

REGISTRERINGSSKJEMA FOR AGGRESSIV ATFERD (REFA)

BRUKERVEILEDNING

STÅL BJØRKLY

OM SÅRBARHET OG AGGRESJON

De fleste har sikkert erfart at vår selvkontroll over reaksjoner som har fellestrekk med aggresjon (f.eks sinne, irritasjon) ofte påvirkes av hvilken situasjon vi er i. Mange av oss har lettere for å vise sinne overfor eksempelvis ektefelle/samboer enn overfor relativt ukjente personer. Noen av oss blir lett irritert over rot, mens andre igjen ser ut til å finne seg meget godt til rette i en avdeling som ligner en "rothaug". Andre igjen har lett for å "tenne" hvis de har dårlig tid og er redd for ikke å nå bussen, flyet o.l. Selv om vi til en viss grad kan finne årsaker til disse forskjellene så er det i denne sammenhengen viktigst å få fram at vi er mer eller mindre sårbare for å bli sint/irritert alt etter hvilken situasjon vi er i.

En slik sårbarhet ser også ut til å spille en sentral rolle når det gjelder aggresjon. Noen er redd for vanlig fysisk kontakt og sannsynligheten for aggressiv atferd er stor hos enkelte av disse pasientene i slike situasjoner (Se A. Fysisk kontakt i REFA-skjemaet). Andre tåler ikke å bli grensesatt, få avslag på forespørsler o.l. (B. Grensesetting).

En del av aggresjonen til psykotiske pasienter kommer i sammenheng med at de er hallusinerte eller på annen måte er ute av stand til å oppfatte det som blir formidlet til dem (C. Kommunikasjonsproblem). Noen pasienter reagerer med aggresjon ved uro i avdelingen, ved komplikasjoner i forhold til familien sin o.l. (D. Omstillinger). Andre blir truende når det er mange ukjente vikarer i avdelingen, når de er alene med kvinner o.s.v. (E. Personer). I en del spesielle tilfeller øker sannsynligheten for at en pasient skal bli aggressiv bare ved synet av en kniv, et slagredskap eller lignende (F. Risiko-kontakt). Noen pasienter viser aggressiv atferd når de er ruset, opplever stoff-abstinens o.l. (G. Stoff). Alle disse eksemplene peker i retning av at forekomsten av aggressiv atferd varierer hos en og samme person alt etter hvilken situasjon han/hun er i. Noen situasjoner medfører økt risiko for aggressiv atferd, andre situasjoner gjør det ikke.

HVORDAN BRUKE REFA

Denne måten å kartlegge aggressiv atferd på har først og fremst til hensikt å gi et mest mulig dekkende bilde av hver enkelt aggressiv handling. Etter flere revisjoner har en kommet fram til 30 situasjoner fordelt på 7 hovedkategorier som potensielle forløpere til aggressiv atferd. Disse situasjonene finner du i venstre kolonne på skåringsskjemaet ("Situasjon/sammenheng som gikk forut for den aggressive atferden"). Den siste hovedkategorien, "H. Andre situasjoner",

brukes hvis det er andre aktuelle situasjoner enn de 30 situasjonene som skjemaet dekker.

SITUASJONER/SAMMENHENGER

A. FYSISK KONTAKT

1. Fra pasienten til kjente personer

Når det gjelder situasjon 1 (og 2), så dreier det seg her om at pasienten ga vanlig fysisk kontakt til å begynne med, men at han/hun mistet styringen over dette og ble truende eller angrep fordi han/hun ikke ble grensesatt i tide. Her skal bare registreres hvis den aggressive atferden skjedde overfor kjente personer (f. eks personal som pasienten kjenner godt)

Eks: Pasienten satte seg nært inntil en annen person, la hånden tilsynelatende vennlig rundt vedkommende, men til slutt endte det med at pasienten tok kveletak på den andre personen. Det antas at hvis den andre personen hadde satt grenser for den fysiske kontakten fra pasienten mens den ennå var normal, så ville ikke episoden ha forekommet.

