min målsetning ved å gå inn i forskningsfeltet vært en annen enn deltakernes. Målsetningen min har vært knyttet til kunnskapsutvikling og et ønske om å bidra til utvikling av praksis i psykisk helsearbeid, men også kanskje et mer personlig ønske om den status og anseelse som gjerne er forbundet med å ha fullført en doktorgrad. Det er rimelig å anta at deltakernes motivasjon for å delta i delstudiene har vært mer praktisk rettet og kanskje handlet mer om et ønske om å snakke om aspekter som har med deres daglige virksomhet å gjøre. Dette har krevd en ydmykhet og åpenhet overfor deltakernes erfaringer og perspektiver, som jeg håper jeg har lyktes med å formidle i mine møter med dem og i mine skriftlige arbeider. Jeg mener at evnen til å gå nært fenomener er en av kvalitativ forsknings store fordeler. I tråd med Guillemin og Heggen (2009) ser jeg likevel også at det å ivareta en viss distanse både kan tjene den analytiske kvaliteten i studier, men også deltakernes interesser og integritet, og jeg er derfor komfortabel med den mellomposisjonen jeg har havnet på i avhandlingen.

3.7.2 Member-checking

Referansegruppen ble nedsatt i et forsøk på å styrke avhandlingens troverdighet, og særlig kredibilitet, eller i hvor stor grad funnene kan sies å være representative for fenomenet som undersøkes (Cutcliffe & McKenna, 1999; Korstjens & Moser, 2018; Lincoln & Guba, 1985). Arbeidet i referansegruppen er å forstå som et eksempel på '*member checking*', eller det at deltakerne i forskningen, eller personer fra gruppene som forskningen retter seg mot, bidrar til å legge grunnlaget for kvaliteten i forskningsarbeidene (Birt et al., 2016; Guba & Lincoln, 1989). Ofte behandles 'member

checking' som en prosedyre der enten funn eller data returneres til deltakere i studier for å sjekke hvorvidt de stemmer overens med og reflekterer deltakernes erfaringer (Birt et al., 2016). På grunn av begrenset tilgjengelighet og knapphet på tid har jeg blitt nødt til å avstå fra en slik prosedyre. I stedet har jeg, inspirert av Lincoln og Guba (1985), betraktet referansegruppens samlede erfaringer som å være representative for praksisfeltet. Dette var også begrunnelsen for at det ble etterstrebet bredde og variasjon i sammensetningen av referansegruppens medlemmer. Jeg vurderer det som en ytterligere kvalitet ved referansegruppen at den også inkluderte medlemmer med brukererfaring. Deres perspektiver i analysen av funnene har etter min mening tilført en dimensjon og en kvalitet som kan bidra til at disse i noen grad kan tenkes også å reflektere brukeres opplevelser av psykisk helsearbeideres praksiser i møte med trusler og vold.

3.7.3 Peer-debrief – vurdering av likepersoner

En forutsetning i forskningsdesignet i avhandlingen var at funnene skulle presenteres for intervjudeltakerne, medlemmene av referansegruppen, interessenter og aktører i psykisk helsearbeid i Oslo kommune. Dette var blant annet begrunnet i en etisk forpliktelse om å «gi tilbake» til feltet og til dem som hadde gitt oss av deres tid og ressurser for å bidra til kunnskapsutviklingen. I tillegg ønsket vi å benytte denne arenaen til å prøve ut, og få innspill på våre funn fra en bred og samlet erfarings- og praksiskunnskap som ville kunne være representert i et slikt forum. Dette er et eksempel på hvordan kvaliteten på forskningen kan utvikles av at utenforstående med kjennskap til forskningen og fenomenet det forskes på, kan spille rollen som 'djevelens advokat', utfordre forskerens antakelser, og støtte eller utfordre forskeren med henblikk på metoder eller fortolkninger (Lincoln & Guba, 1985). Dette kalles 'peer-debriefing' (Creswell & Miller, 2000; Lincoln & Guba, 1985), som jeg har valgt å kalle 'vurdering av likepersoner'.

Seksjon psykisk helse og avhengighet i Helseetaten, arrangerte et 'likepersonvurderingsseminar' for deltakere i alle tre delstudiene, referansegruppemedlemmer, ledere av psykisk helsetjenester i Oslo og andre

interesserte i midten av oktober 2019. I overkant av 40 personer deltok. Disse var personer med egen brukererfaring, psykisk helsearbeidere og ledere i Oslo kommune, FoU-rådgivere i spesialisthelsetjenesten, samt andre forskere. På dette seminaret ble funnene fra delstudie én (Maagerø-Bangstad et al., 2019), samt foreløpige kategoriseringer i delstudie to og tre (Maagerø-Bangstad et al., 2020; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) presentert. Presentasjonene ble etterfulgt av kommentarer og diskusjoner i plenum. Jeg noterte meg innspill, inntrykk og kommentarer som fremkom etter presentasjonene. Inntrykket fra innspillene og kommentarene som ble gitt av publikum var at funnene og resultatet av våre analyser ble vurdert som troverdige og resonnerte godt med erfaringene blant publikum. Seminaret bidro ikke til noen endringer i kategoriene og temaene i delstudiene. Isteden bidro diskusjonene i seminaret til å styrke min tiltro til funnes troverdighet og gi dybde til min egen forståelse av noen av funnernes implikasjoner for praksisfeltet.

Mitt samarbeid med mine veiledere har i perioder også hatt karakter av likepersonvurdering. I det løpende samarbeidet med dem har de stilt utfordrende spørsmål ved mine antakelser, mine fortolkninger og metodiske valg. Dette har i avgjørende grad bidratt til utvikling av min egen kompetanse som forsker, men også i betydelig grad tilføyd avhandlingen kvalitet og gjort funnene mer troverdige enn jeg ville vært i stand til på egen hånd. I tillegg har deres kjennskap til fenomenet jeg har forsket på, og innsikt i metodene jeg har valgt for å belyse dette, vært helt sentralt for at jeg har valgt å samarbeide tett med mine veiledere i alle tre delstudiene i avhandlingen.

4 Funn

Funnene i denne ph.d.-studien er presentert i tre artikler. Målsetningen med avhandlingen har vært å utvikle kunnskap om betydningen av en spesifikk strategisk kompetansesatsing rettet mot ansatte som kan oppleve trusler og/eller vold i sitt samarbeid med brukere i de kommunale psykisk helsetjenestene i Oslo. Målsetningen ble belyst i tre delstudier. I to av delstudiene ble deltakere i to generelle kurs i forebygging og håndtering av trusler og vold utviklet av Helseetaten, Oslo kommune og ansatte som har deltatt i lokalbaserte kurs og samlinger i samlokaliserte boliger for mennesker med psykisk helseproblemer og/eller rus i to bydeler i Oslo kommune intervjuet. I delstudie tre (Maagerø-Bangstad et al., 2020) ble ledere av psykisk helse- eller rustjenester som har deltatt på kompetansetiltak eller anvendt kompetanseutviklingsstøttende verktøy utviklet av Helseetaten, Oslo kommune intervjuet. I dette kapittelet vil jeg gi korte sammendrag av funnene i de tre studiene.

4.1 Sammendrag av første artikkel

Tittelen på den første artikkelen (Maagerø-Bangstad et al., 2019) var «*Encountering staff-directed aggression within mental health and substance abuse services: exploring conceptions of practice following education*». Studiens hensikt var å undersøke hvordan psykisk helsearbeidere forstår praksis i forebygging og håndtering av trusler og vold, og hvordan disse forståelsene endres etter å deltakelse på generelle kurs i forebygging og håndtering av trusler og vold. Studiens datagrunnlag bestod av 20 semistrukturerte intervjuer med ti deltakere på to generelle kurs i forebygging og håndtering av trusler og vold våren 2017. Hver deltaker ble intervjuet to ganger, én gang før kurs og én gang etter kurs. Datamaterialet ble analysert ved hjelp av kontekstualisert fenomenografisk analyse. Analysen resulterte i fem hierarkiske, internt relaterte og logisk sammenhengende kategorier. Den første, «*Observation, reporting and expectation of organizational intervention*», omhandlet praksis forstått som hovedsakelig å skulle beskytte psykisk helsearbeideren og arbeidsstedet hens. I denne forståelsen er psykisk helsearbeiderens

oppgave å observere brukeres atferd og tilstand og rapportere denne til overordnede instanser, som så ventes å igangsette egnede tiltak overfor brukeren. Den andre kategorien ble gitt navnet «*Application of personalized de-escalation skills and behaviour*» og i denne presenteres en forståelse av hensiktsmessig praksis som å bestå av personlige dpende egenskaper og ferdigheter. Disse egenskapene er grunnfestet i den enkeltes personlighet, og ikke i kunnskapsbaserte metoder og strategier for deeskalering. I den tredje kategorien, «*Delivery of team-based and standardized services*», er det standardiserte og systematiske løsninger utviklet i arbeidskollegiene som anses som å være mest hensiktsmessige for å forebygge og håndtere situasjoner med aggresjon, trusler og vold mot psykisk helsearbeidere. I denne forståelsen bidrar kollegene både gjennom utvikling av strategier, men også i den praktiske implementeringen av disse. Den fjerde måten å forstå trussel- og voldsforebyggende og håndterende praksis på i denne delstudien er gjennom «*Provision of perceptive and responsive services*». I denne kategorien er oppmerksomheten rettet mot kommunikasjonen med brukeren, og brukeren involveres som en betydningsfull informasjonskilde for den kyndige ansatte, slik at denne kan iverksette fleksible og tilpassede tiltak for å forebygge og håndtere fremvist aggresjon eller truende oppførsel. I den femte og siste kategorien, «*Facilitation of sensitive, involving and and reflexive care*», ses gode måter å møte brukere som fremstår aggressive og truende på som å innbefatte mellommenneskelige relasjoner mellom brukeren og psykisk helsearbeideren. Gjennom å betrakte brukeren som en likeverdig samarbeidspart i løsningen av situasjoner og å møte brukeren med respekt, omsorg, men også kjærlighet, oppstår det en grobunn for ikkevoldelige relasjoner mellom partene.

For å kunne vise utviklingen av forståelse i datamaterialet ble besvarelsene presentert i en tabell som viste den mest sammensatte forståelsen som ble ytret av individuelle deltakere i de enkelte intervjuene. Halvparten av deltakerne viste i det andre intervjuet en vertikal, kvalitativ utvikling av sin forståelse av praksis i møte med truende og/eller voldelige brukere, mens den andre halvparten beholdt sin opprinnelige forståelse fra intervjuet før de deltok på Helseetatens kurs.

Forståelsene som fremkom i denne delstudien, henger sammen med og bygger på hverandre. Dette vil si at forståelser på «lavere» nivåer reflekteres i de mer sammensatte forståelsesformene. Deltakere som viste forståelser i tråd med den femte kategorien kunne også snakke om praksis som å omhandle observasjoner av brukeres atferd, personlige egenskaper og erfaringer som gjorde dem i stand til å håndtere situasjoner eller hvordan de kunne være avhengige av støtte fra kolleger for å være i stand til å dempe aggresjon og konflikter med brukere. Deltakerne som ble identifisert som å forstå praksis i form av enklere og mindre sammensatte forståelser hadde ikke denne muligheten til å benytte seg av aspekter fra forståelser på de øverste nivåene i kategorihierarkiet. Funnene ble drøftet med utgangspunkt i hvordan ulike forståelser kan knyttes til ulike praksiser og hvordan disse samsvarer med ulike perspektiver på psykisk helsearbeid og at disse kan gi seg forskjellig utslag i møter med brukere som er aggressive, truende eller voldelige. Funnene ble også diskutert i lys av perspektiver på kompetanseutvikling. Det fremkommer i studien at kompetent praksis i møte med aggresjon, trusler og vold er sammensatt og fordrer at psykisk helsearbeideren er i stand til å fleksibelt og tilpasningsdyktig anvende ulike aspekter i møte med unike brukere og unike situasjoner. Funnene fra sammenligningen av intervjuene før og etter kursdeltakelse tydet på at kursdeltakelse hadde en moderat betydning for deltakerne, men også at enkelte deltakere syntes å ha god nytte av kursene. Funnene indikerer at psykisk helsearbeideres forståelser av hensiktsmessig praksis i møte med aggresjon, trusler og vold fra brukere er sammensatte og varierer etter i hvilken grad de retter seg mot og inkluderer psykisk helsearbeiderens, teamets og brukerens kompetanse, erfaringer og perspektiver. Artikkelen er publisert i *International Journal of Mental Health Systems*.

4.2 Sammendrag av andre artikkel

Tittelen på den andre artikkelen (Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) i avhandlingen var «*Exploring staff conceptions of practice in encounters with staff-directed aggression in supported housing following education and training*». Hensikten

med studien var å undersøke hvordan ansatte i samlokaliserte boliger i psykisk helsetjenester i to av Oslo kommunes bydeler forstod forebyggende og håndterende praksiser i møte med beboere som kan være truende og/eller voldelige. Vi ønsket også å undersøke hvordan disse forståelsene utviklet seg etter deltakelse på lokalbaserte kompetansetiltak, bestående av et introduksjonskurs og to etterfølgende samlinger i hver av boligene. Det ble gjennomført 26 kvalitative, semistrukturerte intervjuer med deltakerne. Hver deltaker ble intervjuet to ganger, én gang før kompetansetiltaket startet opp, og én gang etter at siste samling var gjennomført i de respektive boligene. Datamaterialet ble analysert gjennom en dekontekstualisert fenomenografisk analyse. Resultatet av analysen var et hierarkisk utfallsrom bestående av seks kvalitativt ulike, men internt relaterte kategorier. Den første av disse kategoriene ble gitt navnet «*Observation, alertness and awareness*». Forståelsen som beskrives i denne omhandler praksis som beskyttelse av personalet og tjenestene i en, for de ansatte avmektig situasjon preget av risiko, med begrensede ressurser tilgjengelige til å løse situasjoner og brukeres atferd. Den andre kategorien som ble utviklet i denne studien, «*Established understanding and knowledge of service users*», beskriver en forståelse av praksis som baserer seg i kjennskap til individuelle brukeres voldsrisiko og en generell forståelse av voldsrisiko for mennesker med ulike typer psykiske helseproblemer. I denne forståelsen er det psykisk helsearbeiderne som vurderer voldsrisiko og igangsetter intervensjoner for å forhindre uønskede hendelser. I den tredje forståelsen utviklet i denne studien, «*Team-based risk management and deliberation*», er det teamets samlede erfaringer og kunnskap som utgjør kilden til forståelse av situasjoner og til utvikling og gjennomføring av strategier for å forebygge og håndtere voldelige og truende møter med beboere. Den fjerde kategorien, «*Adoption of own dispositions and behaviors*», handler forståelsen om at psykisk helsearbeideren tilpasser seg situasjonen brukeren kan stille hen overfor gjennom å regulere sin praksis, fremferd og kroppslige oppmerksomhet overfor denne. På denne måten bruker den ansatte seg selv aktivt som «verktøy» for å bygge ikkevoldelige relasjoner mellom seg selv og brukeren. Den femte konsepsjonen i denne studien ble gitt navnet «*Reflexivity, sensitivity and care*». I denne måten å forstå praksis på fokuserte deltakerne på en refleksiv og empatisk innstilling og respekt overfor

brukeren og dennes behov i ulike situasjoner. Praktikerens refleksjon over eget bidrag, egne holdninger og kommunikasjonen overfor brukeren var sentralt i denne forståelsen for å kunne forebygge og håndtere situasjoner med aggresjon, trusler og vold. I den siste, og mest sammensatte forståelsen i delstudien, «*Involvement and dialogue*», ses brukere og psykisk helsearbeidere som mer jevnbyrdige partnere i hjelperelasjonen og forståelsen av brukeres aggresjon og utvikling av forebyggende og håndterende strategier og metoder skjer gjennom å involvere brukerne og deres perspektiver, erfaringer og ønsker.

For å kunne identifisere utvikling av forståelser av praksis i møte med brukere som kan være truende og/eller voldelige ble det laget en tabell hvor intervjuene som ble identifisert som å gi uttrykk for aspekter tilhørende ulike kategorier ble inkludert, før og etter deltakelse på de lokalbaserte kompetansetiltakene. Analysen resulterte i at kun et fåtall av deltakerne utviklet sin forståelse i tråd med en kvalitativt sett mer avansert kategori. Gjennom å sammenligne lengden på intervjuene før og etter deltakelse på kompetansetiltakene og innholdet i intervjuene ble det likevel funnet at alle var i stand til å gi mer utfyllende og detaljerte beskrivelser av sin opprinnelige forståelse fra det første intervjuet, i tråd med en horisontal utvidelse av forståelse.

Funnene ble drøftet i lys av modeller for forståelse av trusler og vold i psykisk helsetjenester og hvordan de ulike forståelsene har ulike implikasjoner for praksis og resulterer i ulike tilnærminger for arbeidet med å forebygge og håndtere trusler og vold mot psykisk helsearbeidere. De ulike forståelsene varierte kvalitativt etter hvilken grad de rettet oppmerksomhet mot psykisk helsearbeideren selv, teamet eller brukeren. Funnene ble derfor diskutert i lys av teorier, modeller og forskning om psykisk helsearbeideres håndtering av aggresjon, trusler og vold og brukeres perspektiver på dette. Ved å sammenligne fremkomne forståelser i intervjuer før deltakelse på de lokalbaserte kompetansetiltakene med intervjuer etter deltakelse ble det funnet en liten, men positiv betydning av deltakelse. I lys av lengden, og kvaliteten, på intervjuene i den andre intervjurunden, og det at to av deltakerne også viste en «negativ» utvikling av sin forståelse, ble det også drøftet hvorvidt det primære bidraget fra kompetansetiltakene

var mer i form av en tilretteleggelse av en horisontal *utvidelse* av forståelser, enn en vertikal *utvikling* av forståelser. Artikkelen viser at ansatte i samlokaliserte boligers forståelser av praksis i møte med aggressive, truende eller voldelige brukere er sammensatt og varierer etter i hvilken grad de sikter til eller innlemmer psykisk helsearbeiderens, teamets, eller brukers kompetanse, erfaringer og perspektiver. Artikkelen er publisert i *International Journal of Mental Health Systems*.

4.3 Sammendrag av tredje artikkel

Artikkelen fra den tredje delstudien (Maagerø-Bangstad et al., 2020) i avhandlingen bærer tittelen «*Managers' perceptions of competence and practice development following education in the prevention and management of staff-directed aggression: promoting person-centred practice*». Hensikten med denne studien var å belyse ledere i Oslo kommunes psykisk helse- og rustjenester sine erfaringer med og perspektiver på betydningen av å delta i Helseetatens kompetansetiltak og å anvende kompetanseutviklingsstøttende verktøy i forebyggingen og håndteringen av trusler og vold i deres tjenester. Datagrunnlaget i studien ble utviklet gjennom kvalitative, semistrukturerte intervjuer med elleve deltakere. Intervjuene ble transkribert ordrett og ble analysert gjennom kvalitativ innholdsanalyse. Analysen resulterte i tre kategorier som beskrev ledernes erfaringer og perspektiver av betydningen av kompetansetiltak og verktøy blant deres medarbeidere og i deres tjenester: 1) «*Increased awareness and understanding of the complexities of staff-directed aggression*», 2) «*Empowered and collaborative practice through negotiations of power relations*», og 3) «*Adjustment of perceived management responsibilities and assignments*». Deltakerne i studien hadde erfart at kompetansetiltak og verktøy bidro til økt oppmerksomhet om trusler og vold blant deres medarbeidere. Lederne fremhevet også at deres ansatte, og noen ganger også dem selv, hadde utviklet en dypere og mer omfattende forståelse av trusler og vold på arbeidsplassen. Større kunnskap blant ansatte og særlig ressurspersoners kompetanse hadde bidratt til å utjevne maktforhold mellom kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenestene knyttet til spørsmål om brukers vold og voldsrisiko.

Kompetansetiltak og verktøy hadde også påvirket lederne selv gjennom å endre oppfatninger av arbeidsoppgaver og ansvar som lå til deres posisjon som ledere. Funnene ble diskutert i lys av personsentrerte modeller for utvikling av praksis i helsetjenester, transformativ læringsteori og fenomenografiske beskrivelser av læring. Artikkelen kaster lys over hvordan kompetansetiltak og kompetanseutviklingsstøttende verktøy bidrar til utvikling av kompetanse i psykisk helsetjenester, men også endrer samarbeidsforhold og praksiser mellom ansatte og ledere, mellom tjenestenivåer og mellom tjenestene og brukerne. Artikkelen er publisert i *International Practice Development Journal*.

5 Diskusjon

Målsetningen med avhandlingen har vært å utforske betydningen av å delta på kurs og kompetansetiltak og anvende kompetanseutviklingsstøttende verktøy i møte med brukere av Oslo kommunes psykisk helsetjenester som kan være truende og/eller voldelige. Funnene berører både forståelser av praksiser i møte med trusler og vold i psykisk helsetjenester, og erfaringer med betydningen av å delta på kompetansetiltak og å anvende kompetanseutviklingsstøttende verktøy. Diskusjonen av funnene vil derfor være todelt. For det første konsentrerer jeg diskusjonen om funn knyttet til praksiser i forebygging og håndtering av trusler og vold i kommunale, lokalbaserte psykisk helsetjenester. For det andre diskuterer jeg funn som omhandler den utviklingen av kompetanse og forståelse som har funnet sted etter deltakelse på kompetansetiltak og anvendelse av verktøy for utvikling av kompetanse og praksis i møte med brukere som kan være truende og/eller voldelige. I kapittelet tar jeg også for meg mulige implikasjoner av funnene for praksisfeltet og for videre forskning, før jeg til slutt konkluderer og arbeidet finner sin avslutning.

5.1 Kompleksitet i forebyggingen og håndteringen av trusler og vold i psykisk helsearbeid

I avhandlingen beskriver deltakerne forebygging og håndtering av trusler og vold i psykisk helsetjenester som et komplekst fenomen. Dette innebærer at fenomenet berører kvaliteter og egenskaper ved organisasjonene, individet (både utøvere og ofrene), kollektivet, samarbeid og samhandling. Vi har videre funnet stor variasjon i hvordan psykisk helsearbeidere forstår praksiser i møte med trusler og vold. Funnene fra delstudie én og to (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) viser at psykisk helsearbeideres forståelser av forebyggende og håndterende praksiser varierer etter i hvor stor grad disse tar utgangspunkt i og inkluderer ulike dimensjoner og aspekter. Disse dimensjonene handler om egenskaper ved helseorganisasjonen, psykisk helsearbeideres personlige kvaliteter og evner, teamets samlede kunnskaper og

erfaringer i løsningen av situasjoner, og brukeres ressurser, erfaringer og oppfatninger knyttet til tjenestene de mottar. Disse funnene kan ses i sammenheng med, men også sies bidra til en utvidelse av, funn fra svensk institusjonsbasert psykiatri. Björkdahl og kolleger (2010) har funnet at psykisk helsearbeidere i spesialisthelsetjenesten bruker to ulike tilnærminger til forebyggingen og håndteringen av trusler og vold. Den ene tilnærmingen betegner de som 'ballettdanser', mens den andre omtales som 'bulldoser'. Der ballettdanseren er empatisk, signaliserer omsorg og tilpasser seg og justerer seg etter brukerens ønsker og behov i situasjonen, er bulldoseren mer myndig, sikkerhetsorientert, kontrollerende og autoritær. I følge Björkdahl og kolleger (2010) kan begge tilnærmingene brukes til forskjellige tider, men bruken overlapper også avhengig av det som kreves i situasjonene. Våre funn viser også at psykisk helsearbeidere kan anvende ulike tilnærminger for å løse situasjoner og unngå eskalering. Likevel viser funnene i de to fenomenografiske delstudiene (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) et mer nyansert bilde enn det som fremgår i Björkdahl og kollegers (2010) studie. For eksempel viser våre funn at tilgangen til ulike strategier er ulikt fordelt blant psykisk helsearbeidere, avhengig av deres forståelse av praksis. Bulldosertilnærmingen til Björkdahl og kolleger er forbundet med det vi finner i våre studier om enklere, mer grunnleggende og mindre sammensatte måter å se forebygging og håndtering av trusler og vold. Ballettdansertilnærmingen finner en parallell i våre studier med mer sammensatte og fleksible forståelser som handler om oppmerksomhet om eget bidrag i situasjoner, involvering av brukeren og sensitivitet overfor brukerens behov og ønsker. Psykisk helsearbeidere som evner å bevege seg fleksibelt og tilpasningsdyktig mellom praksiser forbundet med bulldoser og ballettdansertilnærminger vil ha mer sammensatte forståelser. I tråd med et fenomenografisk syn på kompetanse (Marton & Booth, 1997) kan praktikere med slike sammensatte forståelser være bedre istand til å møte kravene i nye situasjoner. På denne bakgrunn bør psykisk helsetjenester fremme sammensatte forståelser av forebygging og håndtering av trusler og vold mot psykisk helsearbeidere. Basert i dette vil jeg argumentere for at kurs og kompetansetiltak rettet mot psykisk helsearbeidere

tilrettelegges bør på måter som gir deltakere kunnskaper, ferdigheter og forståelser av praksis knyttet til både bulldoser- og ballettdanser-tilnærmingen (Björkdahl et al., 2010).

Deltakerne i delstudiene forklarte trusler og vold i psykisk helse- og rusarbeid som overveiende å ha sammenheng med kvaliteter og egenskaper ved brukerne. Disse kvalitetene kunne dreie seg om ruspåvirkning, psykoseproblematikk og aggresjonsproblematikk som hadde sammenheng med traumeerfaringer og tillærte handlingsmønstre fra en turbulent oppvekst eller erfaringer med å være utsatt for overgrep. Deltakerne pekte også på andre faktorer som var mer knyttet til miljømessige påvirkninger og kvaliteter ved samhandlingen og relasjonene mellom brukerne og psykisk helsearbeiderne. Deltakernes forståelser av årsaker til volden kan slik forstås i lys av Nijman og kollegers (1999) og Nijmans (2002) modell om interne, eksterne og situasjonelle/interaksjonsmessige årsaksfaktorer bak trusler og vold i psykisk helsetjenester. Praktikers måter å se, eller forstå, fenomener på av stor betydning for hvordan de møter fenomenene (Marton & Booth, 1997; Sandberg, 2000; Sandberg & Targama, 2007). Våre funn indikerer at det å se årsakene til trusler og vold i psykisk helsetjenester som sammensatte gir psykisk helsearbeidere tilgang til mer hensiktsmessige strategier enn å forstå volden som kun knyttet til egenskaper og kvaliteter ved brukeren. Recovery- og personorientert praksis handler blant annet om en oppmerksomhet overfor kontekstuelle faktorer og det å ha et helhetlig syn på brukeren og de relasjonene denne inngår i (Borg et al., 2013; McCormack & McCance, 2017). Disse tilnærmingene representerer slik sett et mer sammensatt syn på praksis, som kan være hensiktsmessig for forebygging og håndtering av trusler og vold. I lys av våre funn bør kurs og kompetansetiltak, praksisutviklingstiltak eller retningslinjer for forebygging og håndtering av trusler og vold i psykisk helsetjenester inkludere, og belyse hele komplekset av kritiske, og avgjørende, aspekter ved voldsforebyggende og håndterende praksis. Dette vil handle om å tilrettelegge kurs og kompetansetiltak på måter som fremmer det å kunne se individuelle, miljømessige og samspillsmessige faktorer i sammenheng, men også en evne til en fleksibel bevegelse mellom aspektene for å kunne finne frem til strategier som er tilpasset unike brukere og unike situasjoner. Björkdahl og kollegers (2010) bulldoser- og ballettdansertilnærminger synes i lys av funnene i våre delstudier

(Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020), begge å spille en rolle i forebyggingen og håndteringen av trusler og vold i psykisk helsearbeid. Istedenfor å se slike strategier og forståelser som motstridende og gjensidig utelukkende, vil jeg med bakgrunn i avhandlingens funn, argumentere for at sikkerhet, refleksjon og relasjons- og kontekstforståelse er deler av et logisk sammenhengende hele. Psykisk helsetjenester bør i tråd med ovenstående diskusjon fremme komplekse og sammensatte forståelser og praksiser blant sine ansatte og unngå generelle og standardiserte tilnærminger til forebyggings- og håndteringsarbeidet.

5.1.1 Bevissthetens betydning i og utvikling av bevissthet om forebygging og håndtering av trusler og vold

Funnene i avhandlingen fremhever, i tråd med fenomenografien, at bevissthet og bevissthetens innhold spiller en sentral rolle i forståelsen av psykisk helsearbeideress måter å se forebygging og håndtering av trusler og vold på (Maagerø-Bangstad et al., 2019, 2020; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020; Marton & Booth, 1997). Videre viste funnene at Helseetatens kompetansetiltak bidro til å øke bevisstheten om forebygging og håndtering av trusler om vold i tjenestene som deltok. (Maagerø-Bangstad et al., 2019, 2020; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020). Slik sett samsvarer funnene i avhandlingen med Farrell og Cubits (2005) funn om at mange aggresjonshåndteringsprogrammer vektlegger gjenoppfrisking som en måte å opprettholde og vedlikeholde kompetanse og evnen til å håndtere trusler og vold på. Bråten og Falkum (2019) understreker betydningen av mental forberedthet blant helse- og sosialarbeidere for deres evne til å håndtere konfliktsituasjoner hensiktsmessig. Ved å se på funnene fra avhandlingen i sammenheng med Farrell og Cubit (2005) sine funn og Bråten og Falkums (2019) prioritering av bevissthet og forberedthet, vil det være interessant å reflektere over hvorvidt bevissthet og tiltak for å bringe læringsobjektet inn i/tilbake igjen i bevisstheten kan være sentrale element ved utvikling av psykisk helsearbeideres kompetanse. I forbindelse med kompetanseutviklingstiltak kan dette bety at den økte bevisstheten om trusler og vold som fenomen er et viktig utfall i seg selv.

I tillegg kan det være viktig at trusler og vold blir behandlet regelmessig og kontinuerlig på arbeidsplassene for å opprettholde både den individuelle og kollektive bevisstheten og handlingsberedskapen.

Deltakerne i delstudiene fremholdt at bevissthet og oppmerksomhet fra personalet har avgjørende betydning for å få til effektiv og hensiktsmessig forebygging av trusler og vold i psykisk helsetjenester. I henhold til hvordan fenomenografien begrepsfester bevissthetsens struktur (Marton & Booth, 1997) vil strategier som handler om å ekskludere vold som mulighet i møte med brukere (Virkki, 2008), men også strategier som det å normalisere eller trivialisere volden (Fry et al., 2002; Geoffrion et al., 2017), påvirke psykisk helsearbeideres bevissthet i møte med brukere. Slike strategier vil kunne bidra til at muligheten for trusler og vold ikke blir innlemmet i psykisk helsearbeideres 'fokuserte objekt' (Marton & Booth, 1997), eller det deres bevissthet er rettet mot i praksisene deres. Dette bidrar til at det kan være en fare for at psykisk helsearbeidere ekskluderer volden og risikoen for vold fra sine erfaringer med og sin bevissthet knyttet til praksiser i psykisk helsearbeid. Marton og Booth (1997) skriver i den anledning om 'marginer', eller det som eksisterer samtidig med, men som ikke interagerer med erfaringens meningsinnhold. Det at psykisk helsearbeidere holder trusler og vold utenfor bevisstheten vil igjen kunne påvirke negativt deres opplevde relevansstruktur, deres erfaringsbaserte forståelse av hva ulike situasjoner krever, knyttet til forebygging av trusler og vold. Dette vil videre potensielt ha stor betydning for de valgene psykisk helsearbeidere gjør i truende situasjoner og hvilke strategier de anvender.

I avhandlingens fenomenografiske delstudier (Maagerø-Bangstad, et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) fremkommer det at kontrolltiltak og sanksjoner overfor brukere er strategier har en viss oppslutning om blant deltakerne. Deltakere mente for eksempel at truende eller voldelige brukere burde bli tatt hånd om av psykiatrien eller politiet, eller at truende eller voldelig atferd i det minste burde bli møtt med negative sanksjoner fra psykisk helsetjenestene. Deltakere fra samlokaliserte boliger kunne snakke om brukere som ikke passet inn i botilbudet, som var «feilplassert» eller burde bli kastet ut. Videre var en problemstilling som ble nevnt i intervjuene at personalet

i samlokaliserte boliger hverken hadde gode nok sikkerhetsforanstaltninger eller tilfredsstillende kontroll over beboerne og det beboerne foretok seg. Dette viser at manglende eller utilstrekkelig bevissthet ikke er den eneste utfordringen i arbeidet med forebygging og håndtering av trusler og vold i psykisk helsearbeid. Jacob og Holmes (2011a) har funnet at ansatte i psykiatriske sikkerhetsinstitusjoner kan utvikle en bevissthet om trusler og vold fra brukere, men at denne er knyttet til frykt og risiko der primært kontrolltiltak og negative sanksjoner er de foretrukne intervensjonene for å minimere risiko. Björkdahl og kolleger (2010) har som tidligere nevnt, vist at autoritære og dominerende måter å møte brukere på er en strategi som psykisk helsearbeidere anvender for å beskytte seg selv og arbeidsmiljøet mot brukeres aggresjon, trusler og vold. Morrison (1990) fant i en studie av en psykiatrisk helsetjeneste, en tradisjon og kultur for «tøffhet» blant ansatte, hvor kontroll og praksiser preget av mistillit overfor brukerne ble oppfattet som en organisasjonsmessig understøttet måte å håndtere voldelig atferd fra brukere på. Jacob og Holmes (2011a, 2011b) har på sin side funnet at forestillinger om brukeres potensiale for vold gjør at ansatte i psykiatriske sikkerhetsinstitusjoner utvikler autoritære og kontrollbaserte tilnærminger og distanserer seg fra mer omsorgsbaserte og idealiserte tilnærminger. Slike intervensjoner og tilnærminger peker likevel tilbake på praksiser som er vist å være forbundet med reaktiv vold, eller 'motvold' (Isdal, 2000), fra brukere (Aberhalden et al., 2006; Chang et al., 2012; Duxbury, 2002; Gudde et al., 2015; Haugvaldstad & Husum, 2016).

Funnene fra avhandlingen og den ovenfor nevnte forskningen viser at å ha en bevissthet om trusler og vold ikke er nok for å forebygge og håndtere uønskede hendelser. Om psykisk helsearbeidere er bevisste, men utvikler en relevansstruktur som er preget av frykt og risiko, som igjen bidrar til kontrollerende og autoritære praksiser, vil en slik bevissthet kunne sies å være lite egnet til å forebygge trussel- og voldshendelser i psykisk helsetjenester. Dette vil jeg argumentere for blir antydnet av at de av deltakerne i de to fenomenografiske delstudiene (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) som ble vurdert som å tilkjenne størst tilslutning til kontroll og sanksjonsbaserte intervensjoner i møte med brukeres trusler og vold, også kunne fortelle om å ha vært utsatt for til dels svært alvorlige trusselhendelser. Jeg tolker dette

som en indikasjon på at deres syn på og forståelse av hvordan trusler og vold skal forebygges og håndteres er én faktor som kan farge deres praksis overfor brukere på måter som øker deres risiko for å bli utsatt for aggresjon, trusler og vold. På dette grunnlaget mener jeg videre at om autoritære, og potensielt skadelige, forståelser av forebygging og håndtering av trusler og vold blir avdekket blant psykisk helsearbeidere, bør disse tas på høyeste alvor og at det bør settes i verk tiltak for å fremme mer inkluderende og samarbeidsorienterte forståelser. Dette kan skje gjennom deltakelse på kurs og undervisning, men også gjennom veiledning og rådgiving fra for eksempel ressurspersoner i bydelene. På denne måten kan man forebygge skader på ansatte og kolleger, men også brukerne, som ellers ville kunne blitt møtt på autoritære, krenkende og belastende måter.

Forskning viser at trusler og vold på arbeidsplassen ikke finner sted uten foranledning (Bowie, 2002; Gudde et al., 2015; Johnson & Delaney, 2007). Denne erkjennelsen er også utgangspunktet for mange tilnærminger til forebygging og håndtering av trusler og vold, slik som den avmaktsorienterte tilnærmingen (Kaplan & Wheeler, 1983; Lillevik & Øien, 2014; Isdal, 2000) som Oslo kommunes kurs og kompetansetiltak bygger på. Foruten at manglende bevissthet om trusler og vold i møter med brukere kan bidra til at psykisk helsearbeidere ikke ivaretar egen sikkerhet i tilstrekkelig grad, eller blir stående for lenge i situasjoner, slik vi fant beskrevet i delstudie tre (Maagerø-Bangstad et al., 2020), kan dette også ha betydning for når psykisk helsearbeidere igangsetter forebyggende og håndterende tiltak. I avhandlingen møtte vi flere deltakere som fortalte om hendelser der psykisk helsearbeidere hadde kommet inn i situasjoner relativt sent eller langt ute i aggresjonsforløp. Brukere etterspør at personell i psykisk helsetjenester anvender tidlige intervensjoner, er mer sensitive, proaktive og responsive for å kunne forhindre trussel- og voldshendelser (Gudde et al., 2015). Kan det være at manglende eller utilstrekkelig bevissthet fører til at psykisk helsearbeidere ikke er tilstrekkelig oppmerksomme på eller sensitive overfor tegn på risiko fra brukere og kommer for sent i gang med forebyggende og deeskalerende tiltak? Å intervenere tidlig i et aggresjonsforløp gir psykisk helsearbeidere tilgang til et større handlingsrom og flere muligheter til å anvende individuelt tilpassede strategier overfor brukere, enn lenger ut i forløpet (Lillevik & Øien,

2014). Dette fordrer en særskilt oppmerksomhet knyttet til tidlige tegn på eskalering, men også en oppmerksomhet og sensitivitet knyttet til brukernes opplevelser av avmakt i møte med tjenestene eller i andre deler av deres liv. Gjennom å ha bevissthet om, og igangsette forebyggende og håndterende tiltak tidligere vil man også kunne unngå de mest inngripende, krenkende og skadelige intervensjonene overfor brukerne. Gignon og kolleger (2014) mener at tiltak for å forebygge og håndtere trusler og vold i helsetjenester kan ses i sammenheng med pasientsikkerhet og innsatser for å øke kvaliteten på tjenester til brukere. På bakgrunn av våre funn av særlig hensiktsmessige forståelser av forebyggende og håndterende praksis i to av delstudiene (Maagerø-Bangstad et al. 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020), ser jeg at disse er forbundet med en høy bevissthet om trusler og vold i psykisk helsearbeid. Videre mener jeg å finne at slike forståelser også har sammenheng med en høy bevissthet om kvaliteten på tjenestene som tilbys brukerne, der tilpasning til individuelle behov hos brukerne, høy faglig standard og omsorg overfor brukerne er viktige verdier for psykisk helsearbeidere. På denne bakgrunn vil jeg også argumentere for at det å ha oppmerksomhet på å utvikle psykisk helsetjenester med god kvalitet også er et bidrag i innsatser for å forebygge trusler og vold mot ansatte.

5.1.2 Nulltoleranseprinsipper i møte med trusler og vold

Søkelyset på interne faktorer (Nijman et al., 1999; Nijman, 2002) bidro i slutten av 1990-tallet til å danne utgangspunktet for en policy i helsevesenet som gjorde seg særlig gjeldende innen psykisk helsetjenester, beskrevet som 'nulltoleranse'. Paterson og kolleger (2008) har vist at nulltoleranseprinsipper er hentet fra den strikte, rigide og sterkt kritiserte måten myndighetene i New York bekjempet kriminalitet på begynnelsen av 1990-tallet. Ifølge Whittington og Higgins (2002) innebærer nulltoleranse som prinsipp at alle hendelser som inkluderer aggresjon, trusler eller vold uten unntak skal betraktes som negative hendelser.

Under intervjuene i forbindelse med avhandlingens delstudier ga flere av deltakerne uttrykk for at deres arbeidsplasser hadde retningslinjer og rutiner som tilsvarte nulltolerante praksiser i møte med trusler og vold på arbeidsplassen. Dette gjaldt både i intervjuene med ansatte og ledere. Det ble ikke gitt nærmere beskrivelser eller konkret innhold i intervjuene, selv etter at jeg stilte konkrete spørsmål om dette. I to av delstudiene (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) fant vi likevel at deltakerne beskrev praksiser hvor symptom- og atferdsbaserte observasjoner av brukere ble ansett å være en grunnleggende forutsetning for forebygging og håndtering av trusler og vold på arbeidsplassen. Foreventningen som fremkom i intervjuene var at observasjoner som indikerte forhøyet risiko og uønskede hendelser skulle bli møtt med ulike former fra sanksjoner fra enten ledelsen, politiet eller det psykiske helsevernet. Behr og kolleger (2005) har vist at nulltoleransepolicyer fokuserer på brukeres ansvar overfor helsetjenestene de mottar og at de innebærer sanksjoner, gjerne i form av avslutning eller midlertidig suspensjon av tjenestene om de utøver vold eller aggresjon mot tjenesteytere. Gjennom et sterkt fokus på kontroll og demping av menneskers atferd er det blitt hevdet at psykisk helsefeltet er særmerket av en utpreget risikoaversjon (Szmukler & Rose, 2013). I forbindelse med en australsk studie om implementering av en modell for recoveryorientert psykisk helsearbeid i Australia (Crowe & Deane, 2018), fant man også eksempler på en utbredt motvilje mot å akseptere risiko og usikkerhet i psykisk helsetjenester. Dette selv om positiv risikotaking også er funnet å være en av grunnpilarene ved recoveryorienterte psykisk helsetjenester, og å være i tråd med prinsipper om samarbeid, utvikling av mestringsressurser, motivasjon og målrettet atferd (Felton & Stickle, 2018). Jeg vurderer, i lys av funnene i avhandlingen av de minst sammensatte forståelsene av praksis som å handle om observasjon av brukeres atferd, kontroll og begrenning av brukernes potensialer for skade på tjenestene og ivaretagelse av personalets sikkerhet, observasjons- og sikkerhetsaspekter som å være grunnleggende elementer ved forebygging- og håndtering av trusler og vold i psykisk helsetjenester. Avhandlingens funn viser videre at nulltoleranseprinsipper bidrar til å sette søkelyset på kvaliteter og egenskaper ved brukeren i forståelsen av aggresjon, trusler og vold. Ved å miste syne av kontekstuelle, relasjonelle og interaksjonsmessige

faktorens bidrag i truende eller voldelige situasjoner, kan dette gjøre psykisk helsearbeiderne og organisasjonene mindre i stand til å forstå situasjoner og å igangsette potensielt virkningsfulle forebyggende og håndterende strategier.

I delstudie én og to (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) fant vi at deltakere som refererte til nulltoleranspolicyer på arbeidsplassen kunne ha forståelser som ble rangert lavt i hierarkiet av deskriptive kategorier, 'utfallsrommet' (Marton & Booth, 1997). Likevel kunne også deltakere som ble vurdert høyt i hierarkiet gi uttrykk for arbeidsstedets nulltoleranse overfor trusler og vold fra brukere. I tråd med det fenomenografiske synet på kompetanse er standardiserte og éndimensjonale (eller kanskje bedre; 'fådimensjonale') forståelser rigide og lite adaptive i møte med en kompleks verden av sammensatte fenomener. Psykisk helsearbeidere som forstår trusler og vold *kun* i henhold til nulltoleranseprinsipper, løper derfor risikoen for å «lukke» sin erfaringsverden og ikke kunne dra lærdom av sine erfaringer. Middleby-Clements og Grenyer (2007) har for eksempel vist at personalopplæring i voldsrisikohåndtering i tråd med nulltoleranseprinsipper kan føre til både økt rigiditet og intoleranse knyttet til håndteringen av aggresjon fra brukere av psykisk helsetjenester.

I lys av ovenstående diskusjon viser funnene i avhandlingen at hensiktsmessig og virkningsfull forebygging og håndtering av trusler og vold har sammenheng med praktikerens fleksibilitet og det å kunne tilpasse seg ulike situasjoner. Kompetanseutviklingstiltak må derfor, i tråd med variasjonsteoretiske prinsipper (Marton, 2015), bidra til å «åpne opp», eller «pakke ut» aspekter ved mer nyanserte og sammensatte forståelsesformer for at deltakere med «enklere» og rigide forståelser skal kunne tilegne seg mer sammensatte, hensiktsmessige og virksomme forståelser. Avhandlingens funn av relevansstrukturer blant deltakere knyttet til nulltoleranse, kontroll og autoritær praksis viser at Oslo kommunens psykisk helsetjenester løper risikoen for å utvikle praksiser som forvrenger tjenestenes recoveryorienterte plattform. Foruten det, kan slike nulltoleransepregede forståelser også bidra til et aggresjonsfremmende arbeidsmiljø, der psykisk helsearbeidere blir utsatt for reaktive

trussel- og voldshendelser fra brukere. Sett i dette lyset bidrar avhandlingens funn til å kaste lys på problematiske sider ved psykisk helsetjenestene i Oslo kommune.

I avhandlingen har vi funnet at psykisk helsearbeidere forventer intervensjoner fra ledere, ordensmyndigheter eller behandlingsapparatet ved trussel- eller voldssituasjoner. De senere årene har det funnet sted en betydelig nedbygging av døgnplasser i det psykiske helsevernet (Helsedirektoratet, 2015, 2017). De siste årene har tendensen vært både en økning av avvisninger og utskrivelser i spesialisthelsetjenesten, og at innleggelser av lengre varighet blir stadig sjeldnere (Helsedirektoratet 2018a, 2020). Flere av deltakerne i delstudiene beskrev det de opplevde som en høy terskel for innleggelser i spesialisthelsetjenesten. Det å forstå praksis i tråd med en nulltolerant sanksjonering overfor aggressive eller truende brukere gjennom innleggelse i psykisk helsevern blir i dette lyset både urealistisk og direkte uhensiktsmessig for løsningen av truende situasjoner for psykisk helsearbeidere. Arnetz og Arnetz (2001) har vist at et dårligere tjenestetilbud gjerne er resultatet for brukere som er truende eller voldelige overfor sine hjelpere. Psykisk helsearbeidstjenester er lovfestede etter pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Leieforhold i kommunale samlokaliserte boliger for mennesker med psykiske helseproblemer er også lovregulert etter Husleieloven (1999). Verken bolig- eller psykisk helsetjenestetilbud lar seg på dette grunnlaget avslutte uten videre etter trusler eller vold mot kommunalt ansatte psykisk helsearbeidere. Det kan derfor være nødvendig å finne løsninger på slike hendelser gjennom andre tiltak og intervensjoner. Vil det å forvente eller etterspørre intervensjoner fra eksterne parter basert på nulltoleranseprinsipper og interne faktorer, slik vi har funnet i to av delstudiene (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020), isteden risikere å utsette psykisk helsearbeidere for utbrenthet, å utvikle symptomer på post-traumatisk stress lidelse eller bidra til mindre opplevelser av trygghet på jobben? Dette er fenomener som er funnet å være vanlige ettervirkninger av trusler og vold i ulike deler av helsetjenestene (Catlette, 2005; Gates et al., 2011; Richter & Berger, 2006; Whittington, 2002; Whittington & Higgins, 2002). Slike reaksjoner på å bli utsatt for trusler og vold kan ytterligere forsterkes ved at ansatte ikke opplever å bli hørt eller å ha kontroll over eller kunne øve innflytelse på sin arbeidssituasjon (Havaei et al., 2019;

Maslach & Leiter, 2016; Schat & Kelloway, 2000). Våre funn viser at hensiktsmessig og virkningsfull forebygging og håndtering av trusler og vold handler om faktorer ved organisasjonen og samarbeidsparter, men også psykisk helsearbeideren selv, og til syvende og sist, også brukeren. Nulltoleransebaserte praksiser er i langt mindre grad opptatt av kontekstforståelse, praktikerens eget bidrag i situasjoner og involvering av brukeren.

5.1.3 Delt forståelse: teamets og kollegers betydning i forebyggings- og håndteringsarbeidet

I to av delstudiene (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) ble det funnet forståelser av forebygging og håndtering av trusler og vold blant deltakerne som vektla teamet og kollegafelleskapet i forbindelse med utvikling av strategier og tiltak for å møte aggresjon, trusler og vold fra brukere. Kollegafelleskapet ble sett på som en erfarings- og kunnskapsbase om trusler og vold, men også som et kollektivt utgangspunkt for praksis. Farrell og Cubit (2005) har funnet at teamarbeid og teamprosesser sjelden tematiseres i aggresjonshåndteringsprogrammer innen helsefeltet. Likevel fremhever det britiske helsedepartementet (2009) samarbeid og teamarbeid basert i åpen kommunikasjon og deling av synspunkter som en viktig faktor for både å vurdere voldsrisiko og utvikle gode strategier for håndtering av trusler og vold i psykisk helsetjenester. Samarbeid og samhandling med kollegaer har ikke vært en prioritert dimensjon som er blitt belyst i Helseetatens kurs og kompetansetiltak, men avhandlingens funn av teambaserte forståelser viser likevel at psykisk helsearbeidere mener dette er helt avgjørende for å kunne forebygge og håndtere trusler og vold fra brukere.

I avhandlingen har vi funnet at kollegastøtte ble verdsatt som en måte man kan bearbeide og å håndtere hendelser med trusler og vold på arbeidsplassen blant deltakerne (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020). Dette støttes av Abu Al Rub (2004) som har funnet at opplevd støtte fra kolleger har stor

betydning for i hvor utsatt helsepersonell er arbeidsrelatert stress og hvor effektive de er i utøvelsen av sitt arbeid. I tillegg kan støtte fra kolleger medvirke til bedre kvalitet på tjenesteneutøvelsen. I avhandlingen har vi funnet at deltakerne opplevde kollegene som å tilby praktisk støtte og trygghet i arbeidssituasjonen. Vi fant også at kollegafellesskapene også var viktige for utviklingen av praksiser i psykisk helsetjenestene. Andre studiers funn av «tøffhetskulturer» (Morrison, 1990) eller arbeidsmiljøer preget av frykt- og risikobaserte tilnærminger til forebyggingen og håndteringen av trusler og vold (Jacob & Holmes, 2011a, 2011b) viser at ikke alle kollegafellesskap er like hensiktsmessige eller helsefremmende i møte med aggresjon, trusler og vold fra brukere. Våre funn viser, i tråd med den fortolkende kompetansetilnærmingen (Dall'Alba & Sandberg, 1996, 2006; Sandberg, 2000; Sandberg & Targama, 2007), at det er gjennom det sosiale fellesskapet og samhandlingen mellom kolleger at forståelsen av arbeidet utvikles. Dette har betydning for hvilke praksiser som blir fremmet i teamene, men gjelder også hvordan bevissthet og oppmerksomhet blir prioritert i arbeidet med å forebygge og håndtere trusler og vold. Utfordringen til særlig ledere og ressurspersoner, men også teammedlemmene selv, består derfor i å unngå at enklere og mindre sammensatte forståelser får dominere i samtalen om forebygging og håndtering av trusler og vold på arbeidsplassen.

I delstudie én (Maagerø-Bangstad et al., 2019) fant vi at enkelte av deltakerne med kortest arbeidserfaring var kritiske til og stilte spørsmål ved en del av praksisene deres mer erfarne kolleger fremmet. En av deltakerne, som bare hadde vært ansatt i sin tjeneste i under ett år, undret seg blant annet om de kunne oppfattes som feige av brukerne når de trakk seg ut med en gang ting ble vanskelig, og ifølge hen, ikke forholdt seg aktivt til brukernes frustrasjoner og problemer før det oppstod truende situasjoner med personalet. I følge Dall'Alba (2009) kan nyansatt personell bidra til å utfordre sine kolleger gjennom å bringe inn perspektiver på og ideer til praksis som mer etablerte og erfarne kolleger ikke tidligere har vært i stand til å se. Dall'Alba og Sandberg (2006) argumenterer for at kompetanseutvikling handler om å utfordre sirkulære forståelser av praksis og måter å utøve arbeidet på. Forståelsens sirkulæritet handler om at forståelse bygger på, og i stor grad reproducerer, tidligere, erfaringsbaserte forståelser. En sirkulær forståelse

innen psykisk helsearbeid kan for eksempel handle om vold som en uunngåelig del av jobben. Jackson og kolleger (2002) har advart om at oppfatninger om vold og trusler som en del av jobben bidrar til å vanskeliggjøre det å rekruttere og beholde kvalifisert personell i helsetjenester. Det å kritisere eller utfordre etablerte praksiser og dominerende arbeidsplassdiskurser er nok vanskelig for de fleste nyansatte. I en studie av Jacob og Holmes (2011a) ble for eksempel kolleger som ennå ikke har inkorporert en frykt- og risikokultur i sikkerhetspsykiatrien beskrevet som naive av kolleger som hadde mer erfaring med trusler og vold fra brukerne. I deltakeren i vår delstudie (Maagerø-Bangstad et al., 2019) sitt tilfelle var deltakelsen i Helseetatens grunnleggende kurs i forebygging og håndtering av trusler og vold en del av en planlagt og tilrettelagt kompetanse- og praksisutviklingsprosess for hele teamet. Samtlige av de intervjuede deltakerne fra denne arbeidsplassen viste en positiv utvikling av sine forståelser etter deltakelse på Helseetatens kurs. Det kan derfor tenkes at innholdet fra Helseetatens kurs kan ha bidratt til å gi innhold og retning i en felles utforskning og utfordring av egne forståelser blant kollegene i det særskilte teamet, og at det i den sammenhengen ble lettere for også nyansatte å målbære sine kritiske betraktninger i diskusjoner med sine kolleger.

