

Samspillsdynamikk i døgnavdeling

- en empirisk studie av sosialt forsvar hos sykehusansatte

Cecilie Benneche & Ingrid Benneche



Hovedoppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Oktober 2012

Samspillsdynamikk i døgnavdeling

- en empirisk studie av sosialt forsvar hos sykehusansatte

Hovedoppgave ved Psykologisk institutt

Universitetet i Oslo

Oktober 2012

Cecilie Benneche & Ingrid Benneche

© Cecilie Benneche & Ingrid Benneche

2012

Samspillsdynamikk i døgnavdeling

- en empirisk studie av sosial forsvar hos sykehusansatte

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

IV

SAMMENDRAG

Forfattere: Cecilie Benneche og Ingrid Benneche

Tittel: Samspillsdynamikk i døgnavdeling – en empirisk studie av sosialt forsvar hos sykehusansatte.

Veileder: Anders Zachrisson

Vi har gjennomført en empirisk undersøkelse av sosialt forsvar blant ansatte i rusomsorgen. For å undersøke defensivitet har vi brukt Paul Moxnes SOFA-skjema (1978) som tar utgangspunkt i ti sosiale forsvarsteknikker beskrevet av Menzies Lyth (1970). Hun bruker sentrale begrep hos objektrelasjonsteoretikeren Melanie Klein for å forklare angst hos sykepleiere. Vi har i tillegg utviklet et eget skjema for måling av regulering, involvering og bekymring som vi har kalt RIB. Vi har målt defensivitet for å se om det er forskjell mellom grupper, mellom målinger i tid, og mellom ulike typer sosialt forsvar.

I forkant av datainnsamlingen gjennomførte vi en pilotundersøkelse der vi intervjuet ti ansatte ved et annet sykehus. Resultatet av dette ble vårt RIB- skjema med 15 påstander. SOFA og RIB skjemaet ble så administrert til to avdelinger med til sammen fem poster underlagt tverrfaglig spesialisert rushelsetjeneste ved et større norsk sykehus. Vi ønsket (1) å sammenligne våre data med Moxnes resultater fra 1978, (2) å undersøke om fysisk avstand gjennom tilgang til eget kontor fører til lavere defensivitet, og (3) se om det fremkommer gruppeforskjeller mellom ansattes grad av henholdsvis regulering/involvering og bekymring målt med vår RIB-skala. 62 respondenter svarte på undersøkelsen, svarprosent er 73 %.

Ser vi vårt datasett under ett er sosialt forsvar målt med SOFA- skalaen ikke vesentlig lavere enn det Moxnes fant i 1978, men vi ser interessante endringer i defensivitetens form og uttrykk. Analysen ga bare delvis støtte for hypotesen om at fysisk avstand til pasientene resulterer i mindre defensivitet, dette kan kanskje forklares med at de som har kontor samtidig har mer ansvar. Når vi ser på de ulike avdelingssenheter, finner vi signifikante forskjeller i sosialt forsvar målt med SOFA –skalaen og vi ser samme tendens i reguleringsdelen av RIB-skalaen. Sosialt forsvar kan forklares som et kulturelt fenomen. Det er ikke gruppeforskjeller på ”bekymring”, dette styrker vår antagelse om at vi har målt den bevisste delen av den underliggende angsten. Resultatene fra denne undersøkelsen er et empirisk bidrag til psykodynamisk forskning på sosiale forsvarsmekanismer i helseinstitusjoner.

FORORD

Psykologspesialist Didrik Hegdal uttalte i et foredrag om Basal Eksponeringsterapi (2011) ”Sykehus mangler metodikk for å utvikle pasientenes evne til selvregulering”.

Implementering av det han i BET-modellen kaller ”komplementær ytre regulering” på en døgnavdeling ved Blakstad sykehus, Vestre Viken helseforetak har gjort oss interesserte i å se etter sammenhenger mellom angst og sosialt forsvar i personalgrupper (Heggdal, 2010). Å bevisst under- og overregulere pasienter i behandlingsøyemed fordrer mye av den ansatte, ikke minst toleranse for egen angst. Takk til Didrik og personalgruppen ved SSB, Blakstad sykehus for svært viktig faglig inspirasjon! Takk til Paul Moxnes som velvillig lot oss bruke SOFA-skalaen han utviklet i 1978 for å måle sosialt forsvar mot angst. I våre undersøkelser rundt temaet fant vi tidlig frem til hans doktorgradsarbeid om angst i institusjon. Det har gitt retning for arbeidet vårt, og vil prege vårt videre virke som psykologer.

En stor takk til vår veileder Anders Zachrisson for meget kyndige innspill gjennom prosessen- og til Anne Marie Halberg for uvurderlig hjelp med den statistiske analysen. Ikke minst vil vi rette en stor takk til pilotgruppen samt avdelingene innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling som tok oss svært vennlig og imøtekommende imot.

Takk til Michael for viljen til å romme helhetlig, og takk til August for meget stor tålmodighet med oss gjennom skriveperioden - og gjennom dette studieløpet som helhet.

INNHOLDSFORTEGNELSE

| | Side |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| INNLEDNING..... | 1 |
| Forskningsspørsmål..... | 2 |
| Hvorfor studere defensivitet?..... | 2 |
| Avgrensning og oppgavestruktur..... | 3 |
| TEORETISK RASJONALE..... | 4 |
| Å arbeide med mennesker er å møte seg selv..... | 4 |
| Menzies Lyths bruk av Melanie Kleins teori om angst..... | 4 |
| Den paranoid-schizoide posisjonen..... | 5 |
| Den depressive posisjonen..... | 6 |
| Primærangst og projektiv identifikasjon..... | 7 |
| Sosialt forsvar mot angst..... | 7 |
| 1. Avstand mellom pleier og pasient..... | 8 |
| 2. Depersonalisering, kategorisering og benektning av individets betydning..... | 8 |
| 3. Følelsesmessig frakobling..... | 8 |
| 4. Rituelle arbeidsmønstre reduserer nødvendigheten av å ta beslutninger..... | 9 |
| 5. Individuelt beslutningsansvar reduseres ved hjelp av kontinuerlig og repeterende sjekking..... | 9 |
| 6. Hemmelig sosial omfordeling av ansvar..... | 9 |
| 7. Bevisst uklarhet i formell fordeling av ansvar..... | 9 |
| 8. Delegering til overordnede for å redusere ansvarsbyrden lenger ned i organisasjonen..... | 9 |
| 9. Idalisering av og undervurdering av muligheten for personlig Utvikling..... | 10 |
| 10. Motstand mot forandring..... | 10 |
| Sekundærangst..... | 10 |
| Sosiobehov og psykobehov..... | 11 |
| Angstmestring som vekstmulighet..... | 12 |
| Ruspasienten..... | 12 |
| Rusbehandling..... | 13 |

| | |
|--------------------------------------------------------------------|-----------|
| Hva er et miljø?..... | 14 |
| Institusjonen..... | 15 |
| Vokter eller hjelper?..... | 15 |
| Ulike defensive uttrykk..... | 16 |
| Regulering, involvering, bekymring: RIB-skjemaet..... | 17 |
| Regulering og involvering..... | 17 |
| Angst og bekymring..... | 18 |
| Angst, containing, forsvar..... | 18 |
| Containing i institusjon..... | 19 |
| Sosialt forsvar og motoverføring – forsøk på en grenseoppgang..... | 19 |
| Figur 1. Angst, containing, forsvar..... | 20 |
| METODE..... | 21 |
| Formelle søknader og godkjenninger..... | 21 |
| Etiske vurderinger..... | 21 |
| Utforming av spørreskjema..... | 21 |
| Pilotstudie..... | 21 |
| Observasjoner og inntrykk..... | 23 |
| Utvalget og datainnsamling..... | 24 |
| Tabell 1. Alder og stilling..... | 25 |
| Tabell 2. Kontor og behandlingsansvar..... | 25 |
| Tabell 3. Enheter..... | 26 |
| Databearbeiding og analyse..... | 26 |
| Reliabilitet og validitet..... | 27 |
| Signifikanstesting | 27 |
| Faktoranalyse | 28 |
| Tabell 4. Scree plot..... | 29 |
| Metodiske begrensninger..... | 29 |
| RESULTATER..... | 30 |
| Forskjell mellom grupper..... | 30 |
| Tabell 5. Stilling og kontor..... | 31 |
| Tabell 6. Enheter..... | 32 |
| Tabell 7. RIB-skåre og kontor..... | 33 |
| Forskjell mellom SOFA-skårer i 1978 og 2012..... | 34 |

| | |
|---------------------------------------------------------|----|
| Tabell 8. SOFA-skåre i 1978 og 2012..... | 34 |
| Tabell 9. Sosiale forsvarsteknikker i 1978 og 2012..... | 35 |
| Forskjell mellom SOFA og RIB-skåre..... | 36 |
| Tabell 10. SOFA og RIB-skåre..... | 36 |
| DISKUSJON..... | 37 |
| Defensiviteten..... | 37 |
| <i>Endringsmotstand</i> | 37 |
| <i>Tingliggjøring og kategorisering</i> | 37 |
| <i>Nærhet gjennom teknologi</i> | 37 |
| <i>Det skjulte</i> | 38 |
| <i>Er defensiviteten blitt utålbar?</i> | 38 |
| Er løsningen et kontor å trekke seg tilbake til?..... | 38 |
| Ansvar..... | 39 |
| <i>Negativ kapabilitet</i> | 39 |
| Miljøterapi er mer enn pleie av syke..... | 40 |
| <i>Othering</i> | 41 |
| Hva er det med enhet A?..... | 42 |
| <i>Avdelingskultur</i> | 42 |
| <i>Blir pasientene bedre på enhet A?</i> | 42 |
| RIB: Regulering, involvering, bekymring..... | 43 |
| Angst og bekymring..... | 43 |
| Regulering/involvering..... | 43 |
| <i>Kontroll</i> | 43 |
| <i>Atferd</i> | 44 |
| Praktiske implikasjoner..... | 45 |
| Hva og hvem bør reguleres?..... | 45 |
| <i>Manipulasjon og splitting</i> | 45 |
| <i>Anerkjennelse</i> | 46 |
| En etikk for det perfekte..... | 46 |
| <i>Mothers need mothering themselves</i> | 47 |
| OPPSUMMERING..... | 47 |
| LITTERATURLISTE..... | 49 |
| Vedlegg 1: Informasjonsskriv med samtykkeskjema..... | 53 |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Vedlegg 2: Spørreskjema..... | 55 |
| Vedlegg 3: RIB-påstander inndelt etter regulering/involvering og bekymring..... | 59 |
| Vedlegg 4: SOFA-påstander inndelt etter Menzies Lyths ti sosiale forsvarsteknikker mot angst..... | 61 |

INNLEDNING

Utvikling av pasientens evne til selvregulering er et sentralt behandlingsmål i rus og psykiatri, men forholdet mellom ytre regulering og selvregulering er komplisert. Gode rutiner skaper trygghet, ytre regulering kan redde liv. Institusjonens regler, rutiner, struktur og praksis kan imidlertid også ha en defensiv funksjon gjennom diffuse ansvarsforhold eller at det på ulike måter skapes økt mental avstand mellom individene. Fokus i oppgaven er samspillsdynamikk i ulike seksjoner av en døgnavdeling innenfor spesialisthelsetjenestens tilbud for rusavhengige. Vi har sett nærmere på forholdet mellom personalets angst og det fenomenet som kalles sosialt forsvar (Jaques, 1953). Personalets sosiale forsvar oppstår kollektivt som en unnvikelse av angst. Det dannes defensive strukturer i institusjonen for å eliminere oppgaver, relasjoner og aktiviteter som er angstfremkallende. Defensiviteten er imidlertid et hinder for videre vekst hos både ansatte og personale, i følge Menzies Lyth (1970). Det sosiale forsvaret kan også skape en annen type angst. Mer kunnskap om dynamikken mellom angst, unnvikelse og forsvar i en institusjon muliggjør nødvendig støtte til personalgruppen og dermed bedre pasientbehandling.

Vi har brukt Paul Moxnes (1978) SOFA-skala utviklet for å måle sosialt forsvar mot angst. Den er utformet med spesiell tanke på å undersøke de ti ulike former for sosialt forsvar Menzies Lyths fant i sin studie (1970). Hun ser personalets forsøk på å øke avstanden til pasientene og hverandre som defensivt. Gjennom kategorier, rutiner og tingliggjøring blir det en tydeligere grense mellom personal og pasient, og pasienten trer ikke i like grad frem som et truende og trengende individ. Menzies Lyth peker videre på at ansattes angst viser seg som en vegring mot å ta beslutninger og ansvar. Organisasjonen oppleves derfor både rigid i betydningen detaljstyrt og tåkete i betydningen ugjennomtrengelig. For å nærme oss avstandsbegrepet har vi sett om vi kan finne forskjell mellom de yrkesgrupper som har fysisk avstand til pasientene gjennom å ha eget kontor og miljøterapeutene som er sammen med pasientene gjennom hele dagen. Noen av de beskrevne teknikkene for å skape avstand til pasientene på, er imidlertid fjernet eller nedtonet i norsk psykiatri og rusbehandling. Ansatte på sykehuset vi foretok vår undersøkelse på, hadde verken uniformer, navneskilt eller tydelige markører på ulikhet eller rang. Det er lite som tyder på at det er emosjonelt mindre krevende å arbeide med ruspasienter enn somatisk syke, men moderne rusfelt og psykiatri har ikke i like stor grad en kultur som godtar at avstanden markeres eller omtales. Vi har derfor ønsket å undersøke om en mer direkte regulering eller involvering i forhold til pasientens frihet kan

sees som et sosialt forsvar. Vi har formulert 15 relativt direkte påstander som omhandler holdninger til regulering/involvering samt ansattes bekymring. Vi har for lesbarhetens skyld valgt å kalle dette skjemaet om regulering, involvering og bekymring for RIB.

Forskningsspørsmål

Vi har tatt utgangspunkt i Menzies Lyths (1970) teori om at personalets angst i møte med pasientene skaper sosialt forsvar i institusjonen. De sosiale forsvarsteknikkene vil ha elementer av mental avstandstagen, ansvarsvegring og forsøk på differensiering mellom personalgruppen og pasientene.

1. Har psykiatrireformer og holdningsendringer ført til endring i sosialt forsvar i institusjoner?
2. Vil det være forskjell på defensivitet mellom den gruppen som arbeider i miljøet og den som har kontor?
3. Er det gruppeforskjeller mellom reguleringsdelen eller bekymringsdelen av vårt RIB-skjema?

Hvorfor studere defensivitet?

Professor i sosiologi Dag Album (2011) påpeker viktigheten av å undersøke også det selvsagte som skjuler seg, de implisitte holdningene vi ikke føler det nødvendig å snakke om. En slik holdning kan være at regulering av pasienter alltid er ”for pasientenes egen del”. Regler kan være behandlingsmessig riktig for å skape trygghet, og få vil tvile på at det i noen tilfeller er nødvendig med frihetsbegrensing for å ivareta helse og sikkerhet. Samtidig tror vi at ansattes ubevisste behov for angstdempning kan føre til et ønske om regulering for å opprettholde avstand til pasientene samt gi en følelse av kontroll over situasjonen. Dersom man mangler språk på disse prosessene, er det vanskelig å opprettholde en åpenhet i behandlergruppen. Oppdagelse vil fort bli til oppdragelse. Hvis det er riktig at man må gå inn i angsten for å komme ut av den, vil denne dynamikken hindre personlig vekst både hos ansatte og pasienter. Et forsterket fokus på å støtte ansatte i det krevende samspillet i døgnavdelinger, vil kunne være med på å gi bedre pasientbehandling og mer dynamiske arbeidsplasser.

Avgrensning og oppgavestruktur

Innledningsvis vil sentrale begreper som angst og forsvar gjennomgå i en psykoanalytisk kontekst og som en historisk bakgrunn som fører frem til den SOFA skala vi har benyttet for å undersøke sosiale forsvarsmekanismer. Psykoanalytisk teori om angst utover en redegjørelse av Menzies Lyths bruk av Melanie Kleins teori faller utenfor denne oppgaven. Psykoanalytisk rasjonale bak utviklingen av og differensieringen mellom ulike individuelle forsvarsmekanismer vil ikke bli gjennomgått spesifikt. Motoverføring trekkes inn som begrep fordi flere forskningsartikler bruker dette navnet på fenomen som ligger svært nært det vi i artikkelen kaller sosialt forsvar. Menzies Lyths undersøkelse er gjort på et somatisk sykehus i London i perioden 1951-59. Vi har valgt å beskrive det behandlingsmiljø vi undersøker ved å gi et generelt bilde av norsk spesialisthelsetjeneste, rusbehandling og miljøterapi. Vi velger i tillegg å bruke våre egne observasjoner fra besøk i de ulike avdelinger vi undersøker. Ruspasienten beskrives deretter med særlig vekt på sykdomskomorbiditet og forekomst av aggressive og selvskadende atferd. Deretter følger en gjennomgang av metodene vi har brukt, presentasjon av resultatene, og diskusjon av våre funn sett i lys av det teoretiske rasjonalet.

TEORETISK RASJONALE

Å arbeide med mennesker er å møte seg selv

Som ”hjelpere” møter sykehuspersonalet pasienter og pårørende som kjenner seg fortvilte, redde og oppgitte. Pasientene vil naturlig nok kjenne på takknemlighet og tilknytning til dem som skal hjelpe /gjøre frisk, men det å være pasient vil kjennes krevende på flere plan. Å være innlagt på sykehus innebærer en infantilisering fordi situasjonen tilsier at man er avhengig av andres hjelp og støtte. Pasienten vil kjenne på ulike former for og grader av smerte, men også sterke og konflikterende følelser. Personalet møter på sin side pasientenes forventning samtidig som de i kraft av sitt fagområde har forventninger til seg selv. Menzies Lyth (1970) gjorde på 50-tallet en større undersøkelse ved et engelsk sykehus. Sykehuset var både et opplæringspsykehus for sykepleiestudenter på alle nivå og et fullt virksomt pasientsykehus.

Menzies Lyths bruk av Melanie Kleins teori om angst

Thorgaard (2006) skriver at Melanie Klein beskriver psyken som flytende og ustabil, alltid i et slags konstant forsvar mot psykotisk angst eller kollaps. Mennesket strever hele livet både med frykten for tilintetgjørelse og den total følelse av forlatthet. Dette kaller hun henholdsvis den *paranoid-schizoide* og *depressive posisjon*. Mitchell og Black (1995) skriver at Klein følger Freud i hans beskrivelse av libidinøse og aggressive drifter, men at hun i tillegg vektlegger viktigheten av en universell organisering av erfaring fra barnets første levemåneder og år. Impulsen kommer fra barnet selv, men de ytre objektene bygges inn i erfaringen og gjør den kompleks og personlig. Det blir i følge Klein måter barnet erfarer seg selv som ”god” og ”ond” på. Dette er sentralt i Menzies Lyths teori om angst og sosialt forsvar (1970).