2. Fra pasienten til ukjente personer

Som under pkt 1, men her i forhold til ukjente personer (f. eks nytt personal, ukjent vikar, ukjent besøkende).

3. Til pasienten fra kjente personer

Punkt 3 (og 4) gjelder der vanlig fysisk kontakt eller nærhet ble gitt til pasienten som naturlig del av samhandlingen. Førte slik kontakt til at pasienten ble truende eller gikk til fysisk angrep så registreres det her.

Eks: Pasienten gikk til angrep etter å ha følt at et kjent personal brøt grensen for fysisk nærhet ved bare så vidt å ha kommet i berøring med pasienten i en for andre naturlig sammenheng (kom bort i pasienten i forbifarten ved matservering).

4. Til pasienten fra ukjente personer

Som under pkt. 3, men nå i forhold til ukjente personer.

B. GRENSESETTING

5. Avslag på ønsker/forespørsler

Eks: Pasienten truet/gikk til angrep da hun/han fikk avslag på å gå inn på rommet utenom fastsatt tid, ble nektet utgang, fikk avslag på ønske om medisinreduksjon, ble nektet mer å drikke, ble nektet permisjon osv.

6. Avvisning/fikk ikke oppmerksomhet nok

Eks: Pasienten reagerte med aggressiv atferd da hun/han måtte vente eller ikke fikk den (gjerne urimelige mengde) oppmerksomhet hun/han krevde. Husk at det med "avvisning" og "fikk ikke oppmerksomhet nok" menes pasientens subjektive opplevelse av hvor mye oppmerksomhet hun/han trengte.

7. Grensesetting/korrigerer

Eks: Pasienten reagerte med aggressiv atferd da hun/han ble stoppet i å bomme røyk fra medpasient, ble korrigert i forhold til utflytende atferd, måtte fysisk hjelpes ut av senga, måtte fjerne seg fra et område hun/han ikke hadde lov til å være på, ble hindret i å legge seg opp i behandling av andre pasienter, osv.

8. Press på pasienten om å utføre praktiske handlinger

Eks: Her registreres eventuell risiko for aggressiv atferd i forbindelse med at pasienten ble presset til å vaske rommet sitt, vaske seg, kle seg skikkelig, delta i arbeidsterapi, osv.

9. Manglende struktur/grenser

Eks: Pasienten ble aggressiv fordi det ikke var nok fasthet og grenser. Pasienten manglet fast dagsrytme, fikk stå opp når hun/han ville, ble ikke stoppet ved utflytende eller provoserende atferd, hadde få eller ingen faste gjøremål/forpliktelser, osv.

10. Omgivelsene viste usikkerhet/redsel

Eks: Pasienten ble mer aggressive da f.eks pårørende eller personal viste usikkerhet og redsel. Dette kom av at pasienten så en mulighet til å kontrollere omgivelsene.

C. KOMMUNIKASJONSPROBLEM

11. Pasienten forsto ikke det som ble formidlet

Eks: Manglende forståelse kan komme av at pasienten har intelligensmessige begrensninger eller hjerneskade, andre ganger kan psykotiske symptom "forurensning" oppfatningsevnen, gjøre han/hun oppløst og forvirret, osv. Hvis dette gjorde pasienten aggressiv, registreres det her.

12. Pasienten ble ikke forstått

Eks: Noen pasienter har problemer med å uttrykke seg forståelig p.g.a. cerebral parese, psykisk utviklingshemming, demens, språklig tvangsmessighet, psykose o.s.v. Pasienten kan selv mene at han/hun

uttrykker seg tydelig og greit, selv om tilhøreren(e) ikke klarer å oppfatte hva han/hun sier og mener. Hvis dette resulterte i aggressiv atferd, så registreres det her.

13. Pasienten virket styrt av befalende stemmer, misidentifikasjon, o.l.

Dette punktet dekker aggresjon som er foranlediget av tilstander som angst, tvangsmessighet, hallusinasjoner, vrangforestillinger, e.l.

