



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi  
*Psykoterapeutprogrammet*

## **Kartläggning av faktorer för upplevd ilska och självskattad aggression hos klienter på två LVM-institutioner**

Thomas Ardengård

Psykoterapeutexamensuppsats VT 2015

Handledare: Sophie Liljedahl & Daiva Daukantaite

Examinator: Gisela Priebe

## Abstract

The main purpose of the current study was to examine the individual factors that contributed most to perceived anger during a hospital stay for LVM clients in two LVM institutions. Associations between anger and aggression, and gender differences in perceived anger and self-rated aggressive traits have also been studied. Sixty LVM clients with equal distribution by genders were examined using a structured questionnaire form and *The Aggression Questionnaire, AQ*. The results indicate that the individual factors that have contributed most to anger for LVM clients are issues that concern compulsory care, experienced boredom, reportedly inadequate communication between staff, and that staff was reportedly neglecting the client. In terms of gender differences in perceived anger and self-rated aggressive character traits, the results indicated medium size effect differences, in which female clients scored higher than male clients on the two aggression scales anger and hostility. The female clients scored slightly higher than men on other scales as well, although these differences ranged from medium for one factor (interpersonal factors), small for one factor (autonomy) or very small for other factors (*personnel-related, health related structural and physical and verbal aggression*). These results are in contrast with previous research in which men generally have been described as more aggressive than women, in particular regarding physical aggression. Significant correlations also existed between factors that contributed to the perception of anger and self-reported aggression. The strongest correlations were between the aggressive trait *anger* and *interpersonal factors* of perceived anger, and between the aggressive trait *verbal aggression* and *interpersonal factors* of perceived anger. Self-rated *verbal aggression* also had strong correlations with *health related structural factors* and *interpersonal factors* of anger. The factors with highest correlations regarding *physical aggression* were *health-related*, and *interpersonal factors* of anger. The results suggest that investments in early identification and conceptualization of anger and aggressive traits may contribute to more preventive and possibly predictive work, in order to reduce institutional threats and incidents of violence. The results are also discussed, with focus on earlier research, recommendations regarding treatment of aggressive patients and clients, as well as the consequences of anger and aggression.

Keywords: anger, aggression, substance abuse, compulsory care.

## Sammanfattning

Det huvudsakliga syftet med aktuell studie var att undersöka vilka enskilda faktorer som bidragit mest till upplevd ilska under pågående vårdtid för LVM-klienter på två LVM-institutioner. Samband mellan ilska och aggression samt könsskillnader i fråga om upplevd ilska och självskattade aggressiva karaktärsdrag har även undersökts. Sextio LVM-klienter med jämn könsfördelning undersöktes med ett helstrukturerat frågeformulär och med *The Aggression Questionnaire, AQ*. Resultaten pekar på att de enskilda faktorer som har bidragit mest till ilska för LVM-klienter är frågor som handlar om att de var tvångsvårdade, upplevde tristess, att kommunikationen mellan personal var bristfällig samt att personalen inte lyssnade på klienten. I fråga om könsskillnader vad gäller upplevd ilska och självskattade aggressiva karaktärsdrag pekade resultaten på stora skillnader, där kvinnorna skattade högre än de manliga klienterna. På övriga skalor skattade kvinnorna även högre, även om dessa skillnader varierade från medelstora för en faktor (*interpersonella faktorer*), till små för en faktor (*autonomi*) eller mycket små för övriga faktorer (*personalrelaterade, vårdstrukturella, hälsorelaterade, fysisk och verbal aggression*). Dessa resultat kontrasterar mot tidigare forskning där männen generellt har beskrivits som mer aggressiva än kvinnorna, i synnerhet vad gäller fysisk aggression. Det framkom även signifikanta samband mellan faktorer som bidrog till upplevd ilska och självskattad aggression. De starkaste sambanden var mellan det aggressiva karaktärsdraget *ilska* och *interpersonella faktorer* av ilska, samt mellan skalan *verbal aggression* och *interpersonella faktorer* av ilska. Självskattad *verbal aggression* hade även ett starkt samband med *vårdstrukturella faktorer* och *personalfaktorer* av ilska. De faktorer som hade högst samband med *fysisk aggression* var *hälsorelaterade* och *interpersonella faktorer* av ilska. Resultaten implicerar att insatser i fråga om tidig identifiering och kartläggning av ilska och aggressiva karaktärsdrag kan bidra till mer preventivt och möjligen prediktivt arbete, i syfte att reducera institutionella hot- och våldsincidenter. Resultaten diskuteras även med fokus på tidigare forskning, rekommendationer i fråga om bemötande av aggressiva patienter och klienter, samt på konsekvenser av ilska och aggression.