Menzies Lyth (1970) skriver at sykepleieren står i en konstant risiko for å bli overmannet av angst. Pleie og administrasjon av medisiner må utføres så nøyaktig at den syke ikke blir sykere eller dør. Ansvar er tyngende, og sykepleieren må stadig kontrollere og forsikre seg selv om at de riktige sykepleierrutiner er fulgt. På denne måten kan sykepleierens arbeid sammenlignes med ethvert yrke der ansvar for andres liv er involvert. Piloten, bussjåføren og kirurgen vil kjenne dette ansvaret. I Menzies Lyths beskrivelse av sykepleierens angst, vektlegger hun likevel noe utover det reelle ansvaret som ligger i oppgaveutførelsen. De praktiske sykepleieoppgavene og den fysiske og mentale nærheten til pasienten vil vekke responser som kjennes både lystbetonte, skremmende og fremmede for pleieren. Intimiteten i stellesituasjoner og nærheten til et ukjent menneske vil kunne vekke libidinøse og aggressive impulser hos både pasient og pleier. De sterke følelsene som kan

oppstå hos pleieren vil ofte være konflikterende. Medfølelse for pasientens lidelse kan føre til skyldfølelse over å ikke kunne hele, en sterk opplevelse av tilkortkommethet. Pleieren kan ha en sterk frykt for å selv bli syk, eller ha samme sykdom selv eller i nær familie. Pleieren kan selv ønske å være mottager av den omsorgen som gis, eller det å være så nært et annet menneske som er avhengig av din hjelp kan vekke seksuelle eller aversive impulser. De sterke følelsene som kan oppstå i møtet med pasienter, vil gjøre at pleieren kan kjenne på misunnelse eller hat i møtet med dem det er forventet at man skal ha en omsorgsrolle overfor. Å stelle eller være nær pasienter man kjenner lyst, avsky eller aggresjon overfor, vil skape konflikt i pleieren. Menzies Lyth begrunner dette med at sykepleierens objektive jobbsituasjon er påfallende lik de ubevisste fantasier ethvert individ bærer på det dypeste, mest primitive nivå. Dette gir grunnlag for angst utover den reelle frykten for å ikke være en dyktig nok fagperson, og det er først og fremst denne angsten som fører til at det dannes ubevisste forsvarsmekanismer hos hver enkelt pleier. Menzies Lyth gjør det klart at hun baserer sin teori om sosialt forsvar på Melanie Kleins teori om angst, men hun utdyper ikke i artikkelen Kleins teori. For en kort oversikt over de mest sentrale begrep har vi i det følgende basert oss på Mitchell og Black (1995).

Den paranoid schizoide posisjonen. Klein beskriver spedbarnets verden som omnipotent og delt. De indre instinktene finner ytre objekt: spedbarnets aggressive impulser er for tunge å bære og projiseres på brystet. Barnet kjenner smerte og sult og føler seg angrepet innenfra, dette projiseres på det onde bryst og oppleves som et ytre angrep. Det brystet som ikke gir melk eller som fører til mageknip er ondt. Spedbarnet projiserer også ut den gode følelse av velvære, barnet føler seg badet i kjærlighet ved det gode bryst. Det elsker det gode bryst og kjenner takknemlighet for beskyttelse og behovstilfredsstillelse. Dette er ubevisste, førspråklige fantasier. Det lille barnet kjenner seg omnipotent i den forstand at fantasiene har en mektig påvirkning på objektene. Verden må være delt for at det ikke skal være for skremmende. De indre destruktive kreftene er projisert ut, og barnet terroriseres av frykt for ondskapen som kommer utenfra. Denne posisjonen kalles *paranoid- schizoid*. Angsten for det som kommer utenfra er overveldende, det kjennes invaderende og svært skremmende. Løsningen ligger i den rigide distinksjonen mellom det gode og det onde. Denne splittingen er nødvendig for at det gode ikke skal forurenses av det onde (Mitchell & Black, 1995).

Den depressive posisjonen. Det er trygt for det lille barnet å projisere det onde ut på et objekt og isolere det i trygg avstand fra seg selv, men Klein ser på integrering som en nødvendig følge av enhver erfaring. Barnet ser derfor etter hvert mor som et fullstendig objekt, bærer av både det gode og det onde. Hun beskriver en depressiv angst knyttet til denne opplevelsen, og sier at det er barnets avhengighet av objektet som skaper frykt. Mor er både god og ond, barnet får ikke det ene uten det andre. Mor kan ikke erstattes. Klein vektlegger dødsdriften som helt sentralt for mennesket, og mener at håndtering av aggressive krefter er et helt sentralt problem livet gjennom. Når mor (og det indre bildet av morsobjektet) er både godt og ondt, vil barnet kjenne en enorm angst og frykt over egen destruktivitet og aggresjon fordi det gode kan tilintetgjøres sammen med det onde kampen først og fremst føres mot. Etter aggresjonen oppstår derfor dyp anger og behov for å gjøre objektet helt ved å reparere skaden. Denne posisjonen er utviklingsmessig mer moden enn den paranoid- schizoide, men ikke et stadie individet forserer en gang for alle. For å forbli i denne posisjonen må individet tro på sin evne til reparasjon: det som ødelegges må kunne repareres. Ubevisst vil individet også i voksen alder oppleve intenst og skremmende raseri rettet mot andre. Når destruktiviteten, frustrasjonen og tapet blir for stort, vil vi gå til den paranoid-schizoide posisjonen: den andre oppleves som et ondt objekt, ikke som et hel og nyansert. Klein beskriver at vi da veksler mellom en paranoid-schizoid posisjon og det hun kaller et manisk forsvar. Vår avhengighet av det hele objektet gjør oss sårbare for egen aggresjon. Enten må vi lage et skille mellom godt og ondt (paranoid-schizoid posisjon), eller vi må avvise objektets betydning for oss: Vi *trenger* ikke det elskede objektet, det er ikke så unikt at det ikke kan byttes ut (Mitchell & Black, 1995).

Der Freud beskrev koherente strukturer hos den voksne, frembragt gjennom utviklingsstadier hos barnet, beskriver Klein posisjoner som riktignok angir ulik modenhetsgrad, men som samtidig er noe vi går inn og ut av i møtet med andre mennesker. Dette er viktige distinksjoner for å forstå Menzies Lyths (1970) forståelse av angst hos personalgruppen hun undersøkte. *Posisjon* er en måte å forholde seg til verden på, gjennom posisjonene viser vi ulike sider av oss selv i møte med andre. Posisjonene er ikke som stadier eller plataer individet må forsere, de er konstant tapt og funnet tilbake til. Klein beskriver at vår tidlige erfaring gir et ego som er diskontinuerlig, flytende og vekslende. I møtet med andre mennesker er de ubevisste fantasiene med oss. Driftene gjør at vi veksler mellom å forholde oss kjærlighetsfullt til dem som er elskbare eller elsker oss, og hatefullt/aggressivt

mot dem vi opplever truende og som vi selv kjenner destruktivitet overfor. Det er dermed relasjonen mer enn impulsene alene som vektlegges hos Klein (Mitchell & Black, 2008).

Primærangst og projektiv indentifikasjon. Menzies Lyth (1970) skriver at spedbarnet frykter atmosfæren som er ladet med død og destruksjon . De kjærlighetsfulle kreftene må vinne over de destruktive, men barnet er i en tilstand av desperasjon fordi det frykter at det ikke har nok libidinøse krefter til å kunne reparere skadene fra aggresjonen. Angsten oppstår fordi kjærlighet er så tett forbundet med aggresjon. Menzies Lyth opplever dette som overførbart til situasjonen mellom den som pleier og den som er mottager av pleie. På et sykehus har pasienter og pårørende behov for at det sterke ubehaget forbundet med å være syk rommes av andre enn dem selv. Det å være syk er i seg selv en opplevelse av å ikke ha kontroll, og det kan være sterkt angstprovoserende. Den som trenger hjelp, kan også kjenne sterk aggresjon mot den som skal hjelpe. Den smerte og uro pasienter og pårørende ikke kan håndtere selv, projiseres over på pleieren. Pleieren kjenner på sin side sin egen angst som et udistensierte ubehag i møte med pasienten. Disse angstfantasiene projiserer inn i møtet med pasientene slik at alt blandes sammen. Menzies Lyth vektlegger at pleierens projisering er en teknikk for å mestre angst: elementer av fantasisituasjoner puttes inn i objektive situasjoner som igjen symboliserer fantasisituasjoner. Når pleieren mestrer de objektive situasjonene i sitt møte med pasienten, vil det styrke pleierens tro på egne, fryktede fantasier kan overvinnnes. Til tross for denne muligheten for mestring, beskriver Menzies Lyth den potensielle angsten i møtet mellom pleier og pasient som så truende, dyp og farlig for pleieren at den ikke kan møtes direkte og konfronterende. Den oppleves på et ubevisst plan som så farlig at den kan føre til sosialt kaos og personlig ødeleggelse.

Sosialt forsvar mot angst

Forsvarsmekanismer er ubevisste strategier individet tar i bruk i mestringen av trussel og konflikt. Det er strategier for å unngå eller dempe angst. Disse mekanismene kan ligne spedbarnets håndtering av det som kjentes invaderende, forvirrende, truende, farlig og uhandterlig. Det kalles da primitive forsvarsmekanismer, hentet fra en tidlig og umoden fungering.

Elliot Jaques (1953) var som Menzies Lyth tilknyttet Tavistock Institute of Human Relations. Han brukte Melanie Kleins teori om paranoid og depressiv angst hos småbarn for å forklare dynamikk i sosiale strukturer. Hans beskrivelse er at individet bruker institusjonene

til å forsterke egne forsvarsmekanismer mot den tidlige, primitive angsten. Dette kalte han sosialt forsvar mot angst. Galioni (1957) beskrev ni kriterier for defensive arbeidsmiljø. Her beskrives ansvarsvegring, regelstyrt rigiditet, endringsvegring, likegyldighet og fokus på pasientatferd istedenfor egen atferd. Pasienter ble også brukt emosjonelt for at personalet skulle få utløp for kollegiale konflikter.

Menzies Lyth (1970) beskriver defensive teknikker som noe som utvikles kollektivt i institusjonen for å mestre angsten som oppstår i møtet mellom pasienter, pårørende og kolleger. Sykepleierne skal utføre sine oppgaver på en faglig forsvarlig måte, dette innebærer både pleie og bruk av utstyr og teknologi som til enhver tid er tilgjengelig på sykehuset. Både sykepleiefaglig oppgaveutførelse, håndtering av utstyr og sosiale forsvarsmekanismer skaper arbeidsplassens struktur, kultur og overordnede fungering. Menzies Lyth påpeker imidlertid at de to første er vektlagt i for stor grad, og at skriver at forsvar mot angst er en oversett men like fullt svært betydningsfull faktor. Hun beskriver på bakgrunn av funn i sin studie ti ulike sosiale forsvarsmekanismer:

1. Avstand mellom pleier og pasient. Relasjonell nærhet og intensitet gir angst. Pleierne i studien hadde i svært liten grad ansvar for å følge opp pasienter over tid. De utførte isteden deloppgaver slik at kontakten med den enkelte pasient ble minimal. Oppgavene ble både delt opp og fordelt mellom mange pleiere. På denne måten slapp pleierne å ta inn over seg pasientens helhetlige sykdomsbilde eller kjenne på intensiteten i uforløste behov og ønsker hos seg selv eller pasient/pårørende.

2. Depersonalisering, kategorisering og benektning av individets betydning. Pasienter ble ofte kalt med romnummer eller sykdom i stedet for ved navn. Pleierne gikk med uniformer for å ligne hverandre (med ørsmå tegn på ulike grader), men skille seg fra pasientene. Det ble i tillegg lagt vekt på at pleierne ikke skulle like noen pasienter bedre enn andre, også pasientene ble sett på som en gruppe som skulle håndteres likt. Pleierne skulle heller ikke favoriseres av pasienter, det ble sett på som en uheldig binding. Fordi det ikke spilte noen rolle hvem som ga medisiner eller omsorg, kunne oppgavene rotere mellom pleierne uten at det ble sett på som uheldig. Standardprosedyrer skulle sørge for likhet, individuelle forskjeller forsøkt eliminert.

3. Følelsesmessig frakobling. Sykepleierne skulle være profesjonelle, og i det lå det en tanke om at en emosjonell frakobling og benektning av følelser var nødvendig. I opplæringen av studentene, inngikk det at flyttinger mellom avdelinger og oppgaver skulle

hjelpe dem med å ikke knytte seg følelsesmessig til pasientene. En slik tilknytning ble sett på som lite ønskelig og betegnet som uprofesjonell.

4. Rituelle arbeidsmønstre reduserer nødvendigheten av å ta beslutninger.

Beslutningstagning innebærer usikkerhet fordi resultatet per definisjon ikke er gitt. Den enkeltes angst ble forsøkt dempet gjennom å ritualisere oppgaver. Hver oppgave ble gitt like stor gyldighet; en seng skulle res opp med like stor presisjon som medisindosen ble målt opp. Ritualene var mest synlige nederst i hierarkiet, men forekom også hos overordnet personale.

5. Individuelt beslutningsansvar reduseres ved hjelp av kontinuerlig og repeterende sjekking. Menzies Lyth beskriver sykepleiere som brukte mye tid på å ta beslutninger. Det var en vegring for å være den som tar den endelige beslutningen, og også prosedyrer som ikke er viktige for liv og helse, sjekkes og resjekkes. Beslutningene forankres i rutiner, men sykepleierne ønsket i tillegg en forsikring fra kolleger om at den riktige beslutning ble tatt.

6. Hemmelig sosial omfordeling av ansvar. Menzies Lyth mener at sykepleierens intrapsykiske konflikt omgjøres til en interpersonlig konflikt for å lette angsten. Sykepleieren kjenner et stort ansvar for andres liv og helse, men har samtidig sterke og ubevisste impulser som går i andre retninger. I møtet med pasienter kan libidinøse og aggressive ønsker hos pleieren gi sterk angst fordi de ikke kan handles på uten at sykepleieren går ut av sin rolle som den ansvarlige og profesjonelle i relasjonen. Menzies Lyth mener at splitting, projeksjon og benektning danner et system for disiplinering og påpekning av andres uansvarlighet. Det sykepleieren ikke håndterer av egen, indre konflikt splittes av, projiseres ut og benektes. Dette fører til en kultur med hard disiplinering av underordnede. Underordnede er de eneste som kan innrømme at de har i seg denne tendensen til uansvarlighet, men det kan de bare gjøre fordi det ligger implisitt i kulturen at de er bærere av den.

7. Bevisst uklarhet i formell fordeling av ansvar. Personalet beskytter seg mot å oppleve byrden av individuelt ansvar, og systemet hjelper dem ved å ha diffus ansvarsfordeling. På den ene siden finnes det rigide oppgavelister, på den andre siden endres disse slik at en sykepleier har flere ulike på en og samme dag. Det blir uklart hvem som sitter med hvilket ansvar, og ansvaret er i tillegg generelt mer enn spesifikt på den måten at den enkelte sykepleier har ansvar for alle under seg, men alltid sammen med de andre sykepleierne.

8. Delegering til overordnede for å redusere ansvarsbyrden lenger ned i organisasjonen. Lederne vil vanligvis sitte med ansvaret samtidig som de delegerer oppgaver nedover i hierarkiet. Menzies Lyth mener imidlertid å finne et annet system på sykehuset. Her

er vegringen for det individuelle ansvaret så stor at beslutningene dyttes oppover langt utover det som er nødvendig ift faglig og formelt ansvar. Hun mener at det gjensidige systemet av projeksjon som tidligere beskrevet skaper en avhengighet og en underdanighet hos de underordnede og en tendens til mistillit til personalet hos de overordnede. Begge holder derfor på systemet.

9. Idealisering av og undervurdering av muligheten for personlig utvikling.

I undersøkelsen fant man holdninger knyttet til hvem sykepleieren *er*. Den ferske sykepleiestudenten var allerede disiplinert og ansvarsfull, og utdannelsen var derfor mest praktisk rettet. Men samtidig som man ønsket en viss type studenter, dem som *hadde det i seg* nærmest som et kall, var mange av de reelle sykepleieoppgavene enkle og lite utfordrende. Dette førte til at mange sluttet eller unnlot å klatre mot lederstillinger, og var i følge Menzies Lyth en viktig sosial forsvarsteknikk for å sørge for at jobbmarkedet og det indre sykehuslivet ble regulert. Det motsatte ville føre til sterkt angst. Alle kan ikke bli overordnet, det ligger i hierarkiets struktur.

10. Motstand mot endring. Alt forsvar kan sees på som et avverge mot konflikt og det ukjente. På den måten vil også endring av de eksisterende sosiale forsvarsteknikker kjennes truende, og forsøk på å endre rutiner og prosedyrer ble møtt med motstand.

Sekundærangst

Den struktur som dannes på en arbeidsplass som følge av de sosiale forsvarsmekanismer mot angst, kan være med på å vekke en annen type angst hos den ansatte. Strukturen oppstår for å dempe angst, men angst kan også være en følge av den samme strukturen. Ubehaget ved manglende personlig tilfredsstillelse i en stram sosial struktur kaller Menzies Lyth (1970) sekundærangst. Moxnes (2002) peker på muligheten for at det Melanie Klein beskriver som to primitive angstilstander hos spedbarnet og som blir til posisjoner den voksne går ut og inn av, er kilden til det Menzies Lyth kaller primærangst og sekundærangst. Moxnes kaller dette driftsangst og systemangst. Driftsangsten er primitiv. Den er paranoid schizoid og handler om frykten for å miste alt eller bli forlatt. Systemangsten er som en depressiv posisjon og handler om redselen for hva som kan skje dersom destruktive krefter slippes løs. Melanie Klein betegner dette som posisjoner den voksne går inn og ut av (Thorgaard, 2006), men Menzies Lyth (1970) påpeker at det likevel handler om individuell modenhet fordi de primitive forsvarsmekanismer må oppgis eller endres for at angsten skal forsvares. Samtidig står vi alle i

fare for å regrediere til de mest primitive forsvarsmekanismer når angsten er intenst lammende, som hun mente den var for sykepleierne i studien.

Sosiobehov og psykobehov. Moxnes (2002) beskriver videre to karakteristiske måter å forholde seg til andre mennesker på, og sier at dette har sitt grunnlag i ulik grad av behov hos den enkelte. Han sier at menneskets ”sosiobehov” har med den grunnleggende tryggheten å gjøre, mens ”psykobehov” handler om behovet for vekst. Sosiobehov er et ønske om saklighet, intellektualitet, regler, rutiner, trygghet og stabilitet. Psykobehov kjennetegnes ved ønske om ekspansjon, endring, egenutvikling, emosjonalitet og hengivenhet. De ulike behovene vil gi ulike typer angst. En strukturert organisasjon vil oppleves angstfylt for en ansatt med sterkt psykobehov, mens et arbeidssted med stor grad av endring og krav til selvstendige avgjørelser, vil vekke angst hos en ansatt med sterke sosiobehov. Moxnes beskriver dette som tendenser i den enkelte, som trekk eller disposisjoner. Samtidig bruker han Maslow for å illustrere forskjellen mellom sosiobehov og psykobehov, og sier at de grunnleggende (socio)behov ligger som en forutsetning for at de mer ekspanderende (psyko)behov i det hele tatt kan kunne oppstå. Hvis man følger tanken hans om at driftsangst har sitt utspring i en paranoid schizoid posisjon og systemangsten kommer fra en depressiv disposisjon, vil de ulike behovene skyldes individuelle forskjeller i modning og evne til å tolerere angsten. Melanie Klein vektla også den depressive posisjon som mer moden. Individet kan beskrives som preget av en tilstand, men tilstanden er ikke som et stadie som forseres en gang for alle (Mitchell & Black, 1995). Menzies Lyth (1970) legger vekt på at et modent individ på det jevne kan bruke avanserte forsvarsmekanismer for å holde angsten på et akseptabelt nivå, men likevel gå inn i den paranoid schizoide posisjon og bruke umodne forsvarsmekanismer dersom angsten blir for overveldende og truende. Sykehus vil være et miljø som fremkaller nettopp denne angsten, og Menzies Lyth skiller ikke mellom sykepleiernes modenhetsgrad eller det Moxnes kaller to ulike behov i møte med primærangsten. Likevel sier hun at de beste fort forsvinner, og at dette ligger innbakt i systemet av sosialt forsvar. Hun begrunner dette med at en systemangst kan oppstå fordi institusjonen har en struktur for å dempe primærangst. Angst fører til forsvar, men det samme forsvaret er samtidig med på å skape en annen type angst. Om man skulle følge Moxnes terminologi, vil det være dem med sterkest psykobehov som velger seg ut av en slik institusjon.