I delstudie én og to (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) ga både uerfarne og mer erfarne deltakere uttrykk for at erfaringene som er representert i teamene utgjør en kollektiv basis for utvikling av strategier og tilsvar til hendelser, så vel som gyldige tolkninger av hendelser. Slik fellesskapsbasert kompetanse- og praksisutvikling krever ifølge deltakerne både åpenhet og dedikasjon til den kontinuerlige prosessen med å utvikle praksis blant personalet, og at den enkelte bidrar aktivt i diskusjonen på arbeidsplassen med sine erfaringer og kunnskaper. I delstudie tre (Maagerø-Bangstad et al., 2020) fant vi også at erfarne ledere kunne modellere ønsket atferd overfor sine medarbeidere, slik at medarbeiderne kunne etterligne ledernes atferd i egen praksis. Betydningen av praktikerens kolleger og kollegenes erfaringer i forbindelse med utvikling av kompetanse, så vel som praksiser, blir på lignende måter fremhevet i avhandlingens fenomenografiske delstudier (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020). Funnene i avhandlingen kan derfor også tyde på at

modellæring, eller det å lære av andres eksempel og observasjon av hvordan kolleger håndterer situasjoner, kan være betydningsfullt, men også praktisk hensiktsmessig for organisasjonen. For det første; selv om erfaringsbasert læring er sentralt innen fenomenografi (Marton & Booth, 1997) og den fortolkende kompetansetilnærmingen (Sandberg & Targama, 2007), vil det ikke være tilrådelig at ansatte utsetter seg selv for risiko gjennom direkte erfaring for å kunne lære av truende situasjoner. For det andre kan kompetanseutvikling finne sted mer effektivt, kontekstualisert og praksisnært i personalgrupper ved bruk av ledere og kollegers eksempler, istedenfor at personalet må delta på ressurskrevende sentraliserte kurs og undervisningstiltak for å lære seg strategier i forebygging og håndtering av trusler og vold. På bakgrunn av ovenstående kan lokalbaserte kompetanseutviklingstiltak og en videre satsing på lokale ressurspersoner vise seg å være en egnet, men også kostnadseffektiv, måte for Oslo kommune å utvikle kompetanse i psykisk helsetjenestene på.

5.1.4 Forskjeller i perspektiver på lederes roller i håndteringen av trusler og vold

Vi har i avhandlingen funnet at ledelse blir oppfattet som en viktig faktor for god håndtering av trusler og vold i psykisk helsearbeid. Dette er i tråd med det Farrel og Cubit (2005) har funnet om at ledelse ses på som avgjørende for håndtering av aggresjon, trusler og vold i helsesektoren. Britiske helsemyndigheter (Department of Health, 2009) fremhever også støtte fra ledelse som avgjørende for tjenestenes, og ansattes, håndtering av trusler og vold fra brukere. Våre funn viser likevel at det ledere og medarbeidere kan ha ulike syn på lederes roller i arbeidet med å forebygge og håndtere trusler og vold. I de to fenomenografiske delstudiene (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) har vi funnet at deltakere beskrev forventninger til sine ledere om å prioritere medarbeidernes sikkerhet og iverksette tiltak og sanksjoner overfor brukere som var truende eller voldelige. I tillegg ble det også forventet at lederne skulle være oppmerksomme og lydhøre for, og ha tillit til sine medarbeideres observasjoner og vurderinger av brukere og situasjoner. Deltakerne

beskrev at slike forventninger ikke alltid ble innfridd. Funn i delstudie tre (Maagerø-Bangstad et al., 2020) viser at noen av lederne så på seg selv som «tøffere» enn sine medarbeidere, men gjerne også forventet at medarbeiderne skulle være mer lik dem selv i møte med aggresjon fra brukere. I to av delstudiene (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) ga deltakere uttrykk for det de mente var manglende eller inaktive retningslinjer eller føringer for forebyggings- og håndteringsarbeidet på deres arbeidsplasser. Dette samsvarer med funn fra Arbeidstilsynet (2018) som viser at mange tjenestesteder i helsevesenet enten ikke har, eller ikke følger rutiner for håndtering av trusler og vold. Videre fortalte deltakere om forskjeller mellom lederes og medarbeideres syn på hvordan trusler og vold skulle håndteres i deres organisasjoner. Våre funn kan bidra til å belyse noe som kan tolkes som et misforhold mellom noen ledere og psykiske helsearbeideres forståelser av praksis. Forskjellene i forståelser av, og forventninger til praksis, vil kunne påvirke tilliten partene imellom og vanskeliggjøre effektiv kommunikasjon mellom ledere og medarbeidere i forbindelse med uønskede hendelser. Flere deltakere i avhandlingens delstudier ga uttrykk for frustrasjon over samspillet mellom ledere og ansatte. Manglende tillit og kommunikasjon vil i verste fall kunne utgjøre en vesentlig risiko for tjenestenes samlede evne til å reagere hensiktsmessig i situasjoner med trusler og vold mot psykisk helsearbeidere. For mange av lederne i delstudie tre (Maagerø-Bangstad et al., 2020) medførte deltakelse på Helseetatens kurs og kompetansetiltak en revurdering av deres egne arbeidsoppgaver. Noen ga også uttrykk for å ha utviklet forståelse av medarbeidernes situasjon og behov for å innta en mindre krevende innstilling til hva ansatte skulle tåle. Det kan derfor synes som om det kan være en nyttig øvelse på de enkelte arbeidsplassene å klargjøre hvilke forventninger partene har til hverandre i utfordrende situasjoner. På denne måten kan man unngå at uklare eller overdrevne forventninger til enten ledelsen eller medarbeiderne bidrar til å forstyrre et effektivt og konstruktivt samspill internt i organisasjonen når det trengs som mest.

Våre funn viser at både ledere og psykisk helsearbeidere ser verdien av og etterspør større gjensidig samarbeid og forståelse i arbeidet med å forebygge og håndtere trusler og vold, selv om særlig de ansatte synes å frustreres av manglende forståelse fra ledelsen.

Gignon og kolleger (2014) mener at samarbeide mellom medarbeidere og ledere om utvikling av strategier og rutiner i forebygging av trusler og vold, både er en måte å øke kvaliteten på tjenestene, men at det også kan bidra til at personalet blir mer proaktive i forebyggingen av hendelser, og at de ikke anser seg som ofre i møte med brukeres trusler og vold. Funnene våre antyder likevel at ledere kan ha en betydelig rolle i å anerkjenne og vise forståelse for ansattes situasjon og opplevelser av trusler og vold og at de viser at de har tillit til ansattes selvstendige vurderinger i situasjoner. Dette har sammenheng med det Furunes og kolleger (2018) kaller 'helsefremmende lederskap' og som kan bidra til profesjonell vekst og kompetanseutvikling hos ansatte, også i møte med utfordringer.

I intervjuene med lederne i delstudie tre (Maagerø-Bangstad et al., 2020) fortalte noen av lederne om egne erfaringer med å ha blitt utsatt for trusler og vold. Disse erfaringene hadde de gjort hovedsakelig i tiden før de ble ledere. Noen av lederne ga uttrykk for at slike erfaringer kunne påvirke hvordan de selv reagerte på sine medarbeideres historier om møter med aggressive og truende brukere og hvordan de valgte å behandle temaet i deres tjenester. Menckel og Viitisara (2002) har funnet at også ledere av helsetjenester blir utsatt for trusler og vold fra brukere. Heckemann og kolleger (2019, 2020) har påpekt at det finnes lite forskning på lederes perspektiver og erfaringer knyttet til vold og aggresjon i helseorganisasjoner. De samme forfatterne peker også på at ledere er viktige i sine organisasjoner for læring blant ansatte og for at det utvikles hensiktsmessige måter å hankses med aggresjon fra brukere. Lederne som har deltatt i avhandlingen bidrar slik sett til å gi et verdifullt innblikk i erfaringer og syn på praksis i møte med trusler og vold. Dette kan få betydning for hvordan Oslo kommune ser på lederskap i truende og voldelige situasjoner, men kan også bidra til økt forståelse for lederes situasjon blant medarbeiderne.

En studie fra Australia (Morphet et al., 2019) har vist at normalisering av og toleranse overfor aggresjon, trusler og vold mot personalet er utbredt blant ledere i psykisk helsetjenester og andre deler av helsevesenet. I en studie av Nachreiner og kolleger (2007) beskriver sykepleiere som hadde blitt utsatt for fysisk vold at ledelsen anså trusler og vold som å være en forventet del av jobben. Normalisering av trusler og vold, gjennom

å forstå fenomenet som en uunngåelig del av jobben, er av noen foreslått å ha sammenheng med en betydelig underrapportering i av hendelser i helse- og psykisk helsetjenester (Christie, 2015; Isaksson et al., 2009; Spencer & Munch, 2003). De fleste deltakerne i avhandlingens delstudier synes, tross ulike posisjoner i sine respektive organisasjoner, å være enige om at trusler og vold i tjenestene bør tas på alvor og bør være en del av alle sin bevissthet. Dette kan være en særlig utfordring for ledere, som på grunn av egne erfaringer kanskje har personlige utfordringer med tematikken eller har andre holdninger til tematikken enn sine medarbeidere. Arbeidstilsynet (2018) Det britiske helsedepartementet (Department of Health, 2009) og O'Rourke og kolleger (2018) understreker alle betydningen av å ha aktive og fungerende policyer og systemer på arbeidsplassen og ledelsens betydning for disse. Det er derfor en sentral oppgave for ledere å sørge for å igangsette tiltak for holde bevisstheten om forebygging og håndtering av trusler og vold oppe hos seg selv, og i teamene sine.

I delstudie tre (Maagerø-Bangstad et al., 2020) tok en av deltakerne til orde for at ledelsen i bydelen hen jobbet i, kun så på Helseetatens kompetanseutviklingstiltak som en kostnadsbesparende måte å «kvittere ut» sitt formelle ansvar som arbeidsgiver, uten at dette innebar en reell investering eller ressursmessig forpliktelse til å gjøre noe med trussel- og voldssituasjonen i psykisk helsetjenestene. På tross av at trusler og vold mot ansatte i helsesektoren representerer en betydelig finansiell utfordring for helseorganisasjoner har Morphet og kolleger (2019) funnet at ledere opplever at tjenestenes ressursbruk for å forebygge og håndtere trusler og vold er lite anerkjent. Det er mulig at Helseetatens kostnadsfrie kompetansetilbud kan bli sett av overordnet ledelse i bydelene i Oslo kommune som en lite kostnadskreven og uforpliktende måte å dokumentere at arbeidsgivers opplæringsansvar ifølge §23A-2 i Forskrift for om utførelse av arbeid (Arbeids- og sosialdepartementet, 2011) er tilfredsstillt. I tråd med ledelsens betydning for utvikling av kompetanse og praksis hos sine medarbeidere, som er behandlet ovenfor, vil et slikt utgangspunkt kunne være et mulig hinder for endring av praksis i tjenestene. For Oslo kommune indikerer dette at det kan være et behov for å utvikle en større forståelse av og bevissthet om behovet for å utvikle kompetanse og praksis i forebygging og håndtering av trusler og vold i psykisk helsetjenestene i hele

organisasjonen, ikke bare blant utøvende psykisk helsearbeidere, men også på de øverste ledernivåene i bydeler og etater.

5.1.5 Åpenhet for å involvere brukerens perspektiver i forebyggingen og håndteringen av trusler og vold

De mest sammensatte forståelsene som vi fant i avhandlingens to fenomenografiske delstudier (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) innebar en åpenhet for å inkludere brukeres perspektiver og erfaringer i utforming av praksis. Deltakerne som ble vurdert å gi uttrykk for de mest sammensatte forståelsene i delstudiene vektla involvering av brukeren, hens ressurser, relasjoner, dialog og samarbeid mellom psykisk helsearbeidere og brukere i løsningen av aggressive situasjoner. Dette synes å være i tråd med hvordan Terkelsen og Larsen (2016) foreslår dialog som et bidrag for å kunne løse vanskelige situasjoner mellom brukere og personell i psykisk helsetjenester, og går inn i kjernen av recoveryorienterte praksiser (Borg et al., 2013; Karlsson & Borg, 2017).

I avhandlingen har vi ikke undersøkt brukeres erfaringer og perspektiver på forebygging og håndtering av trusler og vold. Basert i logikken bak det fenomenografiske hierarkiet av deskriptive kategorier viser likevel funnene at den beste og mest hensiktsmessige praksisen synes å henge sammen med en forståelse av praksis som vektlegger relasjonelle og interaksjonsmessige aspekter mellom brukeren og den psykiske helsearbeideren i løsningen av konflikter. Deltakernes utsagn i avhandlingens delstudier tegner et bilde av den ansatte som viktig aktør i forebyggings og håndteringsarbeidet. Dette gjelder blant annet gjennom å fremme brukerens sak i møter med spesialisthelsetjenesten, å besitte viktig kunnskap om individuelle brukere og brukere som kan være truende eller voldelige som gruppe, samt å ha ferdigheter i strategier og verktøy i forebygging og håndtering (Maagerø-Bangstad et al., 2019, 2020; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020). Den mest virkningsfulle praksisen synens likevel å ligge i å inkludere brukerens stemme, erfaringer og ressurser i arbeidet med å forebygge

og håndtere trusler og vold. Brukere peker på at det er en sammenheng mellom det å ikke bli møtt på sine behov og kontrollerende atferd fra psykisk helsearbeidere og hendelser med aggresjon, trusler og vold fra brukere (Gudde et al., 2015). Strukturell maktubalanse, distansert og upersonlig praksis manglende respekt og empati, insensitivitet og responsivitet fra psykisk helsearbeidere kan føre til at brukere opplever seg krenket og begått urett mot og føre til aggresjon, trusler og vold mot psykisk helsearbeidere (Carlsson et al., 2006; Einbu & Larsen, 2016; Faccio et al., 2021; Gudde et al., 2015). I en studie av Terkelsen og kolleger (2016) fremgår det at det å bli behandlet som likeverdig av psykisk helsearbeidere i seg selv forebygger aggresjon hos brukere. Duxbury og Whittington (2005) har funnet at psykisk helsearbeidere som oftest vektlegger interne faktorer, det vil si egenskaper ved brukeren og brukerens psykiske helse- eller rusproblem (Njiman et al., 1999; Nijman, 2002) i forklaringen av trusler og vold i psykisk helsetjenester. Også i våre delstudier fant vi at langt de fleste deltakerne forsto praksis som å være knyttet til håndtering av risiko knyttet til brukerne (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020). Annen forskning viser isteden at brukere selv i større grad enn praktikere vektlegger situasjonelle/interaksjonsmessige faktorer, eller kvaliteter ved den hjelpen de blir gitt av psykisk helsearbeiderne i forklaringen av trusler og vold i psykisk helsetjenester (Carlsson et al., 2006; Gudde et al., 2015; Einbu & Larsen, 2016). Å tilrettelegge for involveringen av brukere og deres perspektiver vil i lys av ovenstående kunne bidra til en bedre forståelse av hendelser og kunne bidra til mer tilpassede intervensjoner i møte med brukeres aggresjon, trusler eller vold.

Flere av deltakerne i avhandlingens fenomenografiske delstudier (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) fremhever likevel at begge parter, både brukere og psykisk helsearbeidere, er viktige for muligheten til å utvikle strategier og intervensjoner basert på realistiske og troverdige forståelser av hendelser. Det å i større grad åpne for brukeres perspektiver betyr ikke at ansattes kompetanse og kunnskap blir mindre viktig og at det er brukernes forklaringer som er de eneste gyldige og «riktige». Vermeulen og kolleger (2019) har funnet at sammenlignet med psykisk helsearbeidere, så vurderer brukere trussel og voldshendelser som mindre alvorlige.

Dette innebærer en fare for at intervensjoner som blir igangsatt av psykisk helsearbeiderne kan oppleves som overdrevne av brukerne. Likvel vil det alltid være et subjektivt element i vurderingen av hendelser og deres skadepotensiale (Konttila et al., 2021). Deltakerne i våre delstudier (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) nedvurderte ikke sin egen kompetanse når de snakket om å involvere brukere og brukernes ressurser i løsningen av situasjoner. Isteden fortalte de om praksiser som anerkjente begge parters kompetanse og erfaringer og verdien av å kombinere disse i utviklingen av praksis.

Gjennom betoningen av samarbeid, gjensidig respekt og omsorg bidrar funnene i avhandlingen til å problematisere både tøffhetskulturer og lokale forestillinger og idealer om myndige 'helte' som passiviserer «stridbare» brukere i forebyggingen og håndteringen av trusler og vold i psykisk helsearbeid. Lignende innsikter bidro i sin tid til at Kaplan og Wheeler (1983) advarte mot det de kalte 'John Wayne syndromet', eller forestillingen om at brukeres maktbruk må møtes med makt av tjenestene. Avhandlingens funn tegner isteden et bilde av praktikere som våger å involvere brukerne, fremmer likeverdighet og har tillit til at brukerne også kan bidra med sine erfaringer og ressurser i samarbeidet om å forebygge og håndtere trusler og vold mot ansatte.

Vi har funnet et stort spenn i deltakernes beskrivelser av hvordan de vurderer risiko for trusler og vold og sin egen sikkerhet i møte med brukere (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al. 2020). Beskrivelsene varierer fra at noen deltakere beskriver sin arbeidssituasjon som fylt av risiko, til at andre ga uttrykk for at trusler og vold ikke vedkom dem selv og isteden var å anse som et resultat av dårlig «kjemi» mellom enkeltbrukere og enkelte ansatte. Voldsrisikovurderinger ble ikke spesifikt adressert i avhandlingen, men Murphy (2004) og Godin (2004) har vist at det å vurdere brukeres voldsrisiko er en vanlig, om enn ikke systematisert eller strukturert, aktivitet hos psykisk helsearbeidere i lokalbaserte tjenester. Deltakerne i våre delstudier (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) beskrev praksiser der observasjoner av brukeres atferd ble koblet med kunnskap personalet besatt, både om den enkelte bruker og om personer som på gruppenivå har en større

risiko for trusler og voldsutøvelse mot andre. Praktikerens kjennskap til enkeltbrukere og, særlig erfaring med brukeres emosjonsuttrykk, beskrives som særlig viktig for forebygging og håndtering av trusler og vold i en studie av Duperouzel (2008). Kjennskap til brukeren, hvordan hen pleier å reagere og kvalitetene ved hens særskilte problemer, er også beskrevet som viktig for å kunne unngå konflikt og gi personlig tilpassende tjenester (Tanner et al., 1993). I våre delstudier (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) finner vi videre at psykisk helsearbeidere benytter kolleger til å kvalitetssikre og validere deres observasjoner og vurderinger knyttet til voldsrisiko. I en del beskrivelser i datamaterialet er det også i teamet at man kommer frem til hensiktsmessige og velbegrunnede strategier for å møte aggresjon og trusler fra brukere. Et mulig problem med dette er knyttet til faren for gruppetenkning, som handler at konformitetspress knyttet til teamet kan føre til dårlige beslutninger i helseorganisasjoner (Kaba et al., 2016). Teamene og kollegene var gjennomgående av stor betydning for deltakerne i delstudiene. Jeg opplevde flere ganger at deltakere var forsiktige i omtale av kolleger som de mente selv hadde bidratt til uønskede hendelser. Andre ganger ga deltakere uttrykk for kritikk av gjeldende kulturer og forståelser av trussel og voldssituasjoner på deres arbeidsplasser. Gitt funn i annen forskning av risikobaserte tøffhetskulturer der kontroll og autoritære intervensjoner blir prioritert i møte med brukeres aggresjon (Drach-Zahavy et al., 2016; Jacob & Holmes, 2011a, 2011b; Morrison, 1990) vil det å gi team og arbeidsfellesskaper for stor betydning for praksis kunne være problematisk på enkelte tjenestesteder.

I de mer sammensatte og inkluderende forståelsesformene vi har funnet i våre fenomenografiske delstudier (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020), er brukeren i større grad til stede som en aktiv samarbeidspart i vurderingen av voldsrisiko, og psykisk helsearbeiderens rolle er å forstå mer som å skulle sammenstille informasjon fra ulike kilder og legge til rette for brukerinvolvering og dialog om risiko og risikosituasjoner. Basert i avhandlingens funn synes det å involvere brukere og å være åpen for deres innspill, ønsker og behov å være forbundet med helhetlige og velbegrunnede praksiser. Prinsipper om brukerinvolvering har blitt nedfelt i nasjonale og internasjonale helsemyndigheters anbefalinger for voldsrisikovurdering- og håndtering

innen psykisk helse (Department of Health, 2009; Helsedirektoratet, 2018b). Likevel viser studier at brukerinvolvering forekommer sjelden og i betinget grad, men også at forskningen på brukerinvolvering i voldsrisikovurdering- og håndtering er mangelfull (Eidhammer et al., 2014; Langan, 2008). Det er derfor ikke mulig å si noe entydig om i hvor stor grad brukere involveres i vurderinger av risiko og utviklingen av tiltak for å forebygge eller håndtere trusler eller vold. Vi har likevel funnet at involvering av og samarbeid med brukere er assosiert med særlig sammensatte og hensiktsmessige forståelser av praksis i forebygging og håndtering av trusler og vold (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020). Forskning viser at brukere er i stand til å bidra med realistiske, hensiktsmessige, og gjerne personlige, strategier for å forebygge og håndtere aggresjon, trusler og vold i psykisk helsetjenester som kan komplementere psykisk helsearbeideres mer generelle tiltak (Gudde et al., 2015; Vermeulen et al., 2019). Avhandlingen antyder at avmakts- og recoveryorientertekompetansetiltak kan bidra til å åpne opp for en større grad av samarbeide med brukere om håndteringen av deres avmakt og individuelle voldsrisiko.

5.1.6 Recoveryorienterte forståelser av praksis overfor brukere som kan være truende og/eller voldelige

Recoveryperspektiver har de senere årene blitt linket til forebygging og håndtering av trusler og vold i psykisk helsetjenester. Recoveryorientert praksis handler i denne sammenhengen blant annet om å rette søkelyset mot brukerens ressurser, å se vedkommende som et unikt individ, evne å rette blikket «bakenfor» fremvist vold, yte helhetlige tjenester og søke å finne årsakene og løsningene på truslene og volden sammen med brukeren (Lim et al., 2017, 2019a, 2019b, 2020). Barker (2012) argumenterer for at man innenfor recoveryorienterte psykisk helsetjenester må ta aktivt stilling til trusler og vold. Psykisk helsetjenester kan derfor ikke slutte å følge recoveryprinsipper når det kommer til forebygging og håndtering av trusler og vold, men bør i stedet se trusler og vold som å være mulig å endre, gjennom involvering og samarbeid med brukeren. Vi har i avhandlingen funnet eksempler på at noen psykisk

helsearbeidere søker trygghet gjennom å distansere seg fra brukere de opplever som truende og at de vektlegger kontroll og begrensning av brukeres autonomi. Vi har funnet at observasjon- og kontrollaspekter er viktige i psykisk helsearbeideres forståelse av forebyggende og håndterende praksiser. Likevel, om praksis utelukkende blir forstått i form av kontroll og observasjoner av symptompregget atferd står dette i motsetning til etablerte prinsipper for recoveryorientert psykisk helsearbeid (Borg et al., 2013; Karlsson & Borg (2017).

I to delstudier (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) fant vi at deltakerne som involverte brukerne i arbeidet med å finne strategier for å håndtere egen voldsrisiko også syntes å åpne for å inngå personlig meningsfulle relasjoner til brukerne og betraktet dem som likeverdige samarbeidspartnere i sitt daglige virke. Slike praksiser er funnet å bidra til fremme håp hos mennesker med psykiske helse- og rusproblemer (Sælør, Ness & Semb, 2015; Sælør, Ness, Borg et al., 2015) og synes videre å være tråd med recoveryorienterte praksiser (Borg et al., 2013; Karlsson & Borg, 2017; Roberts & Boardman, 2014).

I intervjuene i forbindelse med delstudie én og to (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) fant vi at mange av deltakerne vedkjente seg eller ga uttrykk for å forholde seg til prinsipper for sin praksis i som er forbundet med recoveryorientert psykisk helsearbeid. Brukerinvolvering, respekt for brukerens rett til selvbestemmelse, anerkjennelse av brukerens ressurser og et sosialt og kontekstuel syn på psykiske helseproblemer var noen av de prinsippene og verdiene som deltakere vedkjente seg. Oslo kommunes psykisk helsetjenester bygger på prinsipper og idealer om recovery. Aggresjon, trusler og vold stiller likevel psykisk helsearbeidere, men også deres ledere, overfor betydelige personlige prøvelser, knyttet både til opplevelsen av egne evner og egnethet og ikke minst, egen sikkerhet og velvære. I datamaterialet har vi funnet forståelser av praksis som ikke umiddelbart lar seg forstå i et recoveryorientert perspektiv. Isteden synes disse forståelsene i større grad å være knyttet til kontroll og autoritær beskyttelse av egen og kollegers sikkerhet og integriteten ved psykisk helsetjenestene. Frykt og engstelse påvirker menneskers evner til kognitiv prosessering

negativt (Winstanley, 2005) og det å ha blitt utsatt for trusler og vold har, som vi har sett, sammenheng med økt tilslutning til kontrollregimer og autoritære intervensjoner, som bruk av tvangsmidler (Jacob & Holmes, 2011a, 2011b; Jalil et al., 2017, 2020). Det er mulig at opplevelsen av frykt, usikkerhet og sårbarhet blant personell bidrar til å utfordre den enkelte psykisk helsearbeiders lojalitet overfor og etterlevelse av recovery- eller personorienterte prinsipper i møter med trusler og vold. Funnene i avhandlingen viser at idealer og prinsipper som er forbundet med recovery- og personorienterte praksisprinsipper var vanskelig å følge når brukerne var truende eller voldelige mot psykisk helsearbeiderne. I slike situasjoner er ideer om gjensidig respekt og forståelse og individets rett til selvbestemmelse (McCormack et al., 2010) eller empati med brukerens følelser (Lim et al., 2019b) trolig vanskelig å mobilisere for den som blir utsatt for truslene eller volden.

I noen intervjuer i delstudie to (Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) ga deltakere som var blitt utsatt for trusler fra brukere, uttrykk for at de så verdien av blant annet å involvere brukere eller snakket om erkjennelsen av brukeres avmakt. Likevel ga de uttrykk for praksisforståelser som tilsa at løsningen på slike situasjoner primært var å finne i autoritære og tvangspregede sanksjoner fra ledelsen, i spesialisthelsetjenesten eller fra ordensmyndigheter. Holley og kolleger (2016) har påpekt at en oppmerksomhet på kontroll og minimering av voldsrisiko i en kultur preget av vegring mot risiko har negativ påvirkning på mulighetene til å arbeide recoveryorientert for psykisk helsearbeidere. De samme forfatterne har funnet at psykisk helsearbeidere kan oppleve recoveryorientert praksis og håndtering av voldsrisiko som to motstridende rammeverk i psykisk helsearbeid. Crowe og Deane (2018) har vist at motvilje mot risiko blant praktikere faktisk kan bidra til at høyere oppslutning om at brukere setter seg egne mål, og at praktikerne implementerer modeller for samarbeid med brukerne om deres recoveryprosesser. Dette mener forfatterne kan ha å gjøre med at praktikerne som har mest utpreget uvilje overfor risiko kan anvende recoveryorienterte verktøy som en måte å håndtere egen engstelse for mulige negative konsekvenser. I tråd med dette fant vi i våre delstudier (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) at deltakere som tilkjennega forståelsesformer som var preget av involvering av og

dialog med brukerne på ingen måte var uberørt av aggresjonen og truslene som forekom i deres tjenester. Også psykisk helsearbeidere som vi tolket som å gi uttrykk for recoveryorienterte forståelser av praksis kunne ønske bistand fra ledelse eller spesialisthelsetjenesten i håndteringen av trusler og vold eller vektlegge generell, statistisk basert kunnskap om brukeres voldsrisiko for å forebygge hendelser. Likevel, istedenfor å foreslå tvang og kontroll i løsningen av situasjoner syntes deltakere med de mest sammensatte forståelsene å se på involvering og dialog som en mer hensiktsmessig, men også mer etisk og faglig forsvarlig praksis. I dette lyset kan det synes at det å ha en bred og sammensatt kompetanse kan moderere negative virkninger av trussel- og voldshendelser på recoveryorientert praksis i lokalbasert psykisk helsearbeid. Avhandlingens funn peker likevel i retning av at det kan være nødvendig for ledere av psykisk helsetjenester å være oppmerksom på at trusler og vold kan påvirke ansattes innstilling og opplevde forpliktelse overfor tjenestenes verdigrunnlag, både på kort og på lengre sikt. I etterkant av hendelser vil det derfor ikke bare være nødvendig å bearbeide de ansattes fysiske og emosjonelle reaksjoner på truslene eller volden, men også hendelsens påvirkning på ansattes opplevelser og prioriteringer av praksiser overfor brukerne.

I delstudie én og to (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) ble forståelser som vi fant hadde klare paralleller til recoveryorienterte prinsipper for psykisk helsearbeid også vurdert som å være de mest sammensatte og sammenfattende forståelsene. Sammenstilt med annen forskning om recoveryorientert forebygging og håndtering av trusler og vold (Lim et al., 2017, 2019a, 2019b, 2020) fant vi at de recoveryorienterte aspekter i de høyest rangerte forståelsene i det deskriptive hierarkiet av måter å se forebyggende og håndterende praksis på, innebar å se brukerne som likeverdige samarbeidsparter, anerkjenne og gjøre bruk av deres ressurser, understøtte brukernes bestrebelser på å finne alternative løsninger på avmaktsopplevelser. I tillegg mener jeg recoveryperspektivets betoning av en helhetlig forståelse av praksis og erkjennelsen av voldens kontekstuelle, sosiale og interaksjonsmessige årsaker som vi også fant i de mest sammensatte forståelseneknytter disse videre an til recoveryperspektivet. Tjenester som hviler på helhetlige og

sammensatte forståelser av personer med psykiske helseproblemer og deres livsbetingelser bidrar til å fremme recovery, også blant personer som kan være truende eller voldelige (Borg et al., 2013; Le Boutellier et al., 2011, Lim et al., 2019b).

I tråd med den fenomenografiske idéen om forståelser som kvalitativt ulike, men logisk sammenhengende (Marton, 2015; Marton & Booth, 1997) viser våre funn viser likevel at forståelsene som vi har knyttet til recoveryorienterte praksiser i møte med trusler og vold også innbefatter det å være oppmerksom, observant og tydelig som på sin rolle og sin kompetanse som psykisk helsearbeider og retten til å kunne ivareta egen sikkerhet. Jeffrey og Fuller (2016) har funnet at psykisk helsearbeidere ser det å vurdere brukeres voldsrisiko som en sentral del av det å sikre et trygt terapeutisk miljø for dem selv, deres kolleger og brukerne. Lim og kolleger (2020) argumenterer for at det kun er gjennom kunnskaper og evner som er spesifikt knyttet til psykisk helsearbeid at psykisk helsearbeidere kan bli i stand til å støtte brukere som kan være truende og/eller voldelige trygt i deres recoveryprosesser. Forfatterne spesifiserer ikke hva de ligger spesifikke kunnskaper og evner for psykisk helsearbeid, men det er grunn til å anta at dette dreier seg om kunnskaper og evner knyttet til å yte en profesjonell og kunnskapsbasert bistand til mennesker med psykiske helseproblemer. I fenomenografien oppfattes sammensatte forståelser som å bygge på forståelser som er mindre utviklede og sammensatte (Marton & Booth, 1997). Basert i våre funn og i lys av fenomenografien, ser jeg ingen motsetning mellom det å respektere den andre, ivareta dennes autonomi og involvere den andre i utformingen av praksis, og samtidig kunne gjøre realistiske vurderinger av risiko og iverksette effektive tiltak for å forebygge trusler og vold i tjenestene. Utviklede og sammensatte forståelser kan isteden ses på som å gi psykisk helsearbeidere tilgang til et bredt tilfang av strategier og metoder i forebyggingen og håndteringen av trusler og vold.

Karlsson og Borg (2017) har vist at de helsepolitiske føringene for psykisk helsefeltet i Norge de senere år er preget av intensjoner og idealer om valgmuligheter og involvering av brukerne i tjenestene som blir tilbudt dem og respekt for, og inkludering av, personer med psykiske helse- og rusproblemer i samfunnet. Likevel viser forfatterne til at disse

idealene ikke nødvendigvis er realisert i praksisfeltet, blant annet på grunn av styringssystemer og helse- og velferdstilbud som effektivt motvirker recovery. Karlsson (2016) har påpekt at de ønskede endringer i retning av mer recoveryorienterte tjenester enten ikke finner sted, eller at endringene i beste fall går veldig sakte. Det vil i lys av dette være mulig å se for seg at forståelsene av praksis som blir belyst i avhandlingen reflekterer idealer som ikke uten videre lar seg praktisere, enn si, blir sanksjonerte, i systemer og organisasjoner som er preget av enten nulltoleranse, 'New Public Management', standardiseringer, hierarkiske relasjoner mellom aktørene eller mangel på ressurser. Avhandlingens funn peker likevel i retning av at praksiser som har klare paralleller med recoveryorienterte praksiser også er forbundet med de mest hensiktsmessige og adaptive måtene å forebygge og håndtere trusler og vold på. Det er de gjennom å være forbundet med de mest sammensatte og inklusive forståelsesformene i vårt datamateriale. En videre utvikling av psykisk helsearbeid, recoveryperspektivet og recoveryorienterte praksiser bør i lys av dette også inkludere nærmere utforskinger og beskrivelser av hva recoveryorientert forebygging og håndtering av trusler og vold består av.

I avhandlingen belyser jeg hvordan psykisk helsearbeidere og lederes bevissthet om praksis, men også hvordan recoveryorientert praksis blir utfordret på ulike måter av trussel og voldshendelser. Det synes å bli et stadig økende tilfang av empiriske undersøkelser og beskrivelser av recoveryorienterte praksiser i møte med trusler og vold i psykisk helsetjenester (se for eksempel Holley et al., 2016; Lim et al., 2017, 2019a, 2019b, 2020; Senneseth et al., 2022). Likevel er fenomenet likevel relativt lite beskrevet i recoverylitteraturen. Heller ikke i den personorienterte litteraturen har jeg funnet at forebygging og håndtering av trusler og vold blir behandlet. I lys av det vi vet om hvor mye både ansatte, brukere og psykisk helseorganisasjonene blir påvirket av trusler og vold, og at dette blant annet går ut over kvaliteten på tjenestene, lokale diskurser om og holdninger til brukerne og samarbeidet mellom brukere og ansatte, kan dette fremstå problematisk. Den manglende forskningsmessige behandlingen av recovery- og personorientert forebygging og håndtering av trusler og vold og manglende verktøy og retningslinjer for hvordan forebygge og håndtere trusler og vold (Lim et al., 2019b) utgjør

en utfordring i forhold til kunnskapsgrunnet for lokalbaserte og recoveryorienterte psykisk helsestjenester. Jeg mener det er viktig at forskningsinnsatsen knyttet til recoveryorienterte prinsipper for forebygging og håndtering av trusler og vold blir intensivert. På denne måten kan kunnskapsgrunnet for recovery- og personorientert praksis i lokalbaserte psykisk helsetjenester styrkes og også inkludere de mer problematiske og utfordrende sidene ved kommunalt psykisk helsearbeid.

I avhandlingen har vi funnet beskrivelser av usikkerhet og utrygghet knyttet til praktikernes arbeidssituasjon. I intervjuene fremkom det likevel også beskrivelser av brukere som redde og utrygge, både på grunn av egne paranoide og psykotiske vrangforestillinger, men også på grunn av utrygge bo- og naboforhold og at personalet kunne være for «på», eller nærgående og ved besøk i brukernes hjem. Senneseth og kolleger (2022) har i en systematisk review funnet at opplevelsen av trygghet og sikkerhet er en forutsetning for recovery og brukeres egen håndtering av aggresjon. Tilstedeværelsen av personell ble også funnet å være betydningsfull for opplevelsen av trygghet og sikkerhet. Isdal (2000) hevder at opplevelser av manglende trygghet og beskyttelse ligger bak mange trussel- og voldshendelser. Våre funn av beskrivelser av brukeres usikkerhet og utrygghet kan på denne bakgrunn ha relevans for kommunale psykisk helsetjenester. Særlig tematiserte deltakere som jobbet i samlokaliserte boliger brukeres utrygghet. Dette kan videre bety at kommunale tjenester ikke bare bør tenke på ansattes sikkerhet i utformingen av tjenestene, men også i større grad bør vurdere brukernes opplevde sikkerhet i arbeidet med å fremme recovery og forebyggingen og håndteringen av trusler og vold.

Psykisk helsearbeideres egne opplevelser knyttet til trusler og vold fra brukere synes likevel å være betydningsfullt for utviklingen av recoveryorienterte psykisk helsetjenester. Vi har i som nevnt tidligere funnet i avhandlingen at psykisk helsearbeideres tilslutning til brukermedvirkning, samarbeid og dialog kan bli negativt påvirket av å bli utsatt trussel og voldshendelser. Ansattes opplevelse av manglende sikkerhet kan i dette lyset også tenkes som et hinder for recoveryorientert praksis, og må derfor tas høyde for i bestrebelser på å fremme og utvikle slik praksis i tjenestene.

5.1.7 Etske aspekter ved samarbeid om å forebygge og håndtere trusler og vold i psykisk helsetjenester

I intervjuene med deltakerne i avhandlingens delstudier ga flere av dem uttrykk for at det var godt å få anledning til å snakke ut om et tema som de opplevde sjeldent ble behandlet på deres arbeidsplasser. I avhandlingen har vi funnet at det å snakke om forebygging og håndtering av trusler og vold er viktig for å holde bevisstheten om tematikken oppe i personalgruppen og derigjennom kunne utvikle hensiktsmessige praksiser. Det å snakke sammen med kolleger om hendelser er en måte å få tilgang til kollegastøtte på. Dette viser at det å snakke om trussel- og voldshendelser og å delta i lokale diskusjoner om dette på arbeidsplassen er viktig for psykisk helsearbeidere. I følge Keselman (2012) er egen etisk fremferd og det å legge til rette for utviklingen av etisk forsvarlig praksis på arbeidsplassene sentrale oppgaver for ledere. Trusler og vold har stor påvirkning på tjenestenes kvalitet og ansattes livskvalitet og helse, og samtalen om forebygging og håndtering av trusler kan være viktig for å forebygge utbrenthet og fysiske og psykiske skader på ansatte. Av denne grunn, ligger det slik jeg ser det, ikke bare en praktisk utfordring, men også en etisk forpliktelse i det å legge til rette for en dialog om trusler og vold på arbeidsplassene for ledere av psykisk helsetjenester.

De etiske implikasjonene av det vi har funnet i delstudiene knytter seg videre til praksisdiskurser og utviklingen av praksiser i tjenestene. Dette vil jeg diskutere i lys av 'relasjonell etikk' (McNamee 2009, 2015). Gergen (2009) plasserer relasjon og relasjonell omsorg og ansvarlighet i komplekse samskapingsprosesser i sentrum for moralsk handling. I tråd med dette skriver McNamee (2015) om en relasjonell etikk, der søkelyset er på samhandling, relasjonelle prosesser og resultatene av samhandlingen mellom mennesker i et (praksis)felt. Relasjonell etikk innebærer et skifte i fokus fra standardiseringer og ensretting, til en åpenhet om potensialene ved menneskelig samhandling, fleksibilitet og kompleksitet i praksiser. Det å samtale om praksiser kan med utgangspunkt i den relasjonelle etikken bidra til å bryte forestillinger og reproduksjon av fortellinger om individuelt ansvar og individuelle karakteristikk ved brukeren i situasjoner. Jeg vil isteden argumentere for at samtaler om trusler og vold med

utgangspunkt i en relasjonell etikk kan gjøre psykisk helsearbeidere i stand til å se på hvordan systemer, diskurser på arbeidsteden, samhandling og interaksjoner mellom ulike aktører i tjenestene bidrar til å skape trussel og voldssituasjoner på arbeidsplassen. Dette vil kunne muliggjøre en mer helhetlig og nyansert tilnærming til utviklingen av intervensjoner tilpasset unike trussel- og voldshendelser og unike brukere, som igjen vil kunne være i tråd med det komplekset av forståelser som vi har funnet i avhandlingen.

Som tidligere nevnt har vi funnet at samtalen om praksis og kollegaers erfaringer og perspektiver av stor betydning for utviklingen av forståelse og praksiser blant psykisk helsearbeidere. I en relasjonell etikk understrekes betydningen av å «building a conversational domain where people can talk in different ways about the same old issues» (McNamee, 2015, s. 427). Ikke bare vil samtalen mellom kolleger i lys av en relasjonell etikk kunne være til hjelp for å håndtere ettervirkninger av trussel- og voldshendelser, men den vil også gjøre det mulig å komme frem til nye praksiser og løsninger på det som før kunne bli sett på som «fastlåste» problemer. Særlig vil dette kunne gjelde om flere parter, og da også brukerne, blir involvert i denne samtalen om praksis. Eller, med Karlsson og Borgs (2013, s. 181) ord; «Inviter alle med».

I delstudie én og to (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) fant vi at psykisk helsearbeiderne som ga uttrykk for de mest sammensatte, fleksible og mest hensiktsmessige praksisforståelsene, også vektla betydningen av brukernes ressurser, perspektiver og innspill i forebyggingen og håndtering av trusler og vold. McNamee (2009) skriver at praktikerens ved å rette søkelyset på relasjoner og samskaping mellom brukere og psykisk helsearbeider vil kunne bygge ned maktforhold og forventninger om den ansatte som å være eksperten. I tråd med dette synes de mest sammensatte forståelsene av praksis i våre delstudier (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) også å bety en økt fleksibilitet knyttet til ulike perspektiver hos psykisk helsearbeideren, samt en økt toleranse for å bygge ned makt og kontrollfunksjoner i møte med usikkerhet og risiko.

Selv om vi har funnet forståelsesformer som baserer seg på generelle kunnskaper om brukere med forhøyet voldsrisiko og «gjennomsnittlige» forståelser av strategier i

forebygging og håndtering av trusler og vold i avhandlingen, har vi i de mest sammensatte forståelsene funnet en større åpenhet for relasjonelt sensitive og individuelt tilpassede praksiser. Dette betyr blant annet at flere av deltakerne har beskrevet brukere som ikke kun ble opplevd som å være truende eller voldelige, men også at de kunne besitte ressurser og kvaliteter som gjorde dem verdige deres omsorg og respekt. McNamee (2015) argumenterer for at den relasjonelle etikkens oppmerksomhet om kompleksitet betyr et brudd med dikotomier i arbeid med mennesker som handler om godt/dårlig og rett/galt. I sammenheng med avhandlingen kan slike dikotomier handle om brukeren som snill/slem, ufarlig/farlig. Strukturerte risikovurderingsverktøy er basert i sannsynlighetsberegninger av voldsrisiko basert i statistiske data og handler primært om særtrekk ved trussel- og voldsutøvere som gruppe (Godin, 2004; Szmukler & Rose, 2013). Det er i seg selv problematisk å sannsynlighetsberegne menneskelig atferd, og særlig atferd som har en, relativt sett, lav forekomst (Anjum & Mumford, 2018; Szmukler & Rose, 2013). I tillegg står det å redusere brukeren og hans problemer til å være en representant for en statistisk gruppe i motsetning til utbredte etiske prinsipper for psykisk helsearbeid som handler om respekt for individets autonomi og egenverdi og å beskytte dennes verdighet (Magelssen & Pedersen, 2017). For recovery- og personorienterte psykisk helsetjenester er det et sentralt prinsipp at helsehjelpen skal ta utgangspunkt i personen som mottar hjelpen (Borg et al., 2013; Gask & Coventry, 2012; Karlsson & Borg, 2017). Slike personorienterte og individualiserte prinsipper fremgikk også i de mest sammensatte forståelsene i de fenomenografiske delstudiene i avhandlingen (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020). I lys av recoverylitteraturen fremgår gruppebaserte beskrivelser av brukere som kan være truende eller voldelige og standardiserte intervensjoner for å forebygge og håndtere trussel- og voldshendelser å ikke være i samsvar med prinsipper for recovery- og personorientert praksis. Jeg vil, med utgangspunkt i avhandlingens funn av individuelt og relasjonelt sensitive forståelser av praksis, argumentere for at den etiske fordring isteden ligger i å søke mer helhetlige, og individuelt følsomme forståelser av brukeres aggresjon og å tilpasse forebygging- og håndteringsstrategier til den enkelte brukeren.

5.2 Betydningen av kompetansetiltak og verktøy for utviklingen av kompetanse i psykisk helsetjenester

I avhandlingen har vi funnet at deltakelse på Helseetatens kompetanseutviklingstiltak og anvendelse av kompetanseutviklingsstøttende verktøy har hatt betydning for utviklingen av deltakeres forståelser av praksiser i forebygging og håndtering av trusler og vold i lokalbasert psykisk helsearbeid. Vi fant eksempler på det Dall'Alba og Sandberg (2006) beskriver som vertikal og horisontal utvikling i avhandlingens delstudier. Vertikale bevegelser fant vi når deltakernes forståelser endret seg kvalitativt ved at deltakerne inkludere nye aspekter ved praksis som de tidligere ikke hadde ytret. Horisontale bevegelser fant vi når deltakere i større grad var i stand til å utdype og eksemplifisere sine allerede etablerte forståelser av praksis etter å ha deltatt på Helseetatens kurs og kompetansetiltak.

En teoretisk implikasjon av avhandlingen handler om at funnene bidrar til å utvide beskrivelsen og forståelsen av kompetanse i forebygging og håndtering av trusler og vold i psykisk helsetjenester. I avhandlingens funn handler om hvordan kompetanse henger sammen med psykisk helsearbeideren, den mening praksisene har for psykisk helsearbeideren og hans kolleger, samt den kontekst det forebyggende og håndterende arbeidet utøves i. Sandberg (2000) og Sandberg & Targama (2007) har kritisert rådende modeller som beskriver kompetanse som å være et standardisert sett med kunnskaper, ferdigheter og holdninger nødvendige for å utføre en oppgave for å være reduksjonistisk og å innføre et kunstig skille mellom praktikerens og hans arbeid. I avhandlingen har vi funnet at praktikernes kunnskaper, ferdigheter eller holdninger, i steden henger sammen med, og er relative til, deres ulike måter å se, og forstå, forebyggende og håndterende praksiser på.

5.2.1 Endringer av måter å se på praksiser i forebygging og håndtering av trusler og vold

I to delstudier (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) finner vi på gruppenivå moderate endringer av konsepsjoner av forebyggende og håndterende praksiser blant deltakerne. Avhandlingens funn av horisontal utvikling av deltakernes forståelser er i samsvar med Dall'Alba og Sandbergs (2006) beskrivelse av hvordan endringer av forståelser i forbindelse med kompetanseutvikling kan være sirkulære. Det sirkulære elementet betyr at nye erfaringer bidrar til å reprodusere og utdype tidligere ervervede forståelser. På individuelt nivå har vi funnet at enkelte av deltakerne i våre to fenomenografiske delstudier (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) har erfart en kvalitativ endring av forståelsen av praksis etter deltakelse på kurs og kompetansetiltak. I delstudie én (Maagerø-Bangstad et al., 2019) fant vi at halvparten av deltakerne opplevde en slik endring, mens fem av 13 deltakere i delstudie to (Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) gjorde det samme.

Av særlig interesse viste to av de 13 deltakerne i delstudie to (Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) en tilsynelatende negativ utvikling av sin forståelse. Disse to deltakerne ga i det første intervjuet ikke uttrykk for forståelse av praksis som inkluderte den første og mest grunnleggende deskriptive kategorien vi fant i denne delstudien, men denne ble inkludert i det andre intervjuet. Så langt jeg har klart å bringe på det rene, behandler ikke fenomenografisk litteratur nedadgående utvikling spesifikt. Slik jeg leser Marton og Booth (1997) beskriver de isteden langt på vei grunnleggende konsepsjoner som forutsetninger for å kunne etablere konsepsjoner på høyere nivå, gjennom at høyere ordens forståelser bygger på mer grunnleggende måter å se fenomenet på. Cope og Prosser (2005) henviser på sin side til begrepene intern og ekstern horisont i sin forklaring av hvordan utvikling av konsepsjoner innebærer at aspekter som tidligere kunne være en del av forståelsens eksterne horisont blir innlemmet i den interne horisonten. Åkerlind (2008) sier om fenomenografiens hierarki av deskriptive kategorier at mindre sofistikerte og sammensatte forståelser ikke anses som «feile», men isteden som ufullstendige og at

de er preget av en manglende bevissthet om nøkkelaspekter som kjennetegner mer komplekse måter å se fenomenet på.

Våre funn av en tilsynelatende nedadgående utvikling hos to av deltakerne kan, med visse forbehold, sies å utfordre fenomenografiens syn på at læring bygger på allerede etablerte forståelser av et fenomen, eller at utvikling av forståelse innebærer grader av kvalitativ endring av det som allerede er kjent (Ashwort, 2004). Den ene av deltakerne var i det første intervjuet i stand til å ytre aspekter ved fenomenet i tråd med den nest øverste konsepsjonen. Denne deltakeren ble vurdert i det andre intervjuet som også å ha utviklet en forståelse som var i tråd med den mest inkluderende og sammensatte forståelsen vi fant i vårt datamateriale, og viste dermed også en samtidig «oppadgående» utvikling. Forståelsen den andre av de to deltakerene ga uttrykk for både i det første og det andre intervjuet, ble vurdert til ikke å overskride forståelsen i den fjerde kategorien (av seks) i studiens hierarki av deskriptive og logisk sammenhengende kategorier. En begrensning ved menneskets evne til å forstå andre er ifølge Marton og Booth (1997) at det ikke er mulig å vite sikkert grensene for andre menneskers erfaring. Slik sett kan det tenkes at de to nevnte deltakerne ikke ytret aspekter ved forebygging og håndtering av praksis som de egentlig var i stand til, fordi begge valgte å fokusere på andre aspekter i løpet av det første intervjuet, eller at jeg ikke greide å åpne opp den aktuelle dimensjonen ved praksis sammen med dem på det daværende tidspunktet. En annen mulig forklaring kan være at deltakelse på de lokalbaserte kompetansetiltakene som ble undersøkt i delstudie to (Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) bidro til at de to deltakerne ble mer bevisste betydningen av grunnleggende aspekter ved forebyggende og håndterende praksiser.

Den første og minst sammensatte kategorien i den aktuelle delstudien handler om å ivareta ansattes sikkerhet gjennom praksiser, rutiner og organisasjonsmessige intervensjoner. Dette er aspekter som er beskrevet som avgjørende i forskning og i kunnskapsbaserte anbefalinger på området (Berring et al., 2016; Delaney & Johnson, 2006; Department of Health, 2009; Dillon, 2012; O'Rourke et al., 2018), og som det kan argumenteres for er helt basale og nødvendige forutsetninger for å kunne drive

forebyggende og håndterende arbeid i psykisk helse- og rustjenester. Jeg ser også funnene i sammenheng med ledernes erfaringer i delstudie tre (Maagerø-Bangstad et al., 2020) av at deltakelse på kompetansetiltak bidro til å påminne deltakerne om, og hjelpe dem til å rette søkelyset på, forebygging og håndtering av trusler og vold som en nødvendig oppgave i psykisk helsearbeideres arbeid. Jeg vil derfor argumentere for at funnene av en nedadgående vertikal utvikling ikke er i konflikt med fenomenografiens utgangspunkt, eller med den fortolkende kompetansetilnærmingen. I stedet er den spesifikke bevegelsen vi har sett i datamaterialet mer å regne som del av den horisontale og utdypende utvidelsen av forståelse som Dall'Alba og Sandberg (2006) beskriver i forbindelse med kompetanseutvikling blant praktikere. Deltakerne synes å ha erfart at kompetansetiltaket de deltok på bidro til en inkludering av kontroll- og organisasjonsmessige aspekter i deres bevissthets interne horisont, som tidligere synes å ha vært en del av fenomenets eksterne horisont i deres bevissthet. Jeg mener at funnet av en nedadgående vertikal utvikling i delstudie i (Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) kan være et bidrag til teoriutvikling innen den fortolkende kompetansetilnærmingen. Vertikal utvikling synes å kunne være *både* oppad- og nedadgående. Gjennom en nedadgående utvikling er det mulig at tidligere uuttalte, «tatt-for-gitte» aspekter ved praksis blir brakt frem i bevisstheten og gitt mening av praktikerne. Som nevnt tidligere i avhandlingen argumenterer Marton og Booth (1997) for at praktikere som evner å holde flere aspekter samtidig i bevisstheten i møte med fenomener, vil ha større tilgang til adaptive og hensiktsmessige verktøy og strategier. I lys av dette vil derfor også oppmerksomhet om mulig nedadgående vertikal utvikling blant deltakere også være nyttig kunnskap i forbindelse med evalueringen av kompetanseutviklingstiltak.

Funnene av vertikal og horisontal utvikling av måter å se forebyggende og håndterende praksiser på i våre delstudier (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) indikerer at Oslo kommune bør tilrettelegge sine kurs og kompetansetiltak på måter som tok hensyn til forståelsens erfaringsbaserte sirkularitet (Dall'Alba & Sandberg, 2006) for mer effektivt å fremme både vertikal og horisontal kompetanseutvikling. Den sirkulære dimensjonen kunne blitt nyttiggjort i

kurssammenheng ved at man bygget på og involverte deltakernes erfaringer om trusler og vold i psykisk helsearbeid, og slik gjorde undervisningen relevant for deltakerne og knyttet an til deres etablerte relevansstrukturer. Likevel kunne også delstakeres sirkulære forståelse ha blitt utfordret gjennom å introdusere aspekter ved praksis som bryter med deltakernes allerede etablerte forståelser. Dette kunne for eksempel blitt gjort gjennom å introdusere og vektlegge brukerinvolvering og situasjonelle- og interaksjonsmessige faktorer ved trusler og vold i psykisk helsearbeid i undervisningen.

5.2.2 Betydning i form av økt refleksjon

I avhandlingen har vi funnet at både medarbeidere og ledere mener at deltakelse på kompetansetiltak har bidratt til økt refleksjon blant deltakerne. Videre har vi funnet at deltakerne mener refleksjon over praksis er avgjørende for psykisk helse- og rusarbeideres måter å møte brukere som kan være truende og/eller voldelige på, men også for utviklingen av kompetanse i tjenestene. Refleksjon, og særlig kritisk refleksjon over resultatene av eget arbeid og hvordan ens forståelser «virker» i praksis, er ifølge det fortolkende kompetanseperspektivet avgjørende for utvikling av kompetanse og praksis blant praktikere (Dall'Alba & Sandberg, 2006; Sandberg & Targama, 2007). Det før nevnte prinsippet om sirkularitet er sentralt i det fortolkende kompetanseperspektivet for hvordan praktikers forståelse av eget arbeid utvikles (Dall'Alba & Sandberg, 2006). Mezirow (1991) har også vist at vi som mennesker ofte forholder vi oss til verden på 'tatt for gitte' og automatiserte måter og ikke-refleksive måter. I situasjoner som ikke bryter med våre forventninger eller som ikke krever aktive vurderinger er vi heller ikke vanligvis klar over vår egen forståelse, og i enda mindre grad hvordan denne kan være strukturert og organisert (Marton, 2015; Marton & Booth, 1997). Kvalitative endringer av måter å se praksis på fordrer intervensjoner som evner å bryte praktikernes sirkulære forståelser. Dette kan oppnås gjennom blant annet gjennom refleksiv dialog på arbeidsplassen (Dall'Alba & Sandberg, 2006; Sandberg og Targama, 2007). Dette kan for eksempel være som del av en kollektiv refleksjon rettet mot økt kvalitet i omsorgsarbeid og tjenesteutøvelsen (Börjesson et al., 2015).