Nyckelord: Ilska, aggression, missbruk, tvångsvård.

## Innehållsförteckning

Introduktion .....	5
Institutionerna .....	8
Teori .....	10
Definition av ilska .....	10
Definition av aggression .....	11
Triggers för ilska .....	14
Sambandet mellan ilska och aggression .....	12
Könsskillnader i aggression och ilska.....	14
Tidigare forskning gällande aggressionsproblematik inom sjukvården .....	14
Syften och frågeställningar .....	19
Frågeställningar .....	19
Metod.....	20
Deltagare.....	20
Instrument.....	21
The Aggression Questionnaire (AQ).....	21
Frågeformulär - Utlösande faktorer för ilska, såsom det uppfattas av klienter.....	22
Procedur.....	22
Dataanalys .....	23
Etiska överväganden.....	23
Resultat .....	25
Enskilda faktorer som har bidragit till upplevd ilska under vårdtid, med stöd av lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM).....	25
Könsskillnader i faktorer för upplevd ilska och självskattad aggression.....	26
Samband mellan faktorer för upplevd ilska och självskattade aggressiva karaktärsdrag .....	27
Självskattade aggressiva karaktärsdrag som prediktorer för upplevd ilska .....	28
Självskattade aggressiva karaktärsdrag som prediktorer för faktorn Personalrelaterade faktorer .....	28
Självskattade aggressiva karaktärsdrag som prediktorer för faktorn Vårdstruktur.....	29
Självskattade aggressiva karaktärsdrag som prediktorer för faktorn Autonomi .....	29
Självskattade aggressiva karaktärsdrag som prediktorer för faktorn Interpersonella faktorer ...	30
Självskattade aggressiva karaktärsdrag som prediktorer för faktorn Hälsorelaterade faktorer ...	30
Självskattade aggressiva karaktärsdrag som prediktorer för faktorn Ilska totalt .....	31
Diskussion .....	31
Referenser .....	40
Bilagor .....	44

## Introduktion

Föreliggande studie initierades med anledning av att författaren i det kliniska med LVM-klienter hade uppmärksammat de utmaningar och svårigheter det innebär att arbeta med människor, som utöver problem med missbruk även har omfattande psykiatrisk problematik. Problemen manifesteras även ofta som utagerande våldsamt beteende, med inslag av ilska samt fysisk och verbal aggression. Inom LVM-vården i Sverige finns det idag många strategier för att hantera hot- och våldssituationer och rapporteringssystem om inträffade våldsincidenter, men oftast utifrån ett personalperspektiv. Det är författarens erfarenhet och kliniska bedömning att det fortfarande finns stora kunskapsluckor avseende våldsprevention och våldsprediktion utifrån klienternas perspektiv, något som kommer att uppmärksammas och fokuseras på i aktuell studie.

Författaren ansåg det därför vara angeläget med att försöka kartlägga utlösande faktorer för ilska primärt utifrån klienternas perspektiv, och att deras subjektiva erfarenheter och kunskap skulle kunna utgöra underlaget för mer våldspreventiva och våldsprediktiva insatser. Med ökad kunskap om vilka faktorer det är som bidrar till upplevd ilska ökar även möjligheterna för att kunna planera adekvata insatser och bemötandestrategier. Större kunskap och förståelse kan även bidra med ökad trygghet och förutsägbarhet för både klienter och behandlingspersonal, och förhoppningsvis även minska risken för aggression och våld.

Ilska och aggression är två begrepp som de flesta människor känner till och som vi alla på något sätt kan relatera till. Men om vi ska försöka definiera ilska och aggression, blir det genast lite knepigare. Vad är egentligen ilska och aggression och vilka faktorer är det som bidrar till ilska och aggression? Finns det några samband mellan ilska och aggression? Hur ser i så fall detta samband ut? Orsakar ilska aggression? Finns det skillnader mellan kvinnors och mäns ilska och aggression? Dessa och flera frågor kommer föreliggande studie att försöka besvara, men med ett huvudsakligt fokus på klienter som vårdas inom Svensk LVM-vård. Studien kommer även att undersöka vad internationell forskning har bidragit med i dessa frågor.

De flesta forskningsartiklar som refereras till i studien är i huvudsak begränsade till psykiatrisk eller rättspsykiatrisk vård, både nationellt och internationellt, med anledning av att det finns vissa likheter mellan de undersökta

populationerna, men även på grund av att det finns ytterst få publicerade forskningsartiklar som refererar till LVM-vård. Fokus i denna studie är även på klienternas upplevelser och bedömningar, vilket kontrasterar till övrig refererad forskning som oftast fokuserat på personalens bedömningar och upplevelser.