Angstmestring som vekstmulighet. Individuelle forskjeller i psykologisk modenhet gjør at også forsvarsmekanismene vil variere mellom individer. Menzies Lyth (1970) fant at de utfordringer sykepleierne på sykehuset stod i, førte til en generell bruk av umodne forsvarsmekanismer. De sosiale forsvarsmekanismene i organisasjonen demper primæranngst, men det at det er kollektivt og etter hvert blir en del av et struktur, er samtidig med på å hindre den enkelte i å utvikle mer modne forsvarsmekanismer slik at det er mulig å arbeide seg gjennom det som oppleves farlig. Intensiteten i den primære driftsangsten gjør at de sosiale forsvarsteknikkene blir primitive. Det at de er primitive, hindrer individet i sin videre utvikling. Den primære angsten dempes i et kort perspektiv, men opprettholdes i et lengre. I tillegg kommer den sekundære angsten fordi systemene som bygges opp hindrer individuell frihet og mulighet til mestring av egne, dype konflikter.

Med kunnskap om angstens dynamikk, vil det være mulig å utvikle mer dynamiske sykehusavdelinger. Menzies Lyth (1970) har fokus på arbeidstakerne, og mener at de mister en viktig mulighet for angstmestring når de sosiale forsvarsmekanismene ikke utfordres. Samtidig risikerer arbeidsplassen å miste verdifulle medarbeidere fordi de umodne sosiale forvarsteknikkene provoserer dem som ønsker å utfordre de utfordringer de møter i systemet og seg selv. "De beste" forsvinner, og de gjenværende hindres i å nå sitt potensiale.

Ruspasienten

Føyn og Shaygani (2010) beskriver ruslidelser som "komplekse, kroniske lidelser med høy komorbiditet". Ruspasienten er mer enn sin rus. Felles for pasientene på avdelingene vi har undersøkt er at de har en rusdiagnose i ICD 10, at de er frivillig innlagt og i all hovedsak ikke-psykotisk fungerende. Pasientene vil ha ulike bakgrunn og rushistorie, men Føyn og Shaygani beskriver selve misbruksmønsteret som "å leve fra krise til krise". Aggresjonen hos disse pasientene er ofte både eksternalisert og internalisert, pasienten kan både ha ødelagt sine relasjoner og ha manglende evne til egenomsorg. Ifølge Williams (2002) kan dette selvdestruktive mønsteret være en manifestasjon av et sadistisk og strengt overjegg.

Om man ser rusmisbrukeratferden som et resultat av manglende egenomsorg, blir rusmisbruk en type selvskadende atferd. Pasienter som kommer seg gjennom behandling, kan få plutselige tilbakefall som er vanskelige å forstå og takle for personalet. Det voldsomme og potensielt dødelige selvdestruktive mønster kan skape fortvilelse, sinne og avmakt hos den som skal hjelpe. Forskning har vist at pasienters aggresjon og suicidalatferd var det som best kunne forklare variasjonen i negative følelser hos personalet. Atferden var angstprovoserende

for personalet og førte til negative reaksjoner som å bli trøtt, være på vakt, føle seg overveldet, avvist og utilstrekkelig. Aggresjon førte til enda flere negative følelser enn suicidalatferd (Rossberg & Friis, 2003). Overdosefaren ved rusmisbruk er høy (Berg, 2001). Drop-out fra behandling øker faren for fatal overdose. Personalet kan i situasjoner der pasienter har høy affekt kunne oppleve nærheten til rus som en overhengende trussel om aggresjon og død. Berg (2001) peker på at den selvdestruktive og potensielt dødelige atferden gjør at misbrukssirkelen kan ses som et ”kronisk selvmordsforsøk”. Rusavhengighet kan sees som en tilknytningslidelse fordi rusmiddelet erstatter andre, sunne relasjoner (Føyn & Shaygani, 2010). Dette betyr både at et destruktivt rusnettverk kan ha en sterk innvirkning på pasienten og at andre sosiale nettverk kan være fraværende. Det må tas hensyn til dette i behandlingen gjennom opptrening av ADL-funksjoner og tilbud om aktiviteter og sosialt samvær som pasienten i utgangspunktet kan føle seg lite forbundet med. Ruspasienten vil i tillegg ofte ha andre psykiske lidelser. Alvorlige angstlidelser, stemningslidelser og Cluster A og B personlighetsforstyrrelser er det som forekommer oftest hos rusavhengige (Lossius, 2011). Over 50 % av ruspasientene har en eller flere personlighetsforstyrrelsesdiagnoser. Forskning viser at det er høyest forekomst av antisosial og borderline personlighetsforstyrrelse (Welch, 2007). Rusavhengigheten kan verken ses eller behandles som et isolert problem for den individuelle pasient, og det tegnes et bilde av et relasjonelt krevende landskap med spesielt mange utfordringer for en døgnpost.

Rusbehandling

Tverrfaglig spesialisert rushelsetjeneste (TSB) er etter rusreformen i 2004 en del av spesialisthelsetjenesten, og pasientene har rettigheter etter pasientrettighetsloven. Vi har undersøkt fire enheter underlagt en sykehusavdeling i en større by. De fire sengepostene har tilbud om både individuell psykoterapi og miljøterapi, men tidsmessig er forholdet mellom disse to skjevt. Leger og psykologer gir individuell terapi, og vil de fleste steder lede behandlingsmøter, diagnosemøter og sitte som behandlings- og journalansvarlige. Pasientene har timer med psykolog eller lege, men sjeldent daglig. Ved enkelte avdelinger er det klare skiller mellom leger og psykologer på den måten at psykologen defineres som samtaleterapeut og legen som medisinere. Overlegen (psykiater) vil veilede leger som er under spesialisering (LIS-leger), men kan avhengig av arbeidsbyrde også ha egne pasienter i terapi. Hvis avdelingen har tilbud om gruppeterapi, kan det ledes av psykologer, psykiatere eller miljøterapeuter, ofte er flere ansatte med i gruppen samtidig. ”Miljøterapeut” er en

stillingsbetegnelse for dem med treårig helsefaglig høyskoleutdannelse, altså sykepleiere, sosionomer og vernepleiere. Det er team rundt pasientene der de ulike faggruppene er representert og der det defineres hvem av miljøterapeutene som er pasientens primærkontakt. Tverrfagligheten vektlegges som viktig og positiv i rusfeltet, men samtidig innebærer fellesbetegnelsen ”miljøterapeut” en forventning om at personal fra alle disse tre yrkesgruppene tilfører pasientene noe av terapeutisk egenverdi gjennom det som skjer i miljøet.

Hva er et ”miljø”? Miljøet er det pasientene og miljøterapeutene oppholder seg i gjennom dagen. Det finnes som oftest dags- og ukeplaner med en rytme bestående av praktiske gjøremål, måltider, terapi, hvile og fellesaktiviteter. Strukturen på en døgnavdeling skapes i et samspill mellom ledelse, miljøterapeuter, pasienter og behandlingsansvarlige psykologer/leger. Gunderson (1978) beskriver fem prosesser i miljøterapi: beskyttelse, struktur, engasjement, støtte og gyldiggjøring. Miljøet er ment å virke terapeutisk ved at pasientene både rommes og utfordres i møte med personal og medpasienter. Institusjonen blir terapeuten (Larsen, 2004). Dynamikken i et et ”behandlingsmiljø” er tenkt å ha potensiale utover det et poliklinisk tilbud kan tilføre pasienten, og det er ofte de dårligst fungerende pasientene som får tilbud om plass i døgnbehandling. Samvær, samspill og praktisk avdelingsliv er ment å gi pasientene vekstmuligheter.

Tenkningen bak miljøterapi har hele veien vært psykodynamisk (Føyn & Shaygani, 2010). Miljøterapeuter skal forsøke å skape et avdelingsmiljø som både er trygt nok og utfordrende nok for hver enkelt pasient, og dette skal gjøres med et tverrfaglig perspektiv og i samarbeid med behandlere og ledelse. Føyn og Shaygani (2010) skriver at objektrelasjonsteoretikere som Otto Kernberg har sett på hvordan sykehusets struktur påvirker miljø og pasienter, og at det før ham i rusomsorgen vært gjort pionerarbeid med ”terapeutiske samfunn” opprettet blant annet av Harry Stack Sullivan og Maxwell Jones.

Terapi er noe mer enn det som skjer mellom psykolog og pasient i det lukkede rom, miljøet er en terapeutisk mulighet gjennom å være et lite samfunn i samfunnet. Man tar nå for gitt at det er en gjensidig påvirkning mellom institusjonen som helhet og alle pasientene (Larsen, 2004).

Miljøterapeutene har, ved at de er til stede gjennom dagen, muligheten til å fokusere på det som skjer ”her og nå” (Stern, 2007). Erfaring gir muligheter for ny forståelse og innsikt. Pasientene kan få umiddelbar respons i miljøet, og tas ”på fersken” i å gjøre nye

erfaringer som gir lettelse eller ny angst. Erfaringer i miljøet blir dermed en viktig kilde for arbeidet i gruppe- og individualterapi. Det er imidlertid ikke likegyldig hva pasienten øver seg på, pasienten skal ikke bli en stadig bedre pasient gjennom å beherske selve avdelingslivet.

Institusjonen. Goffman beskrev i 1961 den faren som ligger i å betrakte behandlingen som et avskjermet "system" pasienten må lære seg å mestre. Han kaller dette "totale" institusjoner og peker på at institusjonen får sin egen indre logikk ved at de er selvforsynte, selvgode og uten refleksiv praksis. Systemet er til for sin egen skyld, men drives under dekke av å være til beste for pasientene. Dette er en beskrivelse av det vi velger å betegne som "defensiv praksis", Goffman beskriver avstand mellom ansatte og pasienter som en nesten ubevisst teknikk de ansatte fort tar til seg når de trer inn i organisasjonen. Institusjonen blir noe man forholder seg til som om det var en "person" med mer eller mindre eksplisitte krav, ønsker og behov. David Armstrong (1995, s. 39) skriver i en gjennomgang av psykoanalytisk tilnærming til institusjonelt liv: "...the organization or institution (...) can become a "spittoon" into which individuals deposit the psychotic parts of themselves. The institution, either as a reified entity, or as represented by its managers, leaders, or paymasters, is scapegoated. If institutions did not exist I am tempted to say, we would for this reason alone invent them".

Institusjonen fyller flere funksjoner. For pasientene som legger bak seg store deler av sitt hverdagsliv og for en periode blir en del av et "avdelingsliv", er det ikke likegyldig hvilken institusjonspraksis de møter. Livet "der inne" skal først og fremst gjøre pasientene bedre i stand til å mestre "livet der ute".

Vokter eller hjelper? Samfunnsendring og høylytt kritikk av psykiatripraksis fra 60-tallet av har ført til reformer og holdningsendring. (Goffman, 1961; Foucault, 1988; Szasz, 1970). Knut Lyngved er leder i Norsk Sykepleieforbunds faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus. I markeringen av Sykepleieforbundets 100 års jubileum skriver han om utviklingen fra en vokterrolle til en mer behandler- og omsorgsrolle: "Demokratiseringen av psykiatrien i kjølvannet av den antipsykiatriske periode var også viktig. Den undertrykkende disiplinen som eksisterte for pasienter og pleiere ble utfordret og medførte endringer i menneskesyn, holdninger og handlinger" (2012, s. 32). Systemet blir i dette utsagnet noe som undertrykker både pleiere og pasienter, og holdningsendringer noe som førte dem nærmere hverandre gjennom et bedre menneskesyn. Med Menzies Lyths (1970) begreper kan man si at

systemet først har virket undertrykkende og gitt sekundærangst. Gjennom reformer har systemet blitt mer ”menneskelig”. Hva da med primærangsten? De menneskene som møtes i moderne rusomsorg, opplever ikke mindre emosjonelle utfordringer nå enn tidligere. Vi har argumentert for at rus både er somatisk krevende ved at pasientene har plager og manglende egenomsorg og at det er emosjonelt krevende spesielt på grunn av aggresjon og trussel om død. I tillegg kan det hevdes at rusmisbruk har en moralsk slagside fordi det er selvpåført. En sosiologisk undersøkelse blant sykehuspersonell viste at avhengighetsdiagnoser hadde lavest prestisje (Benneche, 2011). Robert Hale (1997) peker på begrep som ”rusmisbruk”, ”rusavhengighet” og ”ruslidelse” er forvirrende fordi de representerer ulike deler av pasientens behov. Samtidig åpner han for at det også kan være dekkende for deler av personalets behov. Pasienten skal vises omsorg for sin lidelse, men må også voktes eller strammes opp. Hale beskriver somatiske sykehus som et forsvar mot død, fysisk smerte og tap og psykiatriske sykehus som et forsvar mot psykologisk fragmentering, galskap og til en viss grad håpløshet. Fengsel og sikkerhetspsykiatri er derimot samfunnets forsvar mot korrupsjon av vår medfødte sans for rettferdighet. Rusbehandling har etter hans mening elementer av alle tre typer forsvar, med en spesiell vektlegging av vokterrollen. Samtidig mener han at rusfeltet utgir seg for å inneha samme samfunnsrolle som somatikk eller psykiatri. Hvis dette er riktig, vil det innebære at ansatte i rusfeltet inntar eller får en vokterrolle, men at det er rollen som ”sykdomsfjerner” og den som ”rommer psykisk smerte” som frontes utad og innad som den riktige og viktige. Det er i så fall en beskrivelse av det vi vil kalle en defensiv praksis: Man gjør noe, men kaller det noe annet.

Ulike defensive uttrykk

Forsvar kan ta mange former. McCullough, Kuhn, Andrews og Kaplan (2003, s. 86) skriver: ”There are as many ways to defend as there are snowflakes or fingerprints...”.

Moxnes (2002) tok utgangspunkt i Menzies Lyth (1970) sin oppdeling når han utviklet sitt spørreskjema om sosialt forsvar mot Angst : SOFA skalaen. Den har 35 spørsmål knyttet til teknikkene hun fant benyttet på sykehuset hun studerte, og er en del av vår undersøkelse. Moxnes påpeker at det vil være flere sosiale forsvarsteknikker enn disse ti, og nevner diagnostiseringskultur og patologisering. Dette er en utbredt form for kategorisering som kanskje kan sorteres under Menzies Lyths andre punkt, men som man også kan argumentere for er en egen kategori forsvar. Løchen (1965) kaller det ”den diagnostiske kultur” i sin undersøkelse fra Dikemark sykehus. Moxnes beskriver en rekke potensielle sosiale

forsvarsformer i sin bok. Vi har konsentrert oss om de ti Menzies Lyth (1970) har beskrevet ved å gjennomføre SOFA-undersøkelsen uten endringer. Vi har i tillegg ønsket å se om endringene i institusjonell praksis og holdning har ført til endring i sosialt forsvar. Med endring tenker vi både på grad og form.

Regulering, involvering, bekymring: RIB-skjemaet.

En mulig endring av defensivitetens form kan være et økt behov for eller ønske om en regulering av pasientens frihet. Dette har vi kalt regulering/involvering. For å ha en mulighet til å undersøke den angsten ansatte er seg bevisst, har vi i tillegg lagt inn påstander om bekymring knyttet til pasienter og eget arbeid. Vårt skjema om involvering, regulering og bekymring har vi kalt RIB.

Regulering og involvering. Moxnes går kort inn på ”grenser” som sosialt forsvar, men han og nevner det bare kort i sammenheng med ”administrasjon”. Han går ikke videre inn på dette begrepet, men påpeker at det handler om reguleringen av forholdet mellom pasient og ansatt gjennom en form for administrativ grensesetting. Det kan kanskje sortere under Menzies Lyths første punkt: ”Avstand mellom pleier og pasient”, samtidig kan det hevdes at avstandsreguleringen mellom pleier og pasient vil se annerledes ut i 2012, 61 år etter at Menzies Lyth startet sin store undersøkelse. Regulering slik vi bruker begrepet handler om å forsøk på å begrense pasientens frihetsrom uten at pasienten er underlagt tvunget psykisk helsevern. Dette er en praktisk definisjon. Regulering handler om mer enn dette. Shapiro (2008) bruker den franske psykoanalytiker Jacques Lacans formuleringer om ”othering” og sier at vi ikke kan anerkjenne oss selv som friske, rene og gode uten ha andre vi kan kalle syke, avhengige eller dårlige. Vi må sette en grense mellom ”oss” og ”dem”. Solfrid Vatne (2008) mener at begrepet ”grense” har to betydninger: først som en begrensning i betydning hindring, dernest som avgrensning i betydningen å lage et skille mellom områder. Avvikende atferd hos pasienter utfordrer behandlerne på begge måter. Zachrisson (2008) beskriver en terapeutisk ”ramme”, og sier at pasienten kan angripe den, men at bare terapeuten kan bryte den. I døgnavdelinger vil det komme mange angrep på ”rammen”. Miljøterapeutene vil ofte ha en annen rolle enn de behandlingsansvarlige fordi de må ta avgjørelser ”der og da”, og av og til i opphetede situasjoner som krever raske løsninger. Samtidig vil de behandlingsansvarlige være nettopp overordnet *ansvarlige* for avgjørelser, og vil kunne kjenne både et tungt ansvar og press fra ansatte og personal. Regulering kan handle

om rusmistanke, ransakning, urinprøver og permisjoner fra avdelingen, og det vil ofte være et miljø der pasientene sammenligner seg med hverandre og ønsker mest mulig "lik" behandling. Det kan oppleves som en pågående utfordring av profesjonell kompetanse, og Vatne (2008) sier at det kan føre til kollegiale konflikter og en utbredt følelse av avmakt hos personalet. Avmakt fører fort til passivitet/ overaktivitet, grenseløs omsorg/sterk korrigerende eller et behov for regelstyring. Vårt valg om å undersøke både regulering og involvering hos respondentene våre bygger på forskningsartikler som peker på forholdet mellom på den ene siden hjelpsomhet/involvering og på den andre siden det å ønske å skape avstand til pasientene gjennom regler. Whyte, Constantopoulos og Bevans (1982) konstruerte en Feeling Word Checklist med 30 emosjonelle ord der miljøterapeuten skal svare ja eller nei til utsagn som "Når jeg snakker med pasient X, føler jeg...". Gjennom analyse av innsamlet materiale fra flere FWC-30 undersøkelser kom Holmquist og Armelius (2000) frem til to hovedfaktorer reaksjonene sorterte under: "Hjelpsom- Lite hjelpsom" og "Nærhet- Avstand". Schulz (2008) peker i en kommentarartikkel til Røssberg, Karterud, Pedersen og Friis (2008) forskning på motoverføringsreaksjoner likeledes på at det finnes en polarisering mellom ansatte som var "overinvolverte" og ansatte som var "tilbakeholdte" med pasientene. De "tilbakeholdte" var opptatt av regler og så pasientene som manipulatoriske mens de "overinvolverte" kunne synes synd på pasientene og oppleve seg som deres "beskytter" mot resten av personalgruppen. Våre påstander om regulering er derfor enten direkte knyttet opp mot ønske om regler/rutiner: "Urinprøver bør tas etter hver permisjon", eller et uttrykk for overinvolvering/hjelpsomhet: "Pasientene bør ikke få permisjoner før vi er sikre på at de kan håndtere det".

Angst og bekymring. Vårt hovedprosjekt er å måle defensivitet, og vi mener den forteller oss noe om arbeidstagernes underliggende, ubevisste angst. Vi har likevel valgt å legge inn enkelte direkte påstander som omhandler "bekymring" i vårt RIB-skjema. Dette fordi bekymring er det aspektet av angst vi antar det vil være mulig å måle.

Angst, containing, forsvar

Vi bruker Menzies Lyths teori (1970) som sier at sosialt forsvar oppstår som en reaksjon på primærangst fordi angsten ikke rommes i institusjonen. Vi har laget en modell for å fremstille dette visuelt (Figur 1).