Sandberg og Targama (2007) peker på at potensialet for endring er størst når refleksjon benyttes aktivt av praktikeren til å lære seg selv bedre å kjenne enn hvis det er i form av en vurdering av systemer eller av arbeidet selv (Bengtsson, 1995). Dette da førstnevnte gjerne er mer personlig forpliktende, involverende og dyperegående enn sistnevnte som muliggjør en distansert vurdering av aspekter ved arbeidet, uten at det nødvendigvis skapes en klar opplevelse av en selv og ens egen rolle i arbeidet. I avhandlingen fant vi at det å delta på kurs og kompetansetiltak kan tjene som en måte å innlede og fasilitere en dialog og mer bevisst refleksjon over praksis blant deltakerne. Dette gjelder både refleksjon over egen praksis, men også de gjeldende forståelsene av praksis blant kollegene og på tjenestestedet. I avhandlingens delstudier fant vi at deltakere som hadde en etablert struktur på arbeidsplassen for å kroppsliggjøre læringsinnholdet fra kursene og kompetansetiltakene viste størst forståelsesmessig utvikling. Dette tyder på at ledere må legge til rette for at dialoger om og refleksjon over praksis kan finne sted på arbeidsplassene for at endring av praksis og kompetanse skal kunne finne sted. Basert på funn i avhandlingen, samt annen forskning og litteratur knyttet til lederes betydning for utvikling av kompetanse og praksis blant medarbeidere (Heckemann et al., 2019, 2020; Manley et al., 2014; Sandberg & Targama, 2007) vil jeg argumentere for at lederne selv bør ta del i disse prosessene for å få størst utbytte av kurs og kompetansetiltak i sine tjenester. Å sende enkeltansatte på kurs uten at det finnes en plan eller etablert struktur for hvordan kunnskapen og læringmaterialet fra kursene skal tas imot eller anvendes på tjenestestedet vil vanskelig kunne bidra til å endre arbeidsplassens forebyggings- og håndteringskultur eller ansattes måter å se praksis på.

I delstudie én (Maagerø-Bangstad et al., 2019) fant vi at de største kvalitative endringene i forståelser fant sted blant deltakere som kom fra samme arbeidsplass. På denne arbeidsplassen hadde lederen også planlagt deltakelsene som en del av en lokal kompetanseutviklingsprosess hvor drøftinger av kursinnhold og refleksjon over deres egen praksis var lagt inn som en viktig bestanddel etter at kursene hadde gått av stabelen. Dette funnet indikerer at kompetanseutviklingstiltak rettet mot praksisene på deltakeres arbeidsplasser vil kunne få størst betydning om det blir lagt til rette for at læringsinnholdet skal kunne gis mening lokalt og knyttes til lokale relevansstrukturer på

de enkelte deltakernes arbeidsplasser. Gjennom økt kunnskap, bevissthet og refleksjon over praksis synes det som at kompetansetiltakene som er blitt undersøkt i avhandlingen har bidratt til at deltakerne har fått et kvalitativt bedre utgangspunkt for involvering og deltakelse i lokale praksisutviklingsprosesser knyttet til forebygging og håndtering av trusler og vold. Dette synes særlig relevant for funnene i studien om de lokalbaserte kompetiltakene (Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020), på grunn av hvordan disse inkluderer store deler av personalgruppene på tjenestestedene og at de er forankret i lokale kompetanse- og praksisutviklingsprosesser, som også involverte lederne i flere av de aktuelle boligene. Dette funnet styrker min tro på Helseetatens satsing på lokale kompetanseutviklingstiltak, som ble initiert i forbindelse med delstudie to i avhandlingen, vil kunne bidra til utvikling av kompetanse og virkningsfulle praksiser ute i tjenestene, om disse blir videreført av Helseetaten.

I delstudie to (Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) undersøkte vi lokalbaserte kompetansetiltak i samlokaliserte boliger for personer med psykiske helseproblemer. Funnene i denne studien har jeg og mine medforfattere blant annet sett i lys av personorienterte perspektiver på praksisutvikling. I det personorienterte perspektivet på helsearbeid ses individuell og kollektiv kritisk refleksjon, i tillegg til aktiv læring, som å spille en avgjørende rolle for utvikling av praksis i helsetjenestene (McCormack et al., 2011). I tillegg har McCormack og kolleger (2007) angitt samarbeid, inkludering og deltakelse som metodologiske nøkkelfaktorer for praksisutvikling. Manley og kolleger (2013, 2014) fremstiller i tillegg personorientert praksisutvikling som en kollektiv prosess, fundert i en delt organisasjonsmessig målsetning, og som blant annet inkluderer medarbeidernes, men også brukernes og samarbeidspartnerne perspektiver og synspunkter i prosessen. Det organisasjonsmessige målet kan i vår sammenheng for eksempel handle om effektiv og hensiktsmessig forebygging og håndtering av trusler og vold i tjenestene på måter som ivaretar ansattes sikkerhet, men også brukernes behov for tjenester. I henhold til personorientert praksisutvikling nås målet gjennom dialoger mellom organisasjonen, medarbeiderne, brukerne og samarbeidspartnerne om deres syn på og ønsker knyttet til forebyggende og håndterende praksiser i tjenestene. I avhandlingen har vi funnet at deltakere, ledere så vel som ansatte, vektlegger særlig

intern dialog på arbeidsplassene om praksis som et utgangspunkt for utvikling av virkningsfulle og hensiktsmessige forebyggings- og håndteringsstrategier. I det store og hele blir dialog med brukere, slik vi finner det i delstudie én og to (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020), kun bragt frem som en potensiell virkningsfull mulighet av enkeltdeltakere, og stort sett som å gjelde den konkrete, dyadiske samarbeidsrelasjonen mellom ansatte og brukere. Brukerinvolvering i utvikling av praksis i forebygging og håndtering av trusler og vold synes ikke etablert som et systematisk tiltak i psykisk helsetjenestene som deltok. Når det gjelder øvrige samarbeidsparter, som overordnet ledelse i bydelene eller spesialisthelsetjenesten, ser vi at der disse i det hele tatt nevnes, er dette hovedsakelig som instanser som er fraværende, vanskelige å involvere eller underkjenner kommunale psykisk helsetjenesters kompetanse og nære kjennskap til brukerne. I avhandlingen fremstår derfor personorientert praksisutvikling langt på vei som et uoppfylt potensiale på deltakernes arbeidsplasser, som noe som per dags dato synes langt unna å kunne bli realisert.

5.2.3 Betydningen av variasjon i kompetansetiltakene

I de to fenomenografiske studiene (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) har vi funnet betydelige variasjoner i praktikernes måter å se på praksiser i forebygging og håndtering av trusler og vold. Lederne i delstudie tre (Maagerø-Bangstad et al., 2020) ga uttrykk for at de så på de ulike kompetansetiltakene som utviklet av Helseetaten, som å være komplementære og at de utfylte hverandre, og dermed kunne ses i sammenheng med hverandre. Ledernes oppfatninger stemmer langt på vei overens med intensjonene som har ligget bak utviklingen av kompetansetiltakene. Det har hele tiden vært et mål at kompetansetiltakene skulle belyse ulike dimensjoner og faktorer ved sikkerhetsperspektiver og intervensjoner for å minimere risiko i forbindelse med oppfølging av brukere, men også hvordan forståelse av brukeren og samhandling og samarbeide i relasjoner virker til å forebygge trusler og vold i psykisk helsearbeid. I de lokalt baserte kompetansetiltakene har for eksempel beskrivelser av individuelle og

situasjonelle risikofaktorer og betydningen av fysiologisk aktivering for både utøver og offer vært vektlagt, samtidig som avmaktsorienterte, dialogiske og recoveryorienterte praksiser også er blitt belyst. Dette er blitt gjort på bakgrunn av en antakelse blant de ansvarlige for kompetansetiltakene i Helseetaten om at disse dimensjonene henger tett sammen i forståelsen av aggresjon, trusler og vold.

Ut av fenomenografisk forskning og empiri har det vokst frem en teori om undervisning og tilretteleggelse for læring, kalt *variasjonsteori* (Holmqvist & Selin, 2019; Marton, 2015, Åkerlind, 2012, 2015). I variasjonsteorien betraktes det å introdusere lærende for betydningsfulle aspekter ved et fenomen og hvordan disse varierer som en grunnleggende, og nødvendig forutsetning for læring (Dahlin, 2007; Holmqvist & Selin, 2019; Marton & Trigwell, 2000; Marton, 2015). Der fenomenografien som forskningstradisjon, ifølge Holmqvist og Selin (2019) er *deskriptiv*, det vil si at den beskriver variasjoner i en populasjons forståelse av et fenomen, er variasjonsteorien *preskriptiv* og rettet mot *hvordan* forståelsen av et fenomen utvikles og hvordan man som underviser legge til rette for læring. Gjennom å introdusere den lærende for kvalitativ variasjon ved fenomenet, og vise frem ulike kontekster, sammenhenger og måter det kan opptre i, kan hen tilegne seg aspekter ved fenomenet som hen tidligere ikke har vært i stand til å identifisere og slik utvikle nye forståelser av fenomenet (Marton, 2015; Pang & Ki, 2016; Åkerlind, 2015). Undervisning handler etter dette om å eksponere lærende for erfaring av varierende mønstre av ulike essensielle og avgjørende aspekter ved et fenomen, såkalte kritiske aspekter (Marton, 2015). Dette kan for eksempel bety å holde et aspekt *invariant*, eller konstant, la oss for eksempelets skyld si praktikerens personlig dempende egenskaper, mens observerbare tegn på voldsrisiko og involvering av brukeren varierer. Ulike aspekter kan holdes varierte og invarierte, alt etter hva underviseren ønsker å oppnå med undervisningen. Både fenomenografi og variasjonsteori anvender begrepet kritiske aspekter, men mens førstnevnte først og fremst betrakter dette som et analytisk begrep i forståelsen av læringsprosesser, ser man i variasjonsteorien kritiske aspekter som grunnleggende og essensielle dimensjoner ved læringsobjektet som er nødvendige for å utvikle mer sammensatte måter å erfare dette på (Holmqvist & Selin, 2019; Marton, 2015; Åkerlind, 2015). Disse er videre nødvendige

for å frembringe erfaring av helheten og er relative til læringsoppgaven selv og til den enkelte lærende. Kritiske aspekter vil kunne være ulike alt ettersom oppgaven er å lære seg enten å administrere beroligende medisiner eller gjennomføre deeskalerende samhandling og kommunikasjon. Kritiske aspekt i variasjonsteorien er mer teoretisk funderte erfaringsmessige egenskaper ved et fenomen som er avgjørende for at den lærende skal utvikle en særskilt forståelse av fenomenet (Pang & Ki, 2016). Slike aspekter finnes gjerne gjennom disiplinspesifikke forståelser, anerkjent av majoriteten innen det aktuelle faget (Holmquist & Selin, 2019). Marton argumenterte i 1981 for at 'autoriserte' og antatt vitenskapelig begrunnede konsepsjoner om verden verken er gitte eller konstante. Slike er heller å anse som noen, av flere mulige, måter å forstå fenomener på. I lys av Martons betenknninger og avhandlingens sosialkonstruksjonistiske syn på objektive sannheter anser jeg avhandlingens funn som noen av flere mulige måter å se forebygging og håndtering av trusler og vold i lokalbaserte psykisk helsetjenester på. Uten at jeg i avhandlingen preskriptivt har foreskrevet hvordan trusler og vold i psykisk helsetjenester *skal*, eller *bør*, forebygges og håndteres, kan funnene likevel få implikasjoner for teorier om trusler og vold i tjenester til mennesker med psykiske helseproblemer. Funnene viser hvordan ulike strategier og praksiser *kan* henge sammen, interagere og påvirke hverandre i et logisk sammenhengende kompleks av praksiser og forståelser om fenomenet. Dette kan videre få betydning for senere teoriutvikling om forebygging og håndtering av trusler og vold i psykisk helsetjenester også gjennom betoningen av hvordan praksiser henger sammen med måter å se og forstå fenomenet på.

Jeg har i arbeidet med avhandlingen funnet at måten Helseetaten har tilrettelagt læring på i de undersøkte kursene og kompetansetiltakene har visse paralleller til variasjonsteori (Marton, 2015). Særlig dreier dette seg om hvordan kursene og kompetansetiltakene har belyst ulike aspekter og dimensjoner ved forebygging og håndtering av trusler og vold, fra individuell og situasjonsbasert risikovurdering til psykisk helsearbeidernes eget bidrag i situasjoner. En variasjonsteoretisk analyse ville ha innbefattet en identifisering av nødvendige kritiske faktorer som må mestres for at den lærende skal kunne oppnå en mer utviklet forståelse av et fenomen. Vi har ikke gjennomført variasjonsteoretiske

analyser av kritiske aspekter i avhandlingen. Den variasjonsteoretiske beskrivelsen av kritiske aspekter som å finne sin begrunnelse i teori eller disiplinspesifikke forståelser, har isteden bidratt til at jeg har knyttet avhandlingens funn av varierende forståelser til ulike dominerende diskurser innen psykisk helsefeltet. Jeg mener at flere av de deskriptive kategoriene vi har utviklet i de to studiene kan knyttes til ulike fagtradisjoner og perspektiver på psykisk helse og psykisk helsearbeid. Forståelsene som knytter an til kontrollperspektiver og autoritære intervensjoner, og som har et særskilt søkelys på organisasjonen og personalets sikkerhet, ligger, som tidligere vist, tett opp til det Björkdahl og kolleger (2010) omtaler som 'bulldoser'-tilnærminger innen psykisk helsetjenester. Slike forståelser sammenfaller videre med forklaringer på vold i psykisk helsetjenester som prioriterer interne faktorer (Njiman, 2002; Nijman et al., 1999) og kan som sådan sies å være i tråd med et tradisjonelt biomedisinsk, reduksjonistisk og patogent perspektiv på psykiske helseproblemer. Forståelser av praksis som derimot i større grad er sensitive overfor brukeren og inkluderer brukerens perspektiver og ressurser, som vi har funnet i de to fenomenografiske delstudiene (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020), kan, slik jeg ser det, leses i sammenheng med Björkdahl og kollegers (2010) beskrivelser av 'ballett-danser'-tilnærmingen i psykisk helsetjenester og en større oppmerksomhet om eksterne og situasjonelle/interaksjonelle faktorer (Duxbury & Whittington, 2005; Njiman, 2002; Nijman et al., 1999). I avhandlingen har vi funnet at tilnærminger og forståelser som inkluderer brukerens perspektiver og ressurser og situasjonelle og interaksjonelle faktorer ikke bare er de mest sammensatte og utviklede, men også at de i stor grad sammenfaller med humanistiske, 'holistiske' og kontekstuell sensitive recovery- og personorienterte tilnærminger (Borg et al., 2013; Gask & Coventry, 2015; Hummelvoll et al., 2015; Karlsson & Borg, 2017; Lim et al., 2017, 2019a, 2019b, 2020; McCormack & McCance, 2017). I lys av hvordan variasjonsteorien beskriver utskillelse av kritiske aspekter, indikerer dette at aspekter knyttet til ivaretagelse av sikkerhet for personale, identifisering av voldsrisiko hos brukere og samarbeide kolleger imellom, er sentrale og må mestres, før psykisk helsearbeidere etter hvert kan utvikle erkjennelse av aspekter

knyttet til involvering av, dialog og samhandling med brukere om strategier for forebygging og håndtering av trusler og vold.

5.3 Avhandlingens styrker og begrensninger

I avhandlingen har jeg, under innflytelse fra sosialkonstruksjonismen, istedenfor å søke sannheten med stor 'S', heller søkt 'multiple sannheter' (Gergen, 2019). Multiple sannheter ses på som å involvere flerstemmighet i kunnskapsutviklingen (Gergen & Gergen, 2011), og kan videre gjøres til gjenstand for kritisk refleksjon (Burr, 2015b), det være seg for praktikere eller forskere. Videre argumenterer Gergen (2019) for at slike sannheter kan vise seg nyttige for å kommunisere for ulike individer, i ulike tidsrom. 'Sannhetene' i avhandlingen er et resultat av samskaping (Gergen, 2009) og er derfor situerte i et fellesskap (Gergen & Gergen, 2011) mellom ulike aktører innen psykisk helsearbeid, forskning, og utdanning. Avhandlingen er derfor å anse som et produkt av sin tid, det fellesskapet den er blitt til gjennom, og som et troverdig utgangspunkt for videre kunnskapsutvikling. Funnene er derfor ikke å anse som eviggyldige beskrivelser av fakta knyttet til praksiser i forebygging og håndtering av aggresjon, trusler og vold i psykisk helsearbeid, men heller deler av et stadig foranderlig bilde av et fenomen i en kompleks verden.

Det ville selvsagt vært mulig å utforske betydningen av å delta på kurs og kompetansetiltak ved hjelp av andre metoder og tilnærminger, og like fullt fått frem annen verdifull kunnskap, både om praksiser og perspektiver på praksis, så vel som betydningen av å delta på kurs og kompetansetiltak. Det jeg likevel mener er avhandlingens styrke og fortrinn består i hvordan den har evnet å gå nært på deltakernes beskrivelser og forståelser av praksis, men samtidig også har vist hvordan disse forståelsene har endret seg med henblikk på meningsinnhold og fokus for delstudienes deltakere. Gjennom å sette et særskilt metodisk søkelys på variasjon har vi vært i stand til å belyse bredden i perspektiver og erfaringer i utvalget, og funnet beskrivende kategorier som både indikerer hvor sammensatt praksis er og hvordan god og

hensiktsmessig praksis henger sammen med måtene ulike dimensjoner ved praksis struktureres i den enkelte psykisk helsearbeiders bevissthet.

I tråd med fenomenografiens reservasjon mot analyser på individuelt nivå (Marton & Booth, 1997) og den dekontekstualiserte analysen som ble gjennomført i delstudie to (Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) ble det ikke utført særskilte analyser av eventuelle egenskaper og bakenforliggende forhold som skilte deltakerne som opplevde en kvalitativ og vertikal utvikling av sine forståelser, fra de som ikke opplevde dette. Dette har forhindret oss fra å dra enkelte kontekstuelle slutninger om forhold ved deltakernes utvikling. Dette er slik jeg ser det, et eksempel på en begrensning ved dekontekstuell fenomenografisk analyse og det kunne være interessant ved en senere anledning å se nærmere på eventuelle variasjoner i kontekstuelle faktorer blant deltakerne og deres betydning for betydningen av deltakelse på kurs og kompetansetiltak. Da jeg arbeidet med delstudie én (Maagerø-Bangstad et al., 2019) kjente jeg heller ikke til Dall'Alba og Sandbergs (2006) begreper om vertikal og horisontal utvikling av forståelser, så i den forbindelse var jeg kun oppmerksom på, og beskrev, tilfeller av vertikal utvikling blant deltakerne. Det ville etter min mening bidratt til en fyldigere og bedre forståelse av kompetanseutviklingen blant deltakerne om også den horisontale dimensjonen hadde blitt inkludert i delstudie én (Maagerø-Bangstad et al., 2019).

I delstudie én og to (Maagerø-Bangstad et al., 2019; Maagerø-Bangstad, Sælør, Lillevik et al., 2020) har det vært medarbeideres perspektiver på, og erfaringer med, praksiser i forebygging og håndtering av trusler og vold som har blitt undersøkt. Det er etter min mening viktig å få frem hvordan praktikere selv forstår praksis og hvordan de begrunner sine valg i møter med aggresjon, trusler og vold fra brukere da det jo er disse som til syvende og sist gis oppgaven med å iverksette de fleste tiltak for å ivareta egen sikkerhet og samtidig sørge for kontinuerlige, gode og sikre tjenester til brukerne. Der avhandlingen har bidratt til å gi stemme til én bestemt gruppe innen psykisk helsefeltet, har den imidlertid ikke inkludert en annen, og vel så marginalisert, men absolutt betydningsfull stemme; nemlig brukerens. Bestemte former for kompetanse og praksiser blant ansatte, og i hvilken grad disse kan sies å bidra til mindre konflikt og aggressive situasjoner i møtet

mellom brukere og psykisk helsearbeidere, vil ha begrenset gyldighet og praktisk anvendelighet om ikke brukerne selv attesterer og bifaller den samme kompetansen og relaterte praksiser som virkningsfulle for dem. Det at undersøkelsene ikke har involvert brukernes perspektiver på og erfaringer med kompetanse- og praksisutvikling etter at personell har deltatt på Helseetatens kurs eller kompetansetiltak, representerer derfor en betydelig begrensning ved avhandlingen. Å involvere brukere av kommunale psykisk helsetjenesters erfaringsbaserte kunnskaper og perspektiver på praksiser i forebygging og håndtering av trusler og vold fra brukere ville etter min mening kunne bidratt til et enda mer troverdig og relevant kunnskapsgrunnlag for senere utvikling av både kurs og kompetansetiltak, og prinsipper for praksis i psykisk helsearbeid.

En annen begrensning jeg vil nevne, er at det ikke har latt seg gjøre å utforme avhandlingen i henhold til et longitudinelt design, der betydningen av kurs, kompetansetiltak og kompetanseutviklingsstøttende verktøy hadde blitt undersøkt over tid. I tråd med innsiktene fra den fortolkende kompetansetilnærmingen (Dall'Alba & Sandberg, 2006; Sandberg & Targama, 2007) er forståelsen av praksis gjenstand for kontinuerlig sosial påvirkning i et praksisfellesskap. Det er derfor mulig å tenke seg at enkelte deltakere befinner seg i sosiale kontekster på arbeidsplassen som vil bidra til at de fortsetter sin positive utvikling av måter å se praksis på. Andre igjen kan befinne seg i settinger eller arbeidsfellesskaper der slik utvikling vil være vanskeligere, eller der mindre sammensatte praksiser blir sanksjonert av kolleger og ledelse. Dette vil kunne resultere i negativ utvikling eller sementering av visse typer begrensede forståelser av praksis. Om noen av deltakerne i avhandlingen i etterkant har blitt utsatt for vold eller trusler, vil dette også kunne påvirke negativt deres relevansstruktur, eller hvordan de ser praksis og prioriterer strategier for å forebygge og håndtere trusler og vold (Chang et al., 2012; Jalil et al., 2017). Det ville derfor vært en ytterligere styrke ved funnene i avhandlingen om det hadde vært mulig å inkludere deltakernes beskrivelser av praksis over et lengre tidsrom enn det som har vært tilfellet i avhandlingen. Dette ville ventelig også kunne gitt oss verdifulle kunnskaper om kontekstuelle forhold som kan påvirke vedlikeholdelsen og videreutviklingen av kompetanse over tid i psykisk helsetjenester.

Det at ledernes perspektiver og erfaringer er blitt inkludert i forskningsdesignet vil jeg fremholde som en ytterligere styrke i forbindelse med undersøkelsen av kompetansetiltakene og verktøyenes betydning for ansattes kompetanse og praksisutviklingen i de kommunale psykisk helsetjenestene. Det er lederne som avgjør om deres medarbeidere skal delta på kurs og hvilke ressurser de kan avse til dette. Slik sett er jo også ledernes perspektiver om hvorvidt investeringen har gitt «avkastning» for deres tjenester, i form av økt kompetanse blant medarbeiderne og bedre tjenester til brukerne, avgjørende for vurderinger av nytte og betydning av Helseetatens kurs- og kompetansetiltaksvirksomhet.

Til slutt i denne delen, vil jeg peke på min egen erfaring som psykisk helsearbeider og leder av kommunale psykisk helsetjenester har bidratt positivt under undersøkelsene av forståelser av praksiser i forebygging og håndtering av trusler og vold. Dette har gjort at jeg har gjenkjent en del beskrivelser fra egen praksis og møter med egne medarbeidere, og dette har også bidratt til at jeg i analysene har opplevd at de kategoriene som ble utviklet sammen med mine medforfattere har «resonnert» med mine egne kroppsliggjorte erfaringer. Jeg har også involvert andre praktikere, og personer med brukererfaringer, i arbeidet med å vurdere kvaliteten på analysene i avhandlingen. I tillegg har jeg presentert funnene for andre i kommunen, spesialisthelsetjenesten og forskningsfeltet. I disse foraene har det på mange måter blitt gitt utstrakt tilslutning til våre funn og våre fortolkninger av datamaterialet. Alle de som har deltatt i disse foraene har imidlertid vært særskilt engasjerte og interesserte i fenomenet det har blitt forsket på og ønsket å bidra til kunnskapsutviklingen. Det er mulig at ved en mer strategisk og målrettet involvering av andre, potensielt mer kritiske stemmer ville kunne bidratt til ytterligere nyansering av funnene, hvordan disse kan forstås i en kommunal sammenheng og hvordan de kunne anvendes i utviklingen av senere kurs og kompetanseutviklingstiltak og verktøy i kommunen. Trusler og vold er, som vi har sett i avhandlingen, et sammensatt fenomen og det er mange meninger om hvordan dette bør møtes og håndteres i tjenestene. Det er kanskje ikke annet å forvente at en del vil stille seg skeptiske til våre funn og heller ønske at kommunalt psykisk helsearbeid skal fremme andre praksiser enn dem som avhandlingen legger opp til?

5.4 Implikasjoner for praksis og forskning

Avhandlingen bidrar til kunnskapsutvikling om forebygging og håndtering av trusler og vold i kommunale, lokalbasert psykisk helsetjenester, gjennom å belyse praktikernes forståelser av og måter å se praksis på. Det er, som jeg har vist tidligere, lite kunnskap om trusler og vold i lokalbasert psykisk helsearbeid. Videre belyser avhandlingen betydningen av uformelle kurs og kompetansetiltak i lokalbaserte tjenester gjennom å beskrive endringer i deltakeres forståelser av praksis etter deltakelse på Helseetatens kurs og kompetansetiltak. Ledere er, som tidligere vist, viktige for medarbeidernes evne til å forebygge og håndtere trusler og vold på arbeidsplasser. Avhandlingen belyser også ledernes erfaringer og opplevelser av hvilken betydning kurs, kompetansetiltak og kompetanseutviklingsstøttende verktøy utviklet av Helseetaten i Oslo kommune. Dette bidrar til ny kunnskap om dimensjoner ved kompetanseutvikling, som heller ikke er belyst i særlig grad i annen litteratur.

Mye av forskningen som finnes om trusler og vold i psykisk helsetjenester kommer fra spesialisthelsetjenesten og institusjonsbaserte psykisk helsetjenester. Dette er særegne kontekster som styres av regler og rutiner som har lav overføringsverdi til lokalsamfunnsbaserte kontekster. Om trusler og vold i settinger der brukerne bor og lever mesteparten av sine liv skal forstås og bli gitt troverdige forklaringer, er det nødvendig med forskning i lokalsamfunnene og i lokalsamfunnsbaserte tjenester der fenomenet opptrer. En mulig implikasjon av avhandlingsarbeidet er at forskningsfeltet er blitt ytterligere åpnet, også for andre forskere, og at flere ser verdien av å utvikle kunnskap om trusler og vold i lokalsamfunnsbaserte og kommunale tjenester.

Funnene i avhandlingen viser at praksis i møter med aggresjon, trusler og vold er sammensatt. Dette innebærer etter mitt syn at trussel- og voldshendelser i psykisk helsearbeid må behandles som unike tildragelser og hverken kan eller bør møtes gjennom standardiseringer og generaliseringer av praksiser. Våre funn synes i dette lys å implisere at heller enn å søke enhetlige, standardiserte og 'gjennomsnittlige' forståelser av forebyggende og håndterende praksiser, bør kurs og kompetansetiltak fremme

variasjon og fleksible forståelser. På denne måten kan psykisk helsearbeidere, og teamene de er en del av, bli i stand til å utvikle adaptive strategier i møte med individuelle brukere, på måter som ivaretar både egen sikkerhet og brukernes behov.

En annen av implikasjonene av funnene i foreliggende studie er at formålstjenlig forebygging og håndtering av trusler og vold i psykisk helsearbeid innebærer dialogiske praksiser og et involverende samarbeide med brukerne om utvikling av strategier for å unngå trusler og vold. Gjennom større involvering av brukerne og større hensyntaken til deres perspektiver på praksiser og strategier, vil psykisk helsetjenester kunne utvikle samarbeidsformer som i seg selv vil beskytte mot hendelser. I tillegg vil involvering og dialog med brukerne gjøre psykisk helsearbeidere i stand til å komme tidligere inn i oppbyggingen av aggresjon og gi dem tilgang til individuelt tilpassede, og av brukeren sanksjonerte tiltak. Samtidig vil de også kunne jobbe mer aktivt med læring og endring etter hendelser, både for ansatte, organisasjonen og brukeren selv.

For kompetansetiltak mer generelt, ser jeg implikasjoner av funnene i avhandlingen i form av at de indikerer at uformelle kurs og kompetansetiltak rettet mot kommunale psykisk helsearbeidere, bør inngå i en bevisst, planmessig og forpliktende strategi på arbeidsplassene for at de skal kunne få betydning for deltakernes kompetanse og utviklingen av praksis i tjenestene. Ledere har stor betydning for praksis, retningslinjer og rutiner for forebygging og håndtering av trusler og vold på arbeidsplassene. Dette betyr at ledere er nødt til å involvere seg i og være aktivt deltakende i forbindelse med kurs og kompetansetiltak i Oslo kommune. Ledere bør, slik jeg ser det, utarbeide planer for hvordan kompetanse og kunnskapsbaserte praksiser skal få betydning på tjenestestedet før medarbeiderne deltar på kurs og kompetansetiltak. Flere fra samme arbeidssted bør videre delta på de samme kursene eller kompetansetiltakene, på samme tidspunkt. På denne måten får man en delt erfaring å ta utgangspunkt i når læringsinnholdet i kurs og kompetansetiltak skal møte praksis og bearbeides på arbeidsplassene. Betydningen av lederes involvering i kompetanseutvikling og sosiale dimensjoner ved læring og kompetanseutvikling vil kunne få betydning for Helseetatens kompetansetiltak fremover og er etter mitt syn et viktig bidrag fra forskningen for Oslo kommune som aktør i

kompetanseutviklingsfeltet. Dette vil videre også kunne innebære en økt erkjennelse av relevansen og betydningen av desentraliserte og lokalbaserte kompetansetiltak og lokale kompetanseutviklingsressurser i uformell, ikke-gradsgivende kompetanseutvikling i psykisk helsearbeid.

Jeg har, som et resultat av å arbeide med avhandlingen og med fenomenografisk teori om læring og utvikling av forståelse spesielt, kommet til å se relevansstruktur (Marton & Booth, 1997), som en særlig utfordring og oppgave for Helseetaten som arrangør av kompetansetiltak. Relevansstruktur er i denne sammenheng praktikerens erfaringsbaserte forståelse av hva som kreves for å løse ulike situasjoner og hvilke aspekter man bør ha bevissthet om i møte med aggressive og truende situasjoner. Dette begrepet vil kunne ha betydning hvordan kurs og kompetansetiltak vil bli utformet av Helseetaten. For å gjøre læring til et mer sannsynlig utfall av kommende kurs og kompetansetiltak, må man tilrettelegge læringsstoffet på måter som inkluderer og involverer kursdeltakeres erfaringer. På denne måten kan stoffet få relevans for deltakerne og slik også få betydning for de valg og strategier de vil anvende i møter med brukere i deres egen praksis.

Identifiseringen av forståelser av praksis som har forbindelser til recovery- og personorienterte idealer og prinsipper for psykisk helsearbeid og psykisk helsetjenester i avhandlingen, og som i tillegg er forbundet med de mest hensiktsmessige perspektivene på forebygging og håndtering av trusler og vold, vil kunne innebære et økt søkelys på disse perspektivene også i forbindelse med kurs og kompetanseutviklingstiltak rettet mot ansatte som samarbeider med brukere som kan være truende og/eller voldelige. Funnene i avhandlingen har inspirert meg til å se på recoveryorientert forebygging og håndtering av trusler og vold som å være en særlig fruktbar vei å følge i fremtiden for å oppdatere tilnærminger til forebygging og håndtering av trusler og vold i henhold til etablerte perspektiver på øvrige innsatser innen psykisk helsearbeid. Dette har jeg også funnet vil kunne bidra til føre til en større prioritering av samarbeid og samhandling mellom tjenesteutøvere og tjenestemottakere i utformingen av tiltak for å forebygge og håndtere det som for mange er de absolutt vanskeligste og personlig utfordrende

møtene mellom brukere og psykisk helsearbeidere. Dette har potensiale til å bidra til mindre avmaktsopplevelser i kommunale psykisk helsetjenester, og derigjennom mindre trusler og vold mot psykisk helsearbeidere. I lys av funnene i avhandlingen og den økende litteraturen på feltet, er jeg av den oppfatning at Oslo kommunes psykisk helsetjenester, så vel som andre aktører i psykisk helsefeltet som mener å følge recoveryorienterte prinsipper for sin virksomhet, bør gå kritisk gjennom sine praksiser og retningslinjer for forebygging og håndtering av trusler og vold for å se etter hvorvidt disse kan sies å være i tråd med recoveryorienterte praksiser. Involvering av brukerne og erfaringskunnskap og en prioritering av samarbeid og dialog bør i den sammenheng blir en større del av tjenestenes tilsvar på aggresjon, trusler og vold fra brukere enn mer tradisjonelle kontrolltiltak og negative sanksjoner. En ytterligere implikasjon av funnene knytter seg til at det i forbindelse med opplæring av personell og utvikling av praksis i tjenestene vil være nødvendig å utvikle et læringsmateriale for forebygging og håndtering av trusler og vold som er eksplisitt informert av recoveryorienterte prinsipper for praksis. Dette har allerede gitt seg det utslag at jeg høsten 2021 utviklet og avholdt et nytt kurs for ansatte i Oslo kommunes psykiske helse- og rustjenester der søkelyset ble satt på recoveryorienterte prinsipper og praksiser i samarbeidet med brukere som kan være truende og/eller voldelige. Dette kurset har nå blitt Helseetatens prioriterte kurstilbud for alle ansatte i psykisk helse- og rustjenester i Oslo kommune.

I takt med den stadig større utbredelsen av recovery i psykisk helsetjenester anser jeg det videre som sannsynlig at vi vil se stadig mer forskning på recoveryorientert praksis, forebygging og håndtering av trusler og vold på dette feltet. Inspirert av det vi har funnet i arbeidet med avhandlingen, har jeg kommet til å se vår forskning som et lite bidrag i den begynnende utviklingen av kunnskap om recoveryorientert forebygging og håndtering av trusler og vold i psykisk helsetjenester. I dette lyset kan avhandlingen og våre funn få betydning som utgangspunkt for videre utforskning av recoveryorienterte innsatser i møte med aggresjon, trusler og vold i psykisk helsearbeid.

I avhandlingen er samspillet mellom brukere og psykisk helsearbeidere som en viktig faktor i forebygging og håndtering av trusler og vold, samtidig som det er en lang tradisjon

i psykisk helsetjenester for å være ensidig opptatt av interne og individuelle egenskaper ved brukerne i forklaringen av trussel- og voldshendelser. En implikasjon for forskning på forebygging og håndtering av trusler og vold i psykisk helsearbeid vil for eksempel kunne være at det ble forsket på betydningen av å inkludere analyser av miljømessige og situasjonelle og interaksjonsmessige faktorer, slik som egenskaper ved psykisk helsearbeideren og arbeidsplasskulturer, i etterkant av trusler og voldshendelser i kommunalt psykisk helsearbeid. Dette ville gjøre det mulig å finne ut om dette kan bidra til at tjenestene får bedre forståelser for årsakene til hendelser og derigjennom blir i stand til å utvikle mer hensiktsmessige og tilpassede forebyggende tiltak. Slike analyser ville med nødvendighet også medføre en større involvering av brukeren og brukerens forståelse av hendelser.

Vi har i avhandlingen utviklet beskrivelser av psykisk helsearbeideres forståelser av praksiser i forebygging og håndtering av trusler og vold. Det ville med bakgrunn i disse funne også være mulig å undersøke hvor hensiktsmessige og effektive de ulike forståelsesformene er i arbeidet med å forebygge og håndtere aggresjon i praktiske situasjoner i kommunalt psykisk helsearbeid. Det kunne også la seg gjøre å anvende de mest sammensatte og inkluderende forståelsene som utgangspunkt for rekruttering av psykisk helsearbeidere og utvikling av psykisk helseteam. I henhold til rasjonalet bak det deskriptive hierarkiet av forståelser av forebyggende og håndterende praksiser vil psykisk helsearbeidere med sammensatte og inkluderende måter å se praksis på være i stand til å møte utfordrende situasjoner på fleksible og hensiktsmessige måter. Ville da ikke et helt team sammensatt av psykisk helsearbeidere med sammensatte forståelser, i henhold til denne logikken, kunne være særlig egnet til å møte brukere i avmaktspregede livssituasjoner? Gjennom å forske på dette vil man kunne finne ut hvordan, og hvorvidt, rekrutteringsprosesser og teamutvikling kan bidra til å skape robuste tjenester som er i stand til å møte brukere på måter som ikke involverer vold mot noen av partene i hjelperelasjoner.

Fenomenografi er i norsk sammenheng, en relativt lite kjent og anvendt forskningstilnærming. Innen forskning på psykisk helse finnes det riktignok en håndfull

norske studier. Så langt jeg har klart å bringe på det rene, finnes det likevel ingen fenomenografiske studier av kurs og kompetansetiltak rettet mot psykisk helsearbeidere i Norge. Jeg har heller ikke vært i stand til å identifisere slike studier i den internasjonale forskningslitteraturen heller. Avhandlingen og dens funn, kan derfor potensielt bidra til at fenomenografi kan bli sett på som en anvendelig og nyttig tilnærming til kunnskapsutvikling om kommunalt psykisk helsearbeid, men også tjene som eksempel på at denne tilnærmingen er anvendelig for å vurdere nytte og betydning av kurs og kompetansetiltak for kommunale psykisk helsetjenester.

Med henvisning til mangelen på forskningsbasert kunnskap om trusler og vold i lokalbasert psykisk helsearbeid, synes det som det gjenstår mye forskning, både nasjonalt og internasjonalt, før man kan si at vi har fått et empirisk fundert, troverdig og anvendelig kunnskapsgrunnlag å utvikle praksiser i ikke-institusjonelle psykisk helsekonkter fra. Jeg ser at våre funn vil kunne danne et utgangspunkt for videre forskning på trusler og vold i lokalbaserte psykisk helsetjenester og gode og hensiktsmessige måter å håndtere trusler og vold i disse tjenestene på. For å utvikle et troverdig og anvendelig utgangspunkt for praksisfeltet må forskningen, slik jeg ser det, ta opp i seg og involvere flerstemmighet, noe som blant annet vil innebære undersøkelser av brukeres, psykisk helsearbeideres, lederes, men også pårørendes perspektiver.

5.5 Avslutning

De overordnede problemstillingene for avhandlingen har handlet om å utforske og beskrive psykisk helsearbeideres forståelser av praksis i forebygging og håndtering av trusler og vold og hvordan disse forståelsene endres av å delta i kurs og kompetansetiltak eller å anvende kompetanseutviklingsstøttende verktøy utviklet av Helseetaten i Oslo kommune. I tre delstudier har jeg og mine samarbeidspartnere undersøkt utvikling av kompetanse i forebygging og håndtering av trusler og vold i psykisk helsetjenester i Oslo kommune. Vi har funnet at det er stor variasjon i forståelser av forebygging og håndtering av trusler og vold blant psykisk helsearbeidere. De ulike forståelsene vi har funnet er

kvalitativt sett ulike, utfra hvordan disse er strukturert i psykisk helsearbeideres bevissthet og hvilket meningsinnhold de gis. Forståelsesformene er likevel logisk sammenhengende, i betydningen at de mer sammensatte forståelsene bygger på mindre sammensatte forståelsene. De ulike forståelsene vi har funnet representerer slik ikke gjensidig utelukkende kategorier, som ikke gir mening i lys av hverandre. Isteden er forståelsesformene å forstå som internt relaterte slik at enklere forståelser av forebyggende og håndterende praksiser forutsetter mer avanserte former for forståelse. Likevel har vi funnet at ulike forståelser gir ulike implikasjoner for praksis, hvor det å kontrollere og begrense brukeres autonomi har sammenheng med enklere forståelser, mens mer sammensatte forståelser gir psykisk helsearbeideren tilgang til en mer rikholdig verktøykasse metoder og strategier, heriblant dialog og samarbeid med brukerne, og kan bevege seg mer fleksibelt og tilpasningsdyktig mellom ulike tilnærminger til situasjonen.

I avhandlingen fant vi at Helseetatens kurs og kompetanseutviklingstiltak bidro både til utvikling og utvidelse av forståelser og perspektiver på praksis blant deltakerne. Deltakelse på kurs og kompetansetiltak har også bidratt til økt bevissthet og oppmerksomhet om forebygging og håndtering av trusler og vold mot psykisk helsearbeidere på de enkelte tjenestestedene, men også at deltakerne og deres ledere har reflektert over egne praksiser, individuelt og, i noen tilfeller, kollektivt.

Gjennom økt og fokusert bevissthet, og planlagte, kollektive og dialogiske prosesser på arbeidsstedene, kan deltakelse på kurs og kompetansetiltak få betydning for utviklingen av enkeltansattes, men også arbeidsstedets samlede kompetanse. Det kan også bety et større potensiale for endring og utvikling av tjenestetilbudet til brukerne og potensielt mer hensiktsmessig og effektiv forebygging og håndtering av trusler og vold. Dette fordrer imidlertid forpliktelser til prosessene og engasjement knyttet til praksisutvikling fra ansatte, så vel som ledelsen av tjenestene.

Lokalbaserte psykisk helsetjenester er særegne kontekster og de prioriterte praksisene i disse tjenestene handler i stor grad om brukerinvolvering, dialog og relasjonsbygging. Aggresjon, trusler og vold utfordrer slike praksiser og kan gjøre at tjenestetilbudet blir

dårligere for brukeren og at det som kan være nødvendig støtte for at brukeren skal kunne oppnå sine livsmål, ikke blir tilbudt. Kompetanseutvikling basert i avmakts-, recovery- og personorienterte perspektiver vil være et viktig element i en prosess der brukere, praktikere og ledere i psykisk helsetjenester kan møtes for sammen å utvikle tjenester som vil være mindre preget av vold og krenkelser, mot både psyksisk helsearbeiderne, så vel som brukerne.

6 Referanser

- Aberhalden, C., Hahn, S., Bonner, Y. D. B. & Galeazzi, G. M. (2006). Users' perceptions and views on violence and coercion in mental health. I Richter, D., & Whittington, R. (Red.), *Violence in mental health settings: causes, consequences, management* (s. 69-92). Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-387-33965-8_4.
- Abu Al Rub, R. F. (2004). Job stress, job performance, and social support among hospital nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(1), 73-78. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04016.x>.
- Adams, W. C. (2015). Conducting semi-structured interviews. I Newcomer, K. E., Hatry, H. P. & Wholey, J. P. (Red.), *Handbook of practical program evaluation* (4. utg., s. 492-505). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781119171386.ch19>.
- Andersen, F., Anjum, R. L. & Rocca, E. (2019). Philosophical bias is the one bias science cannot avoid. *eLife*, 8. <https://doi.org/10.7554/elife.44929>.
- Andersson, P. (2020). Emotional adjustments to violent situations at secure units for adolescents: a staff perspective. *Emotion, Space & Society*, 37, 100741. <https://doi.org/10.1016/j.emospa.2020.100741>.
- Andersson, P. (2019). Handling fear among staff: violence and emotion in secure units for adolescents. *Nordic Social Work Research*, 10(2), 158-172. <https://doi.org/10.1080/2156857x.2019.1583598>.
- Anjum, R. L. & Mumford, S. (2018). *Causation in science and the methods of scientific discovery*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780198733669.001.0001>.
- Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>.
- Arbeids- og sosialdepartementet (2011). *Forskrift om utførelse av arbeid, bruk av arbeidsutstyr og tilhørende tekniske krav*. FOR-2011-12-06-1357. Lovdata. <https://lov-data.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-06-1357?q=Forskrift%20om%20utf%C3%B8relse%20av%20arbeid>.

- Arbeidstilsynet (2018). *Forebygge vold og trusler. Arbeidstilsynets tilsyn og veiledning i kommunale helse- og sosialtjenester i 2017.*
<https://www.arbeidstilsynet.no/contentassets/74e352722cb643f595cb5091f6b1f57/oppsummeringsrapport-helse-og-sosial-2017-forebygge-vold-og-trusler-september-2018.pdf>.
- Arbeidstilsynet (u.å). *Vold og trusler.*
<https://www.arbeidstilsynet.no/tema/vold-og-trusler/>.
- Armstrong, F. (2002). Violence: it's not part of the job. *Australian Nursing Journal*, 9(9), 24-26.
- Arnetz, J. E. & Arnetz, B. B. (2001). Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Social Science and Medicine*, 52(3), 417-427. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00146-5](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00146-5).
- Arnstein, S. R. (2019). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Planning Association*, 85(1), 24-34. (Opprinnelig utgitt 1969).
<https://doi.org/10.1080/01944363.2018.1559388>.
- Ashwin, P., Abbas, A. & McLean, M. (2016). Conceptualising transformative undergraduate experiences: a phenomenographic exploration of students' personal projects. *British Educational Research Journal*, 42(6), 962-977.
<https://doi.org/10.1002/berj.3244>.
- Ashwin, P. (2018, september). Using phenomenography to track students' transformational engagement with knowledge. Innlegg på EARLI SIG09-konferanse, Birmingham.
- Ashworth, P. (2004). Understanding as the transformation of what is already known. *Teaching in Higher Education*, 9(2), 147-158.
<https://doi.org/10.1080/1356251042000195385>.
- Ashworth, P. & Lucas, U. (1998). What is the 'world' of phenomenography?
Scandinavian Journal of Educational Research, 42(4), 415-431.
<https://doi.org/10.1080/0031383980420407>.

- Austin, W. (2013). Ethical issues in qualitative nursing research. I Beck, C. T. (Red.), *Routledge International Handbook of Qualitative Nursing Research*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203409527-40>.
- Axelsen, E. D. (1997). *Symptomet som ressurs. Psykiske problemer og psykoterapi*. Pax Forlag.
- Baby, M., Gale, C. & Swain, N. (2019). A communication skills intervention to minimise patient perpetrated aggression for healthcare support workers in New Zealand: a randomised controlled trial. *Health and Social Care in the Community*, 27(1), 170-181. <https://doi.org/10.1111/hsc.12636>.
- Baby, M., Glue, P. & Carlyle, D. (2014). 'Violence is not part of our job': a thematic analysis of mental health nurses' experiences of patient assaults from a New Zealand perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(9), 647-655. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.892552>.
- Baines, G. (2004). Loosing the "eyes in the back of our heads": social service skills, lean caring, and violence. *The Journal of Sociology and Social Welfare*, 31(3), 31-50.
- Barnard, A., McCosker, H. & Gerber, R. (1999). Phenomenography: a qualitative research approach for exploring understanding in health care. *Qualitative Health Research*, 9(2), 212-226. <https://doi.org/10.1177/104973299129121794>.
- Barker, R. (2012). Recovery and risk: accepting the complexity. I Drennan, G., Alred, D. & Shuker, R. (Red.) *Secure recovery: approaches to recovery in forensic mental health settings* (s. 23-40). Willan Publishing.
- Beale, D., Leather, P., Cox, T. & Fletcher, B. (1999). Managing violence and aggression towards NHS staff working in the community. *NT Research*, 4(2), 87-100. <https://doi.org/10.1177/136140969900400203>.
- Beech, B. & Leather, P. (2003). Evaluating a management of aggression unit for student nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 44 (6), 603–612. <https://doi.org/10.1046/j.0309-2402.2003.02850.x>.
- Beech, B. & Leather, P. (2006). Workplace violence in the healthcare sector: a review of staff training and integration of training evaluation models. *Aggression and Violent Behavior*, 11(1), 27-43. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2005.05.004>.

- Behr, G. M., Ruddock, J. P., Benn, P. & Crawford, M. J. (2005). Zero tolerance of violence by users of mental health services: the need for an ethical framework. *British Journal of Psychiatry*, 187, 7-8. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.1.7>.
- Bengtsson, J. (1995). What is reflection? On reflection in the teaching profession and teacher education. *Teachers and Teaching*, 1(1), 23-32. <https://doi.org/10.1080/1354060950010103>.
- Benson, A., Secker, J., Balfe, E., Lipsedge, M., Robinson, S. & Walker, J. (2003). Discourses of blame: accounting for aggression and violence on an acute mental health inpatient unit. *Social Science & Medicine*, 57(5), 917-926. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00460-4](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00460-4).
- Beresford, P. (2003). User involvement in research: exploring the challenges. *NT Research*, 8(1), 36-46. <https://doi.org/10.1177/136140960300800106>.
- Berring, L. L., Pedersen, L. & Buus, N. (2016). Coping with violence in mental health care settings: patient and staff member perspectives on de-escalation practices. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(5), 499-507. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.05.005>.
- Biesta, G. (2010). Five thesis on complexity reduction and its politics. I Osberg, D. & Biesta, G. (Red.), *Complexity and the politics of education* (s. 5-13). Sense Publications. https://doi.org/10.1163/9789460912405_003.
- Binder, P.-E., Schanche, E., Holgersen, H., Nielsen, G. H., Hjeltnes, A., Stige, S. H., Veseth, M. & Moltu, C. (2016). Why do we need qualitative research on psychological treatments? The case for discovery, reflexivity, critique, receptivity, and evocation. *Scandinavian Psychologist*, 3. <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.3.e8>.
- Birt, L., Scott, S., Cavers, D., Campbell, C. & Walter, F. (2016). Member checking: a tool to enhance trustworthiness or merely a nod to validation? *Qualitative Health Research*, 26(13), 1802-1811. <https://doi.org/10.1177/1049732316654870>.

- Björkdahl, A., Hansebo, G. & Palmstierna, T. (2013). The influence of staff training on the violence prevention and management climate in psychiatric inpatient units. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(5), 396-404.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01930.x>.
- Björkdahl, A., Palmstierna, T. & Hansebo, G. (2010). The bulldozer and the ballet dancer: aspects of nurses' caring approaches in acute psychiatric intensive care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(6), 510-518.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01548.x>.
- Bonner, A. & Tolhurst, G. (2002). Insider-outsider perspectives of participant observation. *Nurse Researcher*, 9(4), 7-19.
<https://doi.org/10.7748/nr2002.07.9.4.7.c6194>.
- Bonner, G. & Wellman, N. (2010). Post-incident review of aggression and violence in mental health settings. *Journal of Psychosocial Nursing*, 48(7), 35-40.
<https://doi.org/10.3928/02793695-20100504-05>.
- Booth, S. (1997). On phenomenography, learning and teaching. *Higher Education Research & Development*, 16(2), 135-158.
<https://doi.org/10.1080/0729436970160203>.
- Borg, M. (2009). Intet om oss uten oss. I Borg, M., & Kristiansen, K. (Red.), *Medforskning – å forske sammen for kunnskap om psykisk helse* (s. 29-41). Universitetsforlaget.
- Borg, M. & Karlsson, B. (2017). Person-centredness, recovery and user involvement in mental health services. I McCormack, B. & McCance, T. (Red.), *Person-centred practice in nursing and health care. Theory and practice*. (2. utg., s. 215-224). John Wiley & Sons.
- Borg, M., Karlsson, B., Hesook, S. K. & McCormack, B. (2012). Opening up for many voices in knowledge construction. *Forum: Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 13(1), Art. 1.
- Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A. (2013). *Recovery-orienterte praksiser. En systematisk kunnskapssammenstilling*. (NAPHA-rapport 4).
<https://www.napha.no/mu-ltimedia/4281/NAPHA-Rapport-Recovery-web.pdf>.

- Bourdieu, P. (1996). *Symbolsk makt*. Pax Forlag.
- Bowden, J. A. (2000). The nature of phenomenographic research. I Bowden, J. A. & Walsh, E. (Red.), *Phenomenography* (s. 1-12). RMIT University Press.
- Bowden, J. A. & Marton, F. (1998). *The university of learning: beyond quality and competence*. Kogan Page.
- Bowers, L. (2014) A model of de-escalation. *Mental Health Practice*, 17(9), 36-37.
<https://doi.org/10.7748/mhp.17.9.36.e924>.
- Bowers, L., Njiman, H., Allan, T., Simpson, A., Warren, J. & Turner, L. (2006). Prevention and management of aggression training and violence incidents on U.K. acute psychiatric wards. *Psychiatric Services*, 57(7), 1022-1026.
<https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.7.1022>.
- Bowie, V. (2002). Defining violence at work: a new typology. I Gill, M., Fisher, B. & Bowie, V. (Red.), *Violence at work: causes, patterns and prevention* (s. 1-20). Willan Publishing.
- Bråten, O. A. & Falkum, A. (2019). *Konflikthåndtering i helse- og sosialsektoren. Forebygging av trakassering, trusler og vold*. Cappelen Damm Akademisk.
- Bulgari, V., Ferrari, C., Pagnini, F., de Girolamo, G. & Iozzino, L. (2018). Aggression in mental health residential facilities: a systematic review and meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 41, 119-127.
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.06.002>.
- Burr, V. (2015a). *Social constructionism* (3. utg.). Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781315715421>.
- Burr, V. (2015b). Social constructionism. I Wright, J. (Red.), *International Encyclopedia of Social and Behavioral Sciences*. (2. utg.). (s. 222-227). Elsevier.
<https://doi.org/10.1016/b978-0-08-097086-8.24049-x>.
- Bøe, T. D. & Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Om etikk, relasjoner og nettverk*. Universitetsforlaget.
- Börjesson, U., Cedersund, E. & Bengtsson, S. (2015). Reflection in action: implications for care work. *Reflective Practice*, 16(2), 285-295.
<https://doi.org/10.1080/14623943.2015.1023275>.