Eks: Pasienten truet eller angrep fordi han/hun hørte stemmer som sa at han/hun måtte gjøre det, pasienten hadde "sett det skrevet" i Bibelen, pasienten hadde en paranoid oppfatning av at bare det å angripe andre kunne forhindre at han/hun selv ble tatt av dage, pasienten gikk til angrep i forbindelse med et panikkangstanfall, e.l.

D. OMSTILLINGER

14. Fast personal sluttet/ble permittert/dro på ferie, e.l.

Mange pasienter blir engstelige i slike situasjoner. Her registreres bare de som du mener ble aggressive pga slike forhold.

15. Andre nære personer "trakk seg unna" pasienten

Eks: Pårørende sluttet å ta kontakt med pasienten, et kjærlighetsforhold gikk over styr, medpasienter som sto pasienten nær en periode avviste han/henne, o.s.v. Vanlige reaksjoner på dette er skuffelse, angst, sinne og tristhet. Her registreres bare når pasienten har vist aggresjon i slike situasjoner.

16. Pasienten kom fra permisjon, tur, e.l.

Eks: Noen pasienter kan bli aggressive etter å ha vært borte fra avdelingen en formiddag, et døgn eller noen dager. Reagerte pasienten med trusler eller angrep etter at hun/han kom tilbake til avdelingen og kan dette knyttes til at hun/han har vært på permisjon, tur, utgang e.l., så registreres det her. Det er viktig å understreke at det er sårbarhet for selve omstillingen som skal registreres her. Dette betyr f.eks. at en pasient som er aggressiv ved tilbakekomst til avdelingen etter å ha ruset seg ikke skal skåres her, men under hovedpunkt G. Stoff.

17. Skremmende ytre begivenheter (formidlet via massemedia, selvpoplevde ulykker o.l.).

Eks: Pasienten ble aggressiv etter å ha sett TV-bilder,

avisreportasjer, o.l. fra krigsområder, statskupp, massedrap, store naturkatastrofer, trafikkulykker, o.l. Det samme gjelder naturligvis om pasienten selv har vært øyenvitne til eller utsatt for trafikkulykker o.l.

18. Uro i avdelingen.

Eks: Andre pasienter skapte uro gjennom roping, manisk atferd, aggressiv atferd, etc. Hvis dette kan medføre at pasienten ble aggressiv så registreres det her.

19. Komplikasjoner i forhold til familie og venner

Eks: Her menes for eksempel sykdom og død i familien, familiemedlemmers samlivsbrudd, konkurser og oppsigelser som rammer familiemedlemmer og venner, o.s.v..

E. PERSONER

20. Ukjent betjening/vikarer

Her registreres aggressiv atferd overfor ukjente vikarer eller relativt nye bekjentskaper for pasienten. De "nye" viste ikke spesielt sterk redsel eller usikkerhet og likevel ble de angrepet og/eller truet. Dette kan komme av at pasienten var redd dem, så muligheten til å utnytte dem, e.l.

21. Kontakt med visse personer (medpasienter, venner, familie og slektninger)

Hvis det er personer som pasienten har vært aggressiv mot, og disse ikke dekkes av de to påfølgende punktene (22 og 23), så registreres den aggressive episoden her. Det er viktig å påpeke at personenes nærvær i seg selv økte aggresjonsrisiken. Hvis det var spesielle komplikasjoner som foranlediget at pasienten ble aggressiv, så registreres dette under punkt D.19 "Komplikasjoner i forhold til familie og venner"

22. Kontakt med barn.

Eks: Pasienten truet eller angrep et eller flere barn. Bakgrunnen kan ha vært at pasienten lett lar seg irritere eller provosere av barn, hadde ideer om at barn er farlige, at de må uskadeliggjøres, o.s.v.