Containing i institusjon. Zachrisson (2008) refererer til hvordan Alfred Bion brukte Melanie Kleins teori om projektiv identifikasjon ved å beskrive terapeuten som en container for pasientens projeksjoner. Bions begrep ”containing” er vanskelig oversettbart til norsk. Vi tenker på det som å ”å romme det som er”: Containingen er hel, ikke delvis. Det er et mål at terapeuten skal romme alt pasienten ikke selv rommer. Individer kan imidlertid også bruke sosiale institusjoner som en container for primitiv angst. Når det som oppleves som et truende kaos av egen og andres angst ikke ”fordøyes”, vil personalet handle defensivt for å dempe angsten. Det oppstår da kollektivt defensive teknikker kalt sosialt forsvar. (Elliot Jaques, 1953; Menzies Lyths, 1970).

Sosialt forsvar og motoverføring – forsøk på en grenseoppgang.

I forskningslitteratur der emosjonelle reaksjoner hos sykehuspersonell undersøkes empirisk, er ofte begrepet ”motoverføringsreaksjoner” brukt (Røssberg, Friis, Karterud & Pedersen, 2007; Røssberg, Hoffart og Friis, 2003). Vi tror noe av det vi undersøker vil kunne kalles motoverføringsreaksjoner. Vi ser motoverføring som et sammensatt fenomen. Det kan beskrives som en indre tilstand hos terapeuten - aktivert i overføringsforholdet mellom pasient og terapeut. Terapeuten ”vippes” ut av sin terapeutiske posisjon, og det kan føre til et opplevd ”handlingspress” for å forskyve, gjøre unntak eller reagere (Zachrisson, 2008). En individuell forsvarsmekanisme er også en ubevisst, indre prosess, men den oppstår primært for å redusere angst. Motoverføringsforholdet kan imidlertid inneholde angstprovokasjon, og motoverføringsreaksjonen vil i så fall kunne beskrives som defensiv. Motoverføringsreaksjoner kan være et forsvar mot angst, men er det ikke alltid.

Figur 1. Angst, containing, forsvar.

**Pasient-
Terapeut**

Individuelt

Primærangst



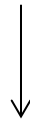
containment vs. avverge

Institusjon



Individuelle
forsvars-
mekanismer

containment vs. avverge



Sosialt forsvar
mot angst



Sekundærangst

METODE

Formelle søknader og godkjenninger

Vi tok i første omgang kontakt med avdelingslederne for å undersøke muligheten for gjennomføring av undersøkelsen. Etter positiv tilbakemelding gikk vi i gang med gjennomføring av pilotundersøkelse for å utforme egne tilleggsspørsmål (RIB skala).

I henhold til reglementet ved det aktuelle helseforetaket tok vi kontakt med Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste og Personvernombudet ved sykehuset hvor vi fikk de nødvendige godkjennelsene.

Etisk vurdering. Etter samtale med veileder og avdelingsledere ble det vurdert av søknad til REK ikke var nødvendig. Dette fordi vi ikke spør de ansatte om pasientsensitiv informasjon og fordi prosjektet ikke medfører intervensjoner som kan utgjøre en uheldig påvirkning på eller føre til en belastning for deltakerne.

Utforming av spørreskjema

Spørreskjemaet vi har benyttet inneholder 50 påstander om forholdet mellom personalet innbyrdes og mellom personalet og pasientene på avdelingen. Respondentene ble bedt om å rangere hver av påstandene etter hvor enige eller uenige de var. I starten av skjemaet stilte vi spørsmål om alder, kjønn, stilling, tilgang til kontor samt hvorvidt vedkommende hadde juridisk behandlingsansvar.

35 av de 50 påstandene er identiske med Moxnes SOFA- spørreskjema. De resterende 15 er utarbeidet gjennom vår pilotundersøkelse. Vi kaller vårt skjemaet RIB : regulering, involvering, bekymring. Våre 15 påstander går direkte på holdning til regulering: permisjoner, viktigheten av urinprøver for å avdekke rusmisbruk og syn på grensetting/korrigerende av atferd – men undersøker også personalets eventuelle bekymring og nederlagsfølelse knyttet til pasientkontakt.

Pilotundersøkelse. I forkant av datainnsamlingen gjennomførte vi en pilotundersøkelse på en psykiatrisk sengepost for behandling av psykose og sammensatte lidelser ved et annet sykehus. Seksjonen bestod av to poster som var slått sammen et halvt år før vi foretok vår undersøkelse. Personalet ved den ene posten hadde i flere år forut for sammenslåingen arbeidet med implementering av en modell som vektla viktigheten av å ansvarliggjøre pasientene. Ved denne posten var det mange pasienter med selvskadingsatferd

med til dels svært alvorlig omfang. Flere av miljøterapeutene drev individualterapi under veiledning av psykologspesialist, og de ansatte hadde i lang tid og i mange omganger hatt fokus på å forstå hvilken rolle deres regulering av pasienter hadde for pasientenes utvikling. Ved den andre posten var det ikke et spesifikt fokus på regulering. Pasientgruppen var også en annen, med vekt på dobbeltdiagnoser og tung psykoselidelse. På det tidspunktet vi utførte vår pilot fungerte seksjonen fremdeles litt som en avdeling med to ulike kulturer, og vi intervjuet derfor personalet med spesielt henblikk på deres ulike erfaringer. Det var tydelige forskjeller i respons mellom personalet fra de to tidligere postene, dette kom frem både i besvarelser og gjennom samtaler.

Vi tilbrakte to kveldsvakter og en dagvakt på avdelingen og fikk et kontor til disposisjon. Ansvarsvakt hjalp oss med å lage en liste med intervjutider. Vi intervjuet bare miljøterapeuter. De ti respondentene ble bedt om å fylle ut SOFA-skjemaet først. Vi ga dem deretter 17 spørsmål vi selv hadde utformet og sa at dette var ”mer av det samme” men at vi ønsket å gå mer detaljert inn på de siste spørsmålene etter at de var besvart. Vi ba dem sette merke i margin dersom noe var uklart, provoserende, tåpelig, selvfølgelig eller fremstod lite relevant. Vi tok tiden på respondentene og skrev ned kommentarer de kom med, men svarte ikke på spørsmål under utfyllingen.

Vi fikk en del kommentarer på språk i SOFA-skalaen, men valgte å ikke endre ordlyden på påstandene fordi vi ønsket å ha mulighet for å sammenligne vår undersøkelse med Moxnes resultat fra 1978. Vi har imidlertid endret formuleringen ”overordnet” og ”underordnet” til ”miljøpersonal” og ”personal med behandlingsansvar” fordi det er disse betegnelsene som nå brukes. Flere respondenter var usikre på sin yrkesbetegnelse som miljøterapeut, vi valgte derfor å legge inn en ekstra kolonne for å presisere hvorvidt den enkelte har juridisk behandlingsansvar, samt presisere i teksten hva miljøpersonale er (sykepleier, sosionom, vernepleier, miljøarbeider etc.).

I gjennomgangen av SOFA-skjemaet var det spesielt spørsmål 1 og 4 som fremstod uklart for flere, men også spørsmål 7 var det noen som reagerte på. Våre RIB-spørsmål gikk vi mer inngående gjennom, dette fordi vi anså dem som uferdige. Vi ba hver enkelt fortelle hva de trodde vi mente med påstandene, og innledet til samtale om hva de trodde vi ønsket å undersøke ved å stille spørsmålet på denne måten. Vi forsøkte å få frem eventuelle misforståelser, og vi snudde på setninger og endret ord sammen med respondenten for å se om det ville få frem andre nyanser. Intervjuene førte til at våre opprinnelige 17 påstander ble redusert til 15.

Vi ønsket også å snakke om erfaringer med regulering, og var interesserte i å høre hvordan det oppleves å stå i vanskelige situasjoner. Det kom fort frem at personalet vektla to ting. Det ene var om pasienten var psykotisk, det andre var hensynet til liv og helse. Vi visste at pasientene der vi skulle foreta vår undersøkelse ikke var psykotiske, men vi endret ordlyden i spørsmål 48 for å klargjøre at hensyn til liv og helse kommer først. Opprinnelig var ordlyden i påstand 41 snudd, men to respondenter ønsket også å få markere at de synes det er for mange regler. Dette opplevde vi som et godt bidrag i forhold til Menzies Lyths (1970) begrep ”sekundærangst” og noe vi ikke selv hadde tenkt på. Vi valgte derfor å snu om på påstanden.

Vi brukte ikke selv begreper som angst eller forsvar i samtalene, men flere av de ansatte brukte disse ordene når de snakket om seg selv eller annet personal. På et vis forsøker vi å undersøke noe som er implisitt, skjult eller tatt for gitt. Noe av det kan også være vanskelig å tåle ved at det fremstår som ”politisk ukorrekt” holdning. Vi ønsket derfor først å se hvordan spørsmålene ble besvart for så gjennom samtale se om det kom frem ting som pekte i en annen retning. For sykehuspersonell som arbeider med rus eller psykiatri, er det nødvendig å ha et bevisst forhold til hva det vil si å hjelpe pasienten frem til å beherske sitt eget liv. Samtidig er det ikke sikkert at det er kultur for å reflektere rundt hva hjelp er, og hva det fordrer av eget emosjonelt arbeid. Uten å gå inn på det teoretiske rasjonalet som er vår bakgrunn, ønsket vi å snakke med respondentene rundt dette. Hvert intervju tok ca. en time.

Observasjoner og inntrykk

Avdelingene vi har foretatt selve undersøkelsen i, fremstår umiddelbart som åpne og lite hierarkiske. Vi kan ikke se hvem som er hvem når vi kommer på besøk, og kjenner på en viss forvirring hver gang vi kommer til et nytt sted. Vi kan heller ikke se hva behandlingen ”er” eller vite om det å ta i mot besøkende ved å by på en kopp kaffe *er* en del av behandlingen. Vi aner en struktur, men trenger tid for å gjenkjenne hva den består av.

Vi observerte noe av miljøet på våre besøk på de ulike postene. Noen fra personalgruppen spiste alltid med pasientene, og det var på flere av postene liten kultur for å trekke seg ut av avdelingslivet ved å ta faste pauser på et pauserom. Pasienter og personal dro sammen på turer og fysiske aktiviteter, og vi la merke til at det ofte var en jovial, kameratslig og av og til høylytt fleipete tone. Personalet kunne bruke flere rusrelaterte uttrykk som bærer preg av gateslang når de snakket med pasienter, som for eksempel ”skudd”, ”benzo” og ”pepper” om injeksjon, Benzodiazepiner og amfetamin. Dørene til møterom stod ofte åpne,

og mange pasienter stod i døra eller oppholdt seg der for å snakke med personale som satt der. Personalet røykte sammen med pasientene, og fortalte gjerne pasientene litt om seg selv - ofte for å eksemplifisere problemløsning og alminneliggjøre erfaringer. Da vi kom inn på postene, ble vi like ofte tatt i mot av pasienter som av personale, også der vi måtte ringe på en låst dør. Vi kunne ikke umiddelbart vite om vi snakket med ansatte, pårørende eller pasienter, og både ledelse, behandlere og miljøpersonell ble omtalt ved fornavn. Ingen andre enn vaskepersonalet bar uniform eller synlige kjennetegn på stilling eller posisjon utover nøkler.

Ved våre korte besøk på de ulike postene opplevde vi ikke bare vennlighet. Vi kom ved en anledning til en post der det nettopp hadde vært en voldelig utagering som skapte bekymring og redsel hos både personal og pasienter, og vi oppfattet flere ganger at ansatte uttrykte avmakt og bekymring over pasienters rusmønster. Pasienter var ved en post opprørte over å ikke få permisjon og stod i høylytt krangel med en behandler, og også den joviale tonen mellom ansatte og pasienter kunne av og til oppleves å ha en spiss undertone.

Utvalget og datainnsamlingen

Utvalget bestod av ansatte ved fire enheter samt en administrasjon – alt underlagt to avdelinger med felles senterledelse. Behandlingstilbudet er en del av tverrfaglig spesialisert rusomsorg og ligger under spesialisthelsetjensten. Enhetene er ikke lokalisert i samme bygg. For å ta hensyn til personvern og behov for å anonymisere enhetene har vi valgt å kalle dem enhet A, B, C, D og E.

Hver deltaker fikk utdelt en konvolutt med sitt navn på i sin posthylle på arbeidststedet. Konvolutten inneholdt et informasjonsskriv med en samtykkeerklæring (vedlegg 1), selve spørreskjemaet (vedlegg 2), samt en konvolutt til å legge spørreskjema i. På vaktrommet på hver avdeling plasserte vi en boks til svarkonvoluttene. Deltakerne fikk i første omgang svarfrist på halvannen uke. Hvert spørreskjema ble merket med en tallkode knyttet opp til hver deltakers navn. Dette for at vi skulle ha mulighet til å sende et purrebrev til de som ikke svarte i første omgang. Nye spørreskjema ble sendt til deltakerne som ikke svarte omkring tre uker etter at første svarfrist gikk ut. Prosedyren var da lik som i første runde.

62 respondenter har besvart spørreskjemaet. Etter å ha fjernet de som var sykmeldt, hadde sluttet eller som viste seg å være ukjente fikk vi en svarprosent på 73 %.

Tabell 1. Oversikt over respondenters alder og stilling.

| Alder | Miljøpersonale | Stilling | | | | Totalt |
|----------|----------------|----------|------------|----------------|-----------|------------|
| | | Leger | Psykologer | Administrasjon | Annet | |
| 25-35 år | 18 (29%) | 2 (2.3%) | 5 (8.1%) | 5 (8.1%) | 2 (3.2%) | 32 (51.6%) |
| 36-45 år | 9 (14.5%) | 1 (1.6%) | 2 (3.2%) | 1 (1.6%) | 0 | 13 (21 %) |
| 46-45 år | 6 (9.7%) | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 (9.7) |
| 55+ år | 6 (9.7) | 0 | 1 (1.5%) | 3 (4.8%) | 1 (1.6%) | 11 (17.7) |
| Totalt | 39 (62.9%) | 3 (4.8%) | 8 (12.9%) | 9 (14.5%) | 3 (14.5%) | 62 (100%) |

Flertallet av respondentene var kvinner (63 prosent), og over halvparten var under 35 år. I overkant av 60 prosent jobbet som miljøpersonell (tabell 1), noe som gjenspeiles i at i underkant av 20 prosent av deltakerne oppga at de har juridisk behandlingsansvar. Noe flere hadde tilgang på eget kontor – like under 40 prosent (tabell 2). Tre respondenter svarte ukorrekt på spørsmålet om de har juridisk behandlingsansvar. Dette gjaldt to miljøterapeuter og en leder. Vi korrigerer disse svarene i analysen.

Tabell 2. Oversikt over respondenter med og uten kontor og behandlingsansvar.

| | | Har juridisk behandlingsansvar | | Totalt |
|-----------------|-----|--------------------------------|-----|--------|
| | | Ja | Nei | |
| Har eget kontor | Ja | 11 | 12 | 23 |
| | Nei | 0 | 39 | 39 |
| Totalt | | 11 | 51 | 62 |

Enhet A representerte den største andelen av respondentene med 35 prosent av det totale antall innleverte spørreskjema, mens de andre døgnposten lå noe lavere. Den administrative enheten står for færrest respondenter med 3,2 prosent (tabell 3).

Tabell 3. Oversikt over respondenter fordelt på enheter.

| Enhet | Antall |
|--------------|---------------|
| Enhet A | 22 (35.5 %) |
| Enhet B | 10 (16 %) |
| Enhet C | 13 (21 %) |
| Enhet D | 15 (24.2 %) |
| Enhet E | 2 (3.2 %) |

Databearbeiding og analyse

Vi benyttet IBM SPSS Statistics 20 for statistisk undersøkelse av hypotesene. Påstandene ble av respondentene rangert på en sekspunkts likert-skala rangert fra -3 (svært uenig) til +3 (svært enig). Moxnes (1978) kodet i sin analyse denne seks-punkts skalaen om til en syv-punkts skala. Rasjonalet bak dette er at det ligger et skjult null-punkt i skalaen – et nøytralt punkt mellom -1 (litt uenig) og +1 (litt enig). For å kunne sammenlikne våre resultater med Moxnes valgte vi også å gjøre det slik. I dataanalysen ble derfor alle responsene addert med 4 før de ble summert. I resultatene vises dermed gjennomsnittskårer på en skala fra 1 til 7 hvor lav skåre indikerer lavt «sosialt forsvar mot angst», mens høy skåre indikerer høyt «sosialt forsvar mot angst». Responsene på påstand 41, 43 og 48 ble skåret speilvendt fordi de ble stilt motsatt vei.

Sammenlagte skalaer ble laget for henholdsvis alle de 50 påstandene, for de 35 påstandene som utgjør SOFA-skalaen, og for de 15 som utgjør RIB skalaen. RIB-skalaen er analysemessig delt i to: regulering/involvering og bekymring (vedlegg 3). I denne todelingen er påstand 50 utelatt fordi den innholdsmessig ikke tilhører noen av kategoriene. Hver av de

35 påstandene i SOFA-skalaen er også innholdsmessig vurdert og deretter klassifisert under den mest passende kategorien til Menzies Lyth (1970, se vedlegg 4).

Påstandene i Moxnes (1978) SOFA-skjema kan, ifølge ham selv, sorteres i fire hovedgrupper som stort sett følger Menzies Lyths (1970) kategorisering ved at to og tre av hennes ti sosiale forsvarsteknikker er slått sammen. Når vi har valgt å dele påstandene inn etter ti, og ikke fire, kategorier er det fordi vi gjennom dataanalysen erfarte at inndeling i så få som fire kategorier bidro til å skjule heller enn fremheve interessante funn. For å kunne sammenligne våre resultatet med Moxnes regnet vi også i hans datasett ut gjennomsnittsskårer for de ti sosial forsvarsteknikkene.

Reliabilitet og validitet. En skalas reliabilitet indikerer hvor fri den er fra tilfeldige feil. To vanlige indikatorer på dette er test-retest reliabilitet og indre konsistens. For å måle test-retest reliabilitet måtte vi ha administrert samme spørreskjema til vårt utvalg to ganger og sett på korrelasjonen mellom de to skårene. Dette ville nok vært lite hensiktsmessig nettopp fordi vi ønsket at respondentene skulle svare intuitivt uten å tenke seg om for lenge. Samtidig har de 35 påstandene som utgjør SOFA-skalaen blitt brukt før, og sammenlikning av resultatene tyder på at skalaen er reliabel.

For å undersøke totalskalaens indre konsistens benyttet vi Cronbachs alfa. Dette refererer til i hvilken grad postene som utgjør skalaen «henger sammen» og måler samme underliggende konstrukt. Analysen viser at alfa i vårt tilfelle var 0.85, noe som ligger godt over det anbefalte nivået på 0.7 (Pailliant, 2007). Dette indikerer at alle påstandene i vårt skjema måler samme underliggende fenomen – som vi her teoretisk antar er «sosialt forsvar mot angst». Videre analyse viser at Cronbachs alfa ikke vil øke nevneverdig ved å utelate noen av påstandene – alfa ligger i alle tilfeller mellom 0.84 og 0.86.

Validiteten til en skala sier noe om hvorvidt den måler det den er satt til å måle. I vårt tilfelle vil det innebære at alle påstandene måler det underliggende konstruktet «sosialt forsvar mot angst». Dette er et teoretisk spørsmål som vi har gjort rede for innledningsvis.