- Caldas Almeida, J. M., Mateus, P. & Tomé, G. (2015). *Joint action on mental health and wellbeing. Towards community-based and socially inclusive mental health care. Situation analysis and recommendations for action.* (EU Joint Action on Mental Health and Wellbeing report).
https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/2017_towardsmhcare_en.pdf.
- Calderhead, J. (1981). Stimulated recall: a method for research on teaching. *British Journal of Educational Psychology*, 51(2), 211-217.
<https://doi.org/10.1111/j.2044-8279.1981.tb02474.x>.
- Campbell, C. L. (2017). Incident reporting by health-care workers in noninstitutional care settings. *Trauma, Violence & Abuse*, 18(14), 445-456.
- Campbell, C. L., McCoy, S., Burg, M. A. & Hoffmann, N. (2014). Enhancing home care staff safety through reducing client aggression and violence in noninstitutional care settings: a systematic review. *Home Health Care Management & Practice*, 26(1), 3-10. <https://doi.org/10.1177/1084822313497364>.
- Campbell-Hunt, C. (2007). Complexity in practice. *Human Relations*, 60(5), 793-823.
<https://doi.org/10.1177/0018726707079202>.
- Carlsson, G., Dahlberg, K., Ekebergh, M. & Dahlberg, H. (2006). Patients longing for authentic personal care: a phenomenological study of violent encounters in psychiatric settings. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(3), 287-305.
<https://doi.org/10.1080/01612840500502841>.
- Catlette, M. (2005). A descriptive survey of the perceptions of workplace violence and safety strategies of nurses working in level I trauma centers. *Journal of Emergency Nursing*, 31(6), 519-525. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2005.07.008>.
- Chadwick, P. K. (2002). *Schizophrenia: The positive perspective*. Brunner-Routledge.
- Chang, C.-H., Eatouhg, E. M., Spector, P. E. & Kessler, S. R. (2012). Violence-prevention climate, exposure to aggression, and prevention behavior: a mediation model. *Journal of Organizational Behavior*, 33(5), 657-677.
<https://doi.org/10.1002/job.776>.

- Chen, H. M. & Chang, W. Y. (2010). The essence of the competence concept: adopting an organization's sustained competitive advantage viewpoint. *Journal of Management & Organization*, 16(5), 677-699.
<https://doi.org/10.5172/jmo.2010.16.5.677>.
- Child, R. J. H. & Menten, J. C. (2010). Violence against women: the phenomenon of workplace violence against nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(2), 89-95.
<https://doi.org/10.3109/01612840903267638>.
- Christie, W. (2015). Perceptions of managerial support after workplace violence. *Nursing Management*, 22(7), 32-36. <https://doi.org/10.7748/nm.22.7.32.s28>.
- Cleghorn, J. M., Kaplan, R. D., Szechtman, B., Szechtman, H., Brown, G. M. & Franco, S. (1991). Substance abuse and schizophrenia: Effect on symptoms but not on neurocognitive function. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52(1), 26-30.
- Clements, P. T., DeRanieri, J. T., Clark, K., Manno, M. S. & Kuhn, D. W. (2005). Workplace violence and corporate policy for healthcare settings. *Nursing Economics*, 3(23), 1-10.
- Collier-Reed, B. & Ingerman, Å. (2013). Phenomenography: from critical aspects to knowledge claim. I Tight, M. & Huisman, J. (Red.), *Theory and Method in Higher Education Research* (Bd. 9, s. 243-260). Emerald Group Publishing.
[https://doi.org/10.1108/s1479-3628\(2013\)0000009016](https://doi.org/10.1108/s1479-3628(2013)0000009016).
- Connorton, E, Miller, M., Perry, M. J. & Hemenway, D. (2011). Mental health and unintentional injurers: results from the national co-morbidity survey replication. *Injury Prevention*, 17(3), 171-175. <https://doi.org/10.1136/ip.2010.028464>.
- Cope, C. & Prosser, M. (2005). Identifying didactic knowledge: an empirical study of the educationally critical aspects of learning about information systems. *Higher Education*, 49(3), 345-372. <https://doi.org/10.1007/s10734-004-6677-x>.
- Corrigan, P. W., Rowan, D., Green, A., Lundin, R., River, P., Uphoff-Wakowski, K., White, K. & Kubiak, M. A., (2002). Challenging two mental health stigmas: personal responsibility and dangerousness. *Schizophrenia Bulletin*, 28(2), 293-309.
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006939>.

- Corrigan, P. W. & Watson, A. C. (2005). Findings from the National Comorbidity Survey on the frequency of violent behavior in individuals with psychiatric disorders. *Psychiatry Research*, 136(2-3), 153-162. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.06.005>.
- Cowman, S., Björkdahl, A., Clarke, E., Gethin, G., Maguire, J. & European Violence in Psychiatry Research Group (EViPRG). (2017). A descriptive survey of violence management and priorities among psychiatric staff in mental health services, across seventeen European countries. *BMC Health Services Research*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-1988-7>.
- Creswell, J. W. & Miller, D. L. (2000). Determining validity in qualitative inquiry. *Theory into Practice*, 39(3), 124-130. https://doi.org/10.1207/s15430421tip3903_2.
- Creswell, J. W. & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry & research design. Choosing among five approaches* (4. utg.). Sage Publications.
- Cromby, J., Harper, D., & Reavey, P. (2013). From disorder to experience. I Cromby, J., Harper, D. & Reavey, P. (Red.), *Psychology, mental health and distress* (s. 3-18). Palgrave MacMillan. https://doi.org/10.1007/978-1-137-29589-7_1.
- Crowe, S. & Deane, F. (2018). Characteristics of mental health recovery model implementation and managers' and clinicians' risk aversion. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 13(1), 22-33. <https://doi.org/10.1108/jmhtep-05-2017-0039>.
- Crowhurst, I. & Kennedy-Macfoy, M. (2013). Troubling gatekeepers: methodological considerations for social research. *International Journal of Social Research Methodology*, 16(6), 457-462. <https://doi.org/10.1080/13645579.2013.823281>.
- Cutcliffe, J. R. & McKenna, H. P. (1999). Establishing the credibility of qualitative research findings: the plot thickens. *Journal of Advanced Nursing*, 30(2), 374-380. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01090.x>.
- Dahlin, B. (2007). Enriching the theoretical horizons of phenomenography, variation theory and learning studies. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 51(4), 327-346. <https://doi.org/10.1080/00313830701485437>.

- Dall'Alba, G. (2009). Learning professional ways of being: ambiguities of becoming. *Educational Philosophy and Theory*, 41(1), 34-45.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-5812.2008.00475.x>.
- Dall'Alba, G. (2002). Understanding medical practice: different outcomes of a pre-medical program. *Advances in Health Sciences Education*, 7(3), 163-177.
<https://doi.org/10.1023/A:1021194117367>.
- Dall'Alba, G. & Sandberg, J. (1996). Educating for competence in professional practice. *Instructional Science*, 24(6), 411-437. <https://doi.org/10.1007/bf00125578>.
- Dall'Alba, G. & Sandberg, J. (2006). Unveiling professional development: a critical review of stage models. *Review of Educational Research*, 76(3), 383-412.
<https://doi.org/10.3102/00346543076003383>.
- Daniels, J. K. & Anandria, D. (2019). Experiencing and witnessing patient violence – an occupational risk for outpatient therapists? *Psychiatric Quarterly*, 90(3), 533-541. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09648-x>.
- Davidson, L., O'Connell, M., Tondora, J., Styron, T. & Kangas, K. (2006). Top ten concerns about recovery encountered in mental health system transformation. *Psychiatric Services*, 57(5), 640-645. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.5.640>.
- Davidson, L., Rakfeldt, J. & Strauss, J. (2010). *The roots of recovery movement in psychiatry: lessons learned*. Wiley & Sons.
<https://doi.org/10.1002/9780470682999>.
- De Houwer, J., Barnett-Holmes, D. & Moors, A. (2013). What is learning? On the nature and merits of a functional definition of learning. *Psychonomic Bulletin Review*, 20(4), 631-642. <https://doi.org/10.3758/s13423-013-0386-3>.
- Delamater, J. D., Myers, D. J. & Collett, J. L. (2015). *Social Psychology* (8. utg.). Westview Press.
- Delaney, K. R. & Johnson, M. E. (2006). Keeping the units safe: mapping psychiatric nursing skills. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 12(4), 198-207. <https://doi.org/10.1177/1078390306294462>.

- Department of Health, National Mental Health Risk Management Programme (2009). *Best practice in managing risk* [Brosjyre].
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/478595/best-practice-managing-risk-cover-webtagged.pdf.
- Dickson-Swift, V., James, E. L., Kippen, S. & Liamputtong, P. (2009). Doing sensitive research: what challenges do qualitative researchers face? *Qualitative Research*, 7(3), 327-353. <https://doi.org/10.1177/1468794107078515>.
- Dickson-Swift, V., James, E. L., Kippen, S. & Liamputtong, P. (2007). Researching sensitive topics: qualitative research as emotion work. *Qualitative Research*, 9(1), 61-79. <https://doi.org/10.1177/1468794108098031>.
- Dillon, B. (2012). Workplace violence: impact, causes, and prevention. *Work*, 12(1), 15-20. <https://doi.org/10.3233/wor-2012-1322>.
- Drach-Zahavy, A., Goldblatt, H., Granot, M., Hirschmann, S. & Kostinsky, H. (2012). Control: patients' aggression in psychiatric settings. *Qualitative Health Research*, 22(1), 43-53. <https://doi.org/10.1177/1049732311414730>.
- Duperouzel, H. (2008). 'It's okay for people to feel angry': the exemplary management of imminent aggression. *Journal of Intellectual Disabilities*, 12(4), 295-307.
<https://doi.org/10.1177/1744629508100495>.
- Duxbury, J. (2002). An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: a pluralistic design. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(3), 325-337. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2002.00497.x>.
- Duxbury, J. & Whittington, R. (2005). Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 469-478. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03426.x>.
- Edwards, R. & Holland, J. (2013). *What is qualitative interviewing?* Bloomsbury Academic. <https://doi.org/10.5040/9781472545244>.

- Eidhammer, G., Flutttert, F. A. J. & Bjørkly, S. (2014). User involvement in structured violence risk management within forensic mental health facilities – a systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 23(19-20), 2716-2724.
<https://doi.org/10.1111/jocn.12571>.
- Eidskrem, I. B. (2007). *Eksterne kurs: et springbrett til kompetanse?* [Doktorgradsavhandling]. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- Einbu, M. & Larsen, I. B. (2016). Innenfrakunnskap om årsaker til truende atferd og aggresjon og alternativer til tvangsmidler. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 13(1-2), 24-33. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2016-01-02-04>.
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>.
- Fairclough, N. (2015). *Language and power* (3. utg.). Routledge.
- Farrell, G. & Cubit, K. (2005). Nurses under threat: a comparison of content of 28 aggression management programs. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14(1), 44-53. <https://doi.org/10.1111/j.1440-0979.2005.00354.x>.
- Farmer, P. E., Nizeye, B., Stulac, S. & Keshavjee, S. (2006). Structural violence and clinical medicine. *PLOS Medicine*, 3(10), e449.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030449>.
- Fazel, S., Långström, N., Hjern, A., Grann, M. & Lichtenstein, P. (2009). Schizophrenia, substance abuse and violent crime. *JAMA*, 301(19), 2016-2023.
<https://doi.org/10.1001/jama.2009.675>.
- Felton, A. & Stickley, T. (2018). Rethinking risk: a narrative approach. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 13(1), 54-62.
<https://doi.org/10.1108/jmhtep-06-2017-0043>.
- Ferns, T. & Chojnacka, I. (2005). Reporting incidents of violence and aggression towards NHS staff. *Nursing Standard*, 19(38), 51-56.
<https://doi.org/10.7748/ns2005.06.19.38.51.c3881>.

- Finlay, L. (2002). «Outing» the researcher: The provenance, process, and practice of phenomenology. *Qualitative Health Research*, 12(4), 531-545.
<https://doi.org/10.1177/104973202129120052>.
- Flannery, R. B., Fischer, W., Parker, A. P. M., Littlewood, K. B. & Spillane, M. J. (2001). Nonviolent psychiatric inpatients and subsequent assaults on community patients and staff. *Psychiatric Quarterly*, 72(1), 19-27.
<https://doi.org/10.1023/a:1004853802285>.
- Flannery, R. B. & Flannery, G. J. (2014). International precipitants to psychiatric assaults in community settings: review of published findings 2000-2012. *Psychiatric Quarterly*, 85(4), 391-396. <https://doi.org/10.1007/s11126-014-9305-7>.
- Flannery, R. B., Hanson, M. A. & Penk, W. (1995). Patients' threats: expanded definition of assault. *General Hospital Psychiatry*, 17(6), 451-453.
[https://doi.org/10.1016/0163-8343\(95\)00084-4](https://doi.org/10.1016/0163-8343(95)00084-4).
- Flannery, R. B., Staffieri, A., Hildum, S. & Walker, A. P. (2011). The violence triad and single precipitants to psychiatric patient assaults on staff: 16-year analysis of the Assaulted Staff Action Program. *Psychiatric Quarterly*, 82(2), 85-93.
<https://doi.org/10.1007/s11126-010-9155-x>.
- Ford, K., Byrt, R. & Dooher, J. (2010). *Preventing and reducing aggression and violence in health and social care. A holistic approach*. M&K Update.
- Forskningsrådet (2018). *Programrapport 2018 – Offentlig sektor ph.d.-ordningen/OFFPHD*.
https://www.forskningsradet.no/contentassets/999e73ef57924e39961b61be067a1307/offphd_programrapport-2018.pdf.
- Freeth, R. (2007). *Humanising psychiatry and mental health care. The challenge of the person-centred approach*. Radcliffe Publishing.
<https://doi.org/10.1201/9781315385051>.
- Friberg, F., Dahlberg, K., Petersson, M. N. & Öhlen, J. (2000). Context and methodological decontextualization in nursing research with examples from phenomenography. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 14(1), 37-43.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2000.tb00559.x>.

- Fry, A. J., O`Riordan, D., Turner, M. & Mills, K. L. (2002). Survey of aggressive incidents experienced by community mental health staff. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11(2), 112-120. <https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2002.00234.x>.
- Frölich, D., Rabenschlag, F., Schoppmann, S., Borgwardt, S., Lang, U. E. & Huber, C. G. (2018). Positive effects of anti-aggression and de-escalation training on ward atmosphere and subjective safety may depend on previous training experience. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 1-4. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00134>.
- Fujimoto, H., Hirota, M., Kodama, T., Greiner, C. & Hashimoto, T. (2017). Violence exposure and resulting psychological effects suffered by psychiatric visiting nurses in Japan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(8), 638-647. <https://doi.org/10.1111/jpm.12412>.
- Fujumoto, H., Greiner, C., Hirota, M., Yamaguchi, Y., Ryono, H. & Hashimoto, T. (2018). Experiences of violence in psychiatric and non-psychiatric home visit nursing services in Japan. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 57(4), 40-48. <https://doi.org/10.3928/02793695-20181023-04>.
- Furunes, T., Kaltveit, A. & Akerjordet, K. (2018). Health promoting leadership: a qualitative study from experienced nurses' perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 27(23-24), 4290-4301. <https://doi.org/10.1111/jocn.14621>.
- Gale, C., Hannah, A., Swain, N., Gray, A., Coverdale, J. & Oud, N. (2009). Patient aggression perceived by community support workers. *Australasian Psychiatry*, 17(6), 497-501. <https://doi.org/10.1080/10398560903287516>.
- Galvez, J. F., Thommi, S. & Ghaemi, N. (2011). Positive aspects of mental illness: a review in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 128(3), 185-190. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.03.017>.
- Gamme, M. & Eriksson, B. G. (2018). Promoting personal growth and balancing risk of violence in community-based mental health care: a professional perspective. *SAGE Open*, 8(2), 1-10. <https://doi.org/10.1177/2158244018784984>.

- Gask, L. & Coventry, P. (2012). Person-centred mental health care: the problem of implementation. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21(2), 139-144.
<https://doi.org/10.1017/s2045796012000078>.
- Gates, D. M., Gillespie, G. L. & Succop, P. (2011). Violence against nurses and its impact on stress and productivity. *Nursing Economics*, 29(2), 59-66.
- Geoffrion, S., Goncalves, J., Boyer, R., Marchand, A. & Guay, S. (2017). The effects of trivialization of workplace violence on its victims: profession and sex differences in a cross-sectional study among healthcare and law enforcement workers. *Annals of Work Exposures and Health*, 61(3), 369-382.
<https://doi.org/10.1093/annweh/wxx003>.
- Geoffrion, S., Hills, D. J., Ross, H. M., Pich, J., Hill, A. T., Dalsbø, T. K., Riahi, S., Martínez-Jarreta, B. & Guay, S. (2020). Education and training for preventing and minimizing workplace aggression directed toward healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9. Art. CD011860.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD011860.pub2>.
- Gergen, K. J. (2019). *En invitation til social konstruktion*. Forlaget Mindspace.
- Gergen, K. J. (2009). *Relational being. Beyond self and community*. Oxford University Press.
- Gergen, K. J. & Gergen, M. J. (2011). Social construction and research methodology. I: Outwaite, W. & Turner, S. P. (Red.), *The SAGE Handbook of Social Science Methodology* (s. 468-478). SAGE Publications.
<https://doi.org/10.4135/9781848607958.n25>.
- Giandinoto, J.-A., Stephenson, J. & Edward, K.-I. (2018). General hospital health professionals' attitudes and perceived dangerousness towards patients with comorbid mental and physical health conditions: systematic review and meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(3), 942-955.
<https://doi.org/10.1111/inm.12433>.

- Gignon, M., Verheye, J.-C., Manaouil, C., Ammirati, C., Turban-Castel, E. & Ganry, O. (2014). Fighting violence against health workers: a way to improve the quality of care? *Workplace Health & Safety*, 62(2), 220-222. <https://doi.org/10.1177/216507991406200601>.
- Glasby, J. (2017). Person-centred processes: a policy perspective. I McCormack, B., & McCance, T. (Red.), *Person-centred practice in nursing and health care. Theory and practice* (2. utg., s. 67-85). John Wiley & Sons.
- Goffman, E. (2007). *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Transaction Publishers. (Opprinnelig utgitt 1961).
- Godin, P. M. (2004). 'You don't tick boxes on a form': a study of how community mental health nurses assess and manage risk. *Health, Risk & Society*, 6(4), 347-360. <https://doi.org/10.1080/13698570412331323234>.
- Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: a discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>.
- Guba, E. G. & Lincoln, Y. (1989). *Fourth generation evaluation*. SAGE Publications.
- Gudde, C. B., Olsø, T. M., Whittington, R. & Vatne, S. (2015). Service users' experiences and views of aggressive situations in mental health care: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 8, 449-462. <https://doi.org/10.2147/jmdh.s89486>.
- Guillemin, M. & Heggen, K. (2009). Rapport and respect: negotiating ethical relations between researcher and participant. *Medicine, Healthcare and Philosophy*, 12(3), 291- 299. <https://doi.org/10.1007/s11019-008-9165-8>.
- Gustafsson, C., Asp, M. & Fagerberg, I. (2008). Reflection in night nursing: a phenomenographic study of municipal night duty registered nurses' conceptions of reflection. *Journal of Clinical Nursing*, 18(10), 1460-1469. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02438.x>.

- Hagen, I. M. & Svalund, J. (2019). *Vold, trusler og trakassering i helse- og sosialsektoren*. (FAFO-rapport 32). <https://www.fafo.no/images/pub/2019/20729.pdf>.
- Hallett, N. (2018). Preventing and managing challenging behaviour. *Nursing Standard*, 32(26), 51-63. <https://doi.org/10.7748/ns.2018.e10969>.
- Harris, B. & Leather, P. (2012). Levels and consequences of exposure to service user violence: evidence from a sample of UK social care staff. *British Journal of Social Work*, 42(5), 851-869. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcr128>.
- Harris, D. & Morrison, E. F. (1995). Managing violence without coercion. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(4), 203-210. [https://doi.org/10.1016/s0883-9417\(95\)80025-5](https://doi.org/10.1016/s0883-9417(95)80025-5).
- Hasselgren, B. & Beech, D. (1997). Phenomenography – a «good-for-nothing brother» of phenomenology? Outline of an analysis. *Higher Education Research and Development*, 16(2), 191-202. <https://doi.org/10.1080/0729436970160206>.
- Haugvaldstad, M. J. & Husum, T. L. (2016). Influence of staff's emotional reactions on the escalation of patient aggression in mental health care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 49, 130-137. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.09.001>.
- Havaei, F., MacPhee, M. & Lee, S. E. (2019). The effect of violence prevention strategies on perceptions of workplace safety: a study of medical-surgical and mental health nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 75, 1657-1666. <https://doi.org/10.1111/jan.13950>.
- Heckemann, B., Hahn, S., Halfens, R. J. G., Richter, D. & Schols, J. M. G. A. (2019). Patient and visitor aggression in healthcare: a survey exploring organisational safety culture and team efficacy. *Journal of Nursing Management*, 27(5), 1039-1046. <https://doi.org/10.1111/jonm.12772>.
- Heckemann, B., Siegrist-Dreier, S., Thilo, F. J. S. & Hahn, S. (2020). Team efficacy and leadership in managing aggressive situations in the general hospital setting: a qualitative descriptive analysis of focus groups with managers. *Journal of Clinical Nursing*, 29(5-6), 974-986. <https://doi.org/10.1111/jocn.15169>.

Helsedirektoratet (2020). *Avviste i psykisk helsevern for voksne*.

<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/nasjonale-styringsmal-for-spesialisthelset-jenesten/avviste-innen-psykisk%20helsevern%20for%20voksne#avvisteipsykiskhelsevernforvoksnephy>.

Helsedirektoratet (2018a). *Bruk av tjenester i det psykiske helsevernet for voksne 2013-2017*. (Analysenotat 06). <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/bruk-av-tjenester-i-d-et-psykiske-helsevernet-for-voksne-2013-2017>.

Helsedirektoratet (2017). *Distriktpsykiatriske tjenester 2017*. (Rapport IS-2825).

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/distriktpsykiatriske-tjenester-driftsindikatorer-for-distriktpsykiatriske-sentre>.

Helsedirektoratet (2015). *Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser*. (Rapport IS-2314).

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/internasjonalt-perspektiv-pa-psykisk-helse-og-helsetjenester-til-mennesker-med-psykiske-lidelser>.

Helsedirektoratet (2012). *Opptappingsplanen for rusfeltet – resultat og virkemidler*.

(Rapport IS-1999). https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/opptappingsplanen-for-rusfeltet-resultat-og-virkemidler/Opptappingsplanen%20for%20rusfeltet%20%E2%80%93-%20resultat%20og%20virkemidler.pdf/_attachment/inline/453644d3-8408-4ae4-8cf-9-696859ce7455:b4fa2ab5da262ca582734483d7-1b3ddc70219afe/Opptappingsplan-en%20for%20rusfeltet%20%E2%80%93-%20resultat%20og%20virkemidler.pdf.

Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring. Lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. (Veileder IS-2076).

Helsedirektoratet (2018b). *Utredning av risiko for vold ved alvorlig psykisk lidelse – bruk av strukturerte kliniske verktøy* [Nettdokument]. <https://www.helsedirektoratet.no/fag-lige-rad/voldsrisikoutredning-ved-alvorlig-psykisk-lidelse>.

Hewitt, J. L. (2008). Dangerousness and mental health policy. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(3), 186-194. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01188.x>.

- Hjort, K. (2008). Competence development in the public sector: development, or dismantling of professionalism? *Asia Pacific Education Review*, 9(1), 40-49. <https://doi.org/10.1007/bf03025824>.
- Holmes, D., Rudge, T., Perron, A. & St. Pierre, I. (2012). Introduction: (Re)thinking violence in healthcare settings. I Holmes, D., Rudge, T. & Perron, A. (Red.), *(Re)thinking violence in healthcare settings* (s. 1-17). Ashgate.
- Holmqvist, M. & Selin, P. (2019). What makes the difference? An empirical comparison of critical aspects identified in phenomenographic and variation theory analysis. *Palgrave Communications*, 5(71). <https://doi.org/10.1057/s41599-019-0284-z>.
- Holley, J., Chambers, M. & Gillard, S. (2016). The impact of risk management practice upon the implementation of recovery-oriented care in community mental health services: a qualitative investigation. *Journal of Mental Health*, 25(4), 315-322. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1124402>.
- Holloway, I. & Galvin, K. (2017). *Qualitative research in nursing and healthcare* (4. utg.). John Wiley & Sons.
- Horton, S. (2002). The competency movement. I Horton, S., Hondegem, A. & Farnham, D. (Red.), *Competency management in the public sector. European variations on a theme*. (s. 3-15). IOS Press.
- Hsieh, H.-F. & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>.
- Hummelvoll, J. K., Karlsson, B. & Borg, M. (2015). Recovery and person-centredness in mental health services: roots of the concepts and implications for practice. *International Practice Development Journal*, 5(Suppl.), 1-7. <https://doi.org/10.19043/ipdj.5sp.009>.
- Husleieloven (1999). *Lov om husleieavtaler*. (LOV-1999-03-26-17). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-03-26-17>.
- Illeris, K. (2012). *Læring*. Gyldendal Akademisk.

- Isaksson, U., Graneheim, U. & Åstöm, S. (2009). Female caregivers' experiences of exposure to violence in nursing homes. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(1), 46-53. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01328.x>.
- Isdal, P. (2000). *Meningen med volden*. Kommuneforlaget.
- Jackson, D., Clare, J. & Mannix, J. (2002). Who would want to be a nurse? Violence in the workplace – a factor in recruitment and retention. *Journal of Nursing Management*, 10(1), 13-20. <https://doi.org/10.1046/j.0966-0429.2001.00262.x>.
- Jacob, J. D. & Holmes, D. (2011a). The culture of fear: expanding the concept of risk in forensic psychiatric nursing. *International Journal of Culture & Mental Health*, 4(2), 106-115. <https://doi.org/10.1080/17542863.2010.519123>.
- Jacob, J. D. & Holmes, D. (2011b). Working under threat: fear and nurse-patient interactions in a forensic psychiatric setting. *Journal of Forensic Nursing*, 7(2), 68-77. <https://doi.org/10.1111/j.1939-3938.2011.01101.x>.
- Jacobs, G., van Lieshout, F., Borg, M. & Ness, O. (2017). Being a person-centred researcher: principles and methods for doing research in a person-centred way. I McCormack, B., van Dulmen, S., Eide, H., Skovdahl, K. & Eide, T. (Red.), *Person-centred healthcare research* (s. 51-60). Blackwell & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781119099635.ch4>.
- Jacobson, N. & Greenley, D. (2001). What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services*, 52(4), 482-485. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.4.482>.
- Jalil, R., Huber, J. W., Sixsmith, J. & Dickens, G. L. (2017). Mental health nurses' emotions, exposure to patient aggression, attitudes to and use of coercive measures: cross sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 75, 130-138. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.07.018>.
- Jalil, R., Huber, J. W., Sixsmith, J. & Dickens, G. L. (2020). The role of interpersonal style in aggression and its containment in a forensic mental health setting: a correlational and pseudoprospective study of patients and nursing staff. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(3), 427-439. <https://doi.org/10.1111/inm.12677>.

- Jaspers, S. Ø. (2021). *Conceptualizing workplace violence – an investigation of approaches and implementation in The Integrated Violence Prevention Study*. [Doktorgradsavhandling]. Det Nationale Forskningcenter for Arbejdsmiljø.
- Jaspers, S. Ø., Andersen, D. R., Karlsen, I. L., Andersen, L. P. S., Conway, P. M., Dyreborg, J. & Aust, B. (2021). Understanding the organizational aspects of violence prevention: what types of practices do line managers use to prevent violence in high-risk sectors? [Manuskript innsendt for publisering].
- Jeffrey, D. & Fuller, P. (2016). Witnessing violence: what are the experiences of mental health nurses? *Mental Health Practice*, 20(2), 15-21.
<https://doi.org/10.7748/mhp.2016.e1100>.
- Johnson, B., Martin, M. L., Guha, M. & Montgomery, P. (1997). The experiences of thought disordered individuals preceding an aggressive incident. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 4(3), 213-220.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.1997.00041.x>.
- Jones, J. & Lyneham, J. (2001). Violence: part of the job for Australian nurses? *Australian Journal of Advanced Nursing*, 4(1), 10-14.
[https://doi.org/10.1016/s1328-2743\(01\)80014-6](https://doi.org/10.1016/s1328-2743(01)80014-6).
- Jormfeldt, H., Svedberg, P. & Arvidsson, B. (2003). Nurses' conceptions of how health processes are promoted in mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(5), 608-615. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2003.00642.x>.
- Jormfeldt, H., Svedberg, P., Fridlund, B. & Arvidsson, B. (2007). Perceptions of health among nurses working in mental health services: a phenomenographic study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16(1), 50-56.
<https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2006.00444.x>.
- Kaba, A., Wishart, I., Fraser, K., Coderre, S. & McLaughlin, K. (2016). Are we at risk of groupthink in our approach to teamwork interventions in healthcare? *Medical Education*, 50(4), 400-408. <https://doi.org/10.1111/medu.12943>.

- Kaplan, S. G. & Wheeler, E. G. (1983). Survival skills for working with potentially violent clients. *Social Casework*, 64(6), 339-346.
<https://doi.org/10.1177/104438948306400603>.
- Karlsson, B. (Red.). (2015). *Det går for sakte... i arbeidet med psykisk helse og rus*. Gyldendal Akademisk.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid. Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Gyldendal Akademisk.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2017). *Recovery. Tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Gyldendal Akademisk.
- Keating, M. & della Porta, D. (2010). In defence of methodological pluralism in the social sciences. *European Political Sciences*, 9(Suppl. 1), s111-s120.
- Kelly, B. D. (2005). Structural violence and schizophrenia. *Social Science & Medicine*, 61(3), 721-730. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.12.020>.
- Kelly, B. D. (2006). The power gap: freedom, power and mental illness. *Social Science & Medicine*, 63(8), 2118-2128. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.05.015>.
- Keselman, D. (2012). Ethical leadership. *Holistic Nursing Practice*, 26(5), 259-261.
<https://doi.org/10.1097/hnp.0b013e318263f2da>.
- Knable, M. B. (2017). Homicides of mental health workers by patients: review of cases and safety recommendations. *Psychiatric Annals*, 47(6), 325-334.
<https://doi.org/10.3928/00485713-20170227-01>.
- Konttila, J., Holopainen, A., Pesonen, H.-M. & Kyngäs, H. (2021). Occurrence of workplace violence and the psychological consequences of it among nurses in psychiatric outpatient settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(4), 706-720. <https://doi.org/10.1111/jpm.12723>.
- Konttila, J., Pesonen, H._M. & Kyngäs, H. (2019). Violence committed against nursing staff in psychiatric outpatient settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(6), 1592-1605. <https://doi.org/10.1111/inm.12478>.

- Korstjens, I. & Moser, A. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing. *European Journal of General Practice*, 24(1), 120-124. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375092>.
- Krahé, B. (2013). *The social psychology of aggression* (2. utg). Psychology Press.
- Kroner, D. G. (2012). Service user involvement in risk assessment and management: the Transition Inventory. *Criminal Behavior and Mental Health*, 22(2), 136-147. <https://doi.org/10.1002/cbm.1825>.
- Kurunsaari, M. Tynjälä, P. & Piirainen, A. (2018). Graduating physiotherapy students' conceptions of their own competence. *Vocations and Learning*, 11(1), 1-18. <https://doi.org/10.1007/s12186-017-9177-8>.
- Kumar, S., Guite, H. & Thornicroft, G. (2001). Service users' experience of violence within a mental health system: a study using grounded theory approach. *Journal of Mental Health*, 10(6), 597-611. <https://doi.org/10.1080/09638230120041353>.
- Kvale, S. (2006). Dominance through interviews and dialogues. *Qualitative Inquiry*, 12(3), 480-500. <https://doi.org/10.1177/1077800406286235>.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg). Gyldendal Akademisk.
- Lai, L. (2013). *Strategisk kompetanseledelse* (3. utg). Fagbokforlaget.
- Lanctôt, N. & Guay, S. (2014). The aftermath of workplace violence among healthcare workers: a systematic literature review of the consequences. *Aggression and Violent Behavior*, 19(5), 492-501. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.07.010>.
- Langan, J. (2008). Involving mental health service users considered to pose a risk to other people in risk assessment. *Journal of Mental Health*, 17(5), 471-481. <https://doi.org/10.1080/09638230701505848>.
- Lanza, M. L., Zeiss, R. & Rierdan, J. (2006). Violence against psychiatric nurses: sensitive research as science and intervention. *Contemporary Nurse*, 21(1), 71-84. <https://doi.org/10.5172/conu.2006.21.1.71>.

- Latalova, K., Kamaradova, D. & Prasko, J. (2014). Violent victimization of adult patients with severe mental illness: a systematic review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 1925-1939. <https://doi.org/10.2147/ndt.s68321>.
- Lawoko, S., Soares, J. J. F. & Nolan, P. (2004). Violence towards psychiatric staff: a comparison of gender, job and environmental characteristics in England and Sweden. *Work & Stress*, 18(1), 39-55. <https://doi.org/10.1080/02678370410001710337>.
- Le Boutellier, C., Leamy, M., Bird, V. J., Davidson, L., Williams, J. & Slade, M. (2011). What does recovery mean in practice? A qualitative synthesis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatric Services*, 62(12), 1470-1476. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.001312011>.
- Lee, S., Gray, R. & Gournay, K. (2012). Comparing the outcomes of the application of C&R (general service) and SCIP in the management of disturbed behaviour in mental health care. *Journal of Mental Health*, 21(3), 307-317. <https://doi.org/10.3109/09638237.2012.664299>.
- LeVasseur, J. J. (2003). On the problem of bracketing in phenomenology. *Qualitative Health Research*, 13(3), 408-420. <https://doi.org/10.1177/1049732302250337>.
- Light, G. & Calkins, S. (2008). The experience of faculty development: patterns of variation in conceptions of learning. *International Journal for Academic Development*, 13(1), 27-40. <https://doi.org/10.1080/13601440701860227>.
- Light, G., Calkins, S., Luna, M. & Drane, D. (2009). Assessing the impact of a year-long faculty development program on faculty approaches to teaching. *International Journal of Teaching and Learning in Higher Education*, 20(2) 168-181.
- Lillevik, O. G. & Øien, L. (2014). *Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon*. Gyldendal Akademisk.
- Lim, E. Wynaden, D. & Heslop, K. (2019a). Changing practice using recovery-focused care in acute mental health settings to reduce aggression: a qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), 237-246. <https://doi.org/10.1111/inm.12524>.

- Lim, E., Wynaden, D. & Heslop, K. (2019b). Consumers' perceptions of nurses using recovery-focused care to reduce aggression in all acute mental health settings including forensic mental health services: a qualitative study. *Journal of Recovery in Mental Health*, 2(2-3), 21-34.
- Lim, E., Wynaden, D. & Heslop, K. (2017). Recovery-focused care: how can it be utilized to reduce aggression in the acute mental health setting? *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(5), 445-460. <https://doi.org/10.1111/inm.12378>.
- Lim, E., Wynaden, D. & Heslop, K. (2020). Using Q-methodology to explore mental health nurses' knowledge and skills to use recovery-focused care to reduce aggression in acute mental health settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(2), 413-426. <https://doi.org/10.1111/inm.12802>.
- Limberg, L. B. (2008). Phenomenography. I Given, L. M. (Red.), *The SAGE encyclopedia of qualitative research methods* (s. 612-614). SAGE Publications. <https://doi.org/10.4135/9781412963909.n316>.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. SAGE Publications.
- Lindgren, B.-M., Lundman, B. & Graneheim, U. H. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *International Journal of Nursing Studies*, 108, 103632. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103632>.
- Lindner, C. & Marshall, D. (2003). Reflection and phenomenography: towards theoretical and educational development possibilities. *Learning and Instruction*, 13(3), 271-284. [https://doi.org/10.1016/s0959-4752\(02\)00002-6](https://doi.org/10.1016/s0959-4752(02)00002-6).
- Lock, A. & Strong, T. (2014). *Sosialkonstruksjonisme. Teorier og tradisjoner*. Fagbokforlaget.
- Lösel, F. & Farrington, D. P. (2012). Direct protective and buffering protective factors in the development of youth violence. *American Journal of Preventive Medicine*, 43(21), 8-23. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.04.029>.
- Maagerø-Bangstad, E. R., Sælør, K. T. & Ness, O. (2019). Encountering staff-directed aggression within mental health and substance abuse services: exploring conceptions of practice following education. *International Journal of Mental Health Systems*, 13(1), Art. 20. <https://doi.org/10.1186/s13033-019-0277-8>.

- Maagerø-Bangstad, E. R., Sælør, K. T., Lillevik, O. G. & Ness, O. (2020). Exploring staff conceptions of prevention and management strategies in encounters with staff-directed aggression in supported housing following education and training. *International Journal of Mental Health Systems*, 14(1), Art. 60.
<https://doi.org/10.1186/s13033-020-00387-2>.
- Maagerø-Bangstad, E. R., Sælør, K. T. & Ness, O. (2020). Managers' perceptions of competence and practice development in the prevention and management of staff-directed aggression: promoting person-centred practice. *International Practice Development Journal*, 10(2), Art. 8.
<https://doi.org/10.19043/ipdj.102.008>.
- Magelssen, M. & Pedersen, R. (2017). Hva er etikk? I Pedersen, R. & Nortvedt, P. (Red.), *Etikk i psykisk helsearbeid* (s. 19-40). Gyldendal Akademisk.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358(9280), 483-488. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(01)05627-6).
- Manley, K. (2017). An overview of practice development. I McCormack, B. & McCance, T. (Red.), *Person-centred practice in nursing and health care. Theory and practice* (2. utg., s. 133-149). John Wiley & Sons.
- Manley, K., O'Keefe, H., Jackson, C., Pearce, J. & Smith, S. (2014). A shared purpose framework to deliver person-centred, safe and effective care: organisational transformation using practice development methodology. *International Practice Development Journal*, 4(1), Art. 2.
- Manley, K. & McCormack, B. (2003). Practice development: purpose, methodology, facilitation and evaluation. *Nursing in Critical Care*, 8(1), 22-29.
<https://doi.org/10.1046/j.1478-5153.2003.00003.x>.
- Manley, K., Titchen, A. & McCormack, B. (2013). What is practice development and what are the starting points? I McCormack, B., Manley, K. & Titchen, A. (Red.), *Practice Development in Nursing and Healthcare* (2. utg., s. 45-65). John Wiley and Sons.

- Martin, K. H. (1995). Improving staff safety through an aggression management program. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(4), 211-215.
[https://doi.org/10.1016/s0883-9417\(95\)80026-3](https://doi.org/10.1016/s0883-9417(95)80026-3).
- Marton, F. (2015). *Necessary conditions of learning*. Routledge.
- Marton, F. (1986). Phenomenography – a research approach to investigating different understandings of reality. *Journal of Thought*, 21(3), 28-49.
- Marton, F. (1981). Phenomenography – describing conceptions of the world around us. *Instructional Science*, 10(2), 177-200. <https://doi.org/10.1007/bf00132516>.
- Marton, F. (1994). Phenomenography: exploring different conceptions of reality. I Husén, T., Handal, G. & Postlethwaite, T. N. (Red.), *The international encyclopedia of education* (2. utg., s. 4424-4429). Pergamon Press.
- Marton, F. & Booth, S. (1997). *Learning and awareness*. Routledge.
- Marton, F. & Pang, M. F. (2006). On some necessary conditions of learning. *Journal of Learning Sciences*, 15(2), 193-220. https://doi.org/10.1207/s15327809jls1502_2.
- Marton, F. & Pong, W. Y. (2005). On the unit of description in phenomenography. *Higher Education Research & Development*, 24(4), 335-348.
<https://doi.org/10.1080/07294360500284706>.
- Marton, F. & Trigwell, K. (2000). Variatio est mater studiorum. *Higher Education Research & Development*, 19(3), 381-395.
<https://doi.org/10.1080/07294360020021455>.
- Maslach, C. & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103-111.
<https://doi.org/10.1002/wps.20311>.
- McCance, T. & McCormack, B. (2017). The person-centred practice framework. I McCormack, B. & McCance, T. (Red.), *Person-centred practice in nursing and health care. Theory and practice* (2. utg., s. 36-64). John Wiley & Sons.
- McCormack, B. (2003). Researching nursing practice: does person-centredness matter? *Nursing Philosophy*, 4(3), 179-188. doi: [10.1046/j.1466-769x.2003.00142.x](https://doi.org/10.1046/j.1466-769x.2003.00142.x).

- McCormack, B., Dewing, J., Breslin, E., Coyne-Nevin, A., Kennedy, K., Manning, M., Peelo-Kilroe, L., Tobin, C. & Slater, P. (2010). Developing person-centred practice: outcomes arising from changes to the care environment in residential settings for older people. *International Journal of Older People Nursing*, 5(2), 93-107. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00216.x>.
- McCormack, B., Dewing, J. & McCance, T. (2011). Developing person-centred care: addressing conceptual challenges through practice development. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), 1-12. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No02Man03>.
- McCormack, B., Manley, K. & Titchen, A. (2013). Preface. I McCormack, B., Manley, K. & Titchen, A. (Red.), *Practice development in nursing and health care* (2. utg., s. x-xii). John Wiley & Sons.
- McCormack, B. & McCance, T. (2017). Underpinning principles of person-centred practice. I McCormack, B. & McCance, T. (Red.), *Person-centred practice in nursing and health care. Theory and practice* (2. utg., s. 13-35). John Wiley & Sons.
- McCormack, B., Wright, J., Dewar, B., Harvey, G. & Ballantine, K. (2007). A realist synthesis of evidence related to practice development: recommendations. *Practice Development in Healthcare*, 6(1), 76-80. <https://doi.org/10.1002/pdh.213>.
- McGeown, M., Scholes, A., Jones, F. & Aindow, W. (2019). Coercive practices in mental Health services: stories of recalcitrance, resistance, and legitimation. I Daley, A., Costa, L. & Beresford, P. (Red.), *Madness, violence and power. A critical collection* (s. 263-285). University of Toronto Press. <https://doi.org/10.3138/9781442629981-023>.
- McKinnon, B. & Cross, W. (2008). Occupational violence and assault in mental health nursing: a scoping project for a Victorian mental health service. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(1), 9-17. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2007.00499.x>.

- McLaughlin, H. (2009). What's in a name: 'client', 'patient', 'customer', 'consumer', 'expert by experience', 'service user' – what's next? *The British Journal of Social Work*, 39(6), 1101-1117. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcm155>.
- McNamee, S. (2015). Ethics as discursive potential. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 36(4), 419-433. <https://doi.org/10.1002/anzf.1125>.
- McNamee, S. (2009). Postmodern psychotherapeutic ethics: relational responsibility in practice. *Human Systems*, 20(1), 57-71.
- McNamee, S. (2010). Research as social construction: transformative inquiry (Pesquisa como construção social: investigação transformativa). *Saúde & Transformação Social/Health and Social Change*, 1(1), 9-19.
- McPherson, P., Krotofil, J. & Killaspy, H (2018). What works? Toward a new classification system for mental health supported accommodation services: the Simple Taxonomy for Supported Accommodation (STAX-SA). *International Journal of Environmental Research & Public Health*. 15(2), 1-17. <https://doi.org/10.3390/ijerph15020190>.
- Meehan, T., Vermeer, C. & Windsor, C. (2000). Patients' perceptions of seclusion: a qualitative investigation. *Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 370-377. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01289.x>.
- Meld. St. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>.
- Menckel, E. & Viitasara, E. (2002). Threats and violence in Swedish care and welfare – magnitude of the problem and impact on municipal personnel. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 16(4), 376-385. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2002.00103.x>.
- Middleby-Clements, J. L. & Grenyer, B. F. S. (2007). Zero tolerance approach to aggression and its impact upon mental health staff attitudes. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(2), 187-191. <https://doi.org/10.1080/00048670601109972>.

- Miller, N., Pedersen, W. C., Earleywine, M. & Pollock, V. E. (2003). A theoretical model of displaced aggression. *Personality and Social Psychology Review*, 7(1), 75-97. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr0701_5.
- Miller, T. & Bell, L. (2012). Consenting to what? Issues of access, gate-keeping and 'informed' consent. I Miller, T., Birch, M., Mauthner, M. & Jessop, J. (Red.), *Ethics in qualitative research* (2. utg., s. 61-75). SAGE Publications. <https://doi.org/10.4135/9781473913912.n5>.
- Modestin, J. & Wuermle, O. (2005). Criminality in men with major mental disorder with and without comorbid substance abuse. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59(1), 25-29. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2005.01327.x>.
- Monahan, J., Steadman, H. J., Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., Mulvey, E. P., Grisso, T. & Banks, S. (2001). *Rethinking risk assessment: the MacArthur study of mental disorder and violence*. Oxford University Press.
- Morphet, J., Griffiths, D., Beattie, J. & Innes, K. (2019). Managers' experiences of prevention and management of workplace violence against healthcare staff: a descriptive exploratory study. *Journal of Nursing Management*, 27(4), 781-791. <https://doi.org/10.1111/jonm.12761>.
- Morrison, E. F. (1990). Tradition of toughness: a study of nonprofessional nursing care in psychiatric settings. *Journal of Nursing Scholarship*, 22(1), 32-38. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1990.tb00166.x>.
- Murphy, N. (2004). An investigation into how community mental health nurses assess the risk of violence from their clients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(4), 407-413. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00727.x>.
- Mørland, J. & Waal, H. (2015). *Rus og avhengighet*. Universitetsforlaget.
- Nachreiner, N. M., Gerberich, S. G., McGovern, P. M., Ryan, A. D. & McGovern, P. M. (2007). Minnesota Nurses' Study: perceptions of violence and the work environment. *Industrial Health*, 45(5), 672-678. <https://doi.org/10.2486/indhealth.45.672>.

- Najafi, F., Fallahi-Khoshknab, M., Ahmadi, F., Dalvandi, A. & Rahgozar, M. (2018). Antecedents and consequences of workplace violence against nurses: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), e116-e128. <https://doi.org/10.1111/jocn.13884>.
- National Institute of Health and Care Excellence (2005). *Violence: the short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments*. (Nr. 25) [Klinisk retningslinje]. NICE. <http://umh1946.edu.umh.es/wp-content/uploads/sites/172/2015/04/NICE-Violence-The-short-term-management-of-disturbed-violent-behaviour-in-in-patient-psychiatric-settings-and-emergency-departments.pdf>.
- Needham, I., Aberhalden, C., Halfens, R. J. G., Fischer, J. E. & Dassen, T. (2005). Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 49(3), 283-296. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03286.x>.
- Negrete, J. C., Knapp, W. P., Douglas, D. E., & Smith, W. B. (1986). Cannabis affects the severity of schizophrenic symptoms: results of a clinical survey. *Psychological Medicine*, 16(3), 515-520. <https://doi.org/10.1017/S0033291700010278>.
- Nijman, H. L. I. (2002). A model of aggression in psychiatric hospitals. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 142-143. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.106.s412.30.x>.
- Nijman, H. L. I., à Campo, J. M. L. G., Ravelli, D. P. & Merckelbach, H. L. G. J. (1999). A tentative model of aggression on inpatient psychiatric wards. *Psychiatric Services*, 50(6), 832-834. <https://doi.org/10.1176/ps.50.6.832>.
- Nolan, P., Dallender, J., Soares, J., Thomsen, S. & Arnetz, B. (1999). Violence in mental health care: the experiences of mental health nurses and psychiatrists. *Journal of Advanced Nursing*, 30(4), 934-941. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01163.x>.
- Nolan, P., Soares, J., Dallender, J., Thomsen, S. & Arnetz, B. (2001). A comparative study of the experiences of violence in English and Swedish mental health nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 38(4), 419-426. [https://doi.org/10.1016/s0020-7489\(00\)00089-4](https://doi.org/10.1016/s0020-7489(00)00089-4).

- O'Donoghue, T. (2007). *Planning your qualitative research project: an introduction to interpretivist research in education*. Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9780203967720>.
- O'Rourke, M., Wrigley, C. & Hammond, S. (2018). Violence within mental health services: how to enhance risk management. *Risk Management & Healthcare Policy*, 11, 159-167. <https://doi.org/10.2147/rmhp.s131834>.
- Ose, S. O., Lilleeng, S., Pettersen, I., Ruud, T. & van Weeghel, J. (2017). Risk of violence among patients in a psychiatric treatment: results from a national census. *Nordic Journal of Psychiatry*, 71(8), 551-560.
<https://doi.org/10.1080/08039488.2017.1352024>.
- Palinkas, L. A. (2014). Qualitative and mixed methods in mental health services and implementation research. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(6), 851-861. <https://doi.org/10.1080/15374416.2014.910791>.
- Pang, M., F. & Ki, W. W. (2016). Revisiting the idea of "critical aspects". *Scandinavian Journal of Educational Research*, 60(3), 323-336.
<https://doi.org/10.1080/00313831.2015.1119724>.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>.
- Paterson, B., McKenna, K. & Bowie, V. (2014). A charter for trainers in the prevention and management of workplace violence in mental health settings. *Journal of Mental Health Training*, 9(2), 101-108. <https://doi.org/10.1108/JMHTEP-08-2013-0028>.
- Paterson, B., Miller, G., Leadbetter, D. & Bowie, V. (2008). Zero tolerance and violence in services for people with mental health needs. *Mental Health Practice*, 11(8), 26-31. <https://doi.org/10.7748/mhp2008.05.11.8.26.c7707>.
- Perese, E. F. (2007). Stigma, poverty, and victimization: roadblocks to recovery for individuals with severe mental illness. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 13(5), 285-295. <https://doi.org/10.1177/1078390307307830>.

- Pickard, H. & Fazel, S. (2013). Substance abuse as a risk factor for violence in mental illness: some implications for forensic psychiatric practice and clinical ethics. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(4), 349-354. <https://doi.org/10.1097/yco.0b013e328361e798>.
- Pittman, G. E. (2002). Outsider/insider: the politics of shifting identities in the research process. *Feminism & Psychology*, 12(2), 282-288. <https://doi.org/10.1177/0959353502012002017>.
- Polanyi, M. (2000). *Den tause dimensjonen: en introduksjon til taus kunnskap*. Spartacus Forlag. (Opprinnelig utgitt i 1966).
- Price, O., Baker, J., Bee, P. & Lovell, K. (2015). Learning and performance outcomes of mental health staff training in de-escalation techniques for the management of violence and aggression. *British Journal of Psychiatry*, 206(6), 447-455. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.144576>.
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. LOV-1997-07-02-62. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>.
- Quirk, A., Lelliott, P. & Seale, C. (2004). Service users' strategies for managing risk in the volatile environment of an acute psychiatric ward. *Social Science & Medicine*, 59(12), 2573-2583. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.04.005>.
- Richter, D. & Berger, K. (2006). Post-traumatic stress disorder following patient assaults among staff members of mental health hospitals: a prospective longitudinal study. *BMC Psychiatry*, 6(15). <https://doi.org/10.1186/1471-244x-6-15>.
- Richter, D., Needham, I. & Kunz, S. (2006). The effects of aggression management training for mental health care and disability care staff. I Richter, D. & Whittington, R. (Red.), *Violence in mental health settings: causes, consequences, management* (s. 211-227). Springer Science. https://doi.org/10.1007/978-0-387-33965-8_11.
- Rippon, T. J. (2000). Aggression and violence in health care. *Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 452-460.

- Roberts, G. & Boardman, J. (2014). Becoming a recovery-oriented practitioner. *Advances in Psychiatric Treatment*, 20(1), 37-47.
<https://doi.org/10.1192/apt.bp.112.010652>.
- Rogers, K.-A. & Kelloway, E. K. (1997). Violence at work: personal and organizational outcomes. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2(1), 63-71.
<https://doi.org/10.1037/1076-8998.2.1.63>.
- Rolfe, G. (2006). Validity, trustworthiness, and rigour: quality and the idea of qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, 53(3), 304-310.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03727.x>.
- Rolland, A. (2008). Den nye brukeren – krevende kunde og statlig styringsverktøy. *Kommunal økonomi och politik*, 12(3), 7-30.
- Ryan, T. (2000). Exploring the risk management strategies of mental health service users. *Health, Risk & Society*, 2(3), 267-282. <https://doi.org/10.1080/713670165>.
- Röing, M., Holmström, I. K. & Larsson, J. (2018). A metasynthesis of phenomenographic articles on understanding of work among healthcare professionals. *Qualitative Health Research*, 28(2), 273-291. <https://doi.org/10.1177/1049732317719433>.
- Sandberg, J. (2005). How do we justify knowledge produced within interpretative approaches? *Organizational Research Methods*, 8(1), 41-68.
<https://doi.org/10.1177/1094428104272000>.
- Sandberg, J. (2000). Understanding human competence at work: an interpretative approach. *Academy of Management Journal*, 43(1), 9-25.
<https://doi.org/10.2307/1556383>.
- Sandberg, J. & Dall'Alba, G. (2010). Returning to practice anew: a life-world perspective. *Organization Studies*, 30(12), 1349-1368.
<https://doi.org/10.1177/0170840609349872>.
- Sandberg, J. & Pinnington, A. H. (2009). Professional competence as ways of being: an existential ontological perspective. *Journal of Management Studies*, 46(7), 1138-1170. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.2009.00845.x>.
- Sandberg, J. & Targama, A. (2007). *Managing understanding in organizations*. SAGE Publications. <https://doi.org/10.4135/9781446212530>.