Författaren har själv, som ovan nämnts, direkta erfarenheter från arbetet med LVM-klienter och har med aktuell studie haft tankar på att de kunskaper den bidrar med även ska kunna tillämpas i psykoterapeutiskt arbete med klienter och patienter inom psykiatri, primärvård, kriminalvård, allmänpsykiatri eller i andra sammanhang där individer har problem med ilska och aggression. Även om föreliggande studie inte har fokuserat specifikt på psykoterapi, visar viss forskning att flera typer av psykoterapi (bl.a. KBT och KT) för olika problem med ilska har god effekt, med medelstora till stora effektstorlekar,  $d=0.61-0.90$  (Del Vecchio & O'Leary, 2004)

I fråga om händelser som föregår känslan ilska eller beteendet aggression och som kan tänkas bidra till känslan/beteendet används i aktuell studie begreppet *faktorer* eller *utlösande faktorer* och har av författaren i aktuell studie bedömts vara synonymt med begreppet *antecedent*. I flera studier som har sammanfattats i aktuell studie används just begreppet antecedent och definieras där som ledtrådar, triggers, händelser, känslor eller interaktioner, som inträffar eller föregår aggressiva handlingar (t.ex. fysiskt våld eller verbal aggression) (Bowers et al, 2011; Papadopoulos et al, 2012).

Våld och aggression hos klienter som tvångsvårdas med stöd av lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) har under lång tid varit ett problem inom myndigheten Statens institutionsstyrelse, SiS (Palmstierna, 2004). Redan under åren 1999-2000 uppmärksammade Statens institutionsstyrelse våldet som förekom på institutioner med uppdrag att vårda klienter kända för våldsproblematik. Det framgick att det fanns ett tydligt behov av ökade kunskaper och förståelse kring hur hot och våld skulle kunna förebyggas. Detta utmynnade i att ett arbete påbörjades med att ta fram rekommendationer, råd och riktlinjer för kartläggning och preventiva åtgärder för institutionellt våld (Palmstierna, 2004). Utifrån detta arbete klargjordes att problemen med våld som tidigare hade funnits inom psykiatrisk vård hade överförts till LVM-vården, och inom Statens institutionsstyrelse var man angelägna att göra något åt saken.

Åtgärderna handlade primärt om att försöka identifiera faktorer som bidrog till våld och hur detta skulle kunna förhindras i så hög grad som möjligt. Det framgick även att LVM-institutionerna behövde mer kunskap om hur sambanden mellan klienter, organisation,

behandlingsmetoder och personal påverkade klienternas tendenser till aggressivt utagerande beteende.

Den rapport som kom att ligga till grund för kartläggningen och rekommendationerna var emellertid begränsad till kvinnliga LVM-klienter och det konstaterades därmed att resultaten inte skulle kunna generaliseras till hela LVM-vården (Palmstierna, 2004). Statens institutionsstyrelse hyste ändå en förhoppning om att rapporten skulle leda till förändringar som bidrog till en ökad systematik, förbättrade rutiner och en minskad risk för våld (Palmstierna, 2004).

Tio år senare uppmärksammades emellertid våldet inom LVM-vården igen, denna gång i en artikel i Svenska Dagbladet (Jansson & Bjerman, 2014, 19 november). I artikeln framkom det att personalen på LVM-hemmen i Sverige hade utsatts för hot och våld av klienter 965 gånger under 2013. I november 2014 hade det varit 924 fall. Personal utsattes bland annat för slag, bett, skallningar, sparkar och angrepp med tillhyggen. Ständiga överbeläggningar och ökad frekvens av svår psykiatrisk sjukdom ansågs kunna vara bidragande orsaker till det ökande våldet. Fackförbundet ST, inom Statens institutionsstyrelse, och Arbetsmiljöverket var vid denna tidpunkt eniga om att Statens institutionsstyrelse saknade förutsättningar att bedriva trygg och säker vård för klienter och personal (SVD, 2014).

LVM-vården utgör även en unik vårdmiljö och det våld som förekommer går inte att jämföra med andra vårdmiljöer vare sig nationellt eller internationellt. Palmstierna (2004) menade att den population som möjligtvis gick att jämföra med i forskning var de patienter som vårdades inom de internationella motsvarigheterna till svensk rättspsykiatrisk vård. Det unika inom LVM-vården består inte i tvånget, i sig, utan snarare på grunderna för tvånget.