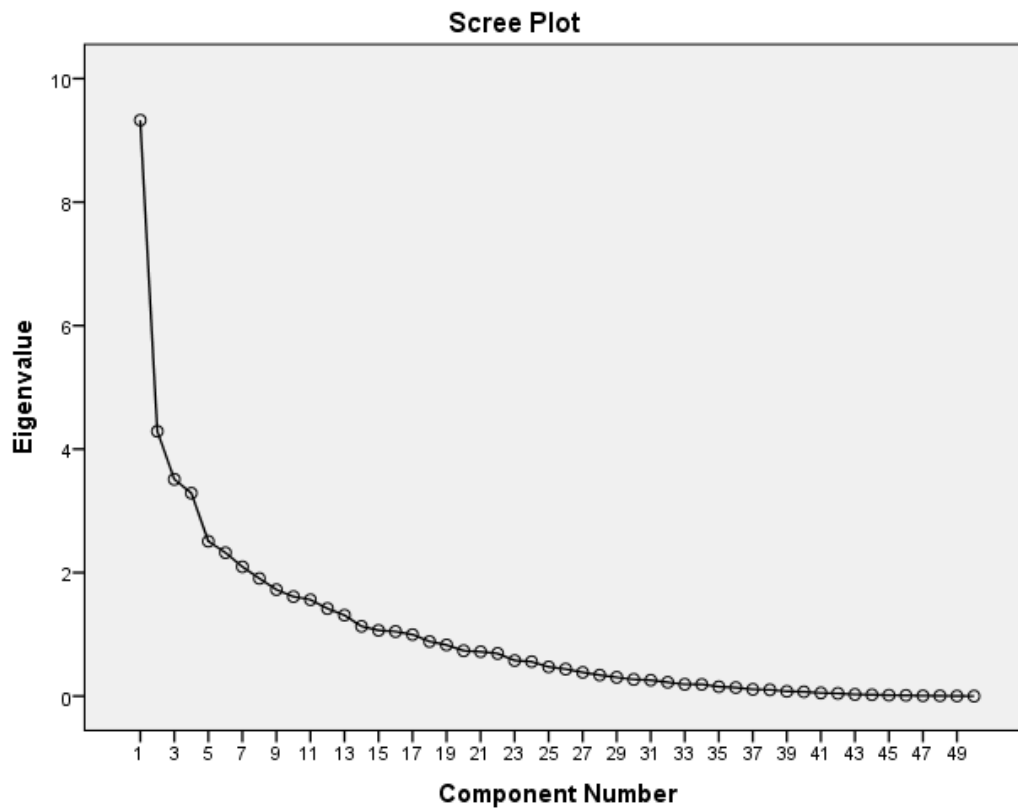
Signifikanstesting. For å se etter signifikante forskjeller mellom gjennomsnittsverdier for ulike grupper i datasettet brukte vi to typer parametriske tester – independent samples t-test og én-veis variansanalyse (one-way ANOVA). Disse tilnærmingene tar som utgangspunkt at den/de avhengige variablene er målt på et intervall eller ratio-nivå, noe vi kan anta at tilfredsstilles ved bruk av vår likert-skala.

Vi brukte independent samples t-test for å sammenlikne henholdsvis gjennomsnittsskårene for menn og kvinner, de med og de uten eget kontor, og de med og uten juridisk behandlingsansvar. Én-veis variansanalyse benyttet vi for å sammenlikne respondenter i henholdsvis de ulike aldersgruppene, de ulike ansettelsesstillingene, og ved de forskjellige avdelingene.

Faktoranalyse. Vi gjennomførte faktoranalyse (principal component analysis) for å undersøke hvorvidt variablene våre kunne reduseres til et mindre antall faktorer statistisk. Dette ville vært interessant sett opp mot den teoretiske fordeling vi allerede har foretatt. En utfordring ved bruk av denne teknikken på vårt materiale er det relativt lille utvalget sett i forhold til det store antallet variabler. Det er uenighet om hvor stort utvalg og hvor mange variabler som er nødvendig, men det synes klart at forholdstallet i vårt datasett er i minste laget. Med dette i tankene ønsket vi likevel å utføre faktoranalyse for å se om den kunne gi oss nyttig informasjon.

Korrelasjonsmatrisen viste flere koeffisienter på 0.3 og mer, noe som tyder på at interkorrelasjonen mellom variablene er sterk (Paillant, 2007). Samtidig nådde var Kaiser-Meyer Oklin-verdien lav og resultatet fra Bartletts Test nådde ikke statistisk signifikans, noe som indikerer at faktoranalyse er upassende. Spredningen i scree plot (tabell 4) kan tolkes i retning av at fire underliggende faktorer forklarer størst andel av variansen. Dette er langt færre enn vårt teoretiske utgangspunkt, som er Menzies Lyths (1970) ti kategorier i SOFA-skalaen og våre to i RIB skalaen. Vi ønsket å gå videre for å undersøke dette nærmere. Scree plot kritiseres gjerne for å være subjektiv og vanskelig å tolke, så planen var å bruke parallell analyse i tillegg dersom analysen konvergente (Paillant, 2007). Dessverre stoppet prosessen opp slik at vi ikke fikk resultater fra mønstermatrisen (Pattern Matrix). Denne ville gitt oss oversikt over hvor mange faktorer vi fikk og hvilke variabler som tapper på hvilken faktor. På bakgrunn av resultatene fra scree plot, forsøkte vi å sette antall variabler til fire. Denne analysen konvergente ikke.

Tabell 4. Scree plot



Metodiske begrensninger. Vi har undersøkt hvordan personalet opplever dynamikken på sin arbeidsplass. Vi har verken spurt om faktisk atferd eller på andre måter målt defensivitet utover de konkrete observasjoner vi har gjort angående bruk av avstandsmarkører som uniform og skilt. Vi har heller ikke forholdt oss til pasientenes opplevelse av personalets angst og forsvar. Dette gjør at vi ikke kan relatere våre funn direkte til behandlingseffektivitet.

Med hensyn til den statistiske analysen av vårt datasett har en utfordring vært det relativt lille utvalget sett i forhold til antall variabler. Det gjorde at faktoranalysen stoppet opp. Det kan også ha gjort at vi ikke har fått statistisk signifikante forskjeller der vi ellers ville fått det med et større utvalg.

RESULTATER

Forskjell mellom grupper

Analysen avdekket ikke signifikante forskjeller på bakgrunn av tilgang til kontor eller juridisk behandlingsansvar i gjennomsnittsskårer på hele skalaen eller på SOFA-skalaen og RIB-skalaen sett separat. Derimot fant vi signifikant forskjell i to av de sosiale forsvarsteknikkene med utgangspunkt i kontortilgang. De som hadde tilgang på eget kontor var mer tilbøyelige til å mene at behandlingsmiljøet var preget av oppsplitting av pleier-pasient forholdet, og at ansvarsbyrden ble redusert ved å delegere den til overordnede (tabell 5).

Forskjellen mellom ulike arbeidsgrupper (stillinger) var ikke signifikant når vi behandlet dem som fem distinkte grupper. Dette kan skyldes at noen av stillingsgruppene hadde svært få respondenter (f. eks. var det bare tre leger i utvalget). Når vi delte de ansatte inn i to grupper – miljøpersonell og «andre» (psykologer, leger, administrasjon og andre) fant vi derimot signifikante forskjeller i to av de ti sosiale forsvarsmekanismene: oppsplitting av pleier-pasientforholdet og redusering av ansvarsbyrde ved å delegere den til overordnede (tabell 5). Man kan tenke seg at denne inndelingen i stor grad overlapper med inndelingen mellom de som har og ikke har eget kontor. Som vist i tabell 5 ser kategoriene «kontor» og «andre» på den ene siden, og «ikke kontor» og «miljøpersonal» på den andre siden ut til å være nærmest identiske kategorier.

Med utgangspunkt i behandlingsansvar fant vi signifikante forskjeller i skåre på påstand 3, hvor de med behandlingsansvar i større grad opplevde at miljøpersonalet frykter straff og hevn fra de behandlingsansvarlige hvis de prøver å rette på feil og mangler hos dem.

På to påstander var gjennomsnittsskåren til miljøpersonalet signifikant lavere enn det øvrige personalets. Påstand 4: ”Ansatte frykter stadig at aggressive eller seksuelle impulser i seg selv eller pasientene ikke lar seg kontrollere tilstrekkelig til å hindre pinlige episoder eller kaotiske tilstander”, og påstand 35: ”De fleste pasientene er svært forskjellige fra meg selv”.

Tabell 5. Sosiale forsvarsteknikker etter stilling og tilgang til kontor (N =62).

| Sosiale forsvarsmekanismer | Kontor | Gjennomsnitt | SD | Stilling | Gjennomsnitt | SD |
|----------------------------------------------------------------------------|--------|--------------|---------|-----------|--------------|-----|
| 1. Avstand mellom pleier og pasient. | Nei | 3.9 | 0.8 (*) | Miljøpers | 3.9(*) | 0.8 |
| | Ja | 4.5 | 0.9 | Annet | 4.2 | 0.9 |
| 2. Depersonalisering, kategorisering og benektning av individets betydning | Nei | 1.3 | 0.8 | Miljøpers | 1.3 | 0.8 |
| | Ja | 1.3 | 0.6 | Annet | 1.3 | 0.6 |
| 3. Følelsesmessig frakobling | Nei | 3.4 | 0.9 | Miljøpers | 3.3 | 0.8 |
| | Ja | 3.3 | 0.5 | Annet | 3.4 | 0.7 |
| 4. Rituelle arbeidsmønstre reduserer nødvendigheten av å ta beslutninger | Nei | 3.1 | 1.2 | Miljøpers | 3.1 | 1.1 |
| | Ja | 3.3 | 1.2 | Annet | 3.4 | 1.2 |
| 5. Individuelt beslutningsansvar reduseres ved hjelp av sjekking | Nei | 5.1 | 1.4 | Miljøpers | 5.1 | 1.5 |
| | Ja | 5.0 | 1.5 | Annet | 4.9 | 1.5 |
| 6. Hemmelig sosial omfordeling av ansvar | Nei | 3.3 | 1.6 | Miljøpers | 3.3 | 1.6 |
| | Ja | 3.3 | 1.2 | Annet | 3.3 | 0.2 |
| 7. Bevisst uklarhet i formell fordeling av ansvar | Nei | 4.0 | 1.6 | Miljøpers | 3.9 | 1.6 |
| | Ja | 4.3 | 1.4 | Annet | 4.4 | 1.3 |
| 8. Delegering til overordnede for å redusere ansvarsbyrden | Nei | 3.3 | 1.3 (*) | Miljøpers | 3.3 (*) | 1.4 |
| | Ja | 4.0 | 1.1 | Annet | 4.0 | 1.0 |
| 9. Idealisering og undervurdering av muligheten for personlig utvikling | Nei | 4.4 | 1.9 | Miljøpers | 4.4 | 1.9 |
| | Ja | 4.1 | 1.7 | Annet | 4.1 | 1.7 |
| 10. Motstand mot endring | Nei | 3.1 | 1.1 | Miljøpers | 3.1 | 1.1 |
| | Ja | 3.4 | 0.9 | Annet | 3.3 | 1.0 |

* p<0.05

Det gjennomgående funnet var at enhet A skilte seg ut fra de andre fire enhetene ved å vise lavere sosialt forsvar mot angst (tabell 6). Når vi ser nærmere på de fem enhetenes skårer på de ti sosiale forsvarsmekanismene fant vi at enhet A igjen skiller seg signifikant fra én eller flere av de andre enhetene ved å ha en mindre defensiv holdning til tilbaketrekning og benektning av følelser, sosial omfordeling av ansvar, bevisst uklarhet i den formelle fordelingen av ansvar samt idealisering og undervurdering av muligheter for personlig utvikling.

Tabell 6. Forskjeller i gjennomsnittsskårer mellom enheter

| Skala | Enhet | Gjennomsnitt | SD |
|------------------------|---------|--------------|-----|
| Skala som helhet | Enhet A | 3.4 (*) | 0.5 |
| | Enhet B | 4.0 | 0.4 |
| | Enhet C | 4.1 | 0.3 |
| | Enhet D | 4.0 | 0.7 |
| | Enhet E | 3.9 | 0.4 |
| | Totalt | 3.8 | 0.6 |
| SOFA-skala | Enhet A | 3.0 (*) | 0.6 |
| | Enhet B | 3.6 | 0.5 |
| | Enhet C | 3.9 | 0.4 |
| | Enhet D | 3.9 | 0.7 |
| | Enhet E | 3.7 | 0.2 |
| | Totalt | 3.5 (*) | 0.7 |
| RIB-skala | Enhet A | 4.3 | 0.8 |
| | Enhet B | 4.7 | 0.5 |
| | Enhet C | 4.7 | 0.6 |
| | Enhet D | 4.5 | 0.9 |
| | Enhet E | 4.4 | 0.7 |
| | Totalt | 4.5 (*) | 0.7 |
| Regulering/involvering | Enhet A | 4.5 | 0.9 |
| | Enhet B | 5.0 | 0.6 |
| | Enhet C | 4.8 | 0.6 |
| | Enhet D | 4.6 | 1.0 |
| | Enhet E | 4.4 | 0.6 |
| | Totalt | 4.7 (*) | 0.8 |
| Bekymring | Enhet A | 3.3 | 0.9 |
| | Enhet B | 3.0 | 1.1 |
| | Enhet C | 3.8 | 0.9 |
| | Enhet D | 3.5 | 1.3 |
| | Enhet E | 4.7 | 1.9 |
| | Totalt | 3.5 (*) | 1.1 |

* p<0.05

Ser vi nærmere på RIB-skalaen finner vi at forskjellene mellom enhetene ser ut til å være større på de påstandene som omhandler regulering/involvering enn de som omhandler bekymring (tabell 6). Tre av de fire påstandene hvor enhetene skårer signifikant ulikt går på regulering/involvering. Når vi går nærmere inn på de 15 påstandene, finner vi at de som har tilgang til kontor og som har behandlingsansvar svarer signifikant høyere på påstand 47: ”Jeg er ofte redd for at pasientene mine skal skade seg eller dø” (tabell 7).

Tabell 7. Forskjeller mellom skåre på RIB-påstander etter tilgang til kontor.

| RIB-påstander | Kontor -tilgang | Gjennom- snitt | SD |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------|-----------|
| 36. Det er viktig at pasientene har et tett program gjennom hele dagen. | Nei | 4.5 | 1.8 |
| | Ja | 4.3 | 1.8 |
| 38. Når pasienter bryter regler, må det møtes med klare konsekvenser. | Nei | 5.3 | 1.8 |
| | Ja | 4.7 | 1.9 |
| 39. Personalet bør alltid vite hvor pasientene befinner seg når de er i avdelingen. | Nei | 5.6 | 1.2 |
| | Ja | 5.3 | 1.6 |
| 40. Pasientene bør ikke få permisjoner før vi er sikre på at de kan håndtere det. | Nei | 4.9 | 1.6 |
| | Ja | 4.8 | 1.6 |
| 41. Det er for mange regler og rutiner for pasientene. | Nei | 5.9 | 1.2 |
| | Ja | 5.4 | 1.3 |
| 43. Personalet bør gi pasientene større ansvar slik at de lærer å ta vare på seg selv. | Nei | 2.3 | 0.8 |
| | Ja | 2.7 | 0.9 |
| 44. Jeg kjenner på et nederlag dersom pasienter ruser seg eller bryter behandlingen. | Nei | 3.0 | 1.9 |
| | Ja | 2.5 | 1.5 |
| 45. En viktig del av jobben går ut på å grensesette pasienter. | Nei | 5.0 | 1.7 |
| | Ja | 5.0 | 1.5 |
| 46. Pasientene bør få tett oppfølging i forhold til gjennomføring av dagligdagse rutiner (vekking, måltider, hygiene). | Nei | 5.3 | 1.7 |
| | Ja | 5.6 | 1.4 |
| 48. Såfremt det ikke er fare for liv og helse, bør pasienter få permisjon selv om de fungerer dårlig. | Nei | 4.0 | 1.8 |
| | Ja | 4.0 | 2.0 |
| 49. Urinprøver bør tas etter hver permisjon. | Nei | 4.1 | 1.5 |
| | Ja | 4.5 | 1.5 |
| Totalskåre for regulering | Nei | 4.7 | 0.9 |
| | Ja | 4.6 | 0.7 |
| 37. Jeg føler ofte at jeg ikke får gitt pasientene det de trenger. | Nei | 5.0 | 1.8 |
| | Ja | 4.6 | 1.8 |
| 42. Det viktigste at personalet ikke lar seg manipulere av pasientene. | Nei | 4.7 | 1.9 |
| | Ja | 4.4 | 1.8 |
| 47. Jeg er ofte redd for at pasientene mine skal skade seg eller dø. | Nei | 2.4 (*) | 1.4 |
| | Ja | 3.3 | 1.5 |
| Totalskåre for bekymring | Nei | 3.5 | 1.1 |
| | Ja | 3.5 | 1.0 |
| Totalskåre i RIB | Nei | 4.5 | 0.6 |
| | Ja | 4.6 | 0.8 |

* p<0.05

Vi fant ikke signifikante forskjeller mellom menn og kvinner eller mellom ulike aldersgrupper når vi sammenliknet gjennomsnittsskårer på skalaen som helhet, på SOFA-skalaen eller på RIB-skalaen. Når vi delte SOFA-skalaen inn etter Menzies-Lyths ti sosiale forsvarsteknikker fant vi derimot signifikante kjønnsforskjeller på to av kategoriene. Menn opplever at avdelingen i større grad er preget av defensivitet gjennom at ansvarsbyrden reduseres ved å delegerer den til overordnede og gjennom motstand mot forandring.

Forskjell mellom SOFA-skårer i 1978 og 2012

Den gjennomsnittlige SOFA-skåren i vår undersøkelse er ganske lik den Moxnes fant i sin undersøkelse (tabell 8). Fordi Moxnes ikke oppgir standardavviket ved sine målinger kan vi ikke finne ut hvorvidt forskjellen mellom våre og hans funn er signifikant. Når vi ser på tallene, er det lite som tyder på det.

Tabell 8. Gjennomsnittlig SOFA-skåre i Moxnes og vår undersøkelse.

| Undersøkelse | Sted | SOFA-skåre | SD |
|----------------------------|-------------------|-------------------|-----------|
| Moxnes undersøkelse (1978) | Avdelingen (N 20) | 4.19 | |
| | Posten (N 9) | 3.24 | |
| | Totalt | 3.7 | |
| Vår undersøkelse (2012) | Enhet A | 3.0 | 0.6 |
| | Enhet B | 3.6 | 0.5 |
| | Enhet C | 3.9 | 0.4 |
| | Enhet D | 3.9 | 0.7 |
| | Enhet E | 3.7 | 0.2 |
| | Totalt | 3.5 | 0.7 |

Når vi ser nærmere på de ti sosiale forsvarsteknikkene til Menzies Lyth, ser vi at det likevel er endringer i typer av sosialt forsvar mellom de to målingene (tabell 9). I 1978 svarte respondentene betydelig mer defensivt på påstander som omhandlet tingliggjøring, kategorisering og benektning av pasientens følelser samt tilbaketrekning og benektning av pasientens betydning. Vi ser også at de opplevde arbeidsmiljøet som mer defensivt ved at ansvarsbyrden ble redusert ved å delegere den til overordnede. På andre områder var defensiviteten høyere i vår måling. På alle påstander som omhandlet muligheter for personlig utvikling og motstand mot forandring svarte respondentene mer defensivt i 2012 enn i 1978.