- Sandbæk, M. (2001). Kan barnevernstjenesten forholde seg til både foreldre og barn som brukere og aktører? I Sandbæk, M. (Red.), *Fra mottaker til aktør. Brukernes plass i praktisk sosialt arbeid og forskning* (s. 152-171). Gyldendal Akademisk.
- Sandelowski, M. (1995). Sample size in qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 18(2), 179-183. <https://doi.org/10.1002/nur.4770180211>.
- Sandelowski, M. (2011). When a cigar is not just a cigar: alternative takes on data and data analysis. *Research in Nursing & Health*, 34(4), 342-352. <https://doi.org/10.1002/nur.20437>.
- Schat, A. C. H. & Kelloway, E. K. (2000). Effects of perceived control on the outcomes of workplace aggression and violence. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(3), 386-402. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.5.3.386>.
- Senneseth, M., Pollak, C., Urheim, R., Logan, C. & Palmstierna, T. (2022). Personal recovery and its challenges in forensic mental health: systematic review and thematic synthesis of the qualitative literature. *BJPsych Open*, 8(e17), 1-15. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1068>.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken. Sinn-kropp-samfunn*. Gyldendal Akademisk.
- Sjöström, B. & Dahlgren, L. O. (2002). Applying phenomenography in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 40(3), 339-345. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02375.x>.
- Slettebø, T., Brodtkorb, E. & Dalen, H. (2012). Brukernes erfaringer og syn på kollektiv brukermedvirkning. *Fontene Forskning*, 1, s. 43-55.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunen*. (Nr. IS-1332) [Veileder]. Sosial- og helsedirektoratet.
- Sowislo, J. F., Gonet-Wirz, F., Borgwardt, S., Lang, U. E. & Huber, C. G. (2017). Perceived dangerousness as related to psychiatric symptoms and psychiatric service use: a vignette based representative population survey. *Scientific Reports*, 7(45716), 1-7. <https://doi.org/10.1038/srep45716>.

- Spencer, P. C. & Munch, S. (2003). Client violence toward social workers: the role of management in community mental health programs. *Social Work, 48*(4), 532-544. <https://doi.org/10.1093/sw/48.4.532>.
- Steffgen, G. (2008). Physical violence at the workplace: consequences on health and measures of prevention. *European Review of Applied Psychology/Revue Européenne de Psychologie Appliquée, 58*(4), 285-295. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2008.09.011>.
- Stubbs, B., Leadbetter, D., Paterson, B., Yorston, G., Knight, C. & Davis, S. (2009). Physical intervention: a review of the literature on its use, staff and patient views, and the impact of training. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 16*(1), 99-105. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01335.x>.
- Svalund, J. (2009). *Vold og trusler om vold i offentlig sektor*. (FAFO-rapport 30). https://www.fafo.no/media/com_netsukii/20120.pdf.
- Swain, N. & Gale, C. (2014). A communication skills intervention for community healthcare workers reduced perceived patient aggression: a pretest-posttest study. *International Journal of Nursing Studies, 51*(9), 1241-1245. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.01.016>.
- Swanson, J., Borum, R., Swartz, M. & Hiday, V. (1999). Violent behavior preceding hospitalization among persons with severe mental illness. *Law and Human Behavior, 23*(2), 185-204. <https://doi.org/10.1023/a:1022320918171>.
- Swanson, J. W., Borum, R. Swartz, M. S. & Monahan, J. (1996). Psychotic symptoms and disorders and the risk of violent behaviour in the community. *Criminal Behaviour & Mental Health, 6*(4) 309-329. <https://doi.org/10.1002/cbm.118>.
- Szmukler, G. & Rose, N. (2013). Risk assessment in mental health care: values and costs. *Behavioral Sciences & the Law, 31*(1), 125-140. <https://doi.org/10.1002/bsl.2046>.
- Sælør, K. T. (2016). *Hinderløyper, halmstrå og hengende snører. En kvalitativ studie av håp innenfor psykisk helse- og rusfeltet*. [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Bergen.

- Sælør, K. T., Ness, O., Borg, M. & Biong, S. (2015). You never know what's around the next corner: exploring practitioners' hope inspiring practices. *Advances in Dual Diagnosis, 8*(3), 141-152. <https://doi.org/10.1108/add-05-2015-0010>.
- Sælør, K. T., Ness, O. & Semb, R. (2015). Taking the plunge: service users' experiences of hope within the mental health and substance use services. *Scandinavian Psychologist, 2*(4). <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.2.e9>.
- Tanner, C. A., Benner, P., Chesla, C. & Gordon, D. R. (1993). The phenomenology of knowing the patient. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship, 25*(4), 273-280. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1993.tb00259.x>.
- Terkelsen, T. B. & Larsen, I. B. (2016). Fear, danger and aggression in a Norwegian locked psychiatric ward: dialogue and ethics of care as contributions to combating difficult situations. *Nursing Ethics, 23*(3), 308-317. <https://doi.org/10.1177/0969733014564104>.
- Tew, J. (2005). Core themes of social perspectives. I Tew, J. (Red.), *Social perspectives in mental health. Developing social models to understand and work with mental distress* (s. 13-31). Jessica Kingsley Publishers.
- Titchen, A., Cardiff, S. & Biong, S. (2017). The knowing and being of person-centred research practice across worldviews: an epistemological and ontological framework. I McCormack, B., van Dulmen, S., Eide, H., Skovdahl, K. & Eide, T. (Red.), *Person-centred healthcare research* (s. 31-50). Blackwell & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781119099635.ch3>.
- Tonso, M. A., Prematunga, R. K., Norris, S. J., Williams, L., Sands, N. & Elsom, S. J. (2016). Workplace violence in a Victorian mental health workforce survey. *International Journal of Mental Health Nursing, 25*(5), 444-451. <https://doi.org/10.1111/inm.12232>.
- Topor, A., Andersson, G., Bülow, P., Stefansson, C.-G. & Denhov, A. (2015). After the asylum? The new institutional landscape. *Community Mental Health Journal, 52*(6), 731-737. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9928-7>.

- Topor, A., Larsen, I. B. & Bøe, T. D. (2020). *At komme sig – fra personlig utvikling til social forandring*. Dansk Selskab for Psychosocial Rehabilitering.
<https://psykosocialrehabilitering.dk/download/at-komme-sig-fra-personlig-udvikling-til-social-forandring-2020?wpdmdl=3130>.
- Topor, A. (2006). *Hva hjelper? Veier til bedring fra alvorlige psykiske problemer*. Kommuneforlaget.
- Trigwell, K. (2006). Phenomenography: an approach to research into geography education. *Journal of Geography in Higher Education*, 30(2), 367-372.
<https://doi.org/10.1080/03098260600717489>.
- Tveiten, S., Haukland, M. & Onstad, R. F. (2011). “The patient’s voice’ – empowerment in a psychiatric context”. *Nordic Journal of Nursing Research*, 31(3), 20-24.
<https://doi.org/10.1177/010740831103100305>.
- Vaismoradi, M., Turunen, H. & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & Health Sciences*, 15(3), 398-405. <https://doi.org/10.1111/nhs.12048>.
- van Dulmen, S., McCormack, B., Eide, T., Skovdahl, K. & Eide, H. (2017). Future directions for person-centred healthcare research. I McCormack, B., van Dulmen, S., Eide, H., Skovdahl, K. & Eide, T. (Red.), *Person-centred healthcare research* (s. 209-218). Blackwell & Sons.
<https://doi.org/10.1002/9781119099635.ch18>.
- Velde, C. (1999). An alternative conception of competence: implications for vocational education. *Journal of Vocational Education and Training*, 51(3), 437-447.
<https://doi.org/10.1080/13636829900200087>.
- Vermeulen, J. M., Doedens, P., Boyette, L.-L. N. J., Spek, B., Latour, C. H. M. & de Haan, L. (2019). ‘But I did not touch anybody!’ - patients’ and nurses’ perspectives and recommendations after aggression on psychiatric wards – a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 75(11), 2845-2854.
<https://doi.org/10.1111/jan.14107>.

- Veseth, M., Binder, P.-E., & Borg, M. & Davidson. (2017). Collaborating to stay open and aware: service user involvement in mental health as an aid in reflexivity. *Nordic Psychology*, 69(4), 256-263. <https://doi.org/10.1080/19012276.2017.1282324>.
- Virkki, T. (2008). Habitual trust in encountering violence at work: attitudes towards client violence among finnish social workers and nurses. *Journal of Social Work*, 8(3), 247-267. <https://doi.org/10.1177/1468017308091039>.
- Weibel, M. A., Hegelstad, W. V., Auestad, B., Bramness, J., Evensen, J., Haahr, U., Joa, I., Johannessen, J. O., Larsen, T. K., Melle, I., Opjordsmoen, S., Rund, B. R., Simonsen, E., Vaglum, P., McGlashan, T., McGorry, P. & Friis, S. (2017). The effect of substance use on 10-year outcome in first-episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 43(4), 843-851. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw179>.
- Westerlund, H. (2012). *Mer enn bare ord? Ord og begreper i psykisk helsearbeid*. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse/Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, (Rapport nr. 4/12). <https://www.napha.no/multimedia/3094/800-06-Hefte-Ord-og-begreper.pdf>.
- Whittington, R. (2002). Attitudes toward patient aggression amongst mental health nurses in the 'zero tolerance' era: associations with burnout and length of experience. *Journal of Clinical Nursing*, 11(6), 819-825. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2002.00659.x>.
- Whittington, R. & Higgins, L. (2002). More than zero tolerance? Burnout and tolerance for patient aggression amongst mental health nurses in China and the UK. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(s412), 37-40. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.106.s412.8.x>.
- Williams, B, Cattell, D., Greenwood, M., LeFevre, S., Murray, I. & Thomas, P. (1999). Exploring 'person-centredness': user perspectives on a model of social psychiatry. *Health and Social Care in the Community*, 7(6), 475-482. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2524.1999.00215.x>.
- Winstanley, S. (2005). Cognitive model of patient aggression towards health care staff: the patient's perspective. *Work & Stress*, 19(4), 340-350. <https://doi.org/10.1080/02678370500409747>.

- Wright, K., Golder, S. & Roderiguez-Lopez, R. (2014). Citation searching: a systematic review case study of multiple risk behaviour interventions. *BMC Medical Research Methodology*, 14(73), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-14-73>.
- Zhao, S., Liu, H., Ma, H., Jiao, M. Li, Y., Hao, Y., Sun, Y., Gao, L., Hong, S., Kang, Z., Wu, Q. & Qiao, H. (2015). Coping with workplace violence in healthcare settings: social support and strategies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(11), 14429-14444. <https://doi.org/10.3390/ijerph121114429>.
- Åkerlind, G. S. (2008). A phenomenographic approach to developing academics' understanding of the nature of teaching and learning. *Teaching in Higher Education*, 13(6), 633-644. <https://doi.org/10.1080/13562510802452350>.
- Åkerlind, G. S. (2015). From phenomenography to variation theory: a review of the development of the variation theory of learning and implications for pedagogical design in higher education. *HERDSA Review of Higher Education*, 2, 5-26.
- Åkerlind, G. S. (2012). Variation and commonality between in phenomenographic research methods. *Higher Education Research & Development*, 31(1), 115-127. <https://doi.org/10.1080/07294360.2011.642845>.

Artikler

Artikkel 1

Maagerø-Bangstad, E. R., Sælør, K. T. & Ness, O. (2019). Encountering staff-directed aggression within mental health and substance abuse services: exploring conceptions of practice following education. *International Journal of Mental Health Systems*, 13(1), Art. 20. <https://doi.org/10.1186/s13033-019-0277-8>

RESEARCH

Open Access



Encountering staff-directed aggression within mental health and substance abuse services: exploring conceptions of practice following education

Erlend R. Maagerø-Bangstad^{1*} , Knut Tore Sælør¹ and Ottar Ness^{1,2}

Abstract

Background: Staff-directed aggression represents a considerable concern in mental health and substance abuse services, and presents a substantial challenge to the quality and continuity of service provision for people with mental health and substance abuse problems. The practitioners themselves frequently request increased competence as a way to mediate the negative effects of staff-directed violence and aggression. The aim of this study is to explore how practitioners in municipal mental health and substance abuse services conceptualize practice in prevention and management of staff-directed violence. Furthermore, we seek to explore how these conceptions change following participation in two complementary and specially developed courses advancing respectively, qualified risk assessment and situational awareness and disempowerment-sensitive and de-escalation principles for practice.

Method: The study was conducted by using a qualitative phenomenographic research approach. The data-material comprised two-step semi-structured interviews with ten participants from various parts of community mental health and substance abuse services in the Municipality of Oslo, Norway.

Results: The analysis resulted in the development of five qualitatively different, hierarchically ordered, yet logically interrelated conceptual categories of practice concerning prevention and management of staff-directed aggression in community mental health and substance abuse services. These are: (1) *Observation, reporting and expectation of organizational intervention*, (2) *Application of personalized de-escalating skills and behaviour*, (3) *Delivery of team-based and standardized services*, (4) *Provision of perceptive and responsive services*, and (5) *Facilitation of sensitive, involving and reflexive care*. The categories vary according to the participants' attentional focus on either the responsibility of the organization, staff members' personally developed skills and techniques, team-based solutions, knowledgeable information processing in making professional judgements and reflexive, interpersonal service provision, as well as according to what meaning participants assign to practice. The authors have identified varying degrees of conceptual change following education in half of the participants.

Conclusion: The results of this study both show that practitioners conceptualize practice in aggressive encounters quite differently. The study also indicate that it is important to consider participant awareness of the phenomenon of interest when devising educational activities for personnel in mental health and substance abuse services.

*Correspondence: Erlend.rinke.maagero-bangstad@usn.no

¹ Faculty of Health and Social Sciences, Dept. of Health and Social and Welfare Studies, Centre for Mental Health and Substance Abuse, University of South-Eastern Norway, P.O. box 7053, 3007 Drammen, Norway

Full list of author information is available at the end of the article



Keywords: Staff-directed aggression, Prevention, Management, Practice, Mental health services, Substance abuse services, Education, Phenomenography

Background

Generally, people with mental health or co-occurring substance abuse problems do not perpetrate violent aggression against others [1, 2]. Instead, people with mental health and substance abuse problems are more likely to become victims of violent acts than the population in general [3–5]. Yet, people with mental health or substance abuse problems are statistically more likely to engage in violent behaviour compared to the general population [2, 6, 7].

When persons with mental health or substance abuse issues do commit violent acts, the victims tend to be relatives of the perpetrator [2, 7]. Even so, staff in mental health services and services for people with co-occurring mental health and substance abuse problems, are frequently exposed to violent behaviour and aggression from service users, including physical attacks, violent threats and verbal abuse [5, 8, 9]. Violent incidents between staff and service users may have several adverse effects for service users, personnel and services alike, some of which include harm to the relationships between service users and staff [10], the quality of care [11], as well as the frequency and duration of home-visits [12]. In addition, incidents also frequently lead to involuntary hospitalizations of service users [7], and subsequent coercive measures [13].

Norwegian mental health and substance abuse services are largely interdisciplinary and comprised by both professionals and paraprofessionals [14]. Norwegian and international health-care policies regulating mental health and substance abuse services have, in recent years largely been redirected towards local, home-based, and patient-centred or person-centred care [15, 16]. However, research on violence in non-institutional, outpatient settings is only in its ‘infancy’ [17]. Hence, there are few prevalence-studies—or any other studies as far as we have been able to identify from the literature—on staff-directed aggression in Norwegian non-institutional mental health and substance abuse services. Albeit, in a recent national survey about 40% of learning disability nurses and social workers, one out of four care workers and nurses reported being a victim of either violence or threats at work during the preceding year [18]. In a report by the Norwegian Directorate of Health [19] 139 municipalities reported 111,376 incidents of threats and violence against staff or co-patients in municipal health services during 2012–2016.

A report on violence in Norwegian health care and social services [9] stated that competence development in prevention and management of client aggression was considered a desideratum by responding personnel for developing services apt to meet the challenges presented by aggressive encounters with service users. In 2010, the Agency of Health (AH) in the municipality of Oslo devised a project purposed at providing education for personnel in home-based mental health and substance abuse services. The project aimed at promoting competent, safe and persistent service provision for both service users and staff by making education in prevention and management of staff-directed violence available to the services. Additional supportive tools, such as pamphlets, guidelines and e-learning material was also provided by the project. These tools aimed at promoting and supporting continued competence and practice development among staff.

There are numerous ways of understanding violence and aggression [20], as well as accounting for the precursors for staff directed aggression in mental health care settings [8, 9, 13]. The view underlying the AH project was a disempowerment-sensitive perspective regarding aggression as stemming from persons’ attempts to master situations characterized by frustrating life conditions and structural impediments [21], situated within a disequilibrium of power between service providers and service users [22]. In this view, interpersonal factors, including staff demeanour and communication, have considerable influence on the prevention and management of aggression. Knowledge-based non-physical, de-escalation principles [23, 24], individual, as well as situational risk assessment [25] and recovery-oriented practices in mental health and substance abuse care services [26] underlies the education and tools made available for personnel through the project. The educational activities in the project have since 2010 been attended by over 3000 participants. In total 184 participants attended the two courses subject to the present study in 2017, named “*Basic course in management of threats and violence*” and “*Who am I in the encounter with the service user? Phase-oriented prevention and management of violence*”. The first course focused on emergency preparedness, situational and contextual awareness and risk assessment, while the latter course focused on disempowerment, interpersonal and relational dynamics and de-escalation principles. The organizers view the two courses as supplementary to each other, focusing on different aspects of practice in

prevention and management of staff-directed aggression. These courses have played a foundational role throughout the AH project, as well as afterwards. Developing knowledge of how these courses have contributed to competence and practice development in the services has been a long-standing aim of the project, and the present study aims to identify some of the outcomes of the project.

The purpose of the current study is to explore and gain knowledge about how participants in the two complementary general courses conceive practice in encounters with staff-directed aggression, and how their conceptions develop following education. By this study, we aim to inform future education and training for staff in community based mental health and substance abuse services, by proposing insights from phenomenography in both designing and assessing the outcomes of education. In addition, we aim to contribute to the current knowledge base concerning non-institutional, staff-directed aggression. We developed two specific research questions for this study:

1. How do participants in the general courses in prevention and management of staff-directed violence and aggression conceptualize prevention and management practice in violent and aggressive encounters with service users?
2. How do participants' conceptions of prevention and management practice change following education in basic and general principles of prevention and management of staff-directed aggression and violence?

Methods

In this study, we have used phenomenography to explore descriptive categories of practice from interviews with participants in education. Additionally, by comparing participants' responses prior to, and following education, we were able to assess changes in participants' conceptions over time.

Phenomenography is a qualitative educational research approach aimed at describing the variation in individuals' conceptions of the world, their awareness of and ways of experiencing a particular phenomenon [27, 28]. This research approach is a *second-order approach* [28], seeking to describe peoples' experiences of phenomena in the world around them, based on a nondualist worldview: that there is only one (experienced) world and this world is constituted by an internal relationship between phenomena in the world and the persons experiencing them [28]. In phenomenography, "individual voices are not heard" ([28], p. 114) and hence, the description of variation is restricted to the collective level.

Phenomenography sets out to describe the experiential and conceptual aspects and boundaries of a phenomenon by applying the analytical features of 'referential' and 'structural aspects' to identify, respectively, the meaning of the phenomenon for individuals or how meaning is constructed and what part of the phenomenon is the focus of attention [28, 29]. Phenomenographic studies typically result in an 'outcome space', "the complex of categories of description comprising distinct groupings of aspects of the phenomenon and the relationships between them" ([28], p. 125). This outcome space is generally considered consisting of hierarchically inclusive, logically interrelated categories of description. This entails classifying conceptions, or ways of seeing, from less advanced to more advanced ways of seeing phenomena. This means that "higher-level" conceptions incorporate and add to the conceptions comparatively lower in the hierarchy. More advanced conceptions thus signify more complex and compound understandings of relevant or critical aspects of phenomena [27], and implies more competent and powerful ways to handle novel situations and encountered phenomena.

Design

The design of this study is within a descriptive-explorative research framework. Phenomenographic research is from the outset an explicitly data-driven and empirically oriented research approach [30]. Yet, this study is informed by a social constructionist epistemology, viewing knowledge-production as communally based and scientific reasoning as inherently socially situated [31] and thus the authors acknowledge qualitative research as both an interpretative and co-constructionist enterprise. In the present study we have explored participants' expressions of how they conceptualize their own practice, and attempted to present as representative an account of the participants' expressions as possible. In this study, we sought maximization of experiential phenomenal variation and conceptualization among participants by employing, criterion-based, purposeful sampling [32].

Recruitment and participants

We recruited ten participants registered to participate in one or both courses during the spring of 2017 in this study. All together 103 persons were registered for participation in the two courses. The participants in this study came from community mental health services, housing accommodation services for people with mental health or substance abuse problems and community and social welfare services. The age range was 23–53 years. The participants' educational background and profession varied from no education to clinical mental health nursing. Relevant work experience ranged from 1 year

to 20 years. We considered the relatively wide range of participant characteristics included in the sample to adequately reflect the heterogeneity of the staffing situation in Norwegian mental health and substance abuse care. All of the participants reported being victims of service user violence and/or violent threats at least once during their careers. Six of the participants also reported witnessing staff-directed violence or violent threats against colleagues. One of the participants revealed witnessing domestic violence during childhood and adolescence. Seven of the participants attended both courses. The other three participated in just one course, with two of them having participated in the other course at an earlier stage. This, we deemed to illustrate well the context and complexities of providing non-formal education to staff engaged in the day-to-day operations of their workplaces, limiting the opportunities of staff to attend several consecutive courses.

Data collection

Qualitative semi-structured exploratory interviewing is the typical data-collection method in phenomenographic studies [29]. Data collection in this study was comprised of individual interviews prior to participation in courses and 4–6 months afterward. The interviews were conducted at the participants' workplaces, except for one that was conducted at the first author's workplace. The interviews were administered according to two corresponding interview guides, with the second interview guide additionally covering questions regarding the participants' own perceptions of change. The interviewer initiated the follow-up interviews by giving a short oral summary of the participants' answers from the first interview. The procedure both helped set the scene for participant reflection as well as provide an avenue for elucidating the researcher's understanding of the first interview. The average length of the pre-education interviews was about 1 h. The follow-up interviews were on average an hour and a half in length. The interviews of ten participants, eight female and two male, were eventually included in this study, after we discarded three participants' initial contributions due to either non-attendance in the education, difficulties in establishing contact in time for the follow-up interview or practical problems in administering the follow-up interview. All interviews were recorded and transcribed verbatim.

Data analysis

There are different views on how to handle transcribed interviews within phenomenography. For this study, we favoured dealing with whole transcripts, in line with a contextualized view [33], over a decontextualized, fragmentary view of transcript analysis in the vein of Marton

[27] and Marton and Booth [28]. This enabled us to maintain a contextual sensitivity during analysis, and allowed us to discern focal change in the participants' conceptions over the course of the interviews, when comparing responses prior to and following education. Based on this, we applied Sjöström and Dahlgrens' [34] description of a stepwise model of phenomenographic analysis in this study. These steps comprised: (1) the first author getting *familiarized* with the data by reading thoroughly through the transcripts, subsequently (2) *compiling* answers to particular questions, (3) performing *condensation*, or reduction of individual answers to more comprehensive statements, and (4) *grouping* similar statements in the material. All authors then collaborated in a (5) precursory *comparison* of categories, looking for similarities and discrepancies between the grouped meaning units, and in (6) *naming* categories, trying to find fitting expressions of their descriptive content. Eventually, all authors contributed in conducting a (7) *contrastive comparison* of the established categories, probing for potential content overlap. Upon venturing into exploration of instances of conceptual change in the data-material, we subsequently approached all 20 transcripts individually, by going into each transcript and identifying conceptions present therein. In line with the phenomenographic view of categories of description as hierarchically inclusive, logically interrelated, the expressions signalling the most advanced understanding in each interview eventually determined which transcript was assigned to which category. Finally, we summed up the categorizations of the prior- and post-education interviews separately to attain an impression of the conceptual change in the material.

Sjöström and Dahlgren [34] contend that research is difficult to describe in consecutive steps, referring to the mutual relationships between the various analysis steps. In agreement with this, Åkerlind [29] claims that phenomenographic analysis involves an iterative process of reading, re-reading, interpretation and revision. This was also how we experienced analysis in this study.

We pursued bracketing of researcher pre-conceptions by engaging in internal discussions and reflection between the authors of this study, as well as an iterative process of individual clarification of phenomenal awareness during analysis by the first author. The first is an example of dialogic reliability checking, which is one of the ways reliability is ensured in phenomenographic studies [29].

Running excerpts of transcripts and the preliminary findings through a reference group, and presenting and discussing the established categories of description with peers and other colleagues from the field, were additional measures for establishing pragmatic and communicative validity in this study. The reference group comprised two

managers and two employees in municipal mental health services, two representatives with mental health or substance abuse service user experiences, and one representative from collaborating district psychiatric services in Oslo, in addition to the first author. We consulted with the reference group during the initial stages of the study, most notably to validate the interview guides, and in the end, to inform the finishing phases of data analysis. Parallel to Borg [35], the reference group members were first and foremost in an *advisory* position, never determining either research aims or the methodological approach, but nevertheless indispensable for ensuring researcher apperception of findings in relation to a local context and functioned as co-creators of knowledge in this study.

The final analysis resulted in five categories of description concerning the participants' understanding of practice in preventing and managing aggression and staff-directed violence and/or violent threats.

Ethics

The Norwegian Centre for Research Data granted recommendation for this study (Case No. 52044). Written and informed consent was obtained from each participant prior to the first interview. Each participant received written information upon first contact, and each pre-course interview were initiated with the interviewer repeating the same information orally. Special emphasis was put on the ethical principle of voluntary participation and the possibility of withdrawing from the study without any repercussions for the participants. The question of confidentiality was particularly important for us since all but one interview were conducted at the participants' workplaces. We have ensured confidentiality in this study by anonymizing all information about the participants and made sure not to include any information

that might have contributed to disclosing the identity of the participants.

Results

In the following section, we present the identified descriptive categories, followed by a brief summary of the detected patterns of change over the course of the interviews, as they were ascertained following comparisons of interview-responses prior to and after participation in the courses. We represent each conceptual category by providing illustrative quotations from the interviews in the following section.

Descriptive categories

Analysis resulted in a hierarchical outcome space consisting of five qualitatively different conceptions of handling and managerial practice in situations with staff-directed aggression. The first four represent conceptions of practice centred on aspects of staff skills and strategies, while the latter focuses on the service user-staff relationship. In Table 1, we present the outcome space from this study.

Observation, reporting and expectation of organizational intervention

In the first category, participants conceive practice in encounters with staff-directed aggression in terms of "Observation, reporting and expectation of organizational intervention". Participants expressing this conception focused on the provision of information on service user behaviour and symptomatology as the basis for expected external intervention and management. Conceptions of staff responsibilities were restricted to primarily ensuring a safe continuation of services "as-they-were", and possibilities for constructive interaction with service users were limited. In this conception, valued personnel skills in service provision were

Table 1 Outcome space of participant conceptions of practice in staff prevention and management of staff-directed aggression and violence

Descriptive categories	Referential aspect	Structural aspect
1. Observation, reporting and expectation of organizational intervention	Safe-guarding the boundaries of services and maintaining staff safety	Focus on organizational responsibility
2. Application of personalized de-escalating skills and behaviour	Finding practical and applicable solutions without access to a fixed set of methods and strategies	Focus on staff's idiosyncratic abilities, prerequisites and techniques
3. Delivery of team-based and standardized services	Seeing the need for systematic problem-solving in the handling and management of risk	Focus on cooperation and support between experienced and skilled colleagues
4. Provision of perceptive and responsive services	Recognizing service users as sources of valuable information in making sound professional judgements	Focus on communication with service users and abilities for employing informed service-provision by staff
5. Facilitation of sensitive, involving and reflexive care	Professional practice as attentive of human complexity and valuing interpersonal relations	Focus on service users and staff as persons, and reciprocal connectivity

experience-based alertness and risk-assessment, as well as perspicuous, predictable and safeguarding demeanour in practice toward service users. Insecure staff demeanour carried potential for pre-dispositioning of threatening or violent interactions between staff and service users:

"If I wind up in a setting with a service user where I am, in some way going to impart something and give the impression that I am very uncomfortable and insecure, then I think this will trigger many who may be manipulative or violently predisposed to be intimidating or, in a way, to try to acquire something..." (M1, first interview)

Participants viewed management of service user violence to be primarily the responsibility of superior parts of the community mental health service-system. Handling and management of staff-directed aggression and violence consisted of authoritarian, hierarchical sanctions such as eviction, time-limited discontinuation of services or replacement in other mental health or substance use services: *"The concept here is basically zero-tolerance for violence. If you are violent, then you're in the wrong place"*. (M1, first interview)

Participants frequently mentioned the negative impact of economic priorities and perceived systemic renunciation of responsibilities, particularly when they perceived their expectations of organizational intervention as unfulfilled.

In this conception, the workplace was experienced as being ripe with risk and consisting of high-risk users. Professional detachment and personal fortitude were means of protecting the staff's physical and mental health in these conceived volatile and unpredictable circumstances, and service user perspectives were in this view perceived as being largely insignificant for the prevention and management of staff-directed violence in services.

Application of personalized de-escalating skills and behaviour

In the second category describing conceptions of practice, "Application of personalized de-escalating skills and behaviour", participants emphasized idiosyncratic and personally developed modes of handling and management of threatening or violent interactions between staff and service users. In this view, preventive and management practice were largely ad-hoc and often manifested a more common sense 'guesstimate' of what works, or a more or less compliant adaptation of established workplace procedures. Even so, participants asserted recognition of de-escalation as the primary and most beneficial strategy in prevention and management of staff-directed aggression, albeit argued for in a largely unfounded

manner. In the perceived absence of a fixed set of techniques and strategies, participants viewed the staff's personal risk-negotiating skills and aptness in heated exchanges with service users as key factors in resolving and handling risk at work:

"... I try to meet the user where he, in a way is [...]. I try to see "eye to eye" [with the service user] ... I am also very solution oriented and I do not see things in a single-minded manner and I do not always have to go by the book. I know that it can be very provoking for some service users. When staff do not go "out of the box" at all, it can be very provoking. I have round edges, so I do not think that I am a source of conflict". (M2, first interview)

Participants who initially expressed this viewpoint described their competence as fleeting, wanting or irrelevant. Reflections concerning their own practice were frequently indecisive and ambiguous, and compliance with practices in their workplaces were found to be one way in which staff resolved this uncertainty, although some expressed concern or ambivalence regarding workplace practices and routines:

"Occasionally, I have, in some way, wondered if we are somewhat cowardly in here. Are we avoiding... Are we being perceived as yellow-bellied because we are so readily withdrawing when things may get a little difficult?" (F1, first interview)

Ambivalence and uncertainty according to workplace practices were largely left unresolved due to a lack of understanding of more appropriate measures of violence prevention and management practices.

Delivery of team-based and standardized services

In the third category, "Delivery of team-based and standardized services", the practitioners emphasized the significance of the team and the establishing of informed routines and practices at the workplace as essential in preventing and managing staff-directed aggression. Expressions of this form of understanding carried the implication of knowledgeable and experience-based practice, embodied through either repetition or some sort of training. In this view, the team is the primary locus for proficient handling of staff-directed aggression and violence. Participants expressing this view considered aggression largely as an occupational problem to be solved within a system of established and consistent practices and routines, supporting individual and team-based collaborative interventions. The standardization of services signified principles of intervention and management of aggression agreed upon by the team. Participants held the team high in regard as both a source of support

as well as origination and implementation of congruent and authoritative interventions in situations of aggressive or threatening behaviour from service users:

"I think we are doing many things very well already because we report back when we observe changes (...). What are we going to do?" And then we talk and reach an agreement about going in pairs, talk about it [with the service user], ask him to come in for a consultation, bring the manager in, avoid home-visits, for example. For a while. Or if we are just going to have contact with him by phone. We come to a conclusion, and then we choose a strategy". (F2, first interview)

Participants viewed reciprocal relationships, openness, accountability and trustworthiness between colleagues as prerequisites for cooperation:

"... if we are going to have a good work environment and find satisfaction in the work we are doing, from our own prerequisites and from within the boundaries we work, I think it is kind of a continuous process among us colleagues, that we are, in a way trying to do the best we can. By this, I mean talking to each other and maybe being open with one another, trusting each other and everything". (M1, second interview)

This conception placed the individual staff member as responsible for contributing to the workplace discussions, and should accordingly be able to expect colleagues and managers to pay attention to their experiences and opinions, when the team identified strategies for prevention and management of staff-directed violence. Some spoke of an interplay between knowledgeable and trusted colleagues, approximating a theatrical performance during aggressive interchanges, while others put forth a more systematic and reflective dialogue with other team members as key in developing adept practice in their workplaces.

Provision of perceptive and responsive services

In expressing the fourth conception of practice, "Provision of perceptive and responsive services", participants embraced information and observations gained from service users to be imperative in establishing sensible and well-founded services sensitive to the prevention and management of staff-directed violence. Staff needs to be perceptive and alert in making judgements concerning their work, but is still the authoritative factor in employing preventing and managing strategies, according to this conception. The view of professional practice was that it is based upon experienced judgement and monitoring of situations, the availability of tools and strategies, and

the ability to adjust one's own demeanour and practices according to the available information. Participants perceived the professional-personal boundary as a phenomenon to be negotiated in dialogue with the service users. Knowledge of the individual service user and her idiosyncratic triggers and vulnerabilities were considered to be pivotal in making judgements for expedient practice by staff. On the other hand, participants viewed service user-staff relations as presenting a challenge in divulging staff vulnerabilities:

"But if there is a client that I have dealt with extensively, you know, have had many discussions with, a great deal of "hot battles", so to speak... then he has been accustomed to how I react and what I look like when I am scared or angry..." (F6, first interview)

Participants viewed routines and regulations as supportive tools in the process of inferring viable courses of action. Sound implementation of workplace routines emerge on the basis of staff knowledge about violence and potentially perilous situations.

Dialogue with service users following incidents came out as an important avenue for learning and subsequent practice development:

"... I think that in the aftermath of a situation that has escalated and possibly become an aggressive interaction or something like that... When things have settled, one can go through the situation together with the service user with care to what has... how we experienced it and how he experienced it, or whatever lay behind it and how we can try to prevent it from happening again". (F5, second interview)

Although deemed important, participants perceived the follow-up of the service user after aggressive episodes in a somewhat technical and detached manner. Participants expressing this conception, portrayed staff as being primarily responsible for acquiring valid information to be used in judging appropriate preventive and managing responses towards the service users.

Facilitation of sensitive, involving and reflexive care

In this study, this last conception represented the most complex and compound understanding of practice. By viewing practice in terms of "Facilitation of sensitive, involving and reflexive care", participants expressed valuation of equality between service user and personnel in the service relationship. In addition, they afforded particular significance to service users' opinions, resources and experiences when outlining low-conflict service-provision. This appears to be a considerate and person-centred stance to collaboration, sensitive to the

interconnectedness and personhood of both the service users and staff. This conception entailed respect and positive attitudes and sometimes, even affection as pivotal for preventive practices with service users:

“I actually have a lot of respect and I am very fond of them, and that is... They are basically good people and maybe they recognize that in me.” (F3, first interview)

Instead of condemning aggressive and threatening behaviour from service users, participants conceived it as communication of disempowerment and frustrating circumstances in life. Participants perceived that such communication ought to be met with heightened levels of care and attentiveness towards service users, instead of punitive responses.

Personnel responsibilities include accommodating for empowering, amenable and user-friendly services and professional helping relations. Boundaries between the private and the personal appeared somewhat indistinct when participants talked of expressing personal experiences as a basis for communicating empathetic understanding of the other’s position. Staff behaviour and demeanour, were viewed by participants as means to model desired and appropriate intrapersonal communication between personnel and service users.

Practice, in this conception was continuously subject to reflection, both individually and between colleagues. Hence, the depiction of practice was that it is an exacting undertaking demanding ample mental resources, attentiveness and flexibility from personnel:

“[...] even though I am myself with each of these [the service users], I am different as well because they all have different boundaries too, and you can go from one apartment and joke and fool around, and everything is swell, and then you go to another and then you are more quiet and calm. So things change quickly in this line of work.” (F7, second interview)

Instances where mental resources of staff are temporarily confined or unstable, caused by, for instance, stressors from the staff members’ own private lives or periods of weariness, required pre-emptive measures, such as time-limited withdrawal from the most demanding interactions or mindful abandonment of one’s own problems at home while at work:

“If we carry something that bothers us, we have to leave it behind at home because they [the service users] have enough on their plate. That is why they are here where we work in the first place. So I think... and that is when we have to be professional and that is strenuous.” (F3, first interview)

This conception, in a sense, summed up the preceding conceptions by encompassing systemic, contextual, individual and interpersonal aspects of practice, and subsequently transcended them by sensitively acknowledging both parties’ contributions in solving an aggressive interchange.

Expressions of change following participation in courses

Half of the participants expressed some form of change in their conception of practice in volatile situations with service users, whereas the other half expressed no such change. Although a majority of the participants in this study expressed some perceived impact from the courses, only half of them voiced conceptions that the researchers eventually deemed salient enough to label them expressions of actual, qualitatively advanced conceptions. We have depicted the identified conceptions prior to and following the courses in Table 2.

Whereas four participants articulated the two initial and most rudimentary conceptions in their first interview, none maintained these during the second interview.

None of the participants conceptualized practice in a way that could have been associated with moving from a higher to a lower level of understanding, although this movement would also have been conceivable.

Patterns of change in the data material involved movement from one category to the next or from one category to the second succeeding category, and we even identified one incident of three-step change (moving from the second conception to the fifth) in the material.

Discussion

This study aimed at exploring how staff in mental health and substance abuse services conceptualized their own practice in prevention and management of staff-directed aggression and how these conceptions changed following participation in education in prevention and management of staff-directed aggression. The five qualitatively different conceptions of practice we developed from our

Table 2 Expressed conceptions identified prior to and following participation in courses

Conception	Pre-courses	Post-courses
1		–
2		–
3		
4		
5		

Identified patterns of change following courses: from conception (conc.) 1 → conc. 3 (two steps): one instance, from conc. 2 → conc. 3 (one step): one instance, from conc. 2 → conc. 4 (two steps): one instance, from conc. 2 → conc. 5 (three steps): one instance, from conc. 3 → conc. 4 (one step): one instance

data differed significantly according to both their levels of complexity and their structural and referential aspects. The logical inclusivity of the hierarchical outcome-space was manifest in this study when participants, voicing higher-order conceptions, concomitantly referred to aspects in line with other, comparatively subjacent conceptions over the course of an interview.

As we have described earlier, there is a substantial gap in the literature concerning how practitioners in non-institutional, home based mental health and substance abuse care settings conceptualize practice in encounters with staff-directed aggression. As we have mentioned, Campell [17] have labelled the whole field of research on staff-directed, non-institutional violence and aggression as being in its 'infancy'. Given our aim to contribute to the current knowledgebase on the topic, we will therefore commit ourselves in the remainder to primarily discuss the implications of our findings, as well as provide an argumentation on how education might have contributed to bring about the observed conceptual change in participants.

Sandberg and Targama [36] have outlined an interpretative approach to competence, emphasizing understanding as essential for practice and competence-development. Inextricably linked to a person's understanding of work is the particular knowledge, skills and attributes apparent in her understanding thus determining her performance. Underlying this view is the notion that some understandings are viewed as normatively better, i.e., more functional than others, parallel to the notion of 'more powerful ways of seeing' put forth by Marton and Booth [28] and Marton [27].

Participants voicing conceptions in line with the first, most rudimentary category, expressed expectance of intervention from external and hence more unaccountable agencies meanwhile focusing on safeguarding, protective measures in their practice. Aberhalden et al. [13] links a paternalistic model of care with inattentive, coercive and controlling practices toward service users. Björkdahl, Palmstierna and Hansebo [37] have depicted similar safeguarding practices as "bulldozing" and have argued this to be a common way personnel in mental health settings protect themselves against inpatient aggression. The participants voicing such sanctioning strategies in our material seems to condone such practices as one way to ensure a safe working environment. Albeit, service users may experience such practices as staff-initiated, aversive stimulation, thus heightening the potential for reactive aggression toward staff [38, 39]. Adding to the negative impact of safeguarding practices, Whittington [40] have also linked burnout among mental health personnel to low tolerance for service user aggression and associated negative attitudes.

The focal awareness in the consecutive categories integrate accumulating aspects of staff knowledge, skills and attributes, placing the practitioners increasingly at the centre of practice. Simultaneously, we see increasing levels of awareness of the other parties involved in practice. This increase implies among other things, a movement from an indistinct view of the working community to colleagues and the team having gradually increasing importance for the execution of their practice, the understanding of practice and the development of practice. Sandberg and Targama [36] argues that socialization into a shared understanding is a collective avenue of practice and competence development in the workplace. This implicates a more conducive approach for designing education for personnel by taking the workplace culture and the collective level of understanding in a workplace into account at early stages of the planning. From the third category, it is evident that the team carries additional significance by providing support for team members. Research indicates that social support between colleagues are protective factors against both workplace stress and negative job performance [41], as well as being predictive of workplace violence victimization [42] and promoting well-being in staff following violent assaults [43].

A majority of the participants in the study judged experience as crucial for understanding staff-directed violence and for knowing themselves and their typical reactions in aggressive encounters with service users. Sandberg and Targama [36] have proposed a view of conceptual change that considers the individual's experience and her efforts to make meaning reflectively of these experiences, as essential for conceptual change. This experiential factor might also apply to personal experiences with violence outside of work, which at least one of the participants had experienced. Sundberg [44] models professional competence and practice as partly contingent on both the individual's personal and professional experiences, while Dall'Alba and Sandberg [45] places emphasis on 'lived experience' as a basis for professionals' competence. Experience with aggression, individual phenomenal awareness and collegial reflection thus seems to be a necessary pre-requisite for competent practice. The educational implications for this might be to devise follow-up sessions after participation in courses or advising case-based learning by discussions and reflections in the workplace following education to ensure the establishment of connections between participants' workplace experiences and the learning material.

In the two latter categories, participants gradually focus their attention on the service user, either as a source of information or as an equal partner in the outlining of services. The 'proficient' practitioner in Benner's

[46] ‘novice-to-expert’ model makes use of experience-based anticipative knowledge, perceives situations as wholes and allows her performance be guided by maxims. Judgements for application of maxims require an in-depth understanding of the particular situation. This involves what Tanner, Benner, Chesla and Gordon [47] termed ‘knowing the patient’, and in particular, knowing her particular patterns of responses and the nature of her problems, thus enabling the provision of responsive services, minimizing conflict, and potentially maintaining both service user and personnel well-being and serving both parties interests in the situation. Participants seemed to subscribe to this notion when they expressed knowledge of the individual service-user and reflective practice as essential in outlining safe and persistent service provision.

By valuing and accommodating for involvement and shared decision-making in outlining practice and reciprocal relationships characterized by acceptance, respect, engagement and compassion, participants in the latter category describe their practice in alignment with principles described in a person-centred practice view [48], as well as recovery-oriented approaches in mental health and substance use care [49]. Biringer et al. [50] have shown recovery-based practice to be both supportive of advancing persons with mental health problems’ understanding of themselves and their own problems, as well as to change their feelings and behaviours. Roth and Crane-Ross [51] found that service user perceptions of having influence on service-related decisions have an effect on mental health outcomes. According to Borg and Kristiansen [49], helpful relationships are in part, marked by willingness by the professional to view the other as resourceful and capable and in addition, willingness to engage in reciprocal self-disclosure. Person-centred practice, on the other hand, contributes to service users experiencing respect, interest, attention, confidence and acceptance of shared responsibilities and control in healthcare relationships [52]. In light of a disempowerment-sensitive perspective on aggression, this implies that collaborative, recovery-based and person-centred practices are conducive of atmospheres where aggression and violence towards staff is likely to be deemed unwarranted by service users.

Conceptual change

Most of the participants in the study expressed some level of perceived impact from participation in the courses, mostly in terms of the course content reminding them of some areas of practice they had grown less cognizant of or as contributing to (re)establish awareness of the phenomenon as a pressing issue to manage at work. Differences in levels of awareness between the

participants seems to be a plausible explanation of why some participants experienced significant conceptual change whereas others experienced none.

Healthcare workers frequently perceive staff-directed aggression as being “part of the job” [53]. All of the participants in this study shared experiences of victimization from work-place violence and a majority reported witnessing this happening to their colleagues. Although a majority described occurrences of staff-directed aggression appearing on an intermittent basis, some described themselves as working in high-risk environments with recurrent encounters with service user aggression. Needham [54] suggests habituation as a perceptive mechanism in psychiatric nurses’ experiences with patient aggression. This might also explain why some were not sufficiently aware of workplace violence and the need to develop practice in prevention and management of staff-directed aggression.

Marton and Booth [28] and Marton [27] point to Gurwitsch’s concept of ‘thematic field’, in explicating the variation in awareness between people. The thematic field depicts how some aspects of a particular phenomenon are focused while other are held in the focal background, while other aspects might be held in focus at other times and in other situations. This signals that a phenomenon might undergo a range of qualitative experiential variation for a person over time. Conceptual change implies focal change and subsequently, the ability to discern relevant aspects of the phenomenon. When situations change, the structure of our awareness is also likely to change and thus, people are able to focus on different aspects of the phenomenon. Such change in the thematic field are brought about by, for instance, participation in education, individual or collegial reflection on course-material, experiences with the phenomenon on the job, or even, participation in interviews.

Schön [55] have described how the reflective practitioner engages in tacit, embodied and conscious selective processing of data and experimentation with data at work as a basis for judging appropriate responses to different situations. The participants expressing conceptions in line with the fifth category, conveyed reflection-in-practice as an arduous, yet necessary condition for qualified practice in challenging situations. Other participants spoke of “sensing” or having a tacit, embodied awareness of risk and assessment of situations. Lillevik and Øien [56] has identified “milieu sensitivity” as one important factor in violence-preventive practice in childcare institutions, described as an awareness towards interactional qualities and sensitivity of ward atmosphere. Similarly, Ervik et al. [57] have found application of “antennas” to be one way in which personnel in low-threshold housing facilities for people with substance use problems describe

their non-verbal, interactional competence in cooperating with service users. In light of this, it seems reasonable to suggest that both conscious conceptualization as well as experiential and embodied awareness are significant for practice. The educational implications of this might be to include training and simulations capable of eliciting both conscious deliberation as well as emotional and physical awareness with participants in education.

Limitations

It might be plausible that a more sizable sample could have spawned other categories of description than those identified in this sample. A further limitation is that we, by the chosen sampling procedure have not considered conceivable variations in the participants' workplace environments and cultures, potentially omitting an important influence on participant conceptions. The results, we propose, are still both locally significant and relevant as well as meaningful to the phenomenon under scrutiny and might withal contribute to the understanding of both competence, practice and similar educational situations and contexts. Finally, whilst we have argued for the advantageousness of the most advanced conceptions, none of the implied practices have been empirically tested with regard to efficiency in actual prevention and management of staff-directed aggression. However, we find the correspondence between the three highest ranked conceptual categories in this study and contemporary recommendations and guidelines in prevention and management of aggression noteworthy.

Concluding remarks

We suggest that the finding in this study best be viewed as a contribution to the continuous exploration of the different ways the phenomenon of practice in staff-directed aggression is experienced, thus adding to the "collective mind" concerning the phenomenon [58] as well as indicating a contribution from the offered education on participants' conceptions of own practice.

The patterns of conceptual change in participants identified in the study, we find to be supportive of a discernible contribution from the courses in advancing conceptions in line with the third, fourth and fifth category, being that these conceptual categories are closely associated with the knowledge-based, collaborative, disempowerment-sensitive and recovery-oriented learning-material offered through the courses. Furthermore, we have found that the participants initially voicing the two less advanced and conceivably, most disadvantageous conceptions expanded their understanding of practice by the second interview. This finding arguably indicates a beneficial development for both the practitioners, by avoiding potentially unsafe

and unwarranted practices, as well as for the service users whom they serve, by potentially enhancing the quality of care and lowering the level of conflict during the provision of services. This highlights how systematic education might enable reflective practices concerning service user aggression for personnel in mental health and substance use services.

This study describe both practitioners' varying understandings and thus, implementations of practice, as well as carry implications on how to develop education and training in mental health and substance abuse services. It is critical in an educational setting to explore how participants assign meaning and focal structure to their experiences of the topical learning objective, to adjust teaching efforts and accommodating courses supportive of the educational intention. There is evidently substantial variation in understanding and practice, with the more comprehensive and 'powerful ways of seeing' being inextricably interrelated with less comprehensive conceptions. To support practice development and sustainable services for service users, educational personnel, agencies and managers of services have to be mindful of this variation and consider how it might affect participant learning when administering education and training for personnel. This would implicate the need for a more thorough mapping of participant conceptions prior to participation in education, followed by a necessary outlining of the subsequent education structured according to the present phenomenal conceptions and experiences of the learning objective among the participants. In actual teaching situations, phenomenography advises the application of the present conceptual variation among learners as a mechanism through which awareness of various aspects of the phenomenon are brought to their attention, thus potentiating the discernment of more critical aspects of a phenomenon [27, 28]. This would require engaging the participants to share views and experiences with each other during education.

As we have identified, staff-directed non-institutional aggression is an understudied area, and based on our findings we suggest the possibility of empirical testing of the established categories and implied practices might provide an avenue for additional inquiries into the phenomenon of violence prevention and management practice. One way to do this could be to test the various practices against various levels of staff-directed aggression in services to establish an empirical basis for recommended practice. Finally, a requirement for a more elaborate description of the phenomenon of practice in prevention and management of staff-directed aggression would also be to encompass the perspectives and experiences of service users.

Authors' contributions

ERMB initially developed the research project and conducted all interviews, as well as wrote the first draft of the manuscript. KTS and ON supervised the implementation of the study in collaboration with ERMB, and contributed in the data analysis. KTS and ON revised the initial draft of the manuscript and reviewed the final version of the manuscript. All authors read and approved the final manuscript.

Author details

¹ Faculty of Health and Social Sciences, Dept. of Health and Social and Welfare Studies, Centre for Mental Health and Substance Abuse, University of South-Eastern Norway, P.O. box 7053, 3007 Drammen, Norway. ² Dept. of Education and Lifelong Learning, Norwegian University of Science and Technology, P.O. box 8900, 7491 Trondheim, Norway.

Acknowledgements

The authors wish to thank Ellen Kobro and Grete Vedlog for their contribution and assistance in coordinating this research project. We also wish to thank all the participants in this study, as well as the members of the reference-group.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Availability of data and materials

The data on which this paper is based has not been made generally available, other than the parts of the data material given as illustrative quotations in the text. This is due to the need to protect the anonymity of the participants.

Consent to publish

Not applicable.

Ethics approval and consent to participate

The Norwegian Centre for Research Data granted recommendation for this study (ref. 52044). Written, informed consent was obtained from each participant prior to the first interview. We have administered the study in accordance with the Norwegian National Committee for Research Ethics' principles for ethical research.

Funding

This study was funded in a joint collaboration between the Norwegian Research Council and the Municipality of Oslo. The funding bodies have had no influence on the design of the study, data collection or analysis.

Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Received: 3 January 2019 Accepted: 20 March 2019

Published online: 02 April 2019

References

- Johnson K, Desmarais SL, Tueller SJ, Grimm KJ, Swartz MS, Van Dorn RA. A longitudinal analysis of the overlap between violence and victimization among adults with mental illnesses. *Psychiatry Res*. 2016;246:203–10. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.09.039>.
- Monahan J, Steadman HJ, Silver E, Appelbaum PS, Robbins PC, Mulvey EP, Roth LH, Grisso T, Banks S. Rethinking risk assessment: the MacArthur study of mental disorder and violence. Oxford: Oxford University Press; 2001.
- Bengtsson-Tops A, Ehliasson K. Victimization in individuals with psychosis: a Swedish cross-sectional study. *J Psychiatr Ment Health*. 2011;19(1):23–30. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01749.x>.
- Latalova K, Kamaradova D, Prasko J. Violent victimization of adult patients with severe mental illness: a systematic review. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2014;10:1925–39. <https://doi.org/10.2147/ndt.s68321>.
- Ringstad R. Conflict in the workplace: social workers as victims and perpetrators. *Soc Work*. 2005;50(4):305–13. <https://doi.org/10.1093/sw/50.4.305>.
- Fazel S, Langstrom N, Hjern A, Grann M, Lichtenstein P. Schizophrenia, substance abuse and violent crime. *JAMA*. 2009;301(19):2006–23. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.675>.
- Swanson JM, Borum R, Swartz M, Hiday V. Violent behavior preceding hospitalization among persons with severe mental illness. *Law Hum Behav*. 1999;23(2):185–204. <https://doi.org/10.1023/a:1022320918171>.
- Nolan P, Dallender J, Soares J, Thomsen S, Arnetz B. Violence in mental health care: the experiences of mental health nurses and psychiatrists. *J Adv Nurs*. 1999;30(4):934–41. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01163.x>.
- Svalund J. Violence and threats of violence in the public sector. Oslo: FAFO. Report No. 30. 2009 (in Norwegian).
- Laucht N, Guay S. The aftermath of workplace violence among healthcare workers: a systematic literature review of the consequences. *Aggress Violent Beh*. 2014;19(5):492–501. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.07.010>.
- Arnetz JA, Arnetz BB. Violence toward health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Soc Sci Med*. 2001;52(3):417–27. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00146-5](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00146-5).
- Galinsky T, Feng H, Streit J, Brightwell W, Pierson K, Parsons K, Proctor C. Risk factors associated with patient assaults of home healthcare workers. *Rehabil Nurs*. 2010;35(5):206–15. <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.2010.tb00049.x>.
- Aberhalden C, Hahn S, Bonner YDB, Galeazzi GM. Users' perceptions and views on violence and coercion in mental health. In: Richter D, Wittington R, editors. *Violence in mental health settings: causes, consequences, management*. New York: Springer; 2006. p. 69–92. https://doi.org/10.1007/978-0-387-33965-8_4.
- Ose S, Kaspersen SL. Municipal mental health- and substance abuse work 2017. 2017. https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/rapporter-sintef-ts/rapport_is24_8_2017.pdf. Accessed 21 Nov 2018 (in Norwegian).
- Caldas Almeida J, Mateus P, Tomé G. Joint action on mental health and wellbeing. Towards community-based and socially inclusive mental health care. Situation analysis and recommendations for action. 2015. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/2017_towardsmhcare_en.pdf. Accessed 21 Nov 2018.
- Norwegian Ministry of Health and Care Services. Report No. 47 (2008–2009) to the Storting. The coordination reform. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009 (in Norwegian).
- Campbell C. Incident reporting by health-care workers in noninstitutional care settings. *Trauma Violence Abus*. 2017;18(4):445–56. <https://doi.org/10.1177/1524838015627148>.
- National surveillance of work environment. 2016. <https://noa.stami.no/arbeidsmiljoindikatorer/psykososialtorganisasjon/vold-mobbing-trakkasering/vold-og-trusler/> (in Norwegian).
- Norwegian Directorate of Health. Mapping of violence against healthcare personnel and co-patients. 2017. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1405/Kartlegging-av-vold-mot-helsepersonell-og-medpasienter-IS-.pdf>. Accessed 21 Nov 2018 (in Norwegian).
- Bjorkly S. Psychological theories of aggression: principles and application to practice. In: Richter D, Wittington R, editors. *Violence in mental health settings causes, consequences, management*. New York: Springer; 2006. p. 27–46. https://doi.org/10.1007/978-0-387-33965-8_2.
- Isdal P. The meaning of violence. Oslo: Kommuneforlaget; 2000 (in Norwegian).
- Kaplan SG, Wheeler EG. Survival skills for working with potentially violent clients. *Soc Casework*. 1983;64(6):339–46. <https://doi.org/10.1177/104438948306400603>.
- Cowin L, Davies R, Estall G, Berlin T, Fitzgerald M, Hoot S. De-escalating aggression and violence in the mental health setting. *Int J Ment Health Nurs*. 2003;12(1):64–73. <https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2003.00270.x>.
- Richter D. Nonphysical conflict management and deescalation. In: Richter D, Wittington R, editors. *Violence in mental health settings: causes, consequences, management*. New York: Springer; 2006. p. 125–44. https://doi.org/10.1007/978-0-387-33965-8_7.
- Whittington R, Wykes T. The prediction of violence in a health care setting. In: Wykes T, editor. *Violence and health care professionals*. London: Chapman & Hall; 1994. p. 155–73. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2863-4_9.