Klienterna inom LVM-vården tvångsvårdas för sitt missbruk och inom rättspsykiatrin handlar tvånget om att personer har blivit dömda för brott under påverkan av allvarlig psykisk sjukdom. Palmstierna (2012) resonerade även kring att själva tvånget, som är en grundförutsättning för LVM-vården även innebar en kränkning av den enskildes autonomi och integritet. Denna kränkning av individens självständighet kunde även uppfattas som en provokation av klienten, vilket skulle kunna utgöra en ökad risk för ilska, aggressivitet och våld (Palmstierna, 2004).

Statens institutionsstyrelse, SiS, är den myndighet som ansvarar för att bedriva tvångsvård och behandling för vuxna med missbruksproblem, utifrån lagstiftningen Lag om Vård av Missbrukare i vissa fall, LVM (SiS, 2014a). Omkring tusen män och kvinnor blir varje år tvångsomhändertagna med stöd av lagen LVM.

Vården varar högst sex månader och ska så snart som möjligt övergå till vård i öppnare former, så kallad § 27-vård. Den genomsnittliga vårdtiden är cirka fyra månader.

Den största yrkesgruppen är behandlingsassistenterna som ansvarar för omvårdnaden av klienterna i det dagliga livet på avdelningen och de blir även kontaktpersoner till klienterna. Arbetsuppgifterna består bland annat av att fungera som ett stöd och hjälpa klienten med behandlingsplanering, etablera kontakter med olika myndigheter och motivera dem för vård i öppnare former. Varje institution har också personal med högre utbildning såsom avdelningsföreståndare, behandlingssekreterare, lärare, psykologer och sjuksköterskor (SiS, 2014b).

Klienterna på LVM-hemmen har många års drogberoende bakom sig och det handlar om livshotande missbruk av alkohol, narkotika eller läkemedel, eller om ett blandmissbruk (SiS, 2014b). Många klienter har allvarliga fysiska och psykiska problem och har antingen försökt begå självmord eller har någon gång funderat på självmord (SiS, 2014b).

En betydande andel har varit fosterhemsplacerade och saknar egen bostad. Därutöver har en fjärdedel av klienterna endast grundskoleutbildning och får sin försörjning genom antingen förtidspension eller sjukbidrag (SiS, 2014b). Missbruket ser något annorlunda ut, beroende på ålder (SiS, 2013). Alkoholmissbruk är vanligare bland de äldre klienterna och missbruk av opiater eller centralstimulantia är vanligare bland yngre.

Många yngre klienter har även ett injektionsmissbruk och ungefär hälften av alla har ett blandmissbruk, i synnerhet de yngre. Utöver problemen med missbruk har många varit med om upprepade trauman under livet i form av fysiska, psykiska och sexuella övergrepp. Ett stort antal av klienterna har även partners med missbruksproblem (SiS, 2013).

### **Institutionerna**

Två institutioner i södra Sverige har utgjort undersökningsmiljön i föreliggande studie. För att underlätta för läsaren benämns dessa LVM-hem hädanefter som *institution 1* och *institution 2*. *Institution 2* är dessutom uppdelad geografiskt på två behandlingshem, hädanefter benämnt *behandlingshem 1* och *behandlingshem 2*, av sekretesskäl. Gemensamt för de båda institutionerna är att alla klienter erbjuds *DOK-intervjuer* och *SiS utredning LVM*. *DOK-intervjun* kan beskrivas som ett utvärderings- och dokumentationssystem som ligger till grund för klientens individuella behandlingsplanering (SiS, 2014c). *SiS utredning LVM* inrymmer bedömning och utredning av kriminalitet, psykisk ohälsa, beteendeobservationer, medicinska behov, social situation, neuropsykologisk funktionsnivå, differentialdiagnostisk bedömning, personlighetsutredning, missbruk och behandlingsrekommendationer.



*Institution 1* tar emot kvinnliga klienter med alkohol och/eller drogmissbruk, psykiska störningar, utagerande beteende och gravida kvinnor (SiS, 2014c). Institutionen är uppbyggd kring fem avdelningar och har totalt 40 vårdplatser. Vårdutbudet inkluderar bland annat samtalsgrupper, morgon- och kvällsmöten, friskvård, ADL (Att klara av vardagliga sysslor), social träning, fysisk träning, föreläsningar, utredningar och musikverksamhet. Behandlingsinnehållet utgår från tolvstegsmodellen, vilket innebär att missbruket betraktas som en sjukdom, men att klienten själv har ansvar för sitt tillfrisknande.