Tabell 9. Gjennomsnittsskårer i sosiale forsvarsteknikker i 1978 og 2012

| Sosiale forsvarsteknikker | Gjennomsnitt i 1978 | Gjennomsnitt i 2012 |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|
| 1. Avstand mellom pleier og pasient. | 3.9 | 4.1 |
| 2. Depersonalisering, kategorisering og benektning av individets betydning | 2.4 | 1.3 |
| 3. Følelsesmessig frakobling | 3.8 | 3.1 |
| 4. Rituelle arbeidsmønstre reduserer nødvendigheten av å ta beslutninger | 3.6 | 3.2 |
| 5. Individuelt beslutningsansvar reduseres ved hjelp av sjekking | 4.6 | 5.0 |
| 6. Hemmelig sosial omfordeling av ansvar | 3.9 | 3.3 |
| 7. Bevisst ukklarhet i formell fordeling av ansvar | 3.9 | 4.1 |
| 8. Delegering til overordnede for å redusere ansvarsbyrden | 4.5 | 3.5 |
| 9. Idealisering og undervurdering av muligheten for personlig utvikling | 3.6 | 4.3 |
| 10. Motstand mot endring | 2.8 | 3.2 |

* $p < 0.05$

Forskjell mellom SOFA og RIB-skala

Når vi sammenlikner skårene på SOFA-skalaen med vår RIB-skala, ser vi at gjennomsnittsskåren på sistnevnte er signifikant høyere (tabell 10). I analysen av de to delene av reguleringsskalaen ser vi at skåren på regulering/involvering er signifikant høyere enn skåren på bekymring.

Tabell 10. Gjennomsnittsskårer i SOFA-skalaen, RIB-skalaen og dens underskalaer.

| Skala | Gjennomsnitt | SD |
|------------------------|---------------------|-----------|
| SOFA-skalaen | 3.5 (*) | 0.7 |
| RIB-skalaen som helhet | 4.5 (*) | 0.7 |
| Regulering/involvering | 4.7 | 0.8 |
| Bekymring | 3.5 | 1.1 |

*p<0.05

DISKUSJON

Defensivitet

Til tross for samfunnsendringer, psykiatrikritikk og påfølgende reformer i helsevesenet, finner vi ikke en merkbart lavere defensivitet i vår undersøkelse sammenlignet med Moxnes (1978). Vi finner imidlertid interessante forskjeller i måten defensiviteten uttrykkes på.

Endringsmotstand. Et noe overraskende funn var knyttet til endringsmotstand. Ansattgruppen i Moxnes (1978) undersøkelse svarte konsekvent mindre defensivt på påstander knyttet til denne kategorien. Våre respondenter var i mindre grad enig i at endring kan føre til vekst. De har imidlertid vært gjennom flere omlegginger og sammenslåinger av avdelinger og sykehus de siste årene. Dette funnet kan kanskje tolkes som en type ”endringstretthet” hvis man ser på de påstandene som har med totalomlegginger å gjøre. Det finnes imidlertid også påstander som måler resignasjon i avdelingen: ”Det er bedre å tilpasse seg arbeidsmønsteret på avdelingen fremfor å prøve å endre det”. I lys av Moxnes (2002) teori om sosiobehov og psykobehov, er dette interessante funn. En endringsmotstand kan tolkes som en sterkt sosiobehov. Årsaken til at dette kommer frem i en tidsepoke som beskrives som mer omskiftelig, er imidlertid uklar. Det ville derfor være interessant å gå videre med nye undersøkelser knyttet spesifikt til syn på endring.

Tingliggjøring og kategorisering. Bruk av uniformer, skilt og titulering ved yrke eller etternavn eksisterer ikke der vi har foretatt vår undersøkelse, og pasientene ble verken kalt med romnummer eller diagnose. Pasienter og ansatte er til forveksling like. I 1978 svarte da også respondentene betydelig mer defensivt på påstander som omhandlet tingliggjøring og kategorisering. Til tross for mangelen på ytre avstandsmarkører er likevel det sosiale forsvaret målt til å være like høyt i vår undersøkelse som på Dikemark sykehus i 1978 (Moxnes, 1978). Det eksisterer en skjevhet i relasjonen mellom pasient og ansatt som ikke anerkjennes gjennom ytre tegn. Til tross for en ”likhetsmodell” og et vesentlig mindre hierarkisk helsevesen opplever ansatte at pasientene er annerledes dem selv. Alle defensive teknikker er tatt i bruk for å unngå angsten i møte med pasientene. Det som ser ut som nærhet og likhet, innebærer fremdeles en form for avstand. Hvordan kan dette forklares?

Nærhet gjennom teknologi. Shapiro (2008) påpeker at det legevitenskapelige mål alltid har vært å oppnå nærhet til pasienten. Dette står tilsynelatende i kontrast til Menzies Lyths (1970) beskrivelse av behovet de ansatte har for å skape avstand. Shapiro argumenterer imidlertid videre med at den medisinske vitenskapsmodell skaper stadig sterkere avstand mellom ”syk” og ”frisk” til tross for sitt ønske om å komme nær pasienten. Dikotomien er

nærmest en bivirkning: når målet er å kurere flest mulig fortest mulig, oppstår samtidig motsetningene ”dominerende- underordnet” og ”ekspert- legmann”. Ønsket om å komme nærmere pasienten eksisterer, men vises gjennom teknologisk intimitet – ikke emosjonell tilstedeværelse. Diagnostisering erstatter forståelse, hjelp og støtte gjøres om til intervensjon og behandling.

Det skjulte. Vi vil argumentere med at den tidligere åpent defensive praksis i helsevesenet kan være erstattet av en mer skjult- men like defensiv holdning. Engstelsen i møte med pasientene synes å være sterk (tabell 10), men vi tror det kan være vanskeligere å tematisere forsvaret mot den fordi den ”ikke finnes”. Den gode likhetstanken kan ha gjort det vanskelig å være både pasient og pleier fordi den indre opplevelsen ikke har et ytre uttrykk. Det paradoksale er at man gjennom å insistere på likhet kan ha skapt avstand fordi det skjeve maktforholdet ikke anerkjennes.

Er defensiviteten blitt utålbar? Armstrong (1995) advarer mot å tenke at emosjonell erfaring tilhører individet. Han hevder at Melanie Kleins konsept ”projektiv identifikasjon” og videreutviklingen av denne tenkningen viser at det er i relasjonen og gruppen den emosjonelle erfaringen dannes. Institusjonen kan i følge Armstrong romme individenes emosjoner. Dette betyr imidlertid ikke at enhver institusjon rommer ”helhetlig”. Det kan være slik at bare enkelte emosjonelle uttrykk tolereres (noe rommes), eller det kan være kultur for at også det vanskelige og ufordøyde får en plass slik at det kan bearbeides (alt rommes). Resultatet av vår undersøkelse kan tyde på at defensivitet i seg selv kan ha blitt vanskelig å fordøye. Det er lett å tenke at avstanden mellom pasient og ansatt er blitt mindre fordi den er blitt mindre synlig og mindre ”korrekt”, men vår undersøkelse tyder på at defensiviteten er uforandret. Ved å late som om skjevheter ikke eksisterer, kan det paradoksalt nok ha blitt vanskeligere å romme ikke bare primærangsten men også forsvaret mot den.

Er løsningen et kontor å trekke seg tilbake til?

Menzies Lyth (1970) påpekte at fysiske markører som skilt og uniformer markerte avstand til pasientene og derfor var et tegn på sosialt forsvar. Mange av disse markørene er borte, men det er fremdeles slik at det å ha eget kontor er en markering av rang og arbeidsform. Et eget kontor kan medføre at den ansatte kan oppleve pasienten på en annen måte enn miljøpersonalet, både fordi rommet kan være et tilfluktssted når det affektive ”avdelingstrykket” er høyt og fordi pasienter og kolleger oppleves annerledes i en til en relasjon. Det at ikke alle ansatte har kontor, signaliserer også ulikheter i personalgruppen.

Kontoraktivitetene er viktig - men samtidig skjult for fellesskapet. Når vi undersøker totalskåre og delskåre på SOFA og RIB, finner vi imidlertid ikke signifikante forskjeller mellom dem som har kontor eller behandlingsansvar og resten av personalet.

Ansvar. Dette kan kanskje bety at de som har kontor eller behandlingsansvar samtidig har et så vidt høyere ansvar at det å ha avstanden et kontor gir, ikke er nok til å få lavere skåre på andre defensive teknikker. Vi har ikke i vår undersøkelse en gruppe som har kontor uten å samtidig ha mer ansvar enten administrativt eller for pasientene, så dette er ikke undersøkt. Men verdt å merke seg er at både gruppen med behandlingsansvar og gruppen med kontortilgang svarer signifikant høyere enn miljøpersonalet på påstanden ”Jeg er ofte redd for at pas mine skal skade seg eller dø”. Ansvaret tynger. Det at gruppene har så ulikt syn på om det forekommer ansvarsvegring på enhetene er også interessant å merke seg i denne sammenhengen. Når vi sammenligner våre tall med Moxnes, ser vi at respondentene i 1978 svarte mer defensivt når temaet var ansvarsvegring. I analysen av vårt materiale ser vi at det i vår undersøkelse bare er kontorgruppen og de behandlingsansvarlige som opplever miljøpersonalet som ansvarsvegrende ved at de skyver ansvaret oppover (mot dem). Miljøpersonalet er ikke lenger enig i at ansvarsvegring foregår på denne måten. Dette kan bety både at miljøpersonalet har fått mer selvstendig ansvar og at de opplever at de bærer byrden av ansvaret selv. Samtidig er det interessant at det ikke oppleves slik av gruppen som sitter med mest ”totalansvar” i institusjonen. Gruppen med behandlingsansvar skiller seg i tillegg fra resten av kontorstaben ved at de i tillegg opplever at miljøpersonalet frykter straff og hevn fra dem (de behandlingsansvarlige) hvis de prøver å rette på feil og mangler hos dem. Dette er heller ikke oppfatninger som deles av miljøpersonalet selv. Vi ser at det å sitte med ansvar gjør noe med måten de andre oppleves på, men at det ikke i nødvendigvis fører til høyere defensivitet. Dette reiser et viktig spørsmål. Dersom de med ansvar opplever dem uten ansvar som defensive, hvem eier problemet?

Negativ kapabilitet. Det å gjøre miljøpersonalet bedre i stand til å holde ut å ikke forstå eller vite, vil være med på å gjøre det mindre truende å ta ansvar. Beslutningstagning innebærer usikkerhet og muligheter for å gjøre feil, og det må formidles tydelig gjennom holdninger. Oppøving av negativ kapabilitet kan tematiseres både i behandlingsmøter og gjennom internundervisning, begge deler styres imidlertid ofte av dem som sitter med mest ansvar. Samtidig reiser resultatet et spørsmål: medfører det riktighet at det gamle og relativt markante skillet mellom stab og miljøpersonalgruppe er nedtonet? Inge- Ernald Simonsen

(2007) advarer for eksempel mot det han kaller ”rapporteringsfella” der miljøterapeutens jobb blir å fremskaffe miljøobservasjoner slik at behandlerne kan drive terapi. Faren er at miljøpersonalet blir en slags assistentgruppe under de behandlingsansvarlige – uten et selvstendig miljøterapeutisk fokus. Et slikt skille vil antagelig kunne gi både ansvarsvegring og frykt.

Miljøterapi er mer enn pleie av syke. Det at kontortilgang medfører mer ansvar kan være en faktor som forklarer at vi ikke finner forskjell i defensivitet når vi ser på totalskårene. Samtidig ser vi av en undersøkelse fra 1978 kalt ”Stabens syn på forhold ved miljøterapeutisk arbeid” at miljøstaben der hadde et ønske om mer struktur mens kontorstaben ønsket en oppmykning. Kontorstaben i denne undersøkelsen bestod av psykologer og leger (Malt, Nerdrum og Zachrisson, 1978). Det er lite som tyder på at kontorstaben på Vinderen sykehus i 1978 satt med mindre ansvar enn behandlingsansvarlige og administrativt ansatte ved ”våre” avdelinger i 2012. En mulig forklaring som ikke utelukkende har med grad av ansvar å gjøre, er artikkelforfatterne selv inne på: pasientene kan ha blitt oppfattet annerledes av miljøpersonalet enn av psykologer og leger fordi miljøterapi handler om samvær over tid og gjennom mange ulike situasjoner (Malt, Nerdrum & Zachrisson, 1978). For å belyse dette kan vi se på forhold ved vår egen undersøkelse. Det er nemlig signifikante forskjeller mellom gruppene på enkelte underfasetter. Både kontorgruppen og de behandlingsansvarlige mener at behandlingsmiljøet er preget av oppsplitting av pasient-pleier forholdet gjennom å skape avstand. Dette opplever ikke miljøpersonalgruppen. Menzies Lyth (1970) forklarer denne forsvarskategorien med at relasjonell nærhet og høy følelsesintensitet gir angst. Pleierne i hennes studie hadde derfor i svært liten grad ansvar for å følge opp pasienter over tid, pasientkontakten ble hele tiden forsøkt fordelt og minimert. Miljøpersonalets arbeid er slik vi har observert det verken preget av samlebåndsrutiner, rullering eller oppdeling av oppgaver. Miljøterapi er tvert om i faglitteraturen beskrevet som et forsøk på helhetlig tilnærming: ”Miljøterapi er en behandlingsform hvor en bevisst tilrettelegger alle organisatoriske, psykologiske, sosiale og kulturelle forhold med henblikk på at institusjonen som helhet og alle relasjoner og hendelser skal fremme psykisk utvikling hos pasientene” (Schjødt og Heinskou, 2007). Når miljøpersonalet svarer minst defensivt på påstandene som hører under denne kategorien (SOFA- påstandene 5, 14, 31 og 35), kan dette skyldes en speiling av innholdet i miljøterapirollen. De arbeider som sykepleiere, vernepleiere og sosionomer med klart definerte ansvarsoppgaver, men fordi de samtidig er miljøterapeuter forventes det også

en helhetlig og lite oppstykket tilnærming til pasientene. Vi vet imidlertid ikke om miljøpersonalet i vår undersøkelse opplever mindre avstand mellom seg og pasientene der de befinner seg (miljøet) fordi avstanden faktisk er liten, eller om det eksisterer en avstand de ikke ser. De behandlingsansvarlige og de med kontor opplever nemlig at avstanden eksisterer. Er det fordi deres hverdag bærer mer preg av oppsplitting av arbeidsforhold gjennom få og skiftende kontaktpunkt med pasientene og rutinearbeid som skaper distanse? Når Shapiro (2008) beskriver avstand skapt gjennom teknologi og diagnostisering, er det behandlingsansvarlige og ikke miljøpersonell hun henviser til. Det er imidlertid også mulig at behandlingsansvarlige og kontorgruppe ser defensive trekk ved enhetene som de andre ansatte ikke legger merke til.

Othering. Til tross for at miljøpersonalgruppen svarer lite defensivt når vi ser på den sammenlagte kategorien om oppsplitting av pasient-pleier forholdet, svarer de signifikant mest defensivt av alle grupper på SOFA-påstand 35: ”De fleste av pasientene er svært forskjellig fra meg selv”. Opplevelsen av pasienten som ”den andre” sorterer nettopp under kategorien oppsplitting av forholdet mellom pleier og pasient. Dette er også interessant sett opp mot SOFA-påstand fire som omhandler spørsmålet om hvorvidt seksuelle eller aggressive impulser kan virke truende. Miljøpersonalet synes i mindre grad enn de andre gruppene at dette er vanskelig, men de opplever samtidig pasientene som mer ulike seg selv.

Menzies Lyth (1970) skriver at sosialt forsvar oppstår for at den ansatte skal slippe å kjenne på intensiteten i uforløste behov og ønsker hos seg selv eller pasient/pårørende. I lys av måten miljøterapi beskrives på hos blant annet Schjødt og Heinskou (2007), virker det fornuftig å tenke at miljøterapeutene gjennom jevn tilstedeværelse opplever flest episoder med høy affektiv intensitet samt står i et langvarig affektivt ”trykk” gjennom dagen. Dette er jo nettopp miljøterapiens styrke: å være der det skjer. Når mulighetene for avstandsmarkering er minimert, oppleves imidlertid pasienten som en som er til forveksling lik en selv. Dette er interessant fordi Shapiro (2008) beskriver behovet for å opprette en grense gjennom å se på pasienten som noe ”annet” som mest presserende der det ikke i utgangspunktet er lett å oppdage forskjeller. Den følelsesmessige intensiteten er krevende, og den ansattes frykt for kollaps eksternaliseres til pasienten. Påkrevd nærvær gjennom vanskelige situasjoner blir dermed lettere å holde ut hvis pasienten oppleves som ”vesensforskjellig” (Shapiro, 2008). Forskjellen i sosialt forsvar mellom gruppene på dette punktet kan dermed forstås som et resultat av deres ulike roller og arbeidsforhold.

Hva er det med enhet A?

Moxnes (1978) fant store forskjeller i sosialt forsvar mellom Posten og Avdelingen (tabell 9). Vi har gjort tilsvarende funn. Enhet A har både lavere totalskåre, SOFA-skåre og RIB –skåre. Når SOFA-skåren analyseres, ser vi at det er signifikante forskjeller mellom enhet A og en eller flere av de andre enhetene på hele fem av Menzies Lyths (1970) ti kategorier (tabell 6). Enhet A viser mindre defensiv holdning til tilbaketrekning og benektning av følelser, sosial omfordeling av ansvar, bevisst uklarhet i den formelle fordelingen av ansvar, og idealisering og undervurdering av muligheter for personlig utvikling. Hva er det med enhet A? Vi vet at det ikke er spesielle forskjeller i form av ulike yrkessammensetning, andre pasientgrupper, økonomi eller beliggenhet. Vi vet ikke noe om ledelsesform eller om ansatte er eldre eller yngre. Det kan være skjev kjønnsammensetning der (eller på de andre enhetene). Om vi skulle gått videre med vår undersøkelse måtte vi startet med å finne ut dette.

Avdelingskultur. Dag Album (2011) sier at det som kjennetegner en kultur er det som først og fremst ikke tematiseres. Det er ikke sikkert at enhet A selv har en bevissthet om hvilken praksis som fører til såpass lav defensivitet. Vi ville ha gått videre med å undersøke om det finnes en spesielt god kultur for refleksjon på enhet A. Individualterapeuten veksler i følge Zachrisson (1997) mellom innlevelse og refleksjon. Hvis dette skal gjøres mulig også for miljøterapeutene, må det legges til rette for internundervisning, veiledning og rom for refleksjon. Er det spesielt tilrettelagt for dette på enhet A? Det ville i tillegg vært ønskelig å undersøke andelen ansatte som selv er eller har vært pasienter/klienter. Hale (1997) påpeker viktigheten av egenerapi for helsearbeidere. Menzies Lyth (1970) mener at sosialt forsvar står i veien for utviklingen av medfølelse og sympati. Shapiro (2008) sier noe av det samme når hun beskriver en ”vitenskapelig altruisme” som vil ha nærhet til det medisinske objekt, ikke pasienten som subjekt. Uavhengig om man som Menzies Lyth (1970) tar utgangspunkt i angst og sosial forsvar, eller som Shapiro (2008) ser på det forsvarspregede som et resultat av en type tenkning eller medisinsk modell, er dette beskrivelser av kultur.

Blir pasientene bedre på enhet A? Beskrivelsen på sykehusets nettsider står det at enhetene arbeider etter ulike behandlingsmodeller. Vi vet ikke om enhet A kan ha en behandlingsmodell som skiller seg fra de andre med hensyn til arbeid med defensivitet. Menzies Lyth (1970) skriver at suksess er avhengig av teknikker for å romme angst. Utover å forsøke å finne ut om slike teknikker praktiseres på enhet A, ville det være svært interessant å undersøke om enheten skiller seg ut med tanke på resultat med pasienter, drop-out fra behandling og turnover i arbeidsstokken.

RIB: Regulering, involvering, bekymring

Totalskåren på vår RIB-skala var 4.5. SOFA- skåren er 3.5. Resultatet er i tråd med vår forventning. SOFA-påstandene er mer vage i sin form, mens våre påstander er direkte knyttet opp til den enkeltes holdning og praksis (tabell 10).

Angst og bekymring. Vi har valgt å undersøke det vi har kalt ”bekymring” fordi vi ikke som Menzies Lyth (1970) har hatt mulighet for å observere angst i institusjonen. Vi ønsket ikke å ta fenomenet for gitt. Når vi i analysen ser at det ikke er nevneverdige forskjeller mellom avdelinger eller grupper med hensyn til ansattes engstelse, virker dette i liten grad som et kulturelt fenomen. Ansatte på alle enheter og i alle yrkesgrupper beskriver stor grad av engstelse og bekymring. Totalskåren her er 3.5 mot en skåre på 4.7 på regulering/involvering (tabell 6).