26. Davidsson L, White W. The concept of recovery as an organizing principle for integrating mental health and addiction services. *J Behav Health Ser R*. 2007;34(2):109–20. <https://doi.org/10.1007/s11414-007-9053-7>.
27. Marton F. Necessary conditions of learning. New York: Routledge; 2015. <https://doi.org/10.4324/9781315816876>.
28. Marton F, Booth S. Learning and awareness. New York: Routledge; 1997. <https://doi.org/10.4324/9780203053690>.
29. Åkerlind GS. Variation and commonality in phenomenographic research methods. *High Educ Res Dev*. 2012;24(4):321–34. <https://doi.org/10.1080/07294360.2011.642845>.
30. Marton F. Phenomenography: a research approach to investigating different understandings of reality. *J Thought*. 1986;28:28–49.
31. Gergen K. The social constructionist movement in modern psychology. *Am Psychol*. 1985;40(3):266–75. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.40.3.266>.
32. Sandelowski M. Sample size in qualitative research. *Res Nurs Health*. 1995;18(2):179–83. <https://doi.org/10.1002/nur.4770180211>.
33. Bowden J. The nature of phenomenographic research. In: Bowden J, Walsh E, editors. *Phenomenography*. Melbourne: RMIT University Press; 2000. p. 1–12.
34. Sjöström B, Dahlgren LO. Applying phenomenography in nursing research. *J Adv Nurs*. 2002;40(3):339–45. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02375.x>.
35. Borg M. Nothing about us, without us. In: Borg M, Kristiansen K, editors. *Co-operative inquiry—to inquire in collaboration for knowledge on mental health*. Oslo: Universitetsforlaget; 2009. p. 29–41 (in Norwegian).
36. Sandberg J, Targama A. Managing understanding in organizations. London: Sage Publications; 2007. <https://doi.org/10.4135/9781446212530>.
37. Björkdahl A, Palmstierna T, Hansebo G. The bulldozer and the ballet dancer: aspects of nurses' caring approaches in acute psychiatric intensive care. *J Psychiatr Ment Health*. 2010;17(6):510–8. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01548.x>.
38. Richter D. Toward an evidence-based approach in the management of violence in mental health settings. In: Richter D, Wittington R, editors. *Violence in mental health settings: causes, consequences, management*. New York: Springer; 2006. p. 321–9.
39. Whittington R, Wykes T. Aversive stimulation by staff and violence in psychiatric patients. *Br J Clin Psychol*. 1996;35(1):11–20. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1996.tb01158.x>.
40. Whittington R. Attitudes toward patient aggression amongst mental health nurses in the 'zero tolerance' era: associations with burnout and length of experience. *J Clin Nurs*. 2002;11(6):819–25. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2002.00659.x>.
41. AbuAlRub F. Job stress, job performance, and social support among hospital nurses. *J Nurs Scholarsh*. 2004;36(1):73–8. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04016.x>.
42. Cole L, Grubb PL, Sauter SL, Swanson NG, Lawless P. Psychosocial correlates of harassment, threats and fear of violence in the workplace. *Scand J Work Environ Health*. 1997;23(6):450–7. <https://doi.org/10.5271/sjweh.268>.
43. Kelly E, Fenwick KM, Brekke JS, Novaco RM. Sources of social support after patient assault as related to staff well-being. *J Interpers Violence*. 2017. <https://doi.org/10.1177/0886260517738779>.
44. Sundberg L. A holistic approach to competence development. *Syst Res Behav Sci*. 2001;18(2):103–14. <https://doi.org/10.1002/sres.405>.
45. Dall'Alba G, Sandberg J. Educating for competence in professional practice. *Instr Sci*. 1996;24(6):411–37. <https://doi.org/10.1007/bf00125578>.
46. Benner P. From novice to expert. *Am J Nurs*. 1982;82(3):402–7. <https://doi.org/10.2307/3462928>.
47. Tanner C, Benner P, Chesla C, Gordon DR. The phenomenology of knowing the patient. *J Nurs Scholarsh*. 1996;25(4):273–80. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1993.tb00259.x>.
48. McCance T, McCormack B. The person-centred practice framework. In: McCormack B, McCance T, editors. *Person-centred practice in nursing and health care: theory and practice*. 2nd ed. Chichester: Wiley Blackwell; 2017. p. 36–64.
49. Borg M, Kristiansen K. Recovery-oriented professionals: helping relations in mental health services. *J Ment Health*. 2004;13(5):493–505. <https://doi.org/10.1080/09638230400006809>.
50. Biringe E, Davidsson L, Sundfør B, Ruud T, Borg M. Experiences of support in working toward personal recovery goals: a collaborative, qualitative study. *BMC Psychiatry*. 2016;16(426):1–14. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1133-x>.
51. Roth D, Crane-Ross D. Impact of services, met needs, and service empowerment on consumer outcomes. *Ment Health Serv Res*. 2002;4(1):43–56. <https://doi.org/10.1023/a:1014097109766>.
52. Thórarinsdóttir K, Kristjánsson K. Patients' perspective on participation in person-centred healthcare: a framework analysis. *Nurs Ethics*. 2014;21(2):129–47. <https://doi.org/10.1177/0969733013490593>.
53. Rippon T. Aggression and violence in health care. *J Adv Nurs*. 2000;31(2):452–60. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01284.x>.
54. Needham I. Psychological responses following exposure to violence. In: Richter D, Wittington R, editors. *Violence in mental health settings: causes, consequences, management*. New York: Springer; 2006. p. 295–318. https://doi.org/10.1007/978-0-387-33965-8_15.
55. Schön DA. *The reflective practitioner: how professionals think in action*. Farnham: Ashgate Publishing; 1991.
56. Lillevik O, Øien L. Milieu-therapeutic practice in prevention of violence. *Tidsskr Psyk Helsearb*. 2012;9(3):207–17 (in Norwegian).
57. Ervik R, Sælør KT, Biong S. «To seize the moment»: about how milieu employees in a low-threshold accommodation experience cooperation between themselves and the residents. *Tidsskr Psyk Helsearb*. 2012;9(4):302–13 (in Norwegian).
58. Marton F. Phenomenography—describing conceptions of the world around us. *Instr Sci*. 1981;10(2):177–200. <https://doi.org/10.1007/bf00132516>.

Ready to submit your research? Choose BMC and benefit from:

- fast, convenient online submission
- thorough peer review by experienced researchers in your field
- rapid publication on acceptance
- support for research data, including large and complex data types
- gold Open Access which fosters wider collaboration and increased citations
- maximum visibility for your research: over 100M website views per year

At BMC, research is always in progress.

Learn more biomedcentral.com/submissions



Artikkel 2

Maagerø-Bangstad, E. R., Sælør, K. T., Lillevik, O. G. & Ness, O. (2020). Exploring staff conceptions of prevention and management practices in encounters with staff-directed aggression in supported housing following education and training. *International Journal of Mental Health Systems*, 14(1), Art. 60. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00387-2>

RESEARCH

Open Access



Exploring staff conceptions of prevention and management practices in encounters with staff-directed aggression in supported housing following education and training

Erlend R. Maagerø-Bangstad^{1*} , Knut Tore Sælør¹, Ole Greger Lillevik² and Ottar Ness^{1,3}

Abstract

Background: Staff-directed aggression is a concern for service providers in mental healthcare, frequently affecting both the quality of services and staff wellbeing. This also applies to supported housing services for people with mental health problems. Staff themselves consider training to be an important route to improve the prevention and management of staff-directed aggression. The aims of this study are to explore how staff in community mental health supported housing services conceptualize practice in prevention and management of aggression and how these conceptions develop following a local education and training endeavor in disempowerment-sensitive, de-escalating and knowledge-based risk assessment and management.

Method: Phenomenography, a qualitative research approach, was adopted to pursue the study aims. The data consisted of 26 semi-structured interviews with 13 participants from five different municipal housing facilities in Oslo, Norway. Participants were interviewed on two occasions, once prior to participation and once subsequent to the finalization of the education and training sessions.

Results: The analysis led to the development of six qualitatively different, yet logically interrelated, categories of description regarding practice in encounters with staff-directed aggression: (1) *Observation, alertness and awareness*, (2) *Established understanding and knowledge of service users*, (3) *Team-based risk management and deliberation*, (4) *Adaption of own dispositions and behaviors*, (5) *Reflexivity, sensitivity and care* and (6) *Involvement and dialogue*. These conceptions were found to vary in meaning and focus; they ranged from implementing safeguarding and protective measures, to drawing on what was portrayed in terms of staff's expert knowledge, to increasingly allowing for, and committing to, tenant perspectives in designing practice. The results indicate a moderate, yet beneficial, effect of the course on conceptual change in the participants.

Conclusion: This study shows that practice in encounters with staff-directed aggression is conceptualized as complex and multifaceted by staff in mental health supported housing services and that the various conceptions have different implications for the way staff-directed aggression is mitigated individually and collectively. Our findings also

*Correspondence: erlend.rinke.maagero-bangstad@usn.no

¹ Dept. of Health and Social and Welfare Studies, Faculty of Health and Social Sciences, University of South-Eastern Norway, Centre for Mental Health and Substance Abuse, P.O. box 7053, 3007 Drammen, Norway

Full list of author information is available at the end of the article



suggest that it is beneficial to take conceptual variation regarding practice into consideration when devising education and training aimed at enhancing staff knowledge, skills and practices.

Keywords: Staff-directed aggression, Prevention, Management, Practice, Mental health, Supported housing, Education, Phenomenography

Background

Internationally, the de-institutionalization trend in mental health has led to various supported housing schemes for people with mental health problems [1]. In Norway, under the national action program for mental health [2], people described as having severe mental health problems are predominantly offered accommodation in supported municipal housing, if unable to rent or own in the private market [3]. Such supported housing generally implies provision of some kind of community-based mental health or psychosocial service, ideally tailored to the tenant's individual needs for social and practical support. The context of this study is supported housing services based on type 1 in the Simple Taxonomy for Supported Accommodation (STAX-SA) [4]: (a) *staff on-site*, (b) *high support*, (c) *limited emphasis on moving on*, and (d) a *congregate setting*. As this bears some resemblance to inpatient settings, community supported housing has been claimed to carry the risk of adopting 'institution-like' qualities [5], despite the initial intention to promote 'normality' and social inclusion of tenants. Dyb [5] further suggests that the organization of the services, and whether the staff mainly understand their work in terms of providing institutional or home-based care, affect whether tenants experience their living situation as resembling an institution or a home.

There is evidence to suggest that people with mental health problems are not violent [6, 7]. Rather, people experiencing mental health or substance abuse problems are often victims of violence [8, 9]. Nevertheless, mental health staff sometimes encounter violent behavior and aggression from service users. International studies have revealed high levels of staff-directed aggression in mental healthcare [10, 11]. In a recent Norwegian study, 51% of mental health staff and 55% of substance abuse staff had experienced violence in the previous 12 months [12]. However, Campbell [13] finds non-institutional workplace violence to be severely under-researched; there is therefore little knowledge of staff-directed aggression in primary mental healthcare or its impact on service provision. One noticeable exception is a recent review that among other showed that one-third of tenants in supported housing displayed aggression [14].

Studies show that staff-directed aggression negatively affects both the quality of care provided by mental health staff [15] and their interpersonal

job performance, including affective commitment, increased negligence and impaired cognitive functioning [16]. Further, aggression tends to harm the staff-service user relationship [17], and decrease the duration and frequency of visits in home-based services [18]. Violence toward mental health staff often leads to involuntary hospital admissions [19] and subsequent coercive treatment [20].

Study context

Staff consider training in the prevention and management of staff-directed aggression to be a key mediating factor in violent encounters with service users [21]. During 2018, Oslo Municipal Health Agency developed and implemented locally based training and education for staff in supported housing facilities in three municipal districts. The aim was to increase knowledge and skills in the prevention and management of staff-directed aggression utilizing non-physical de-escalation [22], disempowerment- and disequilibrium sensitive [23, 24], and recovery-oriented [25] principles. First, there was a common introductory course, followed by two local sessions at each facility. Designated resource persons from each facility collaborated in developing the courses and sessions based on their assessment of the local requirements at their workplace. The local sessions were designed to provide further elaboration of aspects of prevention and management of staff-directed aggression and violence presented during the introductory course and bestow participants with a venue for learning via inter-collegial practice-based reflection and scenario-based training. The sessions took place at different intervals in each housing facility, and the implementation period lasted from February 2018 until March 2019.

The aim of this study is to increase knowledge of how mental health workers in locally based education and training conceive prevention and management practice in aggressive or violent encounters with tenants, and how these conceptions develop during the competence-development activities. In addition to enhancing understanding of the particular education and training activities, we have aimed to contribute to the current knowledge base, or 'collective mind' [26], regarding experiences and conceptions of non-institutional, staff-directed aggression. The specific research questions we have developed are:

1. How do staff in mental health supported housing attending locally based education and training in prevention and management of staff-directed aggression conceptualize prevention and management practices in encounters with aggressive clients?
2. How do the participants' conceptions of practice develop following education and training in prevention and management of staff-directed aggression?

By virtue of persons living in supported housing facilities being both tenants and users of community mental health services the terms 'tenant' and 'service user' will be used interchangeably throughout this article.

Methods

To explore the participants' conceptions of the phenomenon of practice in the prevention and management of staff-directed aggression, we utilized research tools from phenomenography. We have been inspired by Micari, Light, Calkins and Streitwieser [27] in our exploration of developments in how the participants conceived practice, in order to assess the impact of the training and education.

Marton and Booth [28] state: "Phenomenography aims to reveal the qualitatively different ways of experiencing various phenomena" [p. 136]. Thus, the outcome of a phenomenographic analysis is typically an 'outcome space' consisting of descriptive categories, or 'ways of seeing' regarding a phenomenon, i.e. "the complex of categories of description comprising distinct groupings of aspects of the phenomenon and the relationships among them" [28, p. 125]. These categories describe the experiential and conceptual characteristics of a certain phenomenon according to the way conceptions are given meaning for persons, the 'referential aspect', and how conceptions are structured and how this relates to the other components in the outcome space. A phenomenographic outcome space is often hierarchical and comprises logically inclusive and interrelated categories of description.

The underlying rationale behind the hierarchical presentation in phenomenography is that conceptions develop from less advanced ways of seeing to increasingly more compound and comprehensive considerations of a phenomenon. Further, Marton and Booth [28] contend that more complex comprehensions of a phenomenon enable an individual to hold multiple important aspects simultaneously in awareness when encountering a phenomenon, and thus implying a capacity for more powerful ways to handle both familiar and novel situations.

Lum [29] describes an expansive mode of assessment where a wide array of evidence is considered in evaluating people's competence, and 'judgements of significance' are made in ascribing value to the evidence. Such assessment

is suitable for qualitative methodologies and we support this notion in the rationale underlying this study.

Causal dispositionalism [30] is a recent ontological approach to causality granting qualitative and complex data primacy and seeking to establish mechanistic knowledge in establishing causation. Since phenomenography is a qualitative research approach geared toward complexity, we find it as such, appropriate for discerning facets of impact from educational interventions in this study.

Design

The study was designed within a descriptive-exploratory framework. Phenomenography has been described as a data-driven and empirically oriented research approach [31]. However, we view research, scientific reasoning, and the specific research approach, in line with Sandberg and Taragama [32], in terms of a social constructionist framework where knowledge is co-constructed in a communal effort involving researchers and study participants [33]. On an axis between concrete or abstract analysis of either purely manifest or latent content [34], we would place this study as being moderately interpretative and concrete. We have aimed at providing an as representative account of the participants' ways of seeing in the developed categorizations. Nevertheless, we also concede that the participants themselves might have difficulty in recognizing their own understandings of themselves or their work from our descriptions.

A consultative reference group was established to inform various stages of the research process. It consisted of former service users of community mental health and substance abuse services, managers and staff from mental healthcare and a representative from a collaborating specialist psychiatric service. Most notably, they helped develop the interview guide and contributed to the final stages of the analysis. The reference group had what Borg [35] terms an advisory position, neither determining aims nor research methods but nevertheless contributed valuable insights in the research process and furnished our findings with transferability and relevance to practice.

Recruitment and participants

Since phenomenography aims at variation between people in ways of seeing, sampling strategies suitable for obtaining maximal variation are preferable; we accordingly chose criterion-based, purposeful sampling [36], seeking to maximize experiential and conceptual variation between participants.

After the first author had approached managers or resource persons from mental health and substance abuse services with written information about the study and a request to recruit participants, 13 staff members

(ten females and three males) from five mental health supported housing facilities in two districts agreed to participate in the study. The service providers were approached by e-mail and received written information about the study. Variation was sought in the full-time equivalent status of the participants, their relevant work experience, position, level of formal education, and gender. The participants ranged from 28 to 61 years (median 44 years) of age. Their relevant work experience in mental health varied from less than 1 year to over 20 years. The level of formal education ranged from no relevant education to completed education in general nursing, social work or social education. Eight participants had experienced workplace violence or threats directed at them and seven had witnessed violence or threats directed at colleagues. Three participants had either witnessed or been subjected to violence or threats outside of work. Only one participant reported no experience of violence or threats of violence, while one participant either did not know or opted not to answer.

Data collection

Semi-structured interviewing is considered the preferred phenomenographic data collection strategy [37], and the interview questions were open and inquisitive, based on an interview guide developed in collaboration with the reference group. All participants were interviewed once before the introductory course and once two–18 weeks after the final session in each housing facility, totaling 26 interviews. Most interviews were held within 8 weeks after the final sessions. The interview guides for the first and second interviews contained similar questions, but the second interviews also included questions regarding perceived change following the education. Herein, participants' own experiences were revealed, and sometimes, their thoughts regarding their own competence, the workplace atmosphere and their relations to colleagues and managers. All interviews were conducted at the participants' workplaces, except for one phone interview, for practical reasons.

The first interviews lasted from 50 to 90 min (average 1 h), while the second ones took 70–120 min (average 90 min). All interviews were recorded and transcribed verbatim.

Data analysis

Traditional phenomenographic analysis is decontextualized [28, 38]. In phenomenography, all interview statements about a particular phenomenon are considered as comprising an analytically purposeful 'pool of meaning' [28] regarding that phenomenon, and the ensuing analysis consists of the researcher(s) grouping and categorizing apparently related statements in the data. Thus,

all meaning units from each interview were included in the 'pool of meaning' and treated equally regardless of whether they were found in the first or the second interview.

We adhered to the stepwise outline of a phenomenographic analysis provided by Sjöström and Dahlgren [39]. This included *familiarization* with the data, *compiling* answers to questions, *condensation*, *grouping*, preliminary *comparison*, *naming* of the categories and lastly, a *contrastive comparison* of the established categories.

The authors pursued clarification of their own preconceptions through repeated discussions and reflections about practice in encounters with staff-directed aggression, which is an example of dialogic reliability checking [37]. Additionally, the first author was committed to regular self-disclosure and critical evaluation of his own attitudes and preconceptions regarding staff-directed aggression and prevention and management practice throughout the entire study. Pragmatic and communicative validity was sought through internal discussions between the authors on the content and coverage of the categories established, through consultations with the reference group during the final stages of analysis and finally, in a seminar for community mental health staff, managers and service users, where preliminary categorizations were presented and discussed. Such procedures are examples of member checking [40], which we used to enhance trustworthiness in the study findings. Categorization was completed with the construction of six categories of description regarding the participants' understanding of practice in encounters with staff-directed aggression and violence.

Unlike traditional phenomenographic analysis, where "individual voices are not heard" [28 p. 114] and descriptions of variation in a population are limited to the collective level, the first author finally reviewed the data to identify conceptual changes in the answers from individual participants. A threshold value of three individual statements regarding an aspect of a particular conception was chosen as sufficient to indicate that a participant had acquired a particular way of seeing the phenomenon. Statements from the first interview, and later from the second interview, that could be linked to any of the six categories were identified. A comparison of these showed how the participants' focus had changed between interviews. Marton argues that learners' ability to express a conception for the first time signals a development in their ability to see the phenomenon in a particular way [38]. The findings from the last part of the analysis might therefore give us a valuable indication of possible shifts in participants' focus and awareness regarding practice in prevention and management of staff-directed aggression from the first interview to the second. This might also

reveal any impact from participation in the education and training.

Ethics

The Norwegian Centre for Research Data recommended this study (Case No. 542044). Before the first interview, written informed consent was obtained from all participants. Before both interviews, the interviewer provided a brief summary of the same information, stating that participation was voluntary and that withdrawal would have no negative repercussions.

Confidentiality was a topic of considerable importance in this study, particularly since all but one interview were conducted at the participants' workplaces, and there were descriptions in all interviews of specific instances of staff-directed aggression involving specific service users and either the participants themselves or some of their colleagues. We removed any potentially identifying characteristics from the material when writing up the findings.

Another ethical consideration was the potential for re-traumatization of participants when recounting aggressive incidents with tenants. The interviewer therefore needed to be wary of signs of distress from the participants. Although no participants appeared distressed during the interviews, some gave the interviewer the impression of being highly preoccupied with earlier experiences of victimization. Therefore, the interviewer, in an open and non-directive manner, paid particular attention to those participants and their urge to share in the remainder of their interviews. Qualitative interviewing can have therapeutic value [41]. Although this was not intended, the opportunity to talk about experiences to a stranger might have provided a welcome venting

of previously unprocessed emotions from aggressive encounters with service users.

Results

The analysis resulted in six qualitatively different, yet logically interrelated, hierarchical categories of description. Comparing the interviews, we found a modest conceptual development among the participants. The categories of description varied particularly with regard to what emphasis was placed on the different parties in the helping relationship and whose agency was favored in the prevention and management of staff-directed aggression. In this section, we confer our results. The categories are presented in Table 1. Each category is represented by the use of illustrative quotations, intended to convey important experiential dimensions of each conception, or particular way of seeing.

Observation, alertness and awareness

Most participants described practice in encounters with staff-directed aggression in terms of 'observation, alertness and awareness'. Their workplace was conceived as involving considerable risk with highly unpredictable, unique situations involving aggression from primarily psychotic and unstable tenants. Considerable energy was invested by staff in keeping themselves and their colleagues alert and vigilant in observing the movements of the tenants. Attention by staff was revealed as highly situationally dependent, vulnerable and fickle, and was reported to decrease in the wake of aggressive encounters. Some stated that this was due to the staff's need to rest and regroup following alarming incidents. Routine practices also appeared to make

Table 1 Outcome space of participants' conceptions of practice in staff prevention and management of staff-directed aggression and violence

Descriptive categories	Referential aspect	Structural aspect
1. Observation, alertness and awareness	Safeguarding under unpredictable and threatening circumstances, limited resources and staff disempowerment	Practice as protection
2. Established understanding and knowledge of service users	Adaptation to and restriction of tenant's propensities for violence and aggression	Staff as knowledgeable and expedient authorities
3. Team-based risk management and deliberation	Developing solutions and strategies for management of risk in the workplace collective	Staff's aggregate experience and knowledge as a basis for practice
4. Adaptation of own dispositions and behaviors	Self-awareness and self-regulation are required in addressing situations involving staff-directed aggression	Using oneself to build non-violent relationships and interacting responsively with tenants
5. Reflexivity, sensitivity and care	Meeting aggression with self-critical and empathic consideration and respect towards the other	Practice attentive of tenant's needs in the situation, experiences of disempowerment and providing reflexive care
6. Involvement and dialogue	Involving tenants in increasing understanding of aggression and in developing preventive and management measures	Tenants and staff as equal partners in the helping relationship

staff become negligent and unresponsive to observable signs of aggression in clients. Especially when staff were uncertain of the risk of aggression from tenants, the need for being alert and attentive was described as particularly important:

"It wasn't a pleasant atmosphere in the facility. Not at all. When you went to work, and you were working, your shoulders never dropped. You had your guard up, all the time. We [the staff] agreed that 'we don't drop our shoulders until we're done for the day.' Because suddenly [snaps his fingers] something happens, out of the blue." (M3, second interview).

Becoming habituated to staff-directed aggression, through regular exposure at work, was yet another threat to beneficial prevention and management practices that participants cautioned. The antidote to inattentive habituation was vesting mental energy in promoting awareness.

Participants mentioned preparation and rehearsal as helping to manage aggressive encounters with tenants when their observation and "reading" of tenants' behaviors seemed to have failed. Several participants stated that the locally based education and training activities had helped to maintain their focus on staff-directed aggression at work.

Participants often expressed disempowerment regarding staff-directed aggression, due to lack of influence on the composition of tenants in the facility, inadequate tools to address resistance and challenges presented by uncooperative tenants, and poor job alternatives for staff intending to leave. Service user autonomy was seen as potentially impairing staff interaction with tenants perceived in need of help to prevent deterioration and subsequent increased risk of violence. A perceived reluctance to interact with staff is seen in a rather typical statement from one participant regarding an 'uncooperative' tenant:

"I don't know if he actually has the necessary insight into his own limitations to understand that if he'd been more receptive towards receiving assistance or accepted guidance and counseling from us, he might have become more self-reliant. Because he really wants to manage most things by himself." (F10, first interview).

Exponents of this view held confidence in external interventions to solve situations of staff-directed aggression. This entailed involving managers to provide authority, treatment and sometimes including physical restraint, or the police in grave situations. Ultimately, when all possibilities to establish a helping relationship seemed exhausted, or a serious violent incident had transpired, the only available solution in this view was eviction, or

forcing the tenant to move to other accommodations. This was something several of the participants endorsed.

Established understanding and knowledge of service users

In conceptualizing prevention and management practice in line with the descriptive category of 'Established understanding and knowledge of service users', participants' focus shifted toward the staff's professional and experiential knowledge of tenants, and the staff as the primary originator of preventive and managerial strategies. Knowledge of individual triggering and response patterns was typically established over time, primarily by staff spending time with tenants and witnessing their behavior in various contexts. The staff's assessments of risk were from this conception based on more or less formal diagnostic criteria and hearsay from colleagues or others. When familiar with a service user's identifiable signs of aggression, the staff could better implement interventions and calm aggressive tenants.

"I know this tenant a bit already. I think that's a factor, because then you can see when he's grumpy and avoid placing the two in the same room, you see? Try to avoid it, but you can't be everywhere, can you?" (F1, first interview).

In this view, the root causes of staff-directed aggression are found primarily in service user deficiencies, such as poor coping resources, communication or cognitive difficulties and psychotic traits. Staff-directed aggression is seen as a form of communication, related to service users' frustrations reaching a threshold. Aggressive behavior is usually considered as rooted in tenants' traumatic childhood experiences. Medication is the preferred intervention and violence is often perceived as associated with medication non-compliance. This approach advocates staff control and the establishment of safe boundaries between staff and tenants.

In this view, limit setting is a valued and frequently mentioned intervention, albeit fraught with risk, as some tenants strongly oppose it. Accordingly, this necessitates particular caution when approaching such tenants.

Some participants reported that the competence-development activities and ensuing reflections on practice had signaled an implementation of redefined and more controlling practices toward particular service users during home visits.

Perceived as being more proficient in communication, staff were perceived as obliged to provide simpler communication settings for tenants and match their own communication with tenants' level of activation and the particular situation. Tenants were considered highly dependent on staff, both in social interaction and in avoiding escalation of situations. When asked about the

place for service user involvement in establishing measures to prevent staff-directed aggression, the participants envisioned mainly a conditioned form of involvement, usually based on tenants' compliance with regulations, realization of their 'wrongdoings', and their perceived cognitive ability to acquire such insights, thus positioning staff as 'gatekeepers' of service user involvement.

Finally, from this conception participants valued distancing and detachment from service users to avoid being manipulated or harmed by their aggressive behavior; they described emotional and interpersonal closeness as increasing the risk involved in service provision.

Team-based risk management and deliberation

In the category of 'Team-based risk management and deliberation,' practice is described according to dimensions of the workplace collective. A common agreement on practice and assessment of tenant behavior was idealized in this conception. However, this agreement was often described as lacking and divisive practice was repeatedly depicted as the untoward norm at the workplace.

"We're different, we do our work differently, and some of us disapprove of this and that, and then the manager does something that others disapprove of. And the outcome is a big mess in the team, which isn't very helpful." (M3, second interview).

Several participants cautioned against splitting and manipulative behaviors from tenants posing an additional threat to the team's integrity and collegial collaboration.

However, several participants found dissimilar viewpoints to be valuable in analyzing episodes from different angles and enhancing staff understanding of tenants, as well as in finding good strategies for prevention and management of aggression. Collegial sharing of experiential knowledge was appreciated in this view, and was also depicted as important in evaluating incidents at work, necessitating openness and tolerance between colleagues. By observing colleagues' strategies or modelling their practice to colleagues, participants valued mutual learning as a route for improving safety at work.

In this conception, the team provided support and care in periods of tenant aggression or following aggressive encounters. Several participants mentioned that violent incidents often make teams focus excessively on the perpetrating tenant, leading to fatigue in the staff and neglect of other tenants. Several also stated that the education and training helped the team maintain focus, even in more stable and uneventful periods.

Lone work was reported to involve greater risk, and participants regularly advocated working with colleagues when faced with challenging service users. This required

mutual knowledge and understanding of the particular situations, as well as having congruous insight and skills in preventive and management practices in general.

Adaption of own dispositions and behaviors

When participants conceptualized practice in prevention and management of staff-directed aggression in terms of 'adaption of own dispositions and behaviors,' they did so with a clear recognition of the impact staff themselves can have on the development and manifestation of aggression. Participants spoke of the need to adapt their practice, behavior and bodily awareness according to tenant needs in aggressive encounters.

Strategies for preventing and managing service user aggression often mentioned in this approach are 'containing' tenants and being attentive of service user communication. Tenants being listened to and 'seen' by staff is presumed to make staff-directed aggression perceived unwarranted and thus de-escalate situations.

Staff behavior was considered particularly important in ensuring a safe working environment less likely to provoke clients. Staff should not respond to aggression in a confrontational, agitated, reproachful or vociferous manner. Participants valued considerate strategies, being respectful, inviting and "being sort of determined, but not too determined. So they feel they're somewhat in charge of the situation themselves, without you overly controlling them" (F1, second interview). In this view, predictable and amicable staff and the ability to build trust installs in tenants a sense of security and confidence that they will receive consistent and unconditional care.

The focus in this conception is on staff characteristics such as experience-based insight into one's personal boundaries and tolerance limits and the ability to uphold these in interaction with tenants. Some participants found that the education and training enhanced their ability to lower the threshold for threatening behavior and initiate preventive and management strategies at an earlier stage. Embodied sensitivity (or 'gut feeling') and a sense of own safety in situations were decisive for discerning risk in this view. Providing service users with descriptions or assertions about the situation or behavior could increase insight and prevent unmediated aggression.

"What I think characterizes staff that are good at prevention, is that they dare to say something about what they see. Their prevention is sort of, 'Now I can see it's like this. What do you think about that? Am I seeing this in the wrong way, or do you think I've gotten it wrong now?' Because often thinking aloud can calm the client. So trying to acquire some reflection with the tenant, then..." (F7, second interview).

Finally, time is an important factor in this conception. Staff must be patient and tolerant toward service users to improve their relationship and minimize aggression.

Reflexivity, sensitivity and care

In the fifth category, 'Reflexivity, sensitivity and care', the prevention and management, and the explanations, of staff-directed aggression were portrayed as highly complex. In this conception, there was greater awareness of tenants and the interconnectedness between service users and staff. Staff were seen as responsible for monitoring their own attitudes and emotional reactions to the service users and for maintaining conscious reflection on their practice.

"You have to be reflective. If you don't reflect, things can quickly go wrong. Because you have to become aware of the things that happen here. We can't always understand situations, or why someone reacts like this or that in a certain situation. In here, we're talking about very disturbed people. They can have psychotic outbursts or whatever. But reflecting on our own behavior... That's something we ought to be good at". (F2, second interview).

Prevention and management strategies were portrayed as based on a sensitive and active adaptation of staff members' own reactions, behavior and attitudes to meet service user needs. What staff seemed to dread in this view was unreflective practice; the ideal was a reflective practitioner. Some called for reflection to be included more systematically in work routines. By extension, the ability to learn adaptively from situations distinguished skilled staff in this view.

Using sensitivity and empathy with tenants' situation, and showing respect for their choices and considering them accountable, were considered prerequisites for implementing low conflict practices.

With the acknowledgment of service users' right to privacy at home and autonomy in making own choices, respect appeared as a key value in this view: "I think that to establish a good working alliance with another person—and this goes for every human being—we need to be treated with respect" (F2, first interview). Empathic attention to the other's perspective enabled staff to be understanding and compassionate in their interaction with tenants. It also provided another avenue for gaining insight into how their practices affected tenants, perceived as fundamental to adapting staff practices.

Some participants described violent tenants as relationally damaged. By deliberately showing that they cared about them as valuable human beings, staff imagined they could alleviate such relational damage and non-violent, trusting staff-service user relations could ensue.

Some participants who subscribed to this view advocated close relationships between staff and tenants as a way to prevent aggressive escalation.

In line with an acknowledgment of phenomenal complexity and unlike the previous conceptions, some participants holding the fifth conception asserted staff-directed aggression in more positive terms as non-compliance and resistance from service users. Aggression was interpreted as service users still having enough spite in them to fight back and reject limitations imposed on them by both their own illnesses and repressive features of mental health services.

Involvement and dialogue

In the sixth and final category, 'Involvement and dialogue', participants viewed staff and tenants as coequals in developing strategies for preventing and managing staff-directed aggression. Staff was urged to explore incidents in collaboration with tenants, and to help them express their experiences with and opinions on practice, thus mitigating the power imbalance in the service relationship, in a non-directive and caring atmosphere. Tenants' reasoning behind their aggression should be included to enhance practice, and staff should prompt tenants to identify suitable strategies to cope with aggression, either alone or in collaboration with staff. Being mindful of how bodily activation impacts the ability to reflect and communicate for both parties, participants maintained that such dialogue ought to take place once the tenant's level of activation had sufficiently decreased and stabilized.

Opportunities for learning for both parties present themselves by involving service users and reflecting with them on the causes and consequences of the aggression according to this conception. Through this, staff could increase their understanding of the tenant's tolerance limits, triggers and preferred staff interventions, while tenants, in the other hand, could gain insight into their symptoms of aggressive escalation and develop individual management strategies. Improved insight into the consequences of their behavior would according to participants, enable clients to take greater responsibility for their actions. It was also mentioned that tenants could learn from gaining greater understanding of the reasons for staff safety procedures, thus making staff reactions to aggression more predictable and perceived as less threatening.

Dialogue following an incident was also described by some participants as having therapeutic and restorative potential. "I usually say there are always three sides to a story. You have your own experience, then you have the other's experience and then you have the truth" (F10, second interview). By reflecting on a situation and allowing

for both sides' accounts of it, staff and tenants could potentially achieve closure and move on together.

In this view, participants valued being perceived as genuine in their care for tenants by promoting interpersonal knowledge and a forthcoming atmosphere, thusly aiding prevention of staff-directed aggression.

“You should kind of play on their side. Not that ‘play’ implies that you’re at all fake. But show that you care. That you really want the best for them. You don’t want them to suffer. I’m here if you need anything, kind of. I understand that you’re hurting right now. Because you get a different kind of knowledge and get to know them in another way. And I think the service users here see that. I think they see far more than we think they do. If you genuinely care, that’s very important for cooperation between you and the tenants.” (F1, second interview).

Participants suggested that if staff was being perceived as humble, open about own failings and having the ability to ask forgiveness if they in some way had treated a client wrongly or misunderstood a client, then tenants would show a more tolerant and equitable attitude toward them. Participants conceived this as promoting trusting relations between tenants and staff, enabling staff to communicate hope, promote change and persevere in providing care and support to help tenants move on in their lives.

Conceptual changes identified in the data

When asked about their perceptions of the impact from attending the education and training sessions in the second interview, several participants mentioned increased awareness and reflection on the topic of staff-directed aggression in the workplace, both personally and collectively. Others were more negative toward the notion of change, often because of ostensibly vast differences in opinions on appropriate practice, inattention and even age-related inflexibility toward staff-directed aggression among colleagues. However, as can be seen in Table 2, only four participants

eventually made statements in the second interview salient enough to be considered as advanced conceptions. The advancement in ways of seeing occurred as a one-step movement between the fifth category and the sixth. Interestingly enough, by the time of the second interview, two participants voiced previously unmentioned aspects of the phenomenon in line with the first conception. This implied they actually had experienced a downward movement in the hierarchical outcome space. One of these participants additionally experienced an upward development in her way of seeing, reaching the sixth conception by the second interview.

As previously mentioned, the first and second interviews differed substantially in both length and content.

Discussion

This study has aimed to explore how mental health staff in supported housing conceptualize practice in prevention and management of staff-directed aggression. The six descriptive categories we identified in our data differ in complexity and in their structural and referential aspects. The categories are hierarchically disparate, yet logically inclusive, where each successive conception builds and expands on the preceding one.

Albeit from rather different contexts from the present study, one study [42] shows that staff training in prevention and management of staff-directed aggression and violence can have rather discouraging and even undesired effects. Much in a similar vein, Fry et al. [11] have argued that staff training and education is the typical answer to challenges posed by staff-directed aggression in mental health services, yet with rather dubious impact on practice. Notwithstanding, we will in the following discuss our findings in relation to other research on staff-directed aggression in mental health settings and potential implications for practice. We will also shed light on the conceptual changes identified in

Table 2 Expressed conceptions identified prior to and following the education and training

Category	Pre-training	N=	Post-training	N=
1	F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F10, M2, M3	10	F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, <i>F8, F9</i> , F10, M2, M3	12
2	F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, F10, M1, M2, M3	13	F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, F10, M1, M2, M3	13
3	F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, F10, M1, M2, M3	13	F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, F10, M1, M2, M3	13
4	F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, F10, M1, M2, M3	13	F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, F10, M1, M2, M3	13
5	F1, F2, F4, F5, F6, F7, F8, F10, M1	9	F1, F2, F4, F5, F6, F7, F8, F10, M1	9
6	F1, F2, F5, F6	4	F1, F2, <i>F4, F5, F6, F7, F8, F10</i>	8

Detected conceptual change between interviews: conception 1: 10 ⇒ 12, conception 6: 4 ⇒ 8. Participants expressing previously unexpressed conceptions in the second interview are italicized

the study and factors that might have contributed to or impeded change.

Differing explanations, differing practices

Duxbury [43] has showed how explanations of causes of staff-directed aggression are linked to staff behaviors toward service users. The underlying assumptions of reasons behind tenant aggression represented by the first three categories differ significantly from those of the other three in how they center on internal factors in the person. Focusing on internal factors, violence and aggression are chiefly explained with reference to perpetrator characteristics [44]. External explanations, however, refer to the environmental impact on aggression [45], ranging from the design of the housing, the regime and staff culture to the atmosphere in the housing. Interactional, or situational, explanations consider the impact of negative staff-tenant relationships in promoting aggression and violence [45]. The remaining three conceptions in our outcome space allow for a broader understanding, increasingly including external, interactional and situational factors in explaining aggression and providing suggestions for preventive measures. This view is supported by recent findings from research [46] and international recommendations [47]. As service user variables, such as psychopathology and substance abuse associated with aggression in mental health settings [45] are likely to be difficult to mediate, internal explanations have been shown to promote reactive and controlling management measures [43]. In contrast, more compound explanations pave the way for proactive strategies, which agree more with preventive practices [48]. In our study, it seems that the more compound conceptions of practice, including internal, external, interactional and situational variables, have provided staff with a broader range of strategies and approaches to tenant aggression than what is to be found through less compound conceptions.

Staff-centered conceptions

The first category, 'Observation, alertness and awareness' was found to be intertwined with staff expressions of disempowerment when faced with aggression. Encountering tenants who seem unwilling to comply with regulations, treatment and other facets of service provision, staff might perceive themselves as unable to influence the situation or ensure their own safety. This conception involves reliance on external intervention and support by the healthcare organization to manage violence. Weingarten [49] has proposed that ill-advised practice, or even malpractice, can emanate when practitioners linger in an aware, yet disempowered witness position. This suggests that whenever expectations of external intervention are unfulfilled, staff will be more susceptible to

intrusive and controlling practices toward tenants. Controlling and restricting behavior is often used by professionals in encounters with aggressive service users [50] and is frequently promoted in aggression management training programs [51], while such measures are also linked to paternalistic and coercive measures [20]. These are in themselves often perceived by service users as contributing to staff-directed aggression [51]. Bowie's [52] typology of workplace violence includes aggression and neglect of service users as potential upshots of poor organizational resources and support. Shaw [53] points to financial priorities and the focus on efficiency in service provision as producing neglectful and even harmful staff behavior. Policies providing limited resources for care provision have also been identified as further hampering the development of staff-service user relationships and interpersonal knowledge [54], thus thwarting efforts to systematically prevent staff-directed aggression.

In the second descriptive category, 'Established understanding and knowledge of service users,' disempowerment and perceptions of insecurity in work were mediated through the practitioners gathering information to gain an impression of tenants' aggression potential. Risk is countered with limit setting, medication and communication devised to achieve tenant compliance with house rules. In this view, staff are the experts, knowledgeable in both establishing risk and devising appropriate measures to prevent violence and aggression. Duxbury and Whittington [51] find that many nursing staff endorse what they label traditional and biomedical management (i.e., medication and enforcing of rules). The expert position of the second conception is further developed into a collective level by the third conception, 'Team-based risk management and deliberation.' In this understanding, the team is described as strongly influencing the development and maintenance of practice. As the originator of practice in this view, workplace culture and atmosphere will largely depend on how the supported housing services are conceptualized collectively. An understanding focused on practitioners will tend to downplay tenants' views on appropriate practice in designing measures for prevention and management of aggression. Research on mental health service users' perceptions of aggression shows that they link aggression to not being listened to or understood by staff [55]. Husum, Legernes and Pedersen [56] show how not being conceded participation or influence during mental health care makes service users feel humiliated, which further bolsters a sense of powerlessness associated with aggression [57, 58]. Feelings of being ignored and having one's personal integrity violated by staff are argued to carry strong incentives for service users to respond aggressively as a self-defense mechanism in advocating their

empowerment [55]. Shared problem solving is a central tenet in de-escalation [22], without which staff interventions are less likely to succeed in addressing aggressive escalation.

Progressively tenant-centered conceptions

Related to this, in the fourth category, 'Adaption of own dispositions and behaviors', our participants seemed mindful of the interactional aspects of incidents involving staff-directed aggression and violence. Recognizing how their behavior in service provision might make tenants feel frustrated and disempowered, they acknowledged the need to adjust their own behavior to the requirements of the situation and de-escalation principles. Both Bowers [59] and Price and Baker [22] describe keeping calm as a prerequisite for de-escalation. Duperouzel [60] suggests that staff keeping calm, and thus not provoking aggression, will convey to service users that they can be trusted not to resort to violence in the situation, and promote self-esteem and positive emotions. Participants in a study by Carlsson, Dahlberg and Ekebergh [61] maintained that calm interpersonal communication by mental health staff, supported by corresponding body language, helps fostering non-aggressive relationships in mental health care. Participants voicing the fourth conception also found it important to devote time and attention to the tenant and the situation, which also seems to concur with service users' view that the provision of time and space enables de-escalation [62].

A review of the literature on service users' perceptions of aggression and management practices clearly calls for staff to be sensitive and responsive toward service users [55]. Practitioners have also been shown to endorse such a notion. Sensitivity is a key component in the description by Björkdahl et al. [50] of a particular aggression management style they call 'ballet dancing' and in acute mental health settings, sensitivity to patients' individual triggers is central to recovery-oriented reduction of aggression [63]. In the present study, the conception "Reflexivity, sensitivity and care" also encompasses such insights. Lillevik and Øien [64] found that practitioners highlight wishing the best for the service user as a caring stance, communicating positive regard and promoting non-violence in the helping relationship. By accentuating reflexive practice in the fifth conception, participants not only emphasized mindful presence regarding their own manner of providing services, but also empathic responsiveness to how tenants experienced their practice. Lack of empathy is firmly established as making service users feel humiliated [56] and leading to aggression in mental health settings [55], while it is suggested that staff who empathize with service users' feelings recognize their

individuality and uniqueness promote lowered potential for conflict [65].

In their research on experiences of humiliation in mental health services, Husum et al. [56] identified that service users convey experiences of vast differences in perspectives between staff and themselves. Some practitioners are described as unwilling to explore their points of view, and are experienced as condescending and having "a top-down attitude towards them" [56 p. 151]. By adopting a dialogic stance, promoting more equality in decisions on practice, the participants voicing the sixth conception, "Involvement and dialogue" conveyed appreciation of tenants' perspectives and involved these in drawing up preventive and management measures. By engaging with tenants, the practitioners are able to 'look beyond' the behaviors tenants present and commit themselves to an open investigation of the meaning behind their aggression. In this context, Gamme and Bengtsson [66] recommend professionals to integrate insights from the service user perspective with professional perspectives when devising practices aimed to mitigate the risk of violence in community mental health care. Lim et al. [63] have identified service user involvement and staff practices helping to enable service users to be active managers of their own recovery as key principles of recovery-oriented care for persons perceived at risk for aggression and violence in mental health settings. By engaging with tenants and including their perspectives in prevention and management of staff-directed aggression, a common basis for mental health practice can be realized, less inclined toward staff violating service user autonomy and fostering aggression. Being treated as equals is perceived by service users to prevent experiences of disempowerment and the subsequent use of coercion by mental health staff [67].

From an inpatient mental health setting, Carlsson et al. [61] have pinpointed 'detached impersonal care' as being a form of practice commonly adopted by staff faced with service user aggression. In the present study, we see this exemplified when staff preferred to observe tenants from a distance, and favored withdrawal and impersonal relations with them as a way to avoid being subjected to staff-directed aggression. This practice is largely disapproved by service users, and is seen as contributing to violence [55, 61]. Our study participants' emphasis on proximity, equality and respect in the helping relationship as important in preventing staff-directed aggression seems to agree with principles of authentic personal care [61]. In our view, considering aggression as defiance and non-compliance to confining systems and degrading care further expresses a commitment to the service user perspective and reveals

a willingness for critical reflection and self-appraisal that effectively is far removed from the internal explanations of staff-directed aggression that are more in line with descriptions of detached impersonal care.

Conceptual change

A positive outcome of the local education and training was that four participants eventually became able to verbalize aspects of practice in line with the highest ranked conception in this study by the time of the second interview. Dialogical, involving and reciprocal conceptions of practice evident in the sixth category have earlier been found to correlate with recovery-oriented practice [68]. Being that recovery perspectives have been key in the education and training activities described in this study, we find it likely that the conceptual development experienced by the four participants moving from the fifth to the sixth category, have been supported by partaking in the municipal competence development activities.

Despite this, the instances of conceptual change we were able to identify in the present study have been moderate. We argue that the two participants voicing aspects of the first conception that they had not previously expressed did not experience a deterioration in their understanding of the phenomenon, since they maintained, and one even expanded on, their initial conceptions throughout both interviews. They appeared instead to have gained insight into what could be considered basic components of practice that also have value for the prevention and management of staff-directed aggression. As we have seen, one of these participants also developed her way of seeing from the fifth category in the first interview to the sixth category by the second interview, indicating both a development in her way of seeing and a deepening of her initial understanding.

In line with this and with particular regard to the difference in length between the first and second interviews, the impact from the education and training appeared to be mainly horizontal for most participants, rather than vertical. The education appeared to strengthen and elaborate different aspects of the phenomenon for the participants and might as such have contributed in heightening their confidence in and devotion to their particular way of seeing the phenomenon. This finding is in line with Dall'Alba and Sandberg's [69] contention that competence and professional development oftentimes entail an elaboration and deepening of practitioners' previously developed ways of seeing instead of a more transformative restructuring of the meaning and focus within these.

Perceived safety is viewed a prerequisite for change in witness positioning in practitioners [49]. Given the distinct emphasis participants placed on their own disempowerment in this study, it could be that perceiving

themselves as powerless in the face of staff-directed aggression and service user non-compliance, and thus in an unsafe position, provided staff with few incentives to change their positions or develop elevated comprehensions of practice.

Additionally, Needham argues that 'habituation' is a perceptive mechanism in mental health nursing staff's experiences of staff-directed aggression [70]. Awareness is a necessary condition for conceptual change in phenomenography [28, 38] as it is for changes in witness positioning [49]. Although several participants actually cautioned against heedlessness caused by habituation, habituation might nevertheless provide a viable explanation for how insufficient awareness in some participants might have thwarted an upwards conceptual movement following the education and training, given the relatively commonplace experience of staff-directed aggression described in our data material.

It is suggested that mental health staff experience powerful institutional pressures toward applying controlling measures toward service users [71]. Even though such practices are disputed among mental health professionals, and changes in practice are generally called for by practitioners and service users alike [51], organizational pressures and dynamics might account for some counteracting factors to conceptual and practice change, particularly regarding disempowerment-sensitive and recovery-oriented prevention and management of staff-directed aggression.

Limitations

Even though we applied a sampling strategy judged suitable for maximizing experiential variation in this study, we concede that another sample might have generated other descriptive categories or conceptual distributions and patterns of conceptual change among participants. As we approached the participants via the supported housing managers, we cannot be sure whether they forwarded our request to select staff members, potentially biasing the findings. Yet, given the evident variation in our sample, we are confident that sampling bias have been minimal in the present study.

Another limitation is that the developed categories are based on participants' descriptions of practice and therefore not tested empirically. However, Marton [38] argues for a strong link between peoples' descriptions of practice and actual practice; we "act in accordance with what we see (or experience). Hence, powerful ways of acting go with powerful ways of seeing" [38, p. 83]. By this reasoning, we claim that the descriptive categories presented in this study provide a credible representation of participants' practices, and that the higher ranked conceptions

are associated with more competent prevention and management of staff-directed aggression.

An additional limitation concerns the chosen methodology for this study. The qualitative design has made it possible for us to go into detail and develop a deeper understanding of the phenomenon and the conceptual development among participants. Yet, quantitative tools could among other, have contributed to our knowledge concerning the distribution of staff-directed aggression, perpetrator and victim characteristics and the various forms of violence and aggression in municipal supported housing facilities in mental health. With regard to the aforementioned knowledge-gap regarding violence in community and non-institutional mental health settings and the ongoing deinstitutionalization trend, this would preferably be a prioritized area of research in the years to come.

Lastly, a possible limitation in this study is the empirical foundation of our discussion, being that it rests considerably on research from inpatient mental health settings, mainly because of the lack of research on staff-directed aggression in comparable supported community housing. However, due to the similarities between supported housing facilities and psychiatric wards [5], we still argue that the findings from the latter setting can help to illuminate the former, at least until a more solid empirical foundation has been established for services in supported community housing.

Concluding remarks

This study has aimed at exploring and describing staff conceptions of practice in aggressive encounters with tenants in supported community housing, as well as inquiring into how such conceptions develop following locally based education and training. We argue that the findings of this study contribute to the evolving exploration of perspectives and experiences with staff-directed aggression in mental health services, thus supplementing 'the collective mind' [26] regarding the phenomenon. In line with qualitative research being aimed at the contextual features and complexities of a phenomenon [72], and thus being a preferable vantage point from which to establish causation [30], we also consider our findings as giving a valid indication of the effect of education and training for the participants. Overall, we found a moderate, but arguably beneficial, influence from education and training.

Our results concur with previous findings [68] in exhibiting considerable variation in understandings and experiences of prevention and management of practices among staff in municipal mental health services. In line with phenomenography, it is suggested that in order to

enhance participants' knowledge and skills, instructors must take this variation into consideration when devising education and training. In teaching sessions, it is also advisable to exploit this variation in efforts to open up aspects of the learning material for the learners [28, 38], by engaging in discussions and exchanges of perspectives and experiences with participants.

There is, however, an urgent need for knowledge on non-institutional aggression and violence toward staff in various community mental health settings. A potential way to pursue further expansion of the knowledge base would be an empirical study of various forms of conceptualization and practice with regard to outcomes of prevention and management of staff-directed aggression.

Research should, in our view also increasingly include perspectives and experiences of service users regarding practice, in order to create a comprehensive and credible foundation for knowledge-based practice in encounters with staff-directed aggression and violence in mental healthcare.

Acknowledgements

The authors wish to thank Ellen Kobro and Grete Vedlog for their contribution and assistance in coordinating this research project. We also wish to thank all the participants in this study, as well as the members of the reference-group.

Authors' contributions

ERMB initially developed the research project and conducted all interviews, as well as wrote the first draft of the manuscript. KTS and ON supervised the implementation of the study in collaboration with ERMB, whereas KTS, OGL and ON contributed in the data analysis. KTS, OGL and ON revised the initial draft of the manuscript and reviewed and approved the final version of the manuscript. All authors read and approved the final manuscript.

Funding

This study was funded in a joint collaboration between the Norwegian Research Council and the Municipality of Oslo. The funding bodies have had no influence on the design of the study, data collection or analysis.

Availability of data and materials

The data on which this paper is based has not been made generally available, other than the parts of the data material given as illustrative quotations in the text. This is due to the need to protect the anonymity of the participants.