23. Kontakt med eldre/uføre/fysisk "forsvarsløse".

Eks: Pasientens aggresjon gikk ut over fysisk underlegne som f.eks. eldre, uføre og fysisk forsvarsløse. Motivet for dette kan ha vært en ide om at slike personer ikke har "livets rett", makt- og kontroll-behov, e.l.

24. Enekontakt med kvinner

Eks: Pasienten angrep en kvinne da han var alene med henne. Det antas at dette ikke ville ha skjedd i samme situasjon med en mann. Dette kan f.eks skyldes at pasienten ble ekstremt engstelig i nærvær av en kvinne.

25. Enekontakt med menn

Som i pkt 24, men nå i forhold til menn.

F. RISIKO-KONTAKT

26. Umiddelbar nærhet av farlige gjenstander (glass-skår, kniv, våpen)

Pasienten truet eller angrep med farlig gjenstand. Noen pasienter føler en "magnetisk" dragningskraft i retning av å bruke glass-skår, kniv og våpen mot andre bare ved synet av slikt redskap. Forutsetningen for at dette skal registreres her er at pasienten uten å være aggressiv på forhånd så ut til å miste kontrollen ved synet av en slik farlig gjenstand. Det skal altså ikke registreres her om en pasient under et raseriutbrudd brukte en farlig gjenstand fordi den var tilgjengelig der og da.

27. Trafikkerte områder (bil, buss, tog o.s.v.)

Pasienten dyttet eller truet med å dytte en person ut i vegbanen foran et kjøretøy.

G. STOFF

28. Rus av et eller annet slag

Aggresjon framkommet under rus-påvirkning registreres her.

29. Uten røyk

Hvis det er rimelig å tro at pasientens truet eller angrep pga tobakksmangel, så registreres det her. Angrepet/truslene kan ha kommet som et ledd i å skaffe seg tobakk, eller som et resultat av irritabilitet p.g.a. tobakks-abstinens.

30. Annen stoffabstinens

Som i pkt 29, men nå er abstinensen kommet etter misbruk av eksempelvis alkohol, løsemidler (sniffing), narkotiske stoffer, vanedannende legemidler, o.l.

DEFINISJONER AV AGGRESSIV ATFERD

Verbale trusler:

Herunder skal bare registreres utsagn, rop o.l. som:

1. Innebærer trussel om å påføre andre personer fysisk skade eller død.
2. Er rettet mot en person som fysisk sett er tilgjengelig i situasjonen. Dette vil i praksis si at personen er innen rekkevidde for angrep.

Fysiske trusler:

1. Fysiske bevegelser, gester og kroppsholdninger som ser ut til å være forvarsler eller signal om at pasienten vil gå til fysisk angrep.
2. Atferd som er rettet mot en person som fysisk sett er tilgjengelig i situasjonen. Dette vil i praksis si at personen er innen rekkevidde for angrep.

Fysiske angrep:

1. Slag, spark, kveletak, bruk av slagredskap, våpen o.s.v. Kloring og lugging er de mildeste formene som skal registreres her.
2. De tilfellene der pasienten ikke treffer målet for den aggressive handlingen.

FRAMGANGSMÅTE

1. Bruk et REFA-skjema pr pasient.
2. Skjemaet skal dekke en passende tidsperiode (f.eks. 3 måneder) og trenger altså ikke skiftes ut etter hver registrering.
3. Registrer episoden så tidlig du kan etter at den har skjedd.
4. Diskuter med annet personal.
5. Hvis mulig, så vent til gjennomgang av episoden med pasienten er over. Dette er spesielt viktig for å oppnå pålitelige registreringer av episoder der pasienten ser ut til å ha handlet på psykotisk grunnlag.