Menzies Lyth (1970) beskriver det å pleie pasienter som ikke blir friske som det absolutt mest stressende på et sykehus. Dette er interessant i forhold til rusmisbruk. Vi har tidligere argumentert med at rusmisbrukerens risikoatferd påkaller sterk angst hos ansatte fordi den oppleves aggressiv samtidig som selvmordsfaren er sterk og vedvarende. 29 % av alle behandlingsavslutninger i Norge er rapportert inn som drop-out, altså selvbestemt brudd (Iversen, Lauritzen, Skretting og Skutle, 2008). I ett og samme behandlingsløp er det i tillegg vanlig med en eller flere rusepisoder uten at det fører til utskrivelse. Dette tilsier høy grad av angst hos ansatte i rusomsorgen, noe som bekreftes i vår undersøkelse.

Regulering/involvering. Armstrong (1995) bruker Gregory Batesons definisjon på et system for å beskrive hva en institusjon er: ”activities with a boundary”. Grensene definerer medlemsskap, oppgaver, teknologi, tid og område. Gjennom å fokusere på ansattes syn på regulering og involvering, har vi ønsket å finne ut mer om grensene mellom aktørene i institusjonen. Vårt syn er at den grensen pasienten møter på institusjonen samtidig er en grense mellom pasienten og omverdenen gjennom at den regulerer frihetsrommet og dermed påvirker pasientens evne til selvregulering. Totalskåren på regulering/involvering er høyere enn på bekymring alene (tabell 10). Det kan kanskje tyde på at reguleringen/involveringen har fungert: den ubevisste angsten fører til sosialt forsvar og går under radaren.

Kontroll. Vi viser i vår metodiske gjennomgang at regulering/involvering er aspekter av det som kalles sosialt forsvar. Samtidig kan man tenke seg muligheten for at ansatte mener

at rusmisbrukeren har et særskilt behov for ytre regulering, og at det er den faglige begrunnelsen for regulering som utgjør differansen mellom SOFA –målingen og reguleringsdelen av RIB-skalaen. Sosiologisk forskning har vist at rusavhengighet kommer dårligst ut når helsepersonell skal rangere sykdommers prestisje (Benneche, 2011). Album (1991) forklarer sykdomsprestisje med ulik grad av kurerbarhet, arvelighet kontra livsstil, om det er noe smittsomt eller skittent og som det oppfattes som selvpåført lidelse som er ute av kontroll. Crawford (1994) sier at den rådende oppfatning av rusavhengige er at det handler om kontrolltap. Han viser til Stein (1984) som beskriver samfunnets opptatthet av rusavhengighet som et kulturelt drama der vi fascineres av ”den andre” som ikke innehar selvkontroll. Rusmiddelet har ”inntatt” pasienten og stjålet det kontrollerte selvet, og rusomsorgens oppgave er å gjøre pasienten i stand til å gjenvinne kontrollen og dermed få tilbake seg selv. Det er kanskje ikke så rart at reguleringsdelen av RIB-skåren tilsier at ansatte mener at regulering av ruspasienter er svært viktig. Samtidig ser vi ved en sammenligning av RIB - skåren mellom de ulike avdelingsenhetene at det er større forskjell mellom synet på regulering/involvering enn i beskrivelsen av egen bekymring for pasientene. Tre av fire signifikante forskjeller mellom avdelingene går på påstandene som kun omhandler holdning til regulering/involvering. Dette tyder på at det også her er store kulturelle forskjeller mellom enhetene, og også ulike faglige begrunnelser. En like sentral påstand er nemlig at rusmisbrukere ofte har et særdeles hardt og straffende superego (Williams, 2002). Om man tar hensyn til dette, vil det antagelig påvirke synet på ytre regulering. Holdninger til kontroll gjennom urinprøver og utgang/permisjon utvikles over tid og samspill, det er ikke en gitt størrelse med en fastlagt faglig begrunnelse.

Atferd. Røssberg, Karterud, Pedersen og Friis (2007) påpeker at det er atferd og ikke diagnose som vekker mest motoverføringsreaksjoner. Årsaker til at enhet B fremstår mest defensiv med hensyn til regulering/involvering kan kanskje finnes her. Alle pasientene har rusdiagnoser, men man kan tenke seg muligheten for at en eller flere pasienter ved enhet B har en type atferd som skaper reaksjoner. Hvis ønsket om å regulere er faglig begrunnet og ikke oppstår som en unnvikelse av angst, er det ikke en defensiv reaksjon. Det er også mulig at kjennskap til ulikheter i enhetenes behandlingsprofil eller historikk ville kunne være med på å forklare forskjellen i syn på regulering.

Praktiske implikasjoner

Gjennom å regne sosialt forsvar som en naturlig faktor der mennesker møtes i en institusjon, utvider etter vår mening det faglige rommet seg. Det blir mulig å arbeide for å dempe defensiviteten, og det åpner for spennende faglige diskusjoner om hva som er god pasientbehandling.

Hva og hvem bør reguleres? I vår pilotundersøkelse kom det klart frem at hensynet til liv og helse hadde høyest prioritet hos de ansatte. Om pasienter ble opplevd akutt suicidale eller aggressive, ble nødrett, politi eller overføring til TPH ansett som nødvendige tiltak. Vi har argumentert med at grenser og kontroll inntreffer på et langt tidligere stadie. Det er oftest de dårligst fungerende pasientene man ønsker å grensesette eller overta kontrollen for, også når det er snakk om rutiner som urinprøvetakning og permisjoner. Malt, Nerdum og Zacrisson (1978) skriver for eksempel at årsaken til at miljøpersonalet hadde et sterkere ønske om struktur og autoritet i avdelingen, kanskje kunne komme av at de oppfattet pasientene som mer "jeg-svake" enn behandlerne gjorde. Et slikt ønske ville i så fall være faglig begrunnet og ikke en defensiv reaksjon.

Manipulasjon og splitting. Når flere arbeider med de samme pasientene, vil mange hevde at det er viktig å praktisere regler og rutiner så likt som mulig. I reglers natur ligger det da også en forventning om at de ikke er individuelle, men skapt for å være felles retningslinjer. Å følge regelverket vil hindre konflikt i personalgruppa, men det anses også som viktig først og fremst av hensyn til pasienten. Personalet kan oppleve pasientene som manipulerende (Moxnes, 2002) og "splittende" (Ovedal & Wold, 2012). Ved å oppføre konsekvent og samlet, kan personalet ha et ønske om å hindre pasientene i å "splitte" dem som gruppe. I en nyere studie kommer det frem at sykehusansatte som arbeider med personlighetsforstyrrelser opplever splitting som den største følelsesmessige utfordring (Ovedal & Wold, 2012). Psykologspesialist Didrik Heggdal beskriver imidlertid personalets forsøk på å begrense fremfor å håndtere splitting som et problem fordi det hindrer de dårligst fungerende pasientene å oppnå mer nyansering (Heggdal, 2009). Han påpeker at det regulerende i en sykehusavdeling fremmer patologi når pasientene har GAF-skåre under 30 (Heggdal, 2011). Dette begrunner han med at ytre regulering paradoksalt nok både kan vedlikeholde og øke behovet for ytre regulering gjennom positive feedbackloops som fører til avhengighet, kronifisering og marginalisering (Heggdal, 2009).

I en gjennomgang av mangelpatologi og konfliktpatologi, skriver Killingmo (1989) at man ved mangelpatologi bør la pasienten være i betydningen å la pasienten få gjøre seg sine erfaringer på egenhånd. Gjennom friheten skal følelsene ”jeg er” og ”jeg har rett til å være” bekreftes pasienten. Killingmo beskriver her psykodynamisk individualterapi, men perspektivet gir en vinkling det er verdt å ta med inn i den faglige debatten. Er vårt ønske om å beskytte, regulere og kontrollere pasienter som ser ut til å trenge vår styring alltid til pasientens beste?

Det ligger utenfor denne oppgaven å angi noen retning for når man bør regulere pasienter. Det vi peker på er at man ved å kalle all regulering ”hensyn til pasientens beste” kan tåkelegge sosialt forsvar i avdelingen. Ved å sette merkelappen ”faglig begrunnet” på det som i realiteten er defensive teknikker, mister avdelingen muligheten til å åpent diskutere de ulike faglige syn på hva regulering gjør med pasienten.

Anerkjennelse. Menzies Lyth (1970) beskriver de vekstmuligheter som oppnås når institusjonen rommer individenes angst. Resultatene av vår undersøkelse viser en nedgang på de defensive teknikker som handler om tilbaketrekning fra pasienten og benektning av pasientens følelser og betydning (tabell 9). Denne endringen i defensivitetens form åpner etter vår mening for et spennende perspektiv. Det kan synes som om det nå fremkommer en større toleranse for emosjon. Killingmo (1999, s. 59) skriver ”Den som skal fremme åpenhet, må selv være åpen”. Det handler om å se og tåle det som er, også hos seg selv. En følelse av å ikke være isolert medieres til pasienten gjennom nærværet. Anne-Lise Løvlie Schibbye skriver at begrepet ”anerkjenne” blant annet handler om å se noe om igjen : ”re –cognize”. Gjennom bevisstgjøring av hva anerkjennende kommunikasjon innebærer, oppøves blikket.

En etikk for det imperfekte. Moxnes (2002) skriver at sosialt forsvar står i veien for utviklingen av empati. Shapiro (2008) beskriver barrierer som oppstår mellom pasient og terapeut og forklarer dette med en sterk menneskelig impuls til å trekke seg tilbake og skape avstand til sykdom. Også mental sykdom og avhengighet oppleves som ”smitte”. Hun vektlegger Paul Ricoeurs tanke om mennesket som både kapabelt og sårbart; vi trenger gjensidig forståelse. Shapiro foreslår en løsning på det problemet hun kaller distansering og ”othering” og Menzies Lyth (1970) kaller sosialt forsvar. Dette kaller hun ”etikk for det imperfekte”. Det gjensidige avhengigheten mellom mennesker må anerkjennes, og terapeuten må arbeide med sine emosjonelle reaksjoner på pasienter og kolleger. Det åpnes opp for å uttrykke sårbarhet, dele feil og være ikke-vitende i motsetning til allvitende. Gjennom å

anerkjenne usikkerhet og feilbarlighet oppnås den nærheten til andre vi både frykter og lengter etter.

”Mothers need mothering themselves” (Winnicott, 1964). Også personalgrupper vil ha elementer av ”othering” og benektning av ”den andres” følelser og betydning. Moxnes (1978) beskriver store avstander mellom enkelte profesjoner. Gjennom å anerkjenne følelsenes betydning også på arbeidsplassen, skapes det muligheter for refleksjon og åpenhet. Menzies Lyth (1970) fant i sin studie at sykepleiere selv hadde en forventning om å bli tatt vare på. Nyere forskning viser at mangelfulle rammebetingelser på avdelingen gjorde sykepleierne ekstra sårbare for det de opplevde som krevende samspillsprosesser med pasientene (Ovedal, Wold, 2011). Robert Hale (2002) beskriver viktigheten av at også terapeuten rommes. Vår undersøkelse viser at sosialt forsvar som fenomen er stabilt over tid, men vi finner samtidig store variasjoner mellom ulike døgneheter. Dette tyder på at det å legge til rette for en åpenhetskultur med rom for feilbarlighet, refleksjon og veiledning på det enkelte arbeidssted er en god investering.

OPPSUMMERING

Vi har funnet at sosialt forsvar målt med SOFA-skjema ikke har sunket nevneverdig mellom en undersøkelse foretatt i 1978 (Moxnes, 1978) og i den behandlingskulturen vi har undersøkt. Samtidig ser vi at formen på defensiviteten har endret seg. Det er lite som tyder på at det å ha fysisk avstand gjennom å ha eget kontor utgjør noen forskjell, vi har funnet større forskjeller mellom enheter enn mellom arbeidsroller og profesjoner.

Vi har utviklet et skjema kalt RIB som måler regulering, involvering og bekymring. Bekymrings-skåren antar vi måler den bevisste delen av angst. Denne skåren er høy og jevn, vi finner ikke gruppeforskjeller. Skåren for regulering og involvering følger SOFA-skåren, men er som forventet høyere. Dette kan tolkes som at regulering/involvering er en sosial forsvarsteknikk som brukes i større grad enn Menzies Lyths (1970) kategorier målt med SOFA-skjemaet, men det er også mulig at forskjellen skyldes at visse aspekter ved ønsket om regulering av pasienter er faglig begrunnet og ikke av defensiv karakter.

LITTERATURLISTE

- Album, D. (1991). *Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje*. Nordisk medicin, vol. 106 (8-9): 232-236.
- Album, D. (2011, 23. mars). *Samfunnsvitenskapenes hemmelige kunnskap*. Foredrag på Litteraturhuset, Oslo.
- Armstrong, D. (1995). The psychoanalytical approach to institutional life. Why so little impact? *Group Analysis*. Vol. 28: 33-45.
- Benneche, I. (2011). *En (p)syk sammenligning. En undersøkelse av leger og psykologers prestisjerangering av psykiske sykdommer*. Upublisert bacheloroppgave i sosiologi, Universitetet i Oslo.
- Berg, J. E. (2001). *Rusmiddelmissbruk. Behandling og tiltak i allmennpraksis*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag.
- Crawford, R. (1994). The boundaries of the self and the unhealthy other: reflections on health, culture and aids. *Social science and medicine*. Vol. 38, 1347-1365.
- Foucault, M. (1988). *Madness and civilization. A history of insanity in the age of reason*. (2. utg.). London. Psychology Press.
- Føyn, P. & Shaygani, S. (2010). *Psykodynamisk behandling av ruslidelser*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situations of mental patients and other inmates*. New York. Anchor Books.
- Gunderson, J.G. (1978). Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus. *Psychiatry*, Vol. 41: 327-335.
- Hale, R. (1997). How our patients make us ill. *Journal of continuing professional development*. Vol. 3:254-258.
- Hale, R. (2002). In search of a reliable container: staff supervision at DDU. I Weegmann, M. & Cohen, R. (Red.), *The psychodynamics of addiction*. London and Philadelphia. Whurr Publishers.
- Heggdal, D. (2011, april). Foredrag på PS-kveld ved Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo.
- Heggdal, D. (2010). *Basal eksponeringsterapi. BET-modellens teoretiske forankring. Kybernetikk som grunnlag for forståelse og intervensjon*. Sykehuset Asker og Bærum, Vestre Viken HF.

- Heggdal, D. (2009). Foredrag om «Basal eksponeringsterapi – BET. Intensiv sykehusbehandling for pasienter med PF og svært lavt funksjonsnivå». Nordisk konferanse om personlighetsforstyrrelser. Oslo, Ullevål sykehus.
- Holmqvist, R. & Armelius, B. A. (2000). Countertransference feelings and the psychiatric staffs self-image. *Journal of Clinical Psychology*. Vol. 56: 475-90.
- Iversen, I., Lauritzen, G., Skretting, A. & Skutle, A. (2008). *Det nasjonale dokumentasjonssystemet innen tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere*. Klientkartleggingsdata. Rapport for 2008.
- Jaques, E. (1953). On the dynamics of social change. A contribution to the psychoanalytical study of social phenomena deriving from the views of Melanie Klein. *Human Relations*. Vol.6, 3-24.
- Killingmo, B. (1999). Den åpne samtalen. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*. Nr. 1, 119: 56-59.
- Killingmo, B. (1989). Conflict and deficit. Implications for technique. *International Journal of Psychoanalysis*. Vol. 70:65-89.
- Larsen, E. (2004). *Miljøterapi til barn og unge. Organisasjonen som terapeut*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Lossius, K. (2011). *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. Oslo. Gyldendal akademiske forlag.
- Lyngved, K. (2012). Referert i Østby, B. A. (2012). Ny pleiegruppe skaper strid, *Sykepleien*, nr. 10.
- Løchen, Y. (1970). *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malt, U., Nerdrum, P. & Zachrisson, A. (1978). Stabens syn på forhold ved miljøterapeutisk arbeid. En spørreskjemaundersøkelse ved en voksenpsykiatrisk avdeling. *Særtrykk av Tidsskrift for Den norske lægeforening*. Nr. 2, 98, 70-74.
- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S. & Kaplan, A. (2003). *Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy*. New York. Guilford Publications.
- Menzies-Lyth, I. (1970). The functioning of social systems as a defence against anxiety. I Menzies Lyth (1988). *Containing anxiety in institutions*. London. Free Association Books.
- Mitchell, A. & Black, M. J. (1995). *Freud and beyond. A history of modern psychoanalytic thought*. New York. Barnes and Noble.

- Moxnes, P. (2002). *Angst og arbeidsmiljø - en studie av samspill*. Oslo. Forlaget Paul Moxnes.
- Moxnes, P. (1978). *Angst og organisasjon. En studie av samspillet mellom de ansatte ved en psykiatrisk organisasjon*. Doktorgradsavhandling, Institutt for samfunnsvitenskap, Universitetet i Tromsø.
- Ovedal, A. S. & Wold, M. (2011). *Følelser på avveie?* Masteroppgave i psykisk helsearbeid, Høgskolen i Oslo.
- Pailliant, J. (2007). *SPSS Survival manual*. (3. utg). New York. Mc Graw Hill. Open University Press.
- Flores, P. J. (2004). *Addiction as an attachment disorder*. Maryland. Rowman and Littlefield Publishers.
- Røssberg, J. I., Hoffart, A. & Friis, S. (2003). Psychiatric staff members emotional reaction toward patients. A psychometric evaluation of an extended version of the Feeling Word Checklist (FWC-58). *Nordic Journal of Psychiatry*. Vol. 57.
- Røssberg, J. I., Karterud, S., Pedersen, G. & Friis S. (2008). Specific personality traits evoke different countertransference reactions. An empirical study. *The journal of nervous and mental disease*. Vol. 196, 702-708.
- Røssberg, J. I., Karterud, S., Pedersen, G. & Friis S. (2007). An empirical study of countertransference reactions toward patients with personality disorders. *Journal of Comprehensive Psychiatry*. Vol. 48: 225-230.
- Schibbye, A-L. L. (2009). *Relasjoner. Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Schjødt, T. & Heinskou, T. (2007). *Miljøterapi på dynamisk grunnlag*. København. Hans Reitzel Forlag.
- Schultz, C. G. (2008). Commentary on «Specific personality traits evoke different countertransference reactions: An empirical study» by Røssberg et al. *The journal of nervous and mental disease*. Vol. 196, 709-710.
- Shapiro (2008). Walking a mile in their patients shoes: empathy and othering in medical students education. *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine*, 3:10.
- Shildrick, M. (2000). Becoming vulnerable: contagious encounters and the ethics of risk. *Journal of medical humanities*. Vol. 21, 215-227.
- Simonsen, I. E. (2007). Psykologer og miljøterapi. *Tidsskrift for norsk psykologforening*. Vol. 44, nr. 11: 1338-39

- Stein, H. (1984). Alcoholism as metaphor in American culture: ritual desecration as social integration. *Ethos*. Vol. 13: 195-235.
- Stern, D. N. (2007). *Her og nå. Øyeblikkets betydning i psykoterapi og hverdagsliv*. Oslo. Abstrakt forlag.
- Szasz, T. S. (1970). *The manufacture of madness. A comparative study of the inquisitions and the mental health movement*. New York. Harper & Row Publishers.
- Thorgaard, L. (2006). *Empatiens bevarelse i reationsbehandlingen i psykiatrien*. Stavanger. Hertevig Forlag.
- Vatne, S. (2008, oktober). *Grensesetting i miljøterapi*. Forelesning på Brobyggerseminaret i Kristiansand.
- Zachrisson, A. (2008). Neutrality, tenderness and the analyst's subjectivity. Reflections on the analytic relationship. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*. Vol. 31. 86-94.
- Zachrisson, A. (1997). Terapeutisk holdning. I Gullestad, S. E. & Theophiliakis, M. (Red.), *En umulig profesjon? Om opplæring i intensiv dynamisk psykoterapi* (s. 25-37). Oslo. Universitetsforlaget.
- Welch, S. (2007). Substance use and personality disorders. *Psychiatry*. Vol. 6:27-29.
- Whyte, C. R., Constantopoulos, C. & Bevans, H. G. (1982). Types of countertransference reactions identified by Q-analyses. *British Journal of Medical Psychology*. Vol. 55:187-201.
- Williams, A. H. (2002). Container and contained: the school of Bion. I Weegmann, M. & Cohen, R. (Red.), *The psychodynamics of addiction*. London and Philadelphia. Whurr Publishers.