Ethics approval and consent to participate

The Norwegian Centre for Research Data granted recommendation for this study (ref. 52044). Written, informed consent was obtained from each participant. We have administered the study in accordance with the Norwegian National Committee for Research Ethics' principles for ethical research.

Consent to publish

Not applicable.

Competing interests

The first author is employed with the Agency of Health in the Municipality of Oslo. He has since 2012 partaken in the development and implementation of competence development activities aimed at staff encountering staff-directed aggression and have contributed in the development and implementation of the education and training sessions described in this study. The three other authors declare no competing interests.

Author details

¹ Dept. of Health and Social and Welfare Studies, Faculty of Health and Social Sciences, University of South-Eastern Norway, Centre for Mental Health and Substance Abuse, P.O. box 7053, 3007 Drammen, Norway. ² Dept. of Health and Care Services, Faculty of Health Sciences, UiT The Arctic University of Norway, P.O. box 385, 8515 Narvik, Norway. ³ Dept. of Education and Lifelong Learning, Norwegian University of Science and Technology, P.O. box 8900, 7491 Trondheim, Norway.

Received: 6 March 2020 Accepted: 21 July 2020

Published online: 08 August 2020

References

- Fakhoury WKH, Murray A, Sheperd G, Priebe S. Research in supported housing. *Soc Psych Psych Epid*. 2002;37(7):301–15. <https://doi.org/10.1007/s00127-002-0549-4>.
- Norwegian Ministry of Health and Care Services. St.prp. 63 (1997–98). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006. Proposition to the Storting. On an action plan for mental health. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/>. Accessed January 22 2020. **(In Norwegian)**.
- Hansen ILS, Øverås S. Bolig for personer med psykisk lidelse og rusproblematikk. Accommodation for persons with mental health illness and substance use problems. In: I E. Brodtkorb E, Rugkåsa M, editors. Under tak—mellom vegger. Perspektiver på boligens betydning i velferdsstaten. Under roofs—between walls. Perspectives on the value of residency in the welfare state. p. 93–111. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2007. **(In Norwegian)**.
- McPherson P, Krotofil J, Killaspy H. What works? toward a new classification system for mental health supported accommodation services: the Simple Taxonomy for Supported Accommodation (STAX-SA). *Int J Env Res Pub He*. 2018;15(2):1–17. <https://doi.org/10.3390/ijerph15020190>.
- Dyb E. Prosjekt Bostedsløse. Evaluering av et fireårig nasjonalt prosjekt. (Project Homeless. Evaluation of a four-year long national project). Oslo: Byggforsk; 2005. **(In Norwegian)**.
- Johnson K, Desmarais SL, Tueller SJ, Grimm KJ, Swartz MS, Van Dorn RA. A longitudinal analysis of the overlap between violence and victimization among adults with mental illnesses. *Psychiatry Res*. 2016;246:203–10. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.09.039>.
- Monahan J, Steadman HJ, Silver E, Appelbaum PS, Robbins PC, Mulvey EP, Grisso RLH, Banks TS. Rethinking risk assessment: the MacArthur study of mental disorder and violence. Oxford: Oxford University Press; 2001.
- Bengtsson-Tops A, Ehliasson K. Victimization in individuals with psychosis: a Swedish cross-sectional study. *J Psychiatr Ment Hlt*. 2011;19(1):23–30. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01749.x>.
- Latalova K, Kamaradova D, Prasko J. Violent victimization of adult patients with severe mental illness: a systematic review. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2014;10:1925–39. <https://doi.org/10.2147/ndt.s68321>.
- Nolan P, Dallender J, Soares J, Thomsen S, Arnetz B. Violence in mental health care: the experiences of mental health nurses and psychiatrists. *J Adv Nurs*. 1999;30(4):934–41. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01163.x>.
- Fry AJ, O'Riordan D, Turner M, Mills KL. Survey of aggressive incidents experienced by community mental health staff. *Int J Ment Health Nurs*. 2002;11(2):112–20. <https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2002.00234.x>.
- Hagen IM, Svalund J. Vold, trusler og trakassering i helse- og sosialsektoren. Violence, threats and harassment in the health and social care sector. Oslo: Fafo; 2019. Report No. 32. **(In Norwegian)**.
- Campbell C. Incident reporting by health-care workers in noninstitutional care settings. *Trauma Violence Abus*. 2017;18(4):445–56. <https://doi.org/10.1177/1524838015627148>.
- Bulgari V, Ferrari C, Pagnini F, de Girolamo G, Iozzino L. Aggression in mental health housing facilities: a systematic review and meta-analysis. *Aggress Violent Behav*. 2018;41:119–27. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.06.002>.
- Arnetz JA, Arnetz BB. Violence toward health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Soc Sci Med*. 2001;52(3):417–27. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00146-5](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00146-5).
- Barling J, Rogers AG, Kelloway EK. Behind closed doors: in-home workers' experience of sexual harassment and workplace violence. *J Occup Health Psychol*. 2001;6(3):255–69. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.6.3.255>.
- Lanctôt N, Guay S. The aftermath of workplace violence among healthcare workers: a systematic literature review of the consequences. *Aggress Violent Beh*. 2014;19(5):492–501. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.07.010>.
- Galinsky T, Feng H, Streit J, Brightwell W, Pierson K, Parsons K, Proctor C. Risk factors associated with patient assaults of home healthcare workers. *Rehabil Nurs*. 2010;35(5):206–15. <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.2010.tb00049.x>.
- Swanson JM, Borum R, Swartz M, Hiday V. Violent behavior preceding hospitalization among persons with severe mental illness. *Law Hum Behav*. 1999;23(2):185–204. <https://doi.org/10.1023/a:1022320918171>.
- Aberhalden C, Hahn S, Bonner YDB, Galeazzi GM. Users' perceptions and views on violence and coercion in mental health. In: Richter D, Wittington R, editors. Violence in mental health settings: causes, consequences, management. New York: Springer; 2006. p. 69–92. https://doi.org/10.1007/978-0-387-33965-8_4.
- Svalund J. Vold og trusler om vold i offentlig sektor (Violence and threats of violence in the public sector). Oslo: Fafo; 2009. Report No. 30. **(In Norwegian)**.
- Price O, Baker J. Key components of de-escalation techniques: a thematic synthesis. *Int J Ment Health Nurs*. 2012;21(4):310–9. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00793.x>.
- Lillevik OG, Øien L. Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon. (Milieu-therapeutic practice in encounters with violence and aggression). Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014. **(In Norwegian)**.
- Kaplan SG, Wheeler EG. Survival skills for working with potentially violent clients. *Soc Casework*. 1983;64(6):339–46. <https://doi.org/10.1177/104438948306400603>.
- Le Boutillier C, Leamy M, Bird VJ, Davidson L, Williams J, Slade M. What does recovery mean in practice? a qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatr Serv*. 2011;62(12):1470–6. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.001312011>.
- Marton F. Phenomenography—describing conceptions of the world around us. *Instr Sci*. 1981;10(2):177–200. <https://doi.org/10.1007/bf00132516>.
- Micari M, Light G, Calkins S, Streitwieser B. Assessment beyond performance: phenomenography in educational evaluation. *Am J Eval*. 2007;28(4):458–76. <https://doi.org/10.1177/1098214007308024>.
- Marton F, Booth S. Learning and awareness. New York: Routledge; 1997. <https://doi.org/10.4324/9780203053690>.
- Lum G. Competence: a tale of two constructs. *Educ Philos Theory*. 2013;45(12):1193–204. <https://doi.org/10.1080/00131857.2013.763593>.
- Anjum RL, Mumford S. Causation in science and the methods of scientific discovery. Oxford: Oxford University Press; 2018. <https://doi.org/10.1093/oso/9780198733669.001.0001>.
- Marton F. Phenomenography: a research approach to investigating different understandings of reality. *J Thought*. 1986;28:28–49.
- Sandberg J, Targama A. Managing understanding in organizations. London: Sage Publications; 2007. <https://doi.org/10.4135/9781446212530>.
- Gergen KJ. Relational being: Beyond self and community. New York: Oxford University Press; 2011. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199846269.001.0001>.
- Graneheim UH, Lindgren B, Lundman B. Methodological challenges in qualitative content analysis: a discussion paper. *Nurse Educ Today*. 2017;56:29–34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>.
- Borg M. "Intet om oss uten oss". ("Nothing about us, without us"). In: Borg M, Kristiansen K, editors. Medforskning—å forske sammen for kunnskap om psykisk helse (Co-operative inquiry—to inquire in collaboration for knowledge on mental health). Oslo: Universitetsforlaget; p. 29–41. 2009. **(In Norwegian)**.
- Sandelowski M. Sample size in qualitative research. *Res Nurs Health*. 1995;18(2):179–83. <https://doi.org/10.1002/nur.4770180211>.
- Åkerlind GS. Variation and commonality in phenomenographic research methods. *High Educ Res Dev*. 2012;24(4):321–34. <https://doi.org/10.1080/07294360.2011.642845>.
- Marton F. Necessary conditions of learning. New York: Routledge; 2015. <https://doi.org/10.4324/9781315816876>.

39. Sjöström B, Dahlgren LO. Applying phenomenography in nursing research. *J Adv Nurs*. 2002;40(3):339–45. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02375.x>.
40. Guba EG, Lincoln YS. Fourth generation evaluation. Thousand Oaks: Sage Publications; 1989.
41. Rosetto KR. Qualitative research interviews: assessing the therapeutic value and challenges. *J Soc Pers Relat*. 2014;31(4):482–9. <https://doi.org/10.1177/0265407514522892>.
42. Bowers L, Nijman H, Allan T, Simpson A, Warren J, Turner L. Prevention and management of aggression training and violent incidents on U.K. acute psychiatric wards. *Psychiatr Serv*. 2006;57(7):1022–6. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.7.1022>.
43. Duxbury J. An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: a pluralistic design. *J Psychiatr Ment Hlt*. 2002;9(3):325–37. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2002.00497.x>.
44. Paterson B, Leadbetter D, Miller G, Bowie V. Re-framing workplace violence directed towards nurses in mental health services in the UK: a work in progress. *Int J Soc Psychiatr*. 2010;56(3):310–20. <https://doi.org/10.1177/0020764008099692>.
45. Nijman HLL, Joost MLG, àCampo MD, Ravelli DP, Merckelbach HLGJ. A tentative model of aggression on inpatient psychiatric wards. *Psychiatr Serv*. 1999;50(6):832–4. <https://doi.org/10.1176/ps.50.6.832>.
46. Whittington R, Richter D. From the individual to the interpersonal: environment and interaction in the escalation of violence in mental health settings. In: Richter D, Whittington R, editors. *Violence in mental health settings: causes, consequences, management*. New York: Springer; 2006. p. 47–68. https://doi.org/10.1007/978-0-387-33965-8_3.
47. International Council of Nurses, Public Services International, World Health Organization and International Labour Office. Framework for guidelines for addressing workplace violence in the healthcare sector—the training manual. Geneva, World Health Organization. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/—ed_protect/—protrav/—safework/documents/instructionalmaterial/wcms_108542.pdf. Accessed January 23 2020.
48. Paterson B, Leadbetter D, Miller G. Beyond Zero Tolerance: a varied approach to workplace violence. *Br J Nurs*. 2005;14(15):810–5. <https://doi.org/10.12968/bjon.2005.14.15.18598>.
49. Weingarten K. Common shock Witnessing violence everyday: how we are harmed, how we can heal. New York: Dutton; 2003.
50. Björkdahl A, Palmstierna T, Hansebo G. The bulldozer and the ballet dancer: aspects of nurses' caring approaches in acute psychiatric intensive care. *J Psychiatr Ment Hlt*. 2010;17(6):510–8. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01548.x>.
51. Duxbury J, Whittington R. Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *J Adv Nurs*. 2005;50(5):469–78. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03426.x>.
52. Bowie V. An emerging awareness of the role organizational culture and management style can play in triggering violence. In: Privitera M, editor. *Workplace violence in mental health and general healthcare settings*. Sudbury: Jones and Bartlett; 2010. p. 43–58.
53. Shaw MMC. Nursing home resident abuse by staff: exploring the dynamics. *J Elder Abuse Negl*. 1998;9(4):1–21. https://doi.org/10.1300/J084v09n04_01.
54. Shaw MMC. Aggression toward staff by nursing home residents: findings from a grounded theory study. *J Gerontol Nurs*. 2004;30(10):43–54. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-20041001-11>.
55. Gudde GB, Olsø TM, Whittington R, Vatne S. Service users' experiences and views of aggressive situations in mental health care: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *J Multidiscipl Healthc*. 2015;8:449–62. <https://doi.org/10.2147/jmdh.s89486>.
56. Husum TL, Legernes E, Pedersen R. A plea for recognition: users' experiences of humiliation during mental health care. *Int J Law Psychiatr*. 2019;62:148–53. <https://doi.org/10.1016/j.jljp.2018.11.004>.
57. Hartling LM, Lindner E, Spalhof U, Britton M. Humiliation: a nuclear bomb of emotions? *Psicol Polit*. 2013;46:55–76.
58. Vatne S, Fagermoen MS. To correct and to acknowledge: two simultaneous and conflicting perspectives of limit-setting in mental health nursing. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2007;14(1):41–8. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01037.x>.
59. Bowers L. A model of de-escalation *Ment Health Pract*. 2014;17(9):36–7. doi:10.7748/mhp.17.9.36.e924.
60. Duperouzel H. 'It's ok for people to feel angry': the exemplary management of imminent aggression. *J Intell Disabil*. 2008;12(4):295–307. <https://doi.org/10.1177/1744629508100495>.
61. Carlsson G, Dahlberg K, Ekebergh M, Dahlberg H. Patients longing for authentic personal care: a phenomenological study of violent encounters in psychiatric settings. *Iss Ment Health Nurs*. 2006;27(3):287–305. <https://doi.org/10.1080/01612840500502841>.
62. Price O, Baker J, Bee P, Grundy A, Scott A, Butler D, Cree L, Lovell K. Patient perspectives on barriers and enablers to the use and effectiveness of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings. *J Adv Nurs*. 2017;7(3):614–25. <https://doi.org/10.1111/jan.13488>.
63. Lim E, Wynaden D, Heslop K. Changing practice using recovery-focused care in acute mental health settings to reduce aggression: a qualitative study. *Int J Ment Health Nurs*. 2019;28(1):237–46. <https://doi.org/10.1111/inm.12524>.
64. Lillevik OG, Øien L. Kvaliteter hos hjelperen som bidrar til å forebygge trusler og vold fra klienter. Qualities of the helper contributing to prevent threats and violence from clients. *Nord Tidsskr Helseforsk*. 2010;6(2):84–96. <https://doi.org/10.7557/14.1191>. (In Norwegian).
65. Lim E, Wynaden D, Heslop K. Consumers' perceptions of nurses using recovery-focused care to reduce aggression in all acute mental health including forensic mental health services: a qualitative study. *J Recov Ment Health*. 2019;2(2/3):21–34.
66. Gamme M, Eriksson BG. Promoting personal growth and balancing risk of violence in community-based mental health care: a professional perspective. *Sage Open*. 2018;8(2):1–10. <https://doi.org/10.1177/2158244018784984>.
67. Einbu M, Larsen IB. Innenfrakunnskap om årsaker til truende atferd eller aggresjon og alternativer til bruk av tvangsmidler. Insider knowledge on causes to threatening behaviors or aggression, and alternatives to coercive measures. *Tidsskr Psyk Helsearb*. 2016;13(1/2):24–33. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2016-01-02-04>.
68. Maagerø-Bangstad ER, Sælør KT, Ness O. Encountering staff-directed aggression in mental health and substance abuse services: exploring conceptions of practice following education. *Int J Ment Health Sy*. 2019;13(20):1–13. <https://doi.org/10.1186/s13033-019-0277-8>.
69. Dall'Alba G, Sandberg J. Educating for competence in professional practice. *Instr Sci*. 1996;24(6):411–37. <https://doi.org/10.1007/bf00125578>.
70. Needham I. Psychological responses following exposure to violence. In: Richter D, Whittington R, editors. *Violence in mental health settings: causes, consequences, management*. New York: Springer; 2006. p. 295–318. https://doi.org/10.1007/978-0-387-33965-8_15.
71. Gudjonson GH, Rabe-Hesketh S, Szmukler G. Management of psychiatric in-patient violence: patient ethnicity and use of medication, restraint and seclusion. *Brit J Psychiatr*. 2004;184(3):258–62. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.3.258>.
72. Creswell JW, Poth CN. *Qualitative inquiry & research design: choosing among five approaches*. 4th ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2018.

Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Artikkel 3

Maagerø-Bangstad, E. R., Sælør, K. T. & Ness, O. (2020). Managers' perceptions of competence and practice development following education in the prevention and management of staff-directed aggression: promoting person-centred practice. *International Practice Development Journal*, 10(2), Art. 8. <https://doi.org/10.19043/ipdj.102.008>

International Practice Development Journal

Online journal of FoNS in association with the IPDC and PcP-ICoP (ISSN 2046-9292)



ORIGINAL PRACTICE DEVELOPMENT AND RESEARCH

Managers' perceptions of competence and practice development following education in the prevention and management of staff-directed aggression: promoting person-centred practice

Erlend R. Maagerø-Bangstad*, Knut Tore Sælør and Ottar Ness

*Corresponding author: University of South-Eastern Norway, Drammen, Norway
Email: Erlend.rinke.maagero-bangstad@usn.no

Submitted for publication: 19th February 2020

Accepted for publication: 3rd August 2020

Published: 18th November 2020

<https://doi.org/10.19043/ipdj.102.008>

Abstract

Background: Staff-directed aggression and violence may have harmful implications for all parts of a mental health service organisation. In an effort to advance the development of competent practice in community mental health and substance abuse services in Oslo, the municipality has offered various courses in the prevention and management of staff-directed aggression and provided supportive tools for practice development.

Aim: To explore managers' perceptions of how participating in education and applying supportive tools have contributed to the development of competence and practice in their own services.

Method: Qualitative interviews with 11 managers working in homebased community mental health services were analysed, using qualitative content analysis.

Findings: The findings show education and application of tools contributed to: 1) increased awareness and understanding of the complexities of staff-directed aggression; 2) empowered and collaborative practice through negotiations of power relations; and 3) adjustment of perceived management responsibilities and assignments.

Conclusion: The findings indicate that managers not only felt their staff had become more knowledgeable and competent following education, but that participation in education also impacted on collaboration within and outside their own services, as well as directly influencing how they dealt with threatening situations in the workplace.

Implications for practice:

- Staff-directed aggression is a complex phenomenon and efficient practitioners are able to keep in mind a number of relevant aspects of practice simultaneously
- Collaboration in prevention and management of staff-directed aggression requires staff to acknowledge and accommodate service users' perspectives regarding practice
- A levelling of power differentials between community mental health services and specialist mental health services takes place when partaking in the same education and sharing vocabulary and conceptual frameworks regarding risk assessment and management

Keywords: Staff-directed aggression, managers, community mental health services, substance abuse services, competence development, qualitative research

Introduction

In mental health settings, staff-directed aggression and violence comprise various forms of physical attack, threats of violence and verbal abuse towards staff (Nolan et al., 1999; Fry et al., 2002; Fujimoto et al., 2017; Tonso et al., 2017). The aftermath of such actions can be severe and debilitating for the individual staff member (Büssing and Höge, 2004; Fujimoto et al., 2017; Tonso et al., 2017; Daniels and Anadria, 2019). Additionally, considerable fiscal costs (Beech and Leather, 2006), increased problems recruiting and retaining staff (Jackson et al., 2002), and reduced commitment to the workplace (Barling et al., 2001) occur after incidents of violence. This all puts additional strain on the healthcare organisation. Studies show staff-directed aggression impairs relationships between service users and the healthcare providers (Lanctôt and Guay, 2014), harms the quality of care (Arnetz and Arnetz, 2001; Gates et al., 2011), affects staff's performance of the interpersonal aspects of their roles (Barling et al., 2001), limits the frequency and duration of home visits (Galinsky et al., 2010) and is linked to negative patient outcomes (Roche et al., 2009). Due to the far-reaching impact of workplace violence in health settings, Beech and Leather (2006) argue for a 'total organisation response' with all levels of the organization sharing the responsibility for its prevention and management. Service users, however, are not given a role in this proposal.

Norwegian legislation gives employers substantial responsibility for providing staff with sufficient training and education to ensure safe working environments (Norwegian Ministry of Labour and Social Affairs, 2016). Staff members consider the development of competence in prevention and management of violence to be a requirement for building services that can address challenges related to staff-directed aggression (Svalund, 2009).

Since 2010, the Agency of Health in Oslo Municipality has, through a competence development project, devised and implemented various educational knowledge-based activities and tools in mental health and substance abuse services to prevent and manage staff-directed aggression. More than 3,500 participants have attended various courses and seminars as part of the project. The activities comprise general and specialised education and training, and seminars for managers and appointed 'resource persons'. The tools, including written material and e-learning content, help build individual and collective competence in the workplace and support safe service provision. A management appointment, the role of resource person was developed as part of the project, enabling municipal districts to enhance competence and promote practice change within their own services according to local requirements. Resource persons have a special responsibility for maintaining awareness among colleagues concerning staff-directed aggression and preventive measures. They can also have a responsibility for educating their colleagues and keeping themselves up-to-date on the topic.

The various activities and tools involved in the project are described in Table 1.

Table 1: Overview of competence development activities and supporting tools aimed at prevention and management of staff directed aggression in Oslo Municipality

Activity/tool/role	Description/content
One-day course: 'Basic course in management of threats and violence'*	<ul style="list-style-type: none"> • One of two general courses offered to staff employed in mental health and substance abuse services in Oslo (both municipal and specialist services) • Focus on situational risk assessment and management during service provision • Exemplification of in situ risk assessment through a simulation exercise
One-day course: 'Who am I in the encounter with the service user: phase-oriented prevention and management of threats and violence'*	<ul style="list-style-type: none"> • One of two general courses offered to staff employed in mental health and substance abuse services in Oslo (both municipal and specialist services) • Particular focus on how staff could contribute in de-escalating aggressive situations, and emphasis on disempowerment as reason for staff-directed aggression
One-day course: 'Continuing course in management of threats and violence'	<ul style="list-style-type: none"> • Course offered to previous participants in 'Basic course in prevention and management of threats and violence' • Includes an expansion and further deliberation on principles of situational risk assessment and management of staff-directed aggression • Simulation training is a central element during the course
Resource persons	<ul style="list-style-type: none"> • A staff role in mental health and substance abuse services in the municipal districts, aimed at facilitating continued practice and competence development. Services recruit resource persons from among staff members • These employees are offered additional in-depth education and training in prevention and management of staff-directed aggression
One-semester bachelor-level course: 'Continuing education in violence risk assessment' (VIVO I)	<ul style="list-style-type: none"> • A 15-ECTS (European Credit Transfer System credits) continuing education course hosted by the University College of Molde, covering theories and tools of violence risk assessment within mental health • Participants from specialist and community mental health services • Seven whole-day sessions over the course of one semester. Written group exams at the end of the semester • The Agency of Health, Oslo Municipality covers tuition fees for resource persons
One-semester bachelor-level course: Continuing education in violence risk assessment (VIVO II)	<ul style="list-style-type: none"> • A 15-ECTS continuing education course hosted by the University College of Molde, on principles for treatment and management of risk in institutional and non-institutional settings within mental health. For participants who have completed VIVO I • Participants from specialist and community mental health services • Seven whole-day sessions over the course of one semester. Written group exams at the end of each semester • The Agency of Health, Oslo Municipality covers tuition fees for resource persons
Two-day seminars for resource persons and managers of municipal mental health and/or substance abuse services	<ul style="list-style-type: none"> • Held once or twice a year on various topics related to prevention and management of staff-directed aggression • Group work and plenary discussions have a central role in the activities
Municipal intranet pages with e-learning content on prevention and management of staff-directed aggression	<ul style="list-style-type: none"> • Web pages providing a summarised overview of knowledge on prevention and management of staff-directed aggression • Resources, tools and up-to-date knowledge for staff in the mental health services • Assignments developed for individual or collective reflection on prevention and management practices in the workplace • Tailor-made films promoting reflection and critical reappraisal of practice in aggressive encounters
Checklists and booklets regarding prevention and management of staff-directed aggression	<ul style="list-style-type: none"> • Readily available, shareable and printable written material aimed at raising awareness and preparing staff for prevention and management of challenging situations during service provision

* These general courses have recently undergone scientific evaluation and the findings have been made available by Maagerø-Bangstad et al. (2019).

All educational development activities and tools were developed according to principles of disempowerment-sensitive (Lillevik and Øien, 2012), non-physical, de-escalation (Price and Baker, 2012), recovery-oriented (Davidson and White, 2007) and knowledge-based risk assessment perspectives (Bjørkly, 2006). The educational activities are devoted to viewing violence and aggression against mental health staff as situated within a power imbalance between service users and service providers (Kaplan and Wheeler, 1983).

Although education in the prevention and management of staff-directed aggression is a widespread and valued endeavour within healthcare (cf., Beech and Leather, 2006), there is little knowledge of how managers within community mental health services perceive the advantages of staff participation. Campbell (2017) describes research on violence and aggression in non-institutional, homebased settings as lingering in its 'infancy', and there is limited insight into the various dimensions of this topic.

Recovery, person-centredness and practice development

Recovery and person-centredness, having originated from, respectively, service-user and 'survivor' movements, and humanist-existentialist professional philosophies, have been found to be interdependent concepts in that the one presupposes the other (Hummelvoll et al., 2015). Both are 'about the person trying to find meaning and keep control over their life situation, with support for making informed decisions and for real partnerships with families and services' (Hummelvoll et al., 2015, p 2). In a Norwegian context, both recovery-oriented and person-centred principles inform national guidelines for mental health and substance abuse services (Norwegian Health Directorate, 2014). Additionally, the Agency of Health's work in relation to mental health and substance abuse services are founded on recovery-oriented principles. On these grounds, both perspectives have been chosen to constitute the ideological foundation for this study.

Within the person-centred perspective, development of healthful and encompassing relationships is ventured by a practice that is:

'Underpinned by values of respect for persons, individual right to self-determination, mutual respect and understanding. It is enabled by cultures of empowerment that foster continuous approaches to practice development' (McCormack and McCance, 2017, p 20).

Thus, practice development is an iterative endeavour aimed at promoting person-centred workplace and learning cultures, supported by individual and collective engagement in critical reflection and active learning in practice (McCormack et al., 2011). McCormack et al. (2007) have further argued that collaboration, inclusion and participation are key methodological principles for practice development. This implies that thus conceived, it is a communal endeavour, founded on the establishing of a shared organisational purpose, engaging stakeholders (staff, service users and their families, managers and other collaborating partners) and incorporating their views and contributions in the process (Manley et al., 2013, 2014).

Theories of learning

In line with the above, person-centred practice development entails a critical reappraisal of self and the contexts of one's practice. This is deeply indebted to emancipatory and transformational depictions of adult education in the vein of Freire and Mezirow (McCormack et al., 2013). Thus, transformational adult learning is used as a framework for this study.

Adult learning can entail a perspective transformation resulting from experiencing a 'disorienting dilemma' – a significant experience that sheds light on, and questions formerly implicit and accepted assumptions of ourselves and our world (Taylor and Elias, 2012). Critical reflection may pave the way for the reformulation of our assumptions to allow 'a more inclusive, discriminating, permeable, and integrative perspective; and for making decisions about or otherwise acting upon these new understandings' (Mezirow, 1990, p 14). This suggests experiencing disorienting dilemmas followed

by critical reflection may be a prerequisite for transformative adult learning and for applying taught material in practice. Thus, transformative learning has considerable emancipatory potential through challenging prior assumptions regarding self and society (Brookfield, 2012).

Phenomenography is considered to be a relevant approach to exploring learning processes. It proposes that learning takes place 'by a change in something in the world as experienced by a person' (Marton and Booth, 1997, p 139). From this perspective, a central premise for learning is that learners employ their own awareness in constituting this phenomenal transition. By applying additional identified aspects of the phenomenon in the broadening of their conceptualisations, learners establish a more comprehensive understanding of the phenomenon (Marton, 2015). The increasing ability to simultaneously hold multiple relevant or critical aspects in one's awareness constitutes increasingly powerful ways of seeing and implies the learner's potential for more effective and proficient action during prospective encounters with the phenomenon (Marton, 2015). In phenomenography, the outcome of learning can be both individual and collective (Marton and Booth, 1997), which has relevance for the establishment of cultures of learning in workplaces (McCormack et al., 2011).

Aims and research question

Management is crucial for the development and continuation of practice development and the development of staff competence, knowledge and skills (Dewing, 2008). It is also important for fostering practice development in healthcare settings (McCormack et al., 2007). Thus, this study aims to explore and develop knowledge of how managers within mental health and substance abuse services view the contribution of participation in educational activities and the application of supportive tools for practice, and how they describe the perceived impact of these measures on workplace practices. The research question for this study is:

How do managers in community mental health and substance abuse services perceive the contribution to competence and practice in their own services of staff participating in education and training activities and applying supporting tools in the prevention and management of staff-directed aggression?

Method

Research design

This study is positioned within a social constructionist framework in terms of viewing knowledge development as being communally based, socially situated, relational and co-constructed between researchers and participants in a study (Gergen, 2011). Social constructionism refutes the modernist idea of research as uncovering 'undisturbed' and objectively true phenomena in the world, and instead focuses on communal meaning-making and the creation of 'the relational realities in which we live' (McNamee, 2010). Arguably, managers' perception of the impact of participation in competence development activities is a social phenomenon, stemming from various sources such as managers' contact with and observations of staff following participation in the activities and their own participation in such education and training – potentially moulded or reframed during interaction with an interviewer. We have thus chosen social constructionism as a suitable vantage point from which to reach knowledge about managers' perceptions in the present study.

A reference group is included in parts of the study, both before data collection and in the final stages of analysis. It consisted of managers and staff from community mental health and substance abuse services, persons with service-user experience and a person with professional experience from a collaborating psychiatric service. Having experiential knowledge and familiarity with community mental health and substance abuse services and with the topic at hand, the group helped to construct an interview guide and to establish the credibility of the study's analysis and findings. The group contributed to the study from what Borg (2009) has termed an advisory position, determining neither its aims nor its methodology. However, discussions within the group were critical for developing the findings and providing analytical clarity in the process of delineating the content and coverage of the developed categories.

Participants and recruitment

Participants were recruited by applying a purposeful, criterion-based sampling method (Sandelowski, 1995). The inclusion criteria were: 1) management or advisory responsibilities for staff in community mental health or substance abuse services; 2) regular contact with staff; 3) employment in services that have participated substantially over time in various education and training initiatives in the municipality; and 4) municipal districts or services with one or more appointed resource persons. Variation in the sample was sought by ensuring participants represented a variety of services. Since the first author (ERM-B) has been engaged in developing and implementing the competence development activities described in this study, all participants were, in advance of being approached, known to meet the inclusion criteria. In total, 11 experienced managers (seven female and four male) were approached and all agreed to participate. They managed or supervised supported housing facilities, home-based community mental health or substance abuse services.

Data collection

Qualitative, semi-structured interviews were chosen as the method for generating data. All interviews but one took place in the participants' workplaces; the remaining one was conducted at the first author's workplace at the participant's request. The interviews took place from November 2017 to August 2018 and all were recorded. This study is part of a larger PhD project addressing the impact of various parts of the described competence development activities. Due to practical issues and general workload, it has regrettably taken longer than anticipated to write up the findings.

In line with the study's epistemological stance of knowledge being co-constructed, and respecting the participants' engagement with the topic, the interviewer (first author) emphasised an open style of interviewing, albeit using a semi-structured interview guide. The interviews aimed to explore different aspects of participants' experience with staff members' practice and competence in encounters with aggression in the workplace following participation in courses and education. The interviewer asked follow-up questions when additional clarification or more nuanced descriptions were required. Interviews ranged from one hour to over two hours.

Data analysis

The interviews were transcribed verbatim. Qualitative content analysis (Graneheim and Lundman, 2004) was chosen to analyse the data. This is an interpretative and epistemologically flexible method that is sensitive to variation in and between parts of texts (Graneheim et al., 2017). The process entails reducing data into descriptive categories or concepts of a phenomenon (Elo and Kyngäs, 2008). Analysis can involve mapping out either the manifest and descriptive or the latent and interpretative content of participants' expressions (Graneheim, et al., 2017). In conducting the collaborative analysis an inductive, data-driven approach was favoured, implying a movement from the data to a theoretical understanding (Graneheim et al., 2017).

As a first step, the first author carefully read the transcribed interviews several times. He then sorted segments of the transcripts dealing with the focus of the study into meaning units and coded the condensed material. Subsequently, the first and the second author (KTS) discussed the codes and reached a consensus. The first author then developed initial categories on the basis of the coded material. All three authors then discussed and refined the categories. Finally, the first author presented the developed categories to the reference group members, and then reassessed and further refined the categories according to recommendations from the discussions within the group. For instance, the meaning of staff empowerment and collaboration with specialised mental health services received greater focus following these discussions.

Dependability concerns the consistency of findings over time as well as the degree of 'alterations made in the researcher's decisions during the analysis process' (Graneheim and Lundman, 2003, p 110). The 'challenge of deciding which codes and supporting quotes from the original text are to be included in a category' is a matter of dependability, according to Graneheim et al. (2017, p 33). By reaching a

consensus among the researchers and, in this case, among the reference group regarding the codified meaning units to be included in each established category, dependability was achieved. The notion of dependability is contested (Marshall and Rossman, 1999), and consideration was also given to Sandelowski's (2011) warning that text can carry multiple meanings, yet Graneheim and Lundman (2004) have proposed dialogue among researchers as an appropriate way to reach internal agreement and elicit trustworthy results during analysis. Additional measures included member checking the findings (Guba and Lincoln, 1989) with the reference group.

Since the first author had played a part in developing and implementing the competence development activities and tools, it was necessary for him to reflect critically with the co-authors and the reference group on his own attitudes and preconceptions regarding staff-directed aggression and prevention and management practice, throughout the entire study.

Analysis resulted in the establishment of three categories outlining the contributions managers perceived from staff participation in education and training activities and the use of supportive tools developed in the original competence project. These categories are: 1) increased awareness and understanding of the complexities of staff-directed aggression; 2) empowered and collaborative practice through negotiations of power relations; and 3) adjustment of perceived management responsibilities and assignments.

Research ethics

The study was conducted in accordance with the Norwegian National Committee for Research Ethics' principles for ethical research. The Norwegian Centre for Research Data granted approval for this study (ref. 52044).

Before the interviews, all participants were informed participation in the study was voluntary and that withdrawal was possible without any repercussions. Written consent was obtained from every participant.

As managers of community mental health and substance abuse services, the participants are well known within their organisations. Identification would be likely to have an adverse effect on their ability to perform their role in the future and could also disrupt collaboration and relations with specialist psychiatric services and with higher management. Some of the participants voiced such concerns regarding anonymity, and this became an integral ethical consideration during analysis and when writing up the results of this study.

Findings

The findings portray different aspects of the perceived impact of education and supportive tools, as described by the participants. These range from changes in staff conceptualisations of practice to modification of power relationships in mental health and rearrangement of managerial responsibilities.

Increased awareness and understanding of the complexities of staff-directed aggression

The participants felt the educational activities and supportive tools improved understanding of staff-directed aggression among staff. Only a few said they had authorised educational activities in a deliberate effort to promote learning and practice development in their workplaces. Nevertheless, they believed these initiatives promoted shared understanding and communal practice within their teams and contributed to advanced levels of awareness among individuals. This, for some, involved a shift in the attitudes at the workplace regarding what staff could be expected to put up with at work:

'There has been an increase in awareness. That is what I believe has been going on here [...]. The staff have really not been particularly focused on violence and threats. They have, so to speak, been accustomed to it being the way of things. They have sort of had an attitude of "Well, there is a lot we have to put up with"' (Female manager 2).

Most participants said violent incidents occurred sporadically within their services, making staff more susceptible during calm periods to allowing levels of awareness to fall. Participants felt the competence activities and tools led to a more sustained focus on the threat of staff-directed violence and aggression. This awareness helped make staff, and the workplace, more prepared to deal with the issue.

Others who thought their staff already had good levels of awareness and competence said the activities helped remind the staff of the importance of being attentive to staff-directed violence and aggression and of keeping preventive and handling strategies and tools in mind.

Participants described the education and tools offered as different yet complementary, and said their staff had expanded their practical understanding of staff-directed aggression as a result:

'To learn how to think about safety and how to act according to what you observe. How you meet feelings relationally and in conversation. The way you interact with these service users' (Male manager 4).

Participating managers said staff – and in some instances themselves – had gained a deeper understanding of violence and aggression as being deep-seated, complex and contextually dependent phenomena. They described staff's greater awareness of alternative ways to manage situations, and of their own role and responses during aggressive encounters with service users.

This led to a change in staff attitudes to the responsibilities and limitations of their role. Those who, before the education initiatives, might have lingered in potentially threatening situations or tried to solve situations on behalf of the service users, gained an increased understanding of their limitations in these situations and of their roles as mental health workers. This seemed to make withdrawal from perilous situations a more viable option, as effectively summed up by one of the participants:

'What has been achieved is an attitude change [among staff]. That you should think more about yourself, rather than stick it out just to help and guard the service user from harm and make sure the service user is okay and well. Instead, think more about yourself. The service user is probably caught in a line of thought we aren't going to be a part of anyway, so whatever we do it won't help. You'd preferably pull out instead' (Female manager 5).

However, this did not entail abandoning the service user or neglect of efforts to prevent or manage situations. Rather, this seemed to concern staff's preservation of their own safety in particularly aggravated situations.

Empowered and collaborative practice through negotiations of power relations

Managers presented an overall view of their personnel as having become more capable, prepared, autonomous, confident and effective in dealing with staff-directed aggression. They described the competence development activities as empowering for both individual staff members and the team. This positively affected collaboration with service users and other collaborating parties, such as the specialist mental health services:

'ViVo [continuing education in violence risk assessment and management offered to resource persons] has been very important in relation to our staff gaining more confidence when meeting with the psychiatric services and in discussions concerning discharge. We have a much stronger say in the psychiatric services. Far more confidence, maybe, than earlier because we, to some extent, share their conceptual framework, and we are familiar with the tools they use' (Male manager 1).

The competence development activities served as a theoretical foundation for staff who had previously relied predominantly on knowledge born of experience, and as confirmation and authentication of their existing competence. The confidence – and, for some resource persons, pride – of increased understanding also contributed to staff being more self-assured when making requests or when expressing their views about risk assessment of service users and contextual factors. This applied to communication with their own managers and with collaborating mental health services, resulting in more nuanced assessments of individual service users:

‘Quite often, I notice that when they [specialist mental health services] realise that we are competent in something that is in their area of professional expertise... Because, occasionally, some specialists take pleasure in showing off their specialist competence and leave it with ‘This is what we have done...’. When they realise that we understand, ‘No, that does not work here’. Then, the outcome for the service user is different’ (Female manager 7).

Several of the participants said competence development allowed for more critical appraisal of risk assessments from psychiatry. Greater insight into formal risk assessment tools and frameworks meant staff were able to challenge existing assessments from psychiatric services and propose their own, more contextualised and nuanced assessments, derived from being closer to service users’ everyday lives.

As a result, some participants reported increased recognition from collaborative partners, meaning their perspective was given greater attention:

‘We can now actually phone them [the specialist mental health services] and present our opinion, and they act on it’ (Female manager 7).

Most of the participants concurred that the competence activities had helped balance inequalities in power relations between the community mental health and substance abuse services, and collaborating specialist mental health services. Partaking in further education alongside participants from psychiatric services promoted a more unified, appreciative and collaboratively receptive approach to addressing staff-directed aggression between the service levels.

Increased courage in the face of the hardship caused by staff-directed aggression was also reported. Some pointed out that dealing with this in mental health services was an issue fraught with stigma and apprehension. Competence development gave staff the resolve to talk about aggression with service users, and the *‘courage to help people deal with the things that repeatedly alienate them from everything’* (Female manager 1). The result was more purposeful efforts to address indications of staff-directed aggression collaboratively with service users and cultivating a shared exploration of the underlying reasons.

Managers and resource persons were also empowered to develop training protocols and education activities within their own services by applying learning materials and tools developed in the project, sometimes in collaboration with other local services. This enabled access to wider perspectives on prevention and management from collaborative partners and during training with practitioners from other fields of practice.

On a more critical note, some participants expressed limited confidence that the change brought about by the education and training activities would be real and lasting in their services; they viewed the activities as being too theoretical and far removed from the practicalities of staff’s day-to-day work. One participant viewed it as an easy way for higher management in municipal districts to discharge their obligations without further commitment to the cause:

‘I think these courses are to some extent used by employers to document that things have been done. When suddenly an incident of whistleblowing regarding safety not being ensured appears, then they can report that staff has attended courses. The employers have done what they’re

supposed to. Professional supervision has been given. A lot is about documenting that things are in order. In that regard, these courses are very convenient' (Male manager 2).

This statement recalls the potential downsides of competence development, especially where there is a lack of support and organisational commitment.

Adjustment of management responsibilities and assignments

A third outcome from participating in education and the application of supportive tools was an shifting of management obligations to address staff-directed aggression. Some participants spoke of this change as a relief, in terms of being not solely responsible for staff training in a difficult area:

'To me, as a leader, it is alleviating. We are a small workplace, and we are somewhat isolated, right? We have our own personnel meetings and our own health and safety representative. We have our own 'total-thing' [i.e., complete and self-sufficient operation] going on in our corner here. So, to me, it has been alleviating and a relief that not everything concerning violence, threats, the interpretation of signals ... That all that kind of training of staff has to go through me' (Female manager 1).

This perceived impact extended to responsibilities to staff and service users following incidents, and to cooperation with partners in other mental health and substance abuse services, as well as to establishing workplace routines and regulations. In Norway, employers are required by law to collaborate with staff-elected personnel who help develop and oversee workplace health and safety, and to ensure staff assignments and the workplace environment comply with regulations. One participant described an interaction with her local health and safety representative, who had returned from one of the courses, having acquired:

'A considerable urgency in making routines about "What do we do with violence and threats?" This was a workplace routine I was supposed to have developed. But, after returning from the course, the health and safety representative was all over me, all the time: "You have to put that workplace routine into writing!" In the end, she went and wrote it herself! That was very nice. I could just sign it, and then, we were done' (Female manager 2).

Participants noted an increase in staff autonomy following education, contributing to personnel taking more responsibility and giving managers the confidence to entrust their personnel with handling situations appropriately themselves.

Some participants disclosed their own strong reactions and emotional turmoil in response to incidents of staff-directed violence and aggression. They expressed concern about how these reactions could potentially muddle their ability to communicate appropriate principles of practice and balance their efforts at supervising and instructing their staff. Thus, the educational activities staff – and often managers themselves – had participated in were viewed as a better way to accommodate competent practice in their own teams, through 'proper' and pedagogical methods that were provided by skilled educators using coherent instruction.

Yet, an increased focus on staff-directed aggression resulted in all participants identifying multiple aspects of practice they perceived to be in need of review in the future.

'It's going to have implications for this team, to put it that way. Yes, I have great ambitions for changing... That is, to make routines for this' (Female manager 2).

The imperatives for action identified by the managers included, inter alia, the need to develop a more systematic, structured and collaborative way of working, both within the teams and when following

up with service users. This involved maintaining awareness and focus within teams by accommodating self-reflection and discussions. Providing employees with opportunities to practise and further develop knowledge and skills was considered vital by managers. This entailed a commitment to allow staff and resource persons wider involvement in more areas of practice. By facilitating discussions among colleagues and through day-to-day supervision, the resource person was ascribed particular prominence in supporting the managers' efforts in this respect.

A further implication of this approach was the need to provide staff and collaborative partners with timely and appropriate information about indications of a heightened risk of aggression in service users. This was suggested by some as means to enable incidents or potential situations to be dealt with more safely and effectively.

Several participants described themselves as role models for their staff and as facilitators of practice in their workplace. This meant taking a visibly serious and respectful approach, and adapting their own attitudes and conduct towards staff-directed aggression. Some spoke of encouraging staff to 'dig deeper' – to explore the underlying reasons for and meaning behind signs of aggression. Others sought to influence staff by overtly modelling ways to elicit information from collaborative partners regarding risk assessments. This was expressed by a manager when reflecting on his own and his local resource person's roles as models for their colleagues:

'I haven't noticed staff requiring more [information from specialist mental health services]. I don't think so. But, maybe we in some way are able to ask questions that some staff might overhear and might find relevant to ask or to reflect upon themselves' (Male Manager 3).

This particular statement was somewhat ambivalent, as it arose from an experienced status as a lone 'carrier' of competence in prevention and management. This suggests the incorporation of competence and development of practice in workplaces can require considerable effort and commitment by several stakeholders, beyond just attending courses or telling, or even showing, colleagues how to act.

Discussion

This article aims to explore the perceptions of managers in community mental health and substance abuse services regarding the impact of staff undertaking competence development activities and applying supportive tools for the prevention and management of staff-directed aggression. The findings underline the importance of awareness and understanding in such situations, as well as addressing the distribution of power and level of cooperation in mental health and substance abuse work. Even though the activities and tools were not developed according to principles of a particular framework for person-centred practice (McCormack and McCance, 2017) or a model for person-centred practice development (Manley and McCormack, 2004), it is argued that the findings may have relevance for both person-centred practice development and recovery-oriented practices.

Aware and enabled practitioners

According to the participants, education gave learners insight into many factors relevant to staff-directed aggression, notably the idea that aggression is a multifaceted, deeply embedded, personal, contextual and relational phenomenon. Emphasis was also placed on an appreciation of the role of staff during aggressive encounters, on the ability to consider alternative actions depending on the situation, and on gaining a better understanding of the input of the workplace and of collaborative partners. According to the participants, increased understanding and awareness also resulted in heightened levels of service-user involvement and increased collaboration. These have been found to be prerequisites of recovery-oriented practice in encounters with aggression in mental health settings (Lim et al., 2019) and are key to person-centred frameworks (McCance and McCormack, 2017).

The participants in the courses and the various educational activities seemed from the managers' accounts to have experienced an opening of relevant 'dimensions of variation' of practice in encounters

with staff-directed aggression. According to Marton and Booth (1997), this is a basic premise for learning and promotes broader, more empowering notions of the phenomenon. Development of competence is comparable to staff acquiring more powerful ways of seeing practice and is contingent on learners being provided with opportunities to learn about the different aspects of a phenomenon and with opportunities to practice discerning these aspects through their own work. In this study, this seemed to have been achieved by a systematic and purposeful offering of general and in-depth education, as well as through the actual learning content of each course and seminar being tailored to portray phenomenal variation – that is, showing practice as consisting of various critically important aspects. Managers noted that greater proficiency in low conflict practice meant staff had not only become more effective and flexible in safe service provision but could also grasp a more ‘holistic’ notion of practice and the helping relationship (McCance and McCormack, 2017).

Critical deliberation of own practice

Being subjected to violent aggression from service users is frequently a disquieting experience for the victim. Such incidents are often perceived as ‘part of the job’ (Rippon, 2000, p 457) although, according to the participants in this study, they do not happen regularly. Nevertheless, threatening behaviour from service users could be interpreted as a breach in mental health care staff’s expectations of reciprocity in relating to each other as fellow human beings in the helping relationship (Sandhu et al., 2015). This might well count as a disorienting dilemma (Mezirow, 1990) for the service provider. As suggested by Mezirow (1991), such experiences are incompatible with the way practitioners perceive the meaning structures of their work and, as such, represent an opportunity to revise earlier established assumptions regarding practice. Direct and indirect experiences with staff-directed aggression in the workplace provided avenues for staff to seek new perspectives and answers related to practice during participation in the competence-building activities.

In this study, participation in education and the application of tools supporting further competence and practice development seemed to precipitate critical deliberation regarding the practice of staff and managers, again fostering momentum for the revision of previous workplace practices and routines. Critical reflection such as this involves the learner engaging in ‘*challenging the validity of presuppositions in prior learning*’ (Mezirow, 1991, p 12, italics in the original), questioning and examining the very bedrock of one’s practice and supporting a deeper, more involved (and eventually, transformative) learning effort (Howie and Bagnall, 2015). With regard to person-centredness, such critical reflection is seen as a requisite tool for emancipatory practice development (Smith, 2016).

Roberts (2015) suggests that courage is a requirement for critical reflection in mental health practice. From this study’s findings, this seemed to have importance for practice development at the participants’ workplaces. Practice development at the various workplaces following the education initiatives was largely contingent on the willingness and courage of both the individual and the collective to address the issue at hand and to take deliberate action.

A shared understanding of practice in aggressive encounters

In gaining or regaining awareness of staff-directed aggression, a more deliberate effort seemed to have been achieved in teams. This seems to have paved way for a common reflective dialogue in the workplace, closer attention among staff to service-user communication and behaviours, and a commitment to a continued focus on developing practice able to prevent and manage staff-directed aggression. According to Marton (2015), learning, on a collective level, is achieved through changes in ways of seeing that come to be shared by a group, community or – as in this case – teams. Such changes in perspective could arguably be common outcomes of participation in education and training but can be further reinforced by continued reflection and elaboration of the phenomenon in the workplace. As managers in this study reported, participating teams seemed to have gained the ability to collectively explore alternate ways to handle situations and develop their own understanding of practice in aggressive encounters with service users. It could be argued that this development was initiated both

by an individual and a collective expansion of the conception of prevention and management practice within the teams. The development of practice and competence was achieved by attuning individual conceptual abilities to a more unified and shared understanding in the workplace.

Building on insights from both phenomenography and social constructionism, Sandberg and Targama (2007) put forth the notion that competence, on a collective level, consists of a 'shared understanding' and can be 'characterised by an interaction between several individuals in performing a specific task' (p 89). They continue by claiming that 'shared understanding is developed and maintained through the circular dialectics between the subjective and objective construction of reality and forms the basis for the competence developed and used within the organisation' (p 93). Competence development thus requires an interplay between an individual's understanding of work and the commitments and obligations towards the organisation that are shared by its members. In this study, these changes proved significant enough for some services to inspire them to develop own competence and practice development activities, in addition to restructuring expectations regarding the allocation of duties between managers and staff.

Enhanced understanding, as well as a more encompassing awareness, expressed by the participants in this study seem to support the development of more adept ways to handle aggressive encounters with service users, individually and collectively. Schat and Kelloway (2000) suggest that perceived control (in the form of staff perceptions of their ability to understand, influence and predict situations) during encounters with workplace aggression has a substantial impact on counteracting its potentially negative effects on staff. Furthermore, they propose education and training as a way to enhance staff perceptions of control in such instances (Schat and Kelloway, 2000). Thus, this article argues that the services taking on the education and supportive tools might have fostered more persistent and coherent service provision in the face of staff-directed aggression by contributing to an increasingly resilient and confident workforce.

Transformations of power and the advancement of collaborative partnerships

Participating in education not only increased the understanding and availability of risk assessment and management tools but also contributed to increased recognition from specialist mental health services of the relational and contextual knowledge held by community mental health services. The learning experienced in the community mental health teams did not entail an abandonment of their former knowledge base and perspectives, but enabled them to argue their position more convincingly and with greater credibility, due to a more encompassing understanding and bolstered self-confidence. Education also seemed to endorse managers' valuing of and trust in collaboration with service users in devising strategies to prevent and manage staff-directed aggression. From a transformational learning perspective (Mezirow, 1991), this study argues that what staff and managers might have experienced was a reassessment of their previous (distorted) assumptions about what constitutes a valid source of knowledge or information for practice. This reassessment contributed to new respect for contextual and relational competence, which was expanded by aspects of the technical-rational domain of psychiatric risk assessment and management. Schön (1991, p 42) differentiates between 'high-ground' practice, which comprises technically and theoretically manageable problems, and practice in the 'swampy lowlands', which, in contrast, comprises messy and confusing problems that defy technical solution. Although he accords the latter type with the greatest human importance, he concedes that 'high-ground' practice has superiority in the field of practice. The services portrayed in this study seemed to endorse a relational and contextually accommodating practice, lenient towards uncertainty and ambiguity in providing personalised care for service users – a type of practice often previously disregarded by their collaborating partners in the specialised mental health services.

As has been seen, McCormack et al. (2007) propose that the key methodological principles of practice development are collaboration, inclusion and participation. The scope of the competence development activities and tools has been established, along with how these have helped facilitate dialogue and

shared reflection at the workplace, to be in accordance with these principles. What further corroborates this is these findings' suggestion that outcomes of participation in the competence development activities included staff becoming more accommodating and attentive of service-user perspectives on workplace practices, more attuned to equal collaboration with other parts of the mental health system, and increasingly mindful of their own and colleagues' understandings of practice. This suggests that a more elaborate and communal foundation for practice development has been accomplished through partaking in the competence development activities.

Within the field of mental health, evidence-based, statistical and summative means for establishing a person's likelihood to behave violently, based on established knowledge of violent aggressors as a group, has enjoyed a longstanding hegemonic status (Godin, 2004). Baines (2004) claims that formal and technical competence of this type is often held in higher regard than the more relational, emotional and, often, tacit forms of competence that are also part of human care work. Godin (2004) shows that community mental health practices often reflect the latter form of competence, even though Carlsson et al. (2000) also demonstrate similar tacit forms of caring knowledge among 'floor-level' practitioners in inpatient psychiatric services. This suggests that proximity to service users has a significant impact on the way practitioners develop competence and their understanding of mental health and substance abuse care. This study's findings show that this idea manifests itself in managers' continued valuation of the contextual and situational knowledge of their staff and in their desire to promote its value to specialist services, bolstered by participation in education. Grant et al. (2015) criticise contemporary evidence-based healthcare for promoting cultural practices that privilege rational, quantitative, post-positivist assumptions of knowledge at the cost of knowledge based on service-user feedback and preference. Instead, Grant (2015) argues for mental health practice informed by a 'human paradigm' that is more attuned to the narratives and lived experiences of the people mental health care practitioners are engaged in helping. Brookfield (2012) underscores the critical structural and political potential of transformation theory, and the findings of this study seem to resonate with the view of community staff's competence versus that of the specialist psychiatric services. Interestingly, the status of the competence and forms of knowledge in the community services seems to have been heightened by adopting – yet never uncritically consenting to – the vocabulary of technical-rational conceptions of psychiatric risk assessment.