Behandlingen inbegriper exempelvis gruppterapi, anhörigkontakter samt regelbundna möten med självhjälpgrupper som AA (Anonyma alkoholister) och NA (Anonyma narkomaner). Personal som kommer i kontakt med klienterna är läkare, psykolog, sjuksköterskor, behandlingsassistenter, utredningssekreterare, behandlingssekreterare, skötare, undersköterskor samt alkohol- och drogterapeuter. Utbildningsnivån och erfarenheten beskrivs som hög inom institutionen (SiS, 2014c).

*Institution 2* är, som tidigare nämnts, uppdelad på två behandlingshem. Det finns totalt 54 vårdplatser på de tre avdelningarna. På *behandlingshem 1* har avdelning kvinnor 18 platser och avdelning män 16 platser. *Behandlingshem 2* har 20 platser, varav 8 platser är på låst avdelning och 12 platser på öppen avdelning. *Behandlingshem 1* tar emot yngre män och kvinnor med allvarligt alkohol- och drogmissbruk, fysisk och psykisk ohälsa, ätstörningar och gravida kvinnor.

Två platser är särskilt anpassade för kvinnliga klienter, som utöver missbruket, även bedöms vara särskilt vårdkrävande, med betoning på våldsproblematik. Även på mansavdelningen vårdas klienter med liknande våldsproblematik, men har inga platser avsedda för detta. Vårdutbudet på *behandlingshem 1* utgår från ett individuellt anpassat veckoschema och inkluderar enskilda samtal, gruppverksamhet, fysisk träning och praktisk motivationsverksamhet. Därutöver finns det möjlighet att närvara på brukarforum två gånger i halvåret, i vilka klienterna har möjlighet att ställa frågor, uttrycka åsikter och lämna förslag till institutionsledningen.

Behandlingsgrunden utgår från ett kognitivt perspektiv med metoderna MI, Motiverande samtal och ÅP, Återfallsprevention (SiS, 2014c). *Behandlingshem 2* tar endast emot män, både yngre och äldre som har liknande problembild som på *behandlingshem 1*. Det förekommer att klienter vårdas inledningsvis på *behandlingshem 1* och därefter förflyttas till *behandlingshem 2*.

Vårdklimatet är öppnare än på *behandlingshem 1* och det finns, efter inledande vårdtid på låst avdelning, möjlighet att vårdas på öppen avdelning. Den öppna avdelningen innebär ett ökat egenansvar, autonomi och tillgång till fler aktiviteter. Aktiviteterna, som antingen kan utföras individuellt eller i grupp, kan exempelvis röra sig om filmkvällar, trädgårdsarbete, köksarbete och läderarbete.

Behandlingsinnehållet och vårdutbudet korrelerar väl med det som erbjuds på *behandlingshem 1*, och eventuella utredningar eller samtalskontakter som har inletts på *behandlingshem 1* kan även fortsätta på *behandlingshem 2* (SiS, 2014c).

## Teori

### Definition av ilska.

Ilska kan beskrivas som en grundläggande mänsklig känsla, som alla personer upplever vid något tillfälle (Kassinove & Tafrate, 2002). Kassinove och Tafrate (2002) hävdar emellertid att ilska även kan betraktas som ett karaktärsdrag, med utgångspunkt från hur sannolikt det är att uppleva ilska över tid. Hos personer som bedöms vara exempelvis temperamentsfulla till sin natur är risken även större att de är impulsiva, har nära till vrede och reagerar med känslan ilska utan specifika provokationer och i många olika kontexter.

Forskarna (Kassinove & Tafrate, 2002) menar även att det ofta är någon annan person som anses vara upphov till och bär skulden för ilskan. Ilska kan även definieras som negativa, inre känslomässiga upplevelser som omfattar tankar, fantasier, bilder, verbala beteenden och kroppsliga reaktioner.

Kassinove och Tafrate (2006) har beskrivit ilska utifrån variationer i intensitet, varaktighet och frekvens och att ilska har ett samband med kognitiva störningar, motoriska beteenden och fysisk upprördhet. Det kan förekomma tankar om triggers, kognitiva missförstånd och en önskan om att varna, förödmjuka, kontrollera, attackera eller vedergälla (Kassinove & Tafrate, 2006).

**Intensitet.** Ilska kan vara inåtvänd och hållas tillbaka och intensiteten kan variera från låg till hög nivå (Kassinove & Tafrate, 2002):

- Den låga nivån definieras av verbala uttryck som irriterad, missnöjd, bekymrad och uppretad.
- På en mellannivå kan det uttryckas