Denne trinn-for-trinn framgangsmåten har vist seg å fungere godt:

1. Finn fram pasientens skjema for aggresjonsregistrering.
2. Fastsett hvilken aggressiv atferd pasienten har utført (verbal trussel, fysisk trussel eller fysisk angrep). Dette finner du ved å lese de horisontale kolonneoverskriftene i skjemaet.
3. Fastsett hva som gikk forut for den aggressive perioden. (fysisk kontakt, grensesetting, kommunikasjonsproblemer, omstillinger, personer, risiko-kontakt, stoff eller andre områder). Dette finner du ved å lese den vertikale kolonnen til venstre på skjemaet.
4. Sett inn datoen for den aggressive episoden under den kolonne-overskriften som beskriver hva slags aggressiv atferd som ble utført (se pkt 2) og til høyre for den kolonnen som passer for forutgående situasjon (se pkt 3).
5. Før inn hvem som var offer i den aktuelle episoden etter følgende koder: M=medpasient, P=personal, S=slekt/familie, X=andre personer. Koden settes foran den aktuelle datoen (P12/6 betyr at personal var offer for den aggressive atferden den 12. juni, M20/11 betyr at en medpasient var offer den 20. november, osv.).
6. Hvis samme aggressive atferd gjentar seg flere ganger samme dag og med samme forutgående situasjon markeres dette med en strek bak datoen, slik at antall strek angir hvor mange trusler eller angrep som er utført.
7. Hvis dere er enige om at TO ELLER FLERE FORUTGÅENDE FAKTORER gikk forut for den aggressive atferden, skal følgende gjøres: Finn først ut hvilke forutgående faktorer som virket inn. Før inn dato for begge og sett så en A bak datoen for den foranledningen som dere mener dannet grunnlaget for truslen eller angrepet ("som kom først") og en B bak datoen for den andre foranledningen (evt. C, D, E o.s.v. hvis dere ser flere utløsere til den aggressive atferden).

Skåringseksempler

1. 21. november blir N.N. nektet å høre radio under middagen. Han blir hindret i dette og slår da et personal. Vi vet at N.N. lenge har bygd opp psykotiske vrangforestillinger rundt borgerkriger i Afrika. Under gjennomgang av episoden sier han at han slo for å skape fred der. Vi registrerer da P21/11A til høyre for "Kommunikasjonsproblem" og P21/11B til høyre for "Grensesetting".

2. N.N. er periodevis psykotisk. 5. juni har han ikke røyk og blir samtidig stoppet i å bomme av andre. Han går da til angrep på det personalet som nekter han å bomme. Under gjennomgang av episoden kommer det fram at N.N. "så" personalet bli omformet til å framstå som hans far like før han gikk til angrep. Vi registrerer da P5/6A til høyre for "Kommunikasjonsproblemer" og P5/6B til høyre for "Grensesetting".

SVAKHETER OG MANGLER

REFA har naturligvis sine begrensninger. Det skiller ikke mellom alvorligere og mindre alvorlige fysiske angrep. Bak en registrert episode etter et fysisk angrep kan det altså skjule seg så vidt forskjellige typer aggressiv atferd som dytting og slag med et stolben. Nært knyttet til dette så gir ikke REFA-registreinger en oversikt over eventuell skades omfang og alvorlighetsgrad. Videre forutsettes det at pasienten er villig til å samarbeide og være åpen for å få pålitelig kartlegging av noen av de 30 foranledningene til aggressiv atferd. Dette truer påliteligheten til disse målingene siden det slettes ikke alltid er mulig å få en innsiktsfull dialog med pasienten rundt hans/hennes aggresjonsproblem. Endelig så gir ikke REFA-skjemaet informasjon om hvilke tiltak som måtte til for å stoppe pasientens aggressive atferd. Slik informasjon kan være klinisk viktig. Det er f.eks grunn til å anta at jo mindre ytre kontroll som må til for å stoppe aggresjonen jo større indre kontroll har pasienten i den aktuelle situasjonen. Trass i disse manglene så har REFA-skjemaet stor klinisk relevans. Kanskje særlig fordi det kartlegger situasjoner og forløpere til aggressiv atferd på en klinisk nyttig måte. Skal aggresjonsregistrering være nyttig og meningsfullt så må slik kartlegging ikke bare være en statisk telling, men heller gi dynamisk og samspillsorientert informasjon.