Limitations

Although we sought trustworthiness in this study in the ways described above, we concede that the findings might partially portray the contribution of education to the prevention and management of staff-directed aggression in the workplace. A different sample could conceivably have delivered different, yet equally meaningful representations of other participants' perceptions. This study is about specific educational activities, located within a specific context, in Norwegian community mental health and substance abuse services. We are unable to draw generalisations with other populations or with other educational settings. We do however argue that our findings contribute to the 'collective mind' (Marton and Booth, 1997) regarding research on education and training in the prevention and management of staff-directed aggression and violence in non-institutional mental health and substance abuse settings.

In the study, participants focused mainly on positive outcomes even though, as we have shown, some mentioned limitations and concerns regarding the potential for change. The predominantly positive focus among the participants could be a limitation in terms of any potential negative outcomes of the competence development activities. Even though the interviewer might have influenced participants because they knew him in advance through his long-time involvement in the competence development activities, we strived to mitigate this by endorsing an open style of interviewing as possible. Negative expressions were consistently followed up as an additional strategy for accommodating dissent.

Conclusions and implications for practice

In this study, we found the promotion of recovery-oriented and disempowerment-sensitive prevention and management of staff-directed aggression not only fostered increased awareness and understanding in the services, but also helped empower staff in encounters with such aggression. It also contributed to a levelling of existing power differentials between parties involved in service provision, thus making possible more authentic, recovery-oriented and ultimately, person-centred collaboration.

Education for person-centred practice is entangled in a complex array of contextual and systemic considerations and concerns, comprising the often diverging perspectives, values and conations of service users, colleagues and collaborating partners, as well as the practitioners' own. We argue that education in prevention and management of staff-directed aggression must take this complexity into account and promote more symmetrical, comprehensive and supportive versions of practice for the practitioners in the field, in line with person-centred and recovery-oriented principles.

We suggest that practice development could be effectively promoted if preceded by some sort of disorienting dilemma, including a sense of unease with practice, an intention to revise practice and a commitment to deliberate maintenance of staff competence using reflective discussions and emphasis on continued awareness. Maagerø-Bangstad et al. (2019) suggest that education and training in non-formal education settings should take into account the perspective of the participants' lifeworlds and incorporate their experiences with staff-directed aggression to make education both intelligible and relevant. Failing to target participants' disorienting dilemmas in a meaningful way, or making education over-technical and difficult to relate to their experiences, might hinder the efficient unpacking of critical aspects of the phenomenon. This result would predictably impede the ability to develop more powerful ways of seeing among participants and, as such, limit the potential contribution of education and training to the workplace.

With regard to the principles of recovery-oriented and person-centred research, we suggest that the perspectives and experiences of service users with competence and practice development endeavours should be included in descriptions of outcomes of education and training. A possible avenue of research into managers as facilitators of practice would be to inquire into how different management styles impact on staff practices in the prevention and management of staff-directed aggression in mental health and substance abuse services.

Finally, in line with Beresford (2016), we would like to point to the need to include service users in the development of social policies and practices, not least when deciding how aggression from service users is handled within mental health and substance abuse services.

References

- Arnetz, J. and Arnetz, B. (2001) Violence toward health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Social Science & Medicine*. Vol. 52. No. 3. pp 417-427. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00146-5](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00146-5).
- Baines, D. (2004) Losing the 'eyes in the back of our heads': social service skills, lean caring, and violence. *Journal of Sociology and Social Welfare*. Vol. 31. No. 3. pp 33-50.
- Barling, J., Rogers, A. and Kelloway, E. (2001) Behind closed doors: in-home workers' experience of sexual harassment and workplace violence. *Journal of Occupational Health Psychology*. Vol. 6. No. 3. pp 255-269. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.6.3.255>.
- Beech, B. and Leather, P. (2006) Workplace violence in the health care sector: a review of staff training and integration of training evaluation models. *Aggression and Violent Behavior*. Vol. 11. No. 1. pp 27-43. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2005.05.004>.
- Beresford, P. (2016) *All Our Welfare: Towards Participatory Social Policy*. Bristol: Policy Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctt1t88xgj>.

- Bjørkly, S. (2006) Psychological theories of aggression: principles and application to practice. Chp 2 in Richter, D. and Wittington, R. (Eds.) (2006) *Violence in Mental Health Settings: Causes, Consequences, Management*. New York: Springer. pp 27-46. https://doi.org/10.1007/978-0-387-33965-8_2.
- Borg, M. (2009) Intet om oss uten oss [Nothing about us, without us]. Chp 2 in Borg, M. and Kristiansen, K. (Eds.) (2009) *Medforskning – å Forske Sammen for Kunnskap om Psykisk Helse [Co-operative Inquiry – to Inquire in Collaboration for Knowledge on Mental Health]*. Oslo: Universitetsforlaget. pp 29-41.
- Brookfield, S. (2012) Critical theory and transformative learning. Chp 8 in Taylor, E. and Cranton, P. (Eds.) (2012) *Handbook of Transformative Learning: Theory, Research and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass. pp 131-146.
- Büssing, A. and Höge, T. (2004) Aggression and violence towards home care workers. *Journal of Occupational Health Psychology*. Vol. 9. No. 3. pp 206-219. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.9.3.206>.
- Campbell, C. (2017) Incident reporting by health-care workers in noninstitutional care settings. *Trauma, Violence and Abuse*. Vol. 18. No. 4. pp 445-456. <https://doi.org/10.1177/1524838015627148>.
- Carlsson, G., Dahlberg, K. and Drew, N. (2000) Encountering violence and aggression in mental health nursing: a phenomenological study of tacit caring knowledge. *Issues in Mental Health Nursing*. Vol. 21. No. 5. pp 533-545. <https://doi.org/10.1080/01612840050044276>.
- Daniels, J. and Anadria, D. (2019) Experiencing and witnessing patient violence – an occupational risk for outpatient therapists? *Psychiatric Quarterly*. Vol. 90. No. 3. pp 533-541. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09648-x>.
- Davidson, L. and White, W. (2007) The concept of recovery as an organizing principle for integrating mental health and addiction services. *The Journal of Behavioral Health Services and Research*. Vol. 34. No. 2. pp 109-120. <https://doi.org/10.1007/s11414-007-9053-7>.
- Dewing, J. (2008) Implications for nursing managers from a systematic review of practice development. *Journal of Nursing Management*. Vol. 16. No. 2. pp 134-140. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00844.x>.
- Elo, S. and Kyngäs, H. (2008) The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 62. No. 1. pp 107-115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>.
- Fry, A., O’Riordan, D., Turner, M. and Mills, K. (2002) Survey of aggressive incidents experienced by community mental health staff. *International Journal of Mental Health Nursing*. Vol. 11. No. 2. pp 112-120. <https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2002.00234.x>.
- Fujimoto, H., Hirota, M., Kodama, T., Greiner, C. and Hashimoto, T. (2017) Violence exposure and resulting psychological effects suffered by psychiatric visiting nurses in Japan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. Vol. 24. No. 8. pp 638-647. <https://doi.org/10.1111/jpm.12412>.
- Galinsky, T., Feng, H., Streit, J., Brightwell, W., Pierson, K., Parsons, K. and Proctor, C. (2010) Risk factors associated with patient assaults of home healthcare workers. *Rehabilitation Nursing*. Vol. 35. No. 5. pp 206-215. <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.2010.tb00049.x>.
- Gates, D., Gillespie, G. and Succop, P. (2011) Violence against nurses and its impact on stress and productivity. *Nursing Economics*. Vol. 29. No. 2. pp 59-66.
- Gergen, K. (2011) *Relational Being: Beyond Self and Community*. New York: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:osobl/9780199846269.001.0001>.
- Godin, P. (2004) ‘You don’t tick boxes on a form’: a study of how community mental health nurses assess and manage risk. *Health, Risk and Society*. Vol. 6. No. 4. pp 348-360. <https://doi.org/10.1080/13698570412331323234>.
- Graneheim, U., Lindgren, B. and Lundman, B. (2017) Methodological challenges in qualitative content analysis: a discussion paper. *Nurse Education Today*. Vol. 56. pp 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>.
- Graneheim, U. and Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. Vol. 24. No. 2. pp 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>.

- Grant, A. (2015) Demedicalising misery: welcoming the human paradigm in mental health education. *Nurse Education Today*. Vol. 35. No. 9. pp e50-e53. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.05.022>.
- Grant, A., Zeeman, L. and Aranda, K. (2015) Queering the relationship between evidence-based mental health and psychiatric diagnosis: some implications for international mental health nurse curricular development. *Nurse Education Today*. Vol. 35. No. 10. pp e18-e20. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.07.033>.
- Guba, E. and Lincoln, Y. (1989) *Fourth Generation Evaluation*. Thousand Oaks, US: Sage.
- Howie, P. and Bagnall, R. (2015) A critical comparison of transformation and deep approach theories to learning. *International Journal of Lifelong Education*. Vol. 34. No. 3. pp 348-365. <https://doi.org/10.1080/02601370.2014.1000409>.
- Hummelvoll, K., Karlsson, B. and Borg, M. (2015) Recovery and person-centredness in mental health services: roots of the concepts and implications for practice. *International Practice Development Journal*. Vol. 5. Suppl. Article 7. pp 1-7. <https://doi.org/10.19043/ipdj.5sp.009>.
- Jackson, D., Clare, J. and Mannix, J. (2002) Who would want to be a nurse? Violence in the workplace – a factor in recruitment and retention. *Journal of Nursing Management*. Vol. 10. No. 1. pp 13-20. <https://doi.org/10.1046/j.0966-0429.2001.00262.x>.
- Kaplan, S. and Wheeler, E. (1983) Survival skills for working with potentially violent clients. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*. Vol. 64. No. 6. pp 339-346. <https://doi.org/10.1177/104438948306400603>.
- Lanctôt, N. and Guay, S. (2014) The aftermath of workplace violence among healthcare workers: a systematic literature review of the consequences. *Aggression and Violent Behavior*. Vol. 19. No. 5. pp 492-501. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.07.010>.
- Lillevik, O.G. and Øien, L. (2012) Miljøterapeutisk praksis i forebygging av vold [Milieu-therapeutic practice in prevention of violence]. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid [Journal of Mental Health Work]*. Vol. 9. No. 3. pp 207-217.
- Lim, E., Wynaden, D. and Heslop, K. (2019) Changing practice using recovery-focused care in acute mental health settings to reduce aggression: a qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*. Vol. 28. No. 1. pp 237-246. <https://doi.org/10.1111/inm.12524>.
- Maagerø-Bangstad, E.R., Sælør, K.T. and Ness, O. (2019) Encountering staff-directed aggression in mental health and substance abuse services: exploring conceptions of practice following education. *International Journal of Mental Health Systems*. Vol. 13. Article 20. pp 1-13. <https://doi.org/10.1186/s13033-019-0277-8>.
- Manley, K. and McCormack, B. (2004) Practice development: purpose, methodology, facilitation and evaluation. Chp 3 in McCormack, B., Manley, K. and Garbett, R. (Eds.) (2004) *Practice Development in Nursing*. Oxford: Blackwell. pp 33-50.
- Manley, K., O'Keefe, H., Jackson, C., Pearce, J. and Smith, S. (2014) A shared purpose framework to deliver person-centred, safe and effective care: organisational transformation using practice development methodology. *International Practice Development Journal*. Vol. 4. No. 1. Article 2. pp 1-31. Retrieved from: fons.org/library/journal/volume4-issue1/article2. (Last accessed 15th September 2020).
- Manley, K., Titchen, A. and McCormack, B. (2013) What is practice development and what are the starting points? Chp 3 in McCormack, B., Manley, K. and Titchen, A. (Eds.) (2013) *Practice Development in Nursing and Healthcare* (2nd edition). Chichester, UK: John Wiley and Sons. pp 45-65.
- Marshall, C. and Rossman, G. (1999) *Designing Qualitative Research*. (3rd edition). Thousand Oaks, US: Sage.
- Marton, F. (2015) *Necessary Conditions of Learning*. New York: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315816876>.
- Marton, F. and Booth, S. (1997) *Learning and Awareness*. New York: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203053690>.
- McNamee, S. (2010) Research as social construction: transformative inquiry. *Health and Social Change*. Vol. 1. No. 1. pp 9-19.

- McCance, T. and McCormack, B. (2017) The person-centred practice framework. Chp 3 in McCormack, B. and McCance, T. (Eds.) (2017) *Person-centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice* (2nd edition). Chichester, UK: John Wiley and Sons.
- McCormack, B., Dewing, J. and McCance, T. (2011) Developing person-centred care: addressing conceptual challenges through practice development. *Online Journal of Issues in Nursing*. Vol. 16. No. 2. pp 1-12. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No02Man03>.
- McCormack, B., Manley, K. and Titchen, A. (2013) Preface in McCormack, B., Manley, K. and Titchen, A. (Eds.) (2013) *Practice Development in Nursing and Health Care*. (2nd edition). Chichester, UK: John Wiley and Sons. pp x-xii.
- McCormack, B. and McCance, T. (2017) Underpinning principles of person-centred practice. Chp 2 in McCormack, B. and McCance, T. (Eds.) (2017) *Person-centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice*. (2nd edition). Chichester, UK: John Wiley and Sons.
- McCormack, B., Wright, J., Dewar, B., Harvey, G. and Ballantine, K. (2007) A realist synthesis of evidence relating to practice development: recommendations. *Practice Development in Health Care*. Vol. 6. No. 1. pp 76-80. <https://doi.org/10.1002/pdh.213>.
- Mezirow, J. (1990) How reflection triggers transformative learning. Chp 1 in Mezirow, J. and Associates (Eds.) (1990) *Fostering Critical Reflection in Adulthood. A Guide to Transformative and Emancipatory Learning*. San Francisco: Jossey-Bass. pp 1-20.
- Mezirow, J. (1991) *Transformative Dimensions of Adult Learning*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Mishler, E. (1991) *Research Interviewing: Context and Narrative*. Cambridge, US: Harvard University Press.
- Nolan, P., Dallender, J., Soares, J., Thomsen, S. and Arnetz, B. (1999) Violence in mental health care: the experiences of mental health nurses and psychiatrists. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 30. No. 4. pp 934-941. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01163.x>.
- Norwegian Health Directorate (2014) *Sammen om Mestring. Veileder i Lokalt Psykisk Helsearbeid og Rusarbeid for Voksne. Et Verktøy for Kommuner og Spesialisthelsetjenesten. IS-2076 [Together in Coping. Guidelines in Local Mental Health Work and Substance Abuse Care for Adults. A Tool for Municipalities and the Specialist Health Services]*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Norwegian Ministry of Labour and Social Affairs (2016) *Arbeidsmiljøloven. Forskrift §23A. Arbeid som kan Medføre fare for å Bli Utsatt for Vold og Trusler om Vold [The Working Environment Act. Regulation §23A. Work that can Involve Danger of Being Subject to Violence and Threats of Violence]*. Oslo: Arbeids-og sosialdepartementet.
- Price, O. and Baker, J. (2012) Key components of de-escalation techniques: a thematic synthesis. *International Journal of Mental Health Nursing*. Vol. 21. No. 4. pp 310-319. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00793.x>.
- Rippon, T. (2000) Aggression and violence in health care professions. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 31. No. 2. pp 452-460. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01284.x>.
- Roberts, M. (2015) *Critical Thinking and Reflection for Mental Health Nursing Students*. Thousand Oaks, US: Sage. <https://doi.org/10.4135/9781526474087>.
- Roche, M., Diers, D., Duffield, C. and Catling-Paull, C. (2009) Violence toward nurses, the work environment, and patient outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*. Vol. 42. No. 1. pp 13-22. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01321.x>.
- Sandberg, J. and Targama, A. (2007) *Managing Understanding in Organizations*. London: Sage. <https://doi.org/10.4135/9781446212530>.
- Sandelowski, M. (1995) Sample size in qualitative research. *Research in Nursing & Health*. Vol. 18. No. 2. pp 179-183. <https://doi.org/10.1002/nur.4770180211>.
- Sandelowski, M. (2011) When a cigar is not just a cigar: alternative takes on data and data analysis. *Research in Nursing and Health*. Vol. 34. No. 4. pp 342-352. <https://doi.org/10.1002/nur.20437>.
- Sandhu, S., Arcidiacono, E., Aguglia, E. and Priebe, S. (2015) Reciprocity in therapeutic relationships: a conceptual review. *International Journal of Mental Health Nursing*. Vol. 24. No 6. pp 460-470. <https://doi.org/10.1111/inm.12160>.

- Schat, A. and Kelloway, E. (2000) The effects of perceived control on the outcomes of workplace aggression and violence. *Journal of Occupational Health Psychology*. Vol. 5. No. 3. pp 386-402. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.5.3.386>.
- Schön, D. (1991) *The Reflective Practitioner*. Farnham, UK: Ashgate.
- Smith, K. (2016) Reflection and person-centredness in practice development. *International Practice Development Journal*. Vol. 6. No. 1. pp 1-6. <https://doi.org/10.19043/ipdj.61.012>.
- Svalund, J. (2009) *Vold og Trusler om Vold i Offentlig Sektor [Violence and Threats of Violence in the Public Sector]*. Report No. 30. Oslo: Fafo.
- Taylor, K. and Elias, D. (2012) Transformative learning: a developmental perspective. Chp 9 in Taylor, E.W. and Cranton, P. (Eds.) (2012) *Handbook of Transformative Learning. Theory, Research and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass. pp 147-61.
- Tonso, M., Prematunga, R., Norris, S., Williams, L., Sands, N. and Elsom, S. (2017) Workplace violence in mental health: a Victorian mental health workforce survey. *International Journal of Mental Health Nursing*. Vol. 25. No. 5. pp 444-451. <https://doi.org/10.1111/inm.12232>.

Acknowledgements

The authors wish to thank Ellen Kobro and Grete Vedlog for their contribution and assistance in coordinating the research project of which this study is a part. We also wish to thank the participants in the study and the reference-group members for their invaluable contribution in developing the data and collaboration in providing insight into the findings.

Erlend R. Maagerø-Bangstad (MEd), PhD Candidate, Dept. of Health and Social and Welfare Studies, Faculty of Health and Social Sciences, University of South-Eastern Norway, Drammen, Norway.

Knut Tore Sæølør (PhD, MSH, RN), Associate Professor, Dept. of Health and Social and Welfare Studies, Faculty of Health and Social Sciences, University of South-Eastern Norway, Drammen, Norway.

Ottar Ness (PhD, Cand. polit.), Professor, Dept. of Education and Lifelong Learning, Faculty of Social and Educational Sciences, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway.

Vedlegg

Vedlegg I Informasjonsskriv, delstudie 1

Vedlegg II Informasjonsskriv, delstudie 2

Vedlegg III Informasjonsskriv, delstudie 3

Vedlegg IV Spørreskjema, bakgrunnsinformasjon deltakere, delstudie 1

Vedlegg V Spørreskjema, bakgrunnsinformasjon deltakere, delstudie 2

Vedlegg VI Intervjuguide, første gangs intervju, delstudie 1

Vedlegg VII Intervjuguide, andre gangs intervju, delstudie 1

Vedlegg VIII Intervjuguide, første gangs intervju, delstudie 2

Vedlegg IX Intervjuguide, andre gangs intervju, delstudie 2

Vedlegg X Intervjuguide, delstudie 3

Vedlegg XI Fremleggingsvurdering, REK

Vedlegg XII Prosjektvurdering, NSD



Forespørsel om deltakelse i en intervjuundersøkelse i forskningsprosjektet «Kompetanse for bedre tjenester – hvilken betydning har systematiske kompetansetiltak i møte med brukere som kan være truende eller voldelige?»

DEL A

Bakgrunn og hensikt

For å få belyst virkninger av og erfaringer med kurs rettet mot ansatte i Oslo kommune om temaet forebygging og håndtering av trusler og vold mot ansatte i hjemmebaserte tjenester, ønsker vi å gjennomføre intervjuer av deltakere på vårens kurs i regi av Helseetaten, Oslo kommune.

Du som skal delta på et eller begge kursene «*Hvem er jeg i møte med brukeren?*» og/eller «*Grunnkurs i håndtering av trusler og vold*», inviteres til å delta i til sammen to intervjuer, à ca. 1 time. Intervjuene vil finne sted før og en tid etter kurset/kursene. Hensikten er å lære mer om hvordan deltakerne opplever kursene og på hvilken måte kursene bidrar til endret forståelse og praksis i møte med brukerne. Målgruppen i studien er ansatte i hjemmebaserte tjenester i Oslo kommune, som deltar på kurs utviklet i Helseetatens kompetanseprosjekt «Utvikling av metoder og strategier i arbeid med brukere som kan være truende og/eller voldelige».

Hva innebærer studien?

For å få belyst erfaringene ønsker vi å gjennomføre individuelle intervjuer med påmeldte til vårens kurs. Dersom du godkjenner det, tas intervjuet opp på bånd for så å bli skrevet ut. Intervjuene gjennomføres i perioden april - juni 2017. Ansvarlig for gjennomføring av studien er PhD-stipendiat og spesialkonsulent Erlend R. Maagerø-Bangstad, Høgskolen Sørøst-Norge, Fakultet for helse- og sosialvitenskap og Helseetaten, Oslo kommune.

Vi ønsker, på bakgrunn av denne studien, å kunne foreta en oppfølgingsstudie om virkninger av kompetansetiltakene på lang sikt, senest innen utgangen av 2022. Du vil derfor kunne bli kontaktet igjen av prosjektansvarlig Erlend R. Maagerø-Bangstad, for mulige nye intervjuer innen den tid.

Hva skjer med informasjonen om deg

Alle data vil bli behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte i henhold til Personopplysningsloven og etter retningslinjer gitt av Datatilsynet. Dette innebærer at alle personopplysninger er underlagt taushetsplikt. Datamaterialet og personopplysninger vil bli oppbevart separat og på et sikkert sted på Høgskolen i Sørøst-Norge, etter at forskningsprosjektet er avsluttet, med tanke på en oppfølgingsstudie. Hvis du ikke blir kontaktet vedr. oppfølgingsstudie, vil datamaterialet bli anonymisert, senest 31.12.2022. Datamaterialet (og evt. personopplysninger) vil bli endelig slettet senest 01.06. 2024. Forskningsresultatene vil bli publisert som del av en doktorgradsavhandling, i nasjonale og internasjonale fagtidsskrifter og på fagkonferanser.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, vil du bli bedt om å undertegne samtykkeerklæringen på siste side i dette informasjonsskrivet. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det vil ha påvirkning på senere tilbud til deg om kurs og andre arrangementer i regi av Helseetaten.

Dersom har spørsmål om studien, eller ønsker mer informasjon om prosjektet kan du kontakte PhD-stipendiat/spesialkonsulent Høgskolen Sørøst-Norge/Helseetaten, Oslo kommune Erlend R. Maagerø-Bangstad på tlf. 958 16 917.

DEL B

Personvern

Informasjonen som lagres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Data vil bli behandlet konfidensielt, og assistenten som skal forestå transkribering av lydopptakene må signere en databehandleravtale og taushetserklæring.

Dekan ved Høgskolen i Buskerud, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, ved Høgskolen Sørøst-Norge er databehandlingsansvarlig.

Prosjektet er vurdert av personvernombudet for forskning ved NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Utlevering av materiale og opplysninger til andre

Det er kun undertegnede som har adgang til informasjonen og som kan finne tilbake til deg. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Retten til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Økonomi

Studien er finansiert gjennom prosjektmidler fra Helsedirektoratet.

Informasjon om utfallet av studien

Du har som informant rett til å få tilgang til utfall av studien.

Dersom du ønsker å delta, ber vi deg om å melde deg på via e-post til

erlendrinke.bangstad@hel.oslo.kommune.no

NB! Vennligst merk e-posten «Intervjuer Kursdeltakere». Det er også fint om du oppgir et telefonnummer du kan nås på. Du vil deretter bli kontaktet av prosjektleder og bli bedt om underskrive samtykkeerklæringen på siste side.

Intervju Deltakere generelle kurs

Mvh.

Erlend R. Maagerø-Bangstad
Høgskolen Sørøst-Norge/Helseetaten, Oslo kommune

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, prosjektansvarlig, dato)



Forespørsel om deltakelse i individuelle intervjuer i forskningsprosjektet «Kompetanse for bedre tjenester – betydningen av kompetansesatsing rettet mot ansatte som møter brukere som kan være truende og voldelige»

DEL A

Bakgrunn og hensikt

Helseetatens kompetanseprosjekt «Utvikling av metoder og strategier i arbeid med brukere som kan være truende og/eller voldelige» har siden starten i 2010 utviklet en rekke kompetansetiltak. Et av tiltakene som er utviklet, dreier seg om tilbud til enkelte ansatte i bydelene om spesialiserte kompetansetilbud innen forebygging og håndtering av trusler og vold mot ansatte. Hensikten med ressurspersonfunksjonen har vært at bydelene skal kunne nyttiggjøre seg og videreutvikle kompetanse om forebygging og håndtering av trusler og vold på tvers av tjenestestedene. I første halvdel av 2018 gjennomfører Helseetaten i samarbeid med ressurspersoner knyttet til samlokaliserte boliger innen psykisk helse/rus i Oslo Sør (bydelene Østensjø, Nordstrand og Søndre Nordstrand). I forbindelse med dette ønsker vi å snakke med både ansatte og beboere i deltakende boliger om hvordan disse beskriver endringer i forståelse og praksis blant ansatte etter disse kompetansetiltakene.

Denne forespørselen gjelder deltakelse i en intervjuundersøkelse. Det legges opp til et intervju før deltakelse på kompetansetiltak og ett i etterkant (ca. 1-2 måneder etter siste kurs). Hvert av intervjuene vil bli av ca. 1 times varighet. Målet er å lære mer om hvordan deltakere på lokalbaserte kurs utviklet og gjennomført i samarbeid med bydelens ressurspersoner, forstår egen praksis og samarbeide med brukere for å forebygge og håndtere vold og trusler mot ansatte, og derigjennom også få større innsikt i hvordan lokalbaserte kompetansetilbud kan utvikles og implementeres mest mulig hensiktsmessig i psykisk helse- og rusarbeid i bydelene i Oslo kommune.

Hva innebærer studien?

For å få belyst erfaringene ønsker vi å gjennomføre individuelle intervjuer med påmeldte til kursene første halvdel av 2018. Dersom du godkjenner det, tas intervjuet opp på bånd for så å bli skrevet ut. Intervjuene gjennomføres i perioden februar – mai 2018. Ansvarlig for gjennomføring av studien er PhD-stipendiat og spesialkonsulent Erlend R. Maagerø-Bangstad, Høgskolen Sørøst-Norge, Fakultet for helse- og sosialvitenskap og Helseetaten, Oslo kommune.

Vi ønsker, på bakgrunn av denne studien, å kunne foreta en oppfølgingsstudie om virkninger av kompetansetiltakene på lang sikt, senest innen utgangen av 2022. Du vil derfor kunne bli kontaktet igjen av prosjektansvarlig Erlend R. Maagerø-Bangstad, for mulige nye intervjuer innen den tid.

Hva skjer med informasjonen om deg

Alle data vil bli behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte i henhold til Personopplysningsloven og retningslinjer gitt av Datatilsynet. Dette innebærer at alle personopplysninger er underlagt taushetsplikt. Datamaterialet og personopplysninger vil bli oppbevart separat og på et sikkert sted på

Intervjuer – lokalbaserte kompetansetiltak

Høgskolen i Sørøst-Norge, etter at forskningsprosjektet er avsluttet, med tanke på en oppfølgingsstudie. Hvis du ikke blir kontaktet vedr. oppfølgingsstudie, vil datamaterialet bli anonymisert, senest 31.12.2022. Datamaterialet (og evt. personopplysninger) vil bli endelig slettet senest 01.06.2024. Forskningsresultatene vil bli publisert som del av en doktorgradsavhandling, i nasjonale og internasjonale fagtidsskrifter og på fagkonferanser.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det vil ha påvirkning på senere tilbud til deg som ressursperson eller om deltakelse på kurs og andre arrangementer i regi av Helseetaten.

Dersom har spørsmål om studien, eller ønsker mer informasjon om prosjektet kan du kontakte PhD-stipendiat/spesialkonsulent Høgskolen Sørøst-Norge/Helseetaten, Oslo kommune Erlend R. Maagerø-Bangstad på tlf. 958 16 917.

DEL B

Personvern

Informasjonen som lagres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Data vil bli behandlet konfidensielt, og assistenten som skal forestå transkribering av lydopptakene må signere en databehandleravtale og taushetserklæring.

Dekan ved Fakultet for helse- og sosialvitenskap, ved Høgskolen Sørøst-Norge er databehandlingsansvarlig.

Prosjektet er vurdert av personvernombudet for forskning ved NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Utlevering av materiale og opplysninger til andre

Det er kun undertegnede som har adgang til informasjonen og som kan finne tilbake til deg. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Økonomi

Studien er finansiert gjennom prosjektmidler fra Helsedirektoratet.

Informasjon om utfallet av studien

Du har som informant rett til å få tilgang til utfall av studien.

Dersom du ønsker å delta, ber vi deg om å melde deg på via e-post til

erlendrinke.bangstad@hel.oslo.kommune.no

NB! Vennligst merk e-posten «Individuelle intervjuer – ressurspersoniltak, ansatte». Det er også fint om du oppgir et telefonnummer du kan nås på. Du vil deretter bli kontaktet av prosjektleder og bli bedt om underskrive samtykkeerklæringen på siste side.

Intervjuer – lokalbaserte kompetansetiltak

Mvh

Erlend R. Maagerø-Bangstad

Høgskolen Sørøst-Norge/Helseetaten, Oslo kommune

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, prosjektansvarlig, dato)



Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet «Kompetanse for bedre tjenester – Betydningen av kompetansesatsing rettet mot ansatte som møter brukere som kan være truende og voldelige»

DEL A

Bakgrunn og hensikt

Helseetatens prosjekt «Utvikling av metoder og strategier i arbeid med brukere som kan være truende og/eller voldelige» (2010 – 2014) har utviklet flere kompetansetilbud for ansatte i Oslo kommune som utfører sitt arbeide i brukeres hjem. Disse tilbudene varierer fra generelle kurs for alle ansatte, til spesialiserte kurs og seminarer for ressurspersoner i bydelen, til fagsider med e-læringsinnhold på Helseetatens intranettsider.

Denne forespørselen gjelder deltakelse i individuelle intervjuer à ca. en times varighet, der hensikten er å få belyst hvordan ledere forstår kompetanse- og praksisutvikling blant ansatte i egne tjenester i lys av deltakelse på Helseetatens kompetansetiltak om forebygging av vold og trusler i tjenestene. Det søkes i denne studien også kunnskap om hvordan ledere vurderer nytten av de aktuelle kompetansetiltakene i tjenesteutførelsen på eget tjenestested. Målet er, i tillegg til å undersøke betydningen av kompetansetiltakene på praksis i hjemmebaserte tjenester, også å lære mer om og bidra til større forståelse av kompetanseutvikling i tjenestene. De som forespørres må ha personalansvar, og ha ansatte i sine tjenester som har deltatt på Helseetatens generelle kurs om forebygging og håndtering av vold og trusler mot ansatte, og/eller spesialiserte kurs- og arrangementer for ressurspersoner om samme tema.

Hva innebærer studien?

For å få belyst erfaringene ønsker vi å gjennomføre individuelle intervjuer. Dersom du godkjenner det vil intervjuene bli tatt opp på bånd, for så å bli skrevet ut. Intervjuene gjennomføres i perioden november 2017 – desember 2017. Prosjektleder for studien er PhD-stipendiat og spesialkonsulent Erlend R. Maagerø-Bangstad, Høgskolen Sørøst-Norge, Fakultet for helse- og sosialvitenskap og Helseetaten, Oslo kommune.

Vi ønsker, på bakgrunn av denne studien, å kunne foreta en oppfølgingsstudie om langtidsvirkninger av kompetansetiltakene, senest innen utgangen av 2022. Du vil derfor kunne bli kontaktet igjen av prosjektansvarlig Erlend R. Maagerø-Bangstad, for dette formål.

Hva skjer med informasjonen om deg

Alle data vil bli behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte i henhold til Personopplysningsloven og retningslinjer gitt av Datatilsynet. Dette innebærer at alle personopplysninger er underlagt taushetsplikt. Datamaterialet og personopplysninger vil bli oppbevart separat og på et sikkert sted på

Individuelle intervjuer - Ledere

Høgskolen i Sørøst-Norge, etter at forskningsprosjektet er avsluttet, med tanke på en oppfølgingsstudie. Hvis du ikke blir kontaktet vedr. oppfølgingsstudie, vil datamaterialet bli anonymisert, senest 31.12.2022. Forskningsresultatene vil bli publisert som del av en doktorgradsavhandling, i nasjonale og internasjonale fagtidsskrifter og på fagkonferanser.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det vil ha påvirkning på senere tilbud fra, og samarbeide med Helseetaten.

Dersom har spørsmål om studien, eller ønsker mer informasjon om prosjektet kan du kontakte PhD-stipendiat/spesialkonsulent Høgskolen Sørøst-Norge/Helseetaten, Oslo kommune Erlend R. Maagerø-Bangstad på tlf. 958 16 917.

DEL B

Personvern

Informasjonen som lagres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Data vil bli behandlet konfidensielt, og assistenten som skal forestå transkribering av lydopptakene må signere en databehandleravtale og taushetserklæring.

Dekan ved Høgskolen i Buskerud, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, ved Høgskolen Sørøst-Norge er databehandlingsansvarlig.

Prosjektet er vurdert av personvernombudet for forskning ved NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Utlevering av materiale og opplysninger til andre

Det er kun undertegnede som har adgang til informasjonen og som kan finne tilbake til deg. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Økonomi

Studien er finansiert gjennom prosjektmidler fra Helsedirektoratet.

Informasjon om utfallet av studien

Du har som deltaker rett til å få tilgang til utfall av studien.

Dersom du ønsker å delta, ber vi deg om å melde deg på via e-post til erlendrinke.bangstad@hel.oslo.kommune.no

Vennligst merk e-posten «Delstudie Ledere». Det er også fint om du oppgir et telefonnummer du kan nås på. Du vil deretter bli kontaktet av prosjektleder og bli bedt om underskrive samtykkeerklæringen på siste side.

Individuelle intervjuer - Ledere

Mvh.

Erlend R. Maagerø-Bangstad
Høgskolen Sørøst-Norge/Helseetaten, Oslo kommune

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, prosjektansvarlig, dato)

Spørreskjema – deltakere på generelle kurs, våren 2017

I forbindelse med forskningsprosjektet «Kompetanse for bedre tjenester: betydningen av en strategisk kompetansesatsing rettet mot ansatte som samarbeider med brukere som kan være truende og/eller voldelige»

1) Kjønn (sett kryss)

Mann

Kvinne

Annet/Ikke-binær

2) Alder: _____

3) Utdanning (beskriv kort utdanningsnivå, eventuell lengde og fagområde/tittel:

4) Hvor lenge er det siden du fullførte utdanningen din? (sett kryss)

0 – 1 år

1 - 5 år

5 – 10 år

10 – 15 år

15 år →

Kommentarer: _____

5) Var vold og trusler mot ansatte et tema under din (eventuell) utdanning?

Ja

Nei

Vet ikke/husker ikke

6) Nåværende stilling (tittel og hovedarbeidsoppgaver):

7) Hvor lenge har du samlet sett jobbet med brukere med rus og/eller psykiske helseutfordringer? Sett kryss:

0 – 1 år

1 - 5 år

5 – 10 år

10 – 15 år

15 år →

Kommentarer: _____

8) Har du annen relevant yrkeserfaring? I så fall, hvilken?

9) Har du erfaringer med vold og trusler fra egen arbeidsvirksomhet eller i privatlivet? (sett kryss)

Ja

Nei

Vet ikke/Vil ikke svare

10) Hvis du har erfaringer med vold, har du vært:

Utsatt for dette selv?

Vært vitne til?

Vet ikke/vil ikke svare

11) Hvilke kurs har du meldt deg på i Helseetatens kurstilbud om forebygging og håndtering av vold mot ansatte? (sett kryss)

26.04.17 Grunnkurs i håndtering av trusler og vold (m/ Ole Andre Bråten)

31.05.17 Hvem er jeg i møte med brukeren? (m/Ole Greger Lillevik)

12) Var det din egen beslutning å delta på kursene, eller var det andre som bestemte at du skulle melde deg på/som meldte deg på?

Egen beslutning

Andres beslutning, hvis så

Hvem (tittel og eventuelt ledernivå): _____

Kommentarer: _____

Takk for at du tok deg tid til å svare!

Spørreskjema – Lokalbaserte kompetansetiltak

I forbindelse med forskningsprosjektet «Kompetanse for bedre tjenester: betydningen av en strategisk kompetansesatsing rettet mot ansatte som samarbeider med brukere som kan være truende og/eller voldelige»

1) Kjønn (sett kryss)

Mann

Kvinne

Annet/Ikke-binær

2) Alder: _____

3) Utdanning (beskriv kort utdanningsnivå, lengde på utdanningen og fagområde/tittel). Har du ikke formell utdanning/relevant utdanning, er det fint om du skriver høyeste oppnådde utdanning:

4) Hvor lenge er det siden du fullførte utdanningen din? (sett kryss)

0 – 1 år

1 - 5 år

5 – 10 år

10 – 20 år

20 år +

Kommentarer: _____

5) Nåværende stilling (tittel og hovedarbeidsoppgaver):

6) Hvor lenge har du samlet sett jobbet med brukere med rus og/eller psykiske helseutfordringer? Sett kryss:

0 – 1år

1 - 5 år

5 – 10 år

10 – 20 år

20 år +

Kommentarer: _____

7) Har du annen relevant yrkeserfaring? I så fall, hvilken?

8) Har du erfaringer med å være utsatt for eller vitne til vold og trusler i yrkessammenheng eller i privatlivet? (sett kryss)

Ja

Nei

Vet ikke/Vil ikke svare

9) Hvis du har erfaringer med vold eller trusler gjennom arbeidslivet eller privatlivet, har du vært:

Utsatt for dette selv?

Vært vitne til?

Vet ikke/vil ikke svare

10) Har du deltatt på noen av de understående kursene som også Helseetaten tilbyr om forebygging og håndtering av vold mot ansatte? (sett kryss)

Grunnkurs i håndtering av trusler og vold (m/ Ole Andre Bråten) Husker du når?

Hvem er jeg i møte med brukeren? (m/Ole Greger Lillevik) Husker du når?

Takk for at du tok deg tid til å svare!

Intervjuguide – 1. gangs intervju, deltakere generelle kurs

- 1) **Hva var grunnen(e) til at du meldte deg på kurset/kursene?**
- 2) **Hvordan vil du vurdere din egen kompetanse innen forebygging og håndtering av vold og trusler på arbeidsplassen? Stikkord: kunnskaper, holdninger, ferdigheter, verktøy**
- 3) **Snakkes det om vold og trusler mot ansatte på din arbeidsplass? På hvilken måte snakker dere om temaet? Hva er din opplevelse av måten dette blir tematisert på?**
- 4) **Hvor viktig vil du si at det at du lærer mer om vold og trusler mot ansatte i din nåværende stilling? Hvordan vil du utdype dette?**
- 5) **Hva forventer du å lære på kurset/kursene du skal delta på?**
- 6) **Hva mener du at du trenger mer av for å kunne mestre vold og trusler på din egen arbeidsplass?**
- 7) **Hvordan ser du for deg at du kan få bruk for det du lærer på kursene tilbake på egen arbeidsplass?**
- 8) **Hva mener du er årsaken til at enkelte brukere opptrer truende eller er voldelig mot ansatte?**
- 9) **Hvordan mener du vold og trusler mot ansatte på din arbeidsplass skal håndteres?**
- 10) **Kan du fortelle om en situasjon hvor du har blitt nødt til å håndtere aggresjon og sinne, fra brukere primært?**
 - *Hva skjedde?*
 - *Kan du beskrive hvordan opplevde du dette? Var det noe som overrasket deg ved dine egne reaksjoner? I så fall, hva?*
 - *Hva gjorde du? Hvorfor gjorde du dette?*

- *Var du fornøyd med måten situasjonen ble løst på? Hvorfor? Hvorfor ikke?*
- *Hva mener du eventuelt at du eller andre kunne gjort annerledes for å mestre situasjonen du beskriver bedre?*

Intervjuguide – andre gangs intervju, deltakere Generelle kurs

- 1) Hvordan opplevde du kurset/kursene du deltok på? I hvilken grad opplevde du at dine forventninger har blitt innfridd?**

Oppfølgingsspørsmål: Hva mener du bidro mest til denne opplevelsen?

- 2) Hvilke temaer på kurset opplevde du som de mest relevante?**

Endringsspørsmål: Hvilke endringer har oppstått i din praksis som følge av det du lærte om disse temaene?

- 3) Hva mener du kan være grunnene til at enkelte brukere opptrer truende eller er voldelig mot ansatte?**

Oppfølgingsspørsmål: Hva har endret seg ditt syn på dette siden sist vi snakket sammen, og hva mener du har bidratt mest til denne endringen?

- 4) Hvordan vil du beskrive ditt syn på mennesker som er truende og/eller voldelige mot ansatte?**

Oppfølgingsspørsmål: I hvilken grad opplever du at du har endret syn på brukere /personer som anvender vold og trusler når du møter dem?

Endringsspørsmål: Ved endring, hva mener du har bidratt mest til denne endringen?

- 5) Hvordan vil du beskrive din egen kompetanse innen forebygging og håndtering av vold og trusler på arbeidsplassen?**

Oppfølgingsspørsmål: Hvordan mener du denne har kommet til uttrykk i dine møter med brukerne?

Endringsspørsmål: Hva har endret seg siden vår forrige samtale om dette? Hva mener du har bidratt mest til denne endringen?

Oppfølgingsspørsmål: Har du opplevd situasjoner hvor du har fått bruk for noe du har lært på Helseetatens kurs? Hvordan var dette?

- 6) På hvilken måte snakker dere om vold og trusler mot ansatte på din arbeidsplass? Hva er ditt bidrag i denne samtalen?**

Endringsspørsmål: Hva har endret seg siden forrige gang vi snakket om dette? Hva mener du har bidratt mest til denne endringen?

- 7) Hvordan mener du at du best kan møte vold og trusler mot ansatte, for å forebygge og forhindre senere hendelser?**

Endringsspørsmål: Har noe endret seg i ditt syn på dette forrige gang vi snakket om dette? I så fall, hva? Hva mener du har bidratt mest til denne endringen?

- 8) Hva mener du kjennetegner personer som er gode til å forebygge og håndtere situasjoner med vold og aggresjon brukere?**

Endringsspørsmål: Har synet ditt på slike personer endret seg? Hva mener du har bidratt mest til denne endringen?

- 9) Du fortalte i vårt forrige møte om en situasjon hvor du har blitt nødt til å håndtere aggresjon og sinne fra en bruker? (Gi et kort resymé av beskrivelsen om nødvendig). Kan du beskrive hvordan ville du ha håndtert denne situasjonen nå?**

Endringsspørsmål: Hva mener du, om noe, har endret seg når det gjelder din tilnærming til denne situasjonen? Hvis endring; Hva mener du har bidratt mest til denne endringen?

Intervjuguide

Delstudie II, første intervju: Kompetansesamarbeid Oslo Sør – Lokalbaserete kompetansetiltak

- 1. På hvilken måte opplever du at det daglige arbeidet i boligen påvirkes av møter mellom brukere og ansatte preget av vold og trusler? Kom gjerne med konkrete eksempler.**
- 2. Hvordan vil du beskrive din praksis i møtet med beboere som kan opptre truende og/eller voldelig mot ansatte? Hva gjør du og hvordan gjør du dette?**
 - *Oppfølgingsspørsmål: på hvilken måte mener du at bruker kan og bør involveres i forebygging og håndtering av vold og trusler mot ansatte?*
- 3. Hva mener du kan være de viktigste grunnene til at enkelte brukere kan opptre truende eller er voldelig mot ansatte?**
- 4. Hva mener du kjennetegner personer som er særlig gode til å forebygge og håndtere risikosituasjoner mellom ansatte og brukere?**
 - *Oppfølgingsspørsmål: hva mener du at du trenger/mangler for å kunne bli så god?*
- 5. Hvordan vil du beskrive ditt syn på brukere som kan oppleves som truende og/eller voldelige overfor ansatte?**
- 6. Hvilket fokus har dere når dere snakker om vold og trusler mot ansatte på din arbeidsplass? Hva er ditt bidrag i disse samtalene?**
- 7. Hvordan bruker dere hendelser og situasjoner i etterkant for å kunne forebygge og håndtere senere situasjoner på ditt arbeidssted? Hvordan mener du dette burde gjøres?**

Intervjuguide

Delstudie II, andre intervju: Kompetansesamarbeid Oslo Sør – Lokalbaserete kompetansetiltak

1. På hvilken måte opplever du nå at det daglige arbeidet i boligen påvirkes av møter mellom brukere og ansatte preget av vold og trusler? Kom gjerne med konkrete eksempler.

- *Endringsspørsmål:* Har situasjonen endret seg på noen måte etter at Helseetaten har avholdt kompetansetiltaket i boligen? På hvilken måte?

2. Hvilket fokus har dere når dere snakker om vold og trusler mot ansatte på din arbeidsplass? Hva er ditt bidrag i disse samtalene?

- *Endringsspørsmål:* Har måten dere snakker på om vold og trusler i boligen endret seg siden sist vi snakket sammen? Har ditt bidrag til samtalen endret seg? Hva mener du har bidratt til denne endringen?

3. Hvordan vil du beskrive din praksis i møtet med beboere som kan opptre truende og/eller voldelig mot ansatte? Hva gjør du og hvordan gjør du dette?

- *Oppfølgingsspørsmål:* På hvilken måte mener du at bruker kan og bør involveres i forebygging og håndtering av vold og trusler mot ansatte?
- *Endringsspørsmål:* Hva mener du har endret seg ditt syn på dette siden sist vi snakket sammen, og hva mener du har bidratt mest til denne endringen?

4. Hva mener du kan være de viktigste grunnene til at enkelte brukere kan opptre truende eller er voldelig mot ansatte?

- *Endringsspørsmål:* Hva mener du har endret seg ditt syn på dette siden sist vi snakket sammen, og hva mener du har bidratt mest til denne endringen?

5. Hva mener du kjennetegner personer som er særlig gode til å forebygge og håndtere risikosituasjoner mellom ansatte og brukere?

- *Endringsspørsmål:* Er det noen av disse kjennetegnene du mener har endret seg hos deg selv siden sist vi snakket sammen? Hva mener du har bidratt mest til denne endringen?

6. Hvordan vil du beskrive ditt syn på brukere som kan oppleves som truende og/eller voldelige overfor ansatte?

- *Endringsspørsmål:* Hva mener du har endret seg ditt syn på dette siden sist vi snakket sammen, og hva mener du har bidratt mest til denne endringen?

7. Hvordan bruker dere nå hendelser og situasjoner i etterkant for å kunne forebygge og håndtere senere situasjoner på ditt arbeidssted? Hvordan mener du nå dette burde gjøres?

- *Endringsspørsmål:* Hva mener du har endret seg ditt syn på dette siden sist vi snakket sammen, og hva mener du har bidratt mest til denne endringen?

8. Hva mener du var det viktigste du lærte i løpet av kompetansetiltaket til Helseetaten som ble avholdt i boligen du jobber? Hva har vært spesielt nyttig for deg? Og for arbeidsstedet?

Intervjuguide – delstudie III, Lederes erfaringer og perspektiver

Kontekstualisering av tiltak: *Kompetansetiltak og verktøy utviklet i Helseetaten: generelle kurs og spissede kompetansetiltak (herunder ViVO-utdanning og fagsamlinger for ressurspersoner og ledere), ressurspersonfunksjonen, refleksjonsfilmer, fagsider intranett, sjekklister og brosjyrer.*

Avklaring før intervjuet begynner: *Snakker deltaker ut fra erfaringer og perspektiver fra eget tjenestested eller fra tjenestene de representerer som helhet? (jfr. forskjell mellom tjenestested og tjenester).*

- 1) I hvilken grad opplever du at det daglige arbeidet i deres tjeneste(r) blir påvirket av møter mellom brukere og ansatte som er preget av vold og trusler? Kom gjerne med konkrete eksempler.**

- 2) Hvordan vil du beskrive synet på vold og trusler i arbeidssituasjoner på denne arbeidsplassen, og hvordan vil du beskrive ansattes holdninger til brukere som oppleves som truende eller voldelige?**
 - *Endringsspørsmål:* Hvordan opplever du at dette synet har blitt påvirket eller endret etter deltakelse på kurs- og kompetansetiltak blant ansatte i deres tjenester?

- 3) Hvordan arbeider dere med å fremme gode og trygge møter mellom ansatte og brukere i deres tjeneste(r)? Nevn gjerne konkrete eksempler.**
 - *Endringsspørsmål:* Opplever du at noe av dette arbeidet er blitt inspirert av deltakelse eller bruk av kompetansetiltak eller verktøy utviklet i Helseetaten knyttet til forebygging og håndtering av vold og trusselsituasjoner? Hvis så, hva?

- 4) Hvordan samarbeider dere med brukeren etter hendelser? Nevn gjerne konkrete eksempler.**

- *Endringsspørsmål:* Opplever du at noe av dette arbeidet er blitt inspirert av deltakelse eller bruk av kompetansetiltak eller verktøy utviklet i Helseetaten knyttet til håndtering av vold og trusler? Hvis så, hva?

5) Har noen i dine tjenester (eller i bydelen) ViVo-utdanning (Videreutdanning i voldsrisikovurdering- og håndtering)? I hvilken grad opplever du denne kompetansen har bidratt til å utvikle samarbeide med brukerne om forebygging av trusler og vold mot ansatte i deres tjeneste(r)?

6) Hvordan opplever du at samarbeidet med samarbeidsparter i spesialisthelsetjenesten, eller andre kommunale tjenester har blitt påvirket av kompetanseutvikling i deres tjenester eller deltakelse på kompetansetiltak, knyttet til samarbeide om forebygging av trussel- og voldssituasjoner i tjenestene?

Vedlegg XI

Vår ref.nr.: 2017/60 B

Hei,

Vi viser til fremleggingsvurdering for prosjektet, «*Kompetanse for bedre tjenester - virkninger av kompetansesatsing rettet mot ansatte som møter brukere som kan være truende og voldelige*», mottatt 10.01.2017.

Fremleggingsvurderingen er vurdert i samråd med komiteens leder, Grete Dyb.

I skjema beskrives prosjektet som følger: *Helseetaten, Oslo kommune, har i perioden 2010 - 2014 drevet et kompetanseprosjekt rettet mot ansatte som utfører arbeid i brukeres hjem, i samarbeid med spesialisthelsetjenesten i Oslo. Det er utviklet en rekke kurs og tiltak innenfor forebygging og håndtering av trusler og vold, mange av dem videreutviklet og kontinuert etter prosjektslutt. Målsettingen med dette forskningsprosjektet er å utvikle forskningsbasert kunnskap om betydningen av kurs og kompetansetiltak om forebygging og håndtering av vold og trusler, for ansatte som jobber hjemme hos brukere. Forskningsprosjektet har som hovedhensikt å utforske om økt kompetanse om vold og trusler i tjenestene, bidrar til at ansatte opplever seg mer kompetente og trygge i møte med brukere med utfordrende atferd»*

Komiteen forstår det slik at prosjektet fremstår som en evaluering av hvilken betydning slike kurs har for de ansatte. Komiteen mener dermed at prosjektet er å anse som kvalitetssikring. Prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. helseforskningsloven § 2 (sammenholdt med § 4 a), og er ikke fremleggelsespliktig for REK.

Komiteen antar for øvrig at prosjektet kommer inn under de interne regler for behandling av opplysninger som gjelder ved ansvarlig virksomhet. Søker bør derfor ta kontakt med enten forskerstøtteavdeling eller personvernombud for å avklare hvilke retningslinjer som er gjeldende, også med tanke på opplysninger vedr. psykisk helse om tredje person, som ikke har avgitt samtykke.

Vi gjør videre oppmerksom på at konklusjonen er å anse som veiledende, jfr. forvaltningsloven § 11.

Dersom dere likevel ønsker å søke REK vil søknaden bli behandlet i komitémøte, og det vil bli fattet et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Med vennlig hilsen

Mariann Glenna Davidsen
rådgiver

post@helseforskning.etikkom.no

T: 22845526

**Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk REK sør-øst-Norge (REK sør-øst)**
<http://helseforskning.etikkom.no>



Vedlegg XII

Erlend Rinke Maagerø-Bangstad
Institutt for sykepleie- og helsevitenskap Høgskolen i Sørøst-Norge

3603 KONGSBERG

Vår dato: 06.03.2017

Vår ref: 52044 / 3 / HIT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 10.01.2017. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 02.03.2017. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>52044</i>	<i>Kompetanse for bedre tjenester - Virkninger av kompetansesatsing rettet mot ansatte som møter brukere som kan være truende og voldelige</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Sørøst-Norge, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Erlend Rinke Maagerø-Bangstad</i>

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

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

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2022, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Hildur Thorarensen

Kontaktperson: Hildur Thorarensen tlf: 55 58 26 54

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 52044

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskriv mottatt 2.3.17 er godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen i Sørøst-Norge sine interne rutiner for datasikkerhet.

En transkiberingsassistent vil være databehandler for prosjektet. Dersom det blir snakk om ekstern databehandler, skal Høgskolen i Sørøst-Norge inngå skriftlig avtale med vedkommende om hvordan personopplysninger skal behandles, jf. personopplysningsloven § 15. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se Datatilsynets veileder: <http://www.datatilsynet.no/Sikkerhet-internkontroll/Databehandleravtale/>.

Forventet prosjektslutt er 31.12.2022. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres, med mindre det blir aktuelt med oppfølgingsstudier.

Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidss ed, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak

Vi gjør oppmerksom på at en eventuell databehandler (transkiberingsassistent) også må slette eventuelle personopplysninger tilknyttet prosjektet i sine systemer.

Vi minner om at dersom det blir aktuelt med oppfølgingsstudier, så må disse meldes for seg.

Doktoravhandling nr. 144
2022

—
Kompetanse for bedre tjenester
Doktorgradsavhandling

—
Erlend R. Maagerø-Bangstad

—
ISBN: 978-82-7206-715-0 (trykt)
ISBN: 978-82-7206-716-7 (online)

usn.no