Vedlegg 1. Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Samspillsdynamikk i en døgnavdeling”

Bakgrunn

Dette er en forespørsel til deg om å delta i en forskningsstudie om samspillsdynamikk som gjennomføres som ledd i en hovedoppgave i psykologi ved Universitetet i Oslo. Vi ønsker å se nærmere på ansattes behov for struktur og holdning til regulering i en døgninstitusjon. I denne omgang er hovedformålet å se på hvordan personale tenker at de best kan hjelpe pasienter. Vi gjennomfører med hensikt undersøkelsen i en døgninstitusjon fordi pasienter her møter mange ulike yrkesgrupper og tilnærminger til terapi. Funn fra undersøkelsen vil kunne bidra til å videreutvikle miljøterapeutisk metodikk. Du blir bedt om å delta på lik linje med de andre ansatte ved avdeling for avhengighet. Gjennomføring av undersøkelsen er godkjent av avdelingsleder [REDACTED] ved avdeling [REDACTED] og avdelingsleder [REDACTED] ved avdeling [REDACTED].

Hva innebærer studien?

Studien innebærer at de ansatte ved din avdeling blir bedt om å fylle ut vedlagte spørreskjema. Skjemaet inneholder 50 påstander om forholdet mellom personalet innbyrdes og mellom personalet og pasientene på avdelingen. Vi ber deg rangere hver av påstandene etter hvor enig eller uenig du er. Skjemaet har også noen få spørsmål om deg.

Mulige fordeler og ulemper

Du vil ikke ha noen spesielle fordeler av studien, men funnene fra studien vil senere kunne være til hjelp for å øke den generelle forståelsen for miljøterapeutisk samspillsdynamikk. Vi kommer til å tilby avdelingen din et foredrag der vi forteller litt om arbeidet vårt når det er ferdigstilt.

Taushetsplikten gjelder fortsatt

Deltakelse i studien fritar deg ikke fra taushetsplikten. Dersom du blir bedt om å gi opplysninger som kan identifisere pasienter, har du plikt til å forsikre deg om at forsker har lov til å innhente de taushetsbelagte opplysningene. I alle andre tilfeller må ingen opplysninger som kan identifisere pasienter fremkomme under studien. Dersom du ved et uhell avgir slik informasjon, må du gjøre forskeren oppmerksom på dette og kreve at de taushetsbelagte opplysningene slettes. Forskeren har plikt til å etterkomme et slikt krav umiddelbart.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer/direkte gjenkjenner opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Avdelingsledelsen eller den øvrige ledelsen ved sykehuset vil ikke gis tilgang til navnelisten. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. 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. Datamaterialet anonymiseres ved prosjektslutt, innen 31.12.12.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du velger å ikke delta, trenger du ikke å oppgi noen grunn. Om du skulle bestemme deg for ikke å delta, får dette ingen konsekvenser for deg i ditt arbeidsforhold til sykehuset. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke. Dersom du senere ønsker å trekke deg, kan du kontakte Ingrid Benneche på e-post [redacted] eller tlf. [redacted].

Samtykke for deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Bekreftelse på at informasjon er gitt deltakeren i studien

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 2. Spørreskjema

FØRST VIL VI GJERNE HA NOEN OPPLYSNINGER OM DEG

Kjønn: Kvinne Mann

Alder: 25-35 36-45 46-55 55+

Stilling: Miljøpersonale (sykepleier, sosionom, vernepleier, miljøarbeider etc.)

Lege Psykolog

Administrasjon (enhetsleder, inntakskordinator etc.)

Annet

Har eget kontor: JA NEI

Har juridisk behandlingsansvar: JA NEI

Nedenfor finner du en liste med 50 påstander om forholdet mellom personalet innbyrdes og mellom personalet og pasientene på avdelingen. Du vil sikkert finne at noen av påstandene er direkte gale, andre er utvilsomt riktige, mens du kanskje er usikker på noen.

Marker hver påstand i henhold til hvor enig eller uenig du er.

Sett ring rundt tallverdien for det svaret du velger.

- | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----|----|----|----|----|--|--|------------|
| 1. Ansatte på avdelingen er redde for å vise sinne og aggresjon; spesielt mot personer de har sympati for. | Svært uenig | | | | | | | | Svært enig |
| | -3 | -2 | -1 | +1 | +2 | +3 | | | |
| 2. Miljøpersonalet har en manglende evne til å rette på feil og mangler som de ser de behandlingsansvarlige gjør. | Svært uenig | | | | | | | | Svært enig |
| | -3 | -2 | -1 | +1 | +2 | +3 | | | |
| 3. Hvis miljøpersonalet prøver å rette på feil og mangler hos behandlingsansvarlige, vil de frykte straffen og hevnen fra dem. | Svært uenig | | | | | | | | Svært enig |
| | -3 | -2 | -1 | +1 | +2 | +3 | | | |

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------------|
| 4. Ansatte frykter stadig at aggressive eller seksuelle impulser i seg selv eller pasientene ikke lar seg kontrollere tilstrekkelig til å hindre pinlige episoder eller kaotiske tilstander. | Svært uenig -3 -2 -1 +1 +2 +3 | Svært enig |
| 5. Det er et markert skille mellom ansatte og pasienter. | Svært uenig -3 -2 -1 +1 +2 +3 | Svært enig |
| 6. Pasientene er tross alt ikke så betydningsfulle som mennesker som de ansatte. | Svært uenig -3 -2 -1 +1 +2 +3 | Svært enig |
| 7. De ansatte holder som regel sine følelser overfor andre for seg selv. | Svært uenig -3 -2 -1 +1 +2 +3 | Svært enig |
| 8. Avdelingens arbeidsdag er kjennetegnet av et svært rituelt arbeidsmønster. | Svært uenig -3 -2 -1 +1 +2 +3 | Svært enig |
| 9. De fleste ansatte prøver i størst mulig grad å redusere sitt personlige ansvar for det som foregår. | Svært uenig -3 -2 -1 +1 +2 +3 | Svært enig |
| 10. Ingen vet noe særlig mye om hva andre ansatte foretar seg i avdelingen. | Svært uenig -3 -2 -1 +1 +2 +3 | Svært enig |
| 11. De som sitter med det hele og fulle ansvar er tross alt personalet med behandlingsansvar. | Svært uenig -3 -2 -1 +1 +2 +3 | Svært enig |
| 12. Miljøpersonalet har alltid vist en stor motstand eller uvilje mot forslag om forandringer. | Svært uenig -3 -2 -1 +1 +2 +3 | Svært enig |
| 13. Avdelingen rommer ikke store muligheter for personlig vekst og utvikling hos de ansatte. | Svært uenig -3 -2 -1 +1 +2 +3 | Svært enig |
| 14. Jo nærmere de ansatte kommer i kontakt med pasientene, jo mer utrygge føler de seg. | Svært uenig -3 -2 -1 +1 +2 +3 | Svært enig |
| 15. De ansatte er svært redd for følelsesmessige utbrudd fra både pasienter og kolleger. | Svært uenig -3 -2 -1 +1 +2 +3 | Svært enig |
| 16. Avdelingen er organisert slik at færrest mulige beslutninger trengs å bli tatt. | Svært uenig -3 -2 -1 +1 +2 +3 | Svært enig |
| 17. Ofte blir beslutninger utsatt for at man skal få tid til å samle inn flere opplysninger. | Svært uenig -3 -2 -1 +1 +2 +3 | Svært enig |
| 18. Personalet med ansvar for behandling eller administrasjon har en tendens til å peke på uansvarlighet hos miljøpersonalet når en feil begås. | Svært uenig -3 -2 -1 +1 +2 +3 | Svært enig |
| 19. Miljøpersonalet krever større ansvar av de behandlingsansvarlige enn av seg selv. | Svært uenig -3 -2 -1 +1 +2 +3 | Svært enig |

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----|---------------------|
| 20. Det er på langt nær klart hvordan ansvaret er fordelt blant de ansatte på avdelingen. | Svært uenig -3 -2 -1 | +1 | Svært enig +2 +3 |
| 21. Avdelingen er bygget opp på detaljerte timeplaner og regelmessige repetisjoner. | Svært uenig -3 -2 -1 | +1 | Svært enig +2 +3 |
| 22. De ansatte opplever sjelden eller aldri den tilfredsstillende som ligger i å vite at de gjør en god jobb. | Svært uenig -3 -2 -1 | +1 | Svært enig +2 +3 |
| 23. I grunnen er det svært få av de ansatte som egentlig bryr seg om det som foregår på avdelingen. | Svært uenig -3 -2 -1 | +1 | Svært enig +2 +3 |
| 24. Det er bedre å prøve å tilpasse seg arbeidsmønstrer på avdelingen enn å prøve å endre det. | Svært uenig -3 -2 -1 | +1 | Svært enig +2 +3 |
| 25. De fleste viktige beslutninger blir tatt over hodet på de ansatte. | Svært uenig -3 -2 -1 | +1 | Svært enig +2 +3 |
| 26. Det er ofte de beste som slutter. | Svært uenig -3 -2 -1 | +1 | Svært enig +2 +3 |
| 27. Den utrygghet mange av de ansatte opplever, blir heller forsøkt skjult eller unnveket enn virkelig forsøkt redusert eller fjernet. | Svært uenig -3 -2 -1 | +1 | Svært enig +2 +3 |
| 28. Noe av det som foregår mellom pasienter og ansatte tåler ikke dagens lys. | Svært uenig -3 -2 -1 | +1 | Svært enig +2 +3 |
| 29. At miljøpersonalet ikke bærer uniformer eller andre lett kjennelige tegn på sin rolle, skaper forvirring. | Svært uenig -3 -2 -1 | +1 | Svært enig +2 +3 |
| 30. De fleste ansatte virker tryggere på seg selv enn de egentlig er. | Svært uenig -3 -2 -1 | +1 | Svært enig +2 +3 |
| 31. De ansatte gjør ikke pasientene noen tjeneste ved å dele sine egne tvil og vanskeligheter med dem. | Svært uenig -3 -2 -1 | +1 | Svært enig +2 +3 |
| 32. Ansatte som ofte ler og smiler, skaper mest trygghet omkring seg. | Svært uenig -3 -2 -1 | +1 | Svært enig +2 +3 |
| 33. Det er svært få, kanskje ingen, av de ansatte som provoserer pasientene i terapeutisk øyemed. | Svært uenig -3 -2 -1 | +1 | Svært enig +2 +3 |
| 34. En gjennomgripende endring av avdelingen vil sjelden eller aldri være til pasientenes beste. | Svært uenig -3 -2 -1 | +1 | Svært enig +2 +3 |
| 35. De fleste av pasientene er svært forskjellig fra meg selv. | Svært uenig -3 -2 -1 | +1 | Svært enig +2 +3 |
| 36. Det er viktig at pasientene har et tett program gjennom hele dagen. | Svært uenig -3 -2 -1 | +1 | Svært enig +2 +3 |

- | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----|----|----|------------------|----|
| 37. Jeg føler ofte at jeg ikke får gitt pasientene det de trenger. | Svært uenig -3 | -2 | -1 | +1 | Svært enig +2 | +3 |
| 38. Når pasienter bryter regler, må det møtes med klare konsekvenser. | Svært uenig -3 | -2 | -1 | +1 | Svært enig +2 | +3 |
| 39. Personalet bør alltid vite hvor pasientene befinner seg når de er i avdelingen. | Svært uenig -3 | -2 | -1 | +1 | Svært enig +2 | +3 |
| 40. Pasientene bør ikke få permisjoner før vi er sikre på at de kan håndtere det. | Svært uenig -3 | -2 | -1 | +1 | Svært enig +2 | +3 |
| 41. Det er for mange regler og rutiner for pasientene. | Svært uenig -3 | -2 | -1 | +1 | Svært enig +2 | +3 |
| 42. Det viktigste at personalet ikke lar seg manipulere av pasientene. | Svært uenig -3 | -2 | -1 | +1 | Svært enig +2 | +3 |
| 43. Personalet bør gi pasientene større ansvar slik at de lærer å ta vare på seg selv. | Svært uenig -3 | -2 | -1 | +1 | Svært enig +2 | +3 |
| 44. Jeg kjenner på et nederlag dersom pasienter ruser seg eller bryter behandlingen. | Svært uenig -3 | -2 | -1 | +1 | Svært enig +2 | +3 |
| 45. En viktig del av jobben går ut på å grensesette pasienter. | Svært uenig -3 | -2 | -1 | +1 | Svært enig +2 | +3 |
| 46. Pasientene bør få tett oppfølging i forhold til gjennomføring av dagligdagse rutiner (vekking, måltider, hygiene). | Svært uenig -3 | -2 | -1 | +1 | Svært enig +2 | +3 |
| 47. Jeg er ofte redd for at pasientene mine skal skade seg eller dø. | Svært uenig -3 | -2 | -1 | +1 | Svært enig +2 | +3 |
| 48. Såfremt det ikke er fare for liv og helse, bør pasienter få permisjon selv om de fungerer dårlig. | Svært uenig -3 | -2 | -1 | +1 | Svært enig +2 | +3 |
| 49. Urinprøver bør tas etter hver permisjon. | Svært uenig -3 | -2 | -1 | +1 | Svært enig +2 | +3 |
| 50. En av våre viktigste oppgave er å motivere pasienter til et rusfritt liv. | Svært uenig -3 | -2 | -1 | +1 | Svært enig +2 | +3 |

Takk for hjelpen

Vedlegg 3. RIB-påstander inndelt etter regulering/involvering og bekymring

Regulering/involvering:

36. Det er viktig at pasientene har et tett program gjennom hele dagen.
38. Når pasienter bryter regler, må det møtes med klare konsekvenser.
39. Personalet bør alltid vite hvor pasientene befinner seg når de er i avdelingen.
40. Pasientene bør ikke få permisjoner før vi er sikre på at de kan håndtere det.
41. Det er for mange regler og rutiner for pasientene.
43. Personalet bør gi pasientene større ansvar slik at de lærer å ta vare på seg selv.
44. Jeg kjenner på et nederlag dersom pasienter ruser seg eller bryter behandlingen.
45. En viktig del av jobben går ut på å grensesette pasienter.
46. Pasientene bør få tett oppfølging i forhold til gjennomføring av dagligdagse rutiner (vekking, måltider, hygiene).
48. Såfremt det ikke er fare for liv og helse, bør pasienter få permisjon selv om de fungerer dårlig.
49. Urinprøver bør tas etter hver permisjon.

Bekymring:

37. Jeg føler ofte at jeg ikke får gitt pasientene det de trenger.
42. Det viktigste er at personalet ikke lar seg manipulere av pasientene.
47. Jeg er ofte redd for at pasientene mine skal skade seg eller dø.

Vedlegg 4. Inndeling av SOFA-påstander etter Menzies Lyths ti sosiale forsvarsteknikker.

1. Oppsplitting av pasient-pleier forholdet:

- 5. Det er et markert skille mellom ansatte og pasienter.
- 14. Jo nærmere de ansatte kommer i kontakt med pasientene, jo mer utrygge føler de seg.
- 31. De ansatte gjør ikke pasientene noen tjeneste ved å dele sine egne tvil og vanskeligheter med dem.
- 35. De fleste av pasientene er svært forskjellig fra meg selv.

2. Tingliggjøring, kategorisering og benektning av pasientens betydning:

- 6. Pasientene er tross alt ikke så betydningsfulle som mennesker som de ansatte.
- 29. At miljøpersonalet ikke bærer uniformer eller andre lett kjennelige tegn på sin rolle, skaper forvirring.

3. Tilbaketrekning og benektning av følelser:

- 1. Ansatte på avdelingen er redde for å vise sinne og aggresjon; spesielt mot personer de har sympat
- 4. Hvis miljøpersonalet prøver å rette på feil og mangler hos behandlingsansvarlige, vil de frykte straffen og hevnen fra dem.
- 7. Pasientene er tross alt ikke så betydningsfulle som mennesker som de ansatte.
- 15. Avdelingens arbeidsdag er kjennetegnet av et svært rituelt arbeidsmønster.
- 23. I grunnen er det svært få av de ansatte som egentlig bryr seg om det som foregår på avdelingen.
- 27. Den utrygghet mange av de ansatte opplever, blir heller forsøkt skjult eller unnveket enn virkelig forsøkt redusert eller fjernet.
- 28. Noe av det som foregår mellom pasienter og ansatte tåler ikke dagens lys.
- 30. De fleste ansatte virker tryggere på seg selv enn de egentlig er.
- 32. Ansatte som ofte ler og smiler, skaper mest trygghet omkring seg.
- 33. Det er svært få, kanskje ingen, av de ansatte som provoserer pasientene i terapeutisk øyemed.

4. Forsøk på å eliminere beslutninger ved hjelp av rituelle arbeidsmønstre:

- 8. De ansatte holder som regel sine følelser overfor andre for seg selv.
- 16. Avdelingen er organisert slik at færrest mulige beslutninger trengs å bli tatt.
- 21. Avdelingen er bygget opp på detaljerte timeplaner og regelmessige repetisjoner.

5. Redusering av beslutningsansvar ved stadig å sjekke og re-sjekke:

17. Ofte blir beslutninger utsatt for at man skal få tid til å samle inn flere opplysninger.

6. Hemmelig sosial omfordeling av ansvar:

2. Miljøpersonalet har en manglende evne til å rette på feil og mangler som de ser de behandlingsansvarlige gjør.

3. Hvis miljøpersonalet prøver å rette på feil og mangler hos behandlingsansvarlige, vil de frykte straffen og hevnen fra dem.

18. Personalet med ansvar for behandling eller administrasjon har en tendens til å peke på uansvarlighet hos miljøpersonalet når en feil begås.

7. Bevisst uklarhet i den formelle fordelingen av ansvar:

10. Ingen vet noe særlig mye om hva andre ansatte foretar seg i avdelingen.

20. Det er på langt nær klart hvordan ansvaret er fordelt blant de ansatte på avdelingen.

8. Redusering av ansvarsbyrde ved å delegere den til overordnede:

9. De fleste ansatte prøver i størst mulig grad å redusere sitt personlige ansvar for det som foregår.

11. De som sitter med det hele og fulle ansvar er tross alt personalet med behandlingsansvar.

19. Miljøpersonalet krever større ansvar av de behandlingsansvarlige enn av seg selv.

9. Idealisering og undervurdering av muligheter for personlig utvikling:

13. Avdelingen rommer ikke store muligheter for personlig vekst og utvikling hos de ansatte.

22. De ansatte opplever sjelden eller aldri den tilfredsstillelse som ligger i å vite at de gjør en god jobb.

25. De fleste viktige beslutninger blir tatt over hodet på de ansatte.

26. Det er ofte de beste som slutter.

10. Motstand mot forandring:

12. Miljøpersonalet har alltid vist en stor motstand eller uvilje mot forslag om forandringer.

24. Det er bedre å prøve å tilpasse seg arbeidsmønstret på avdelingen enn å prøve å endre det.

34. En gjennomgripende endring av avdelingen vil sjelden eller aldri være til pasientenes beste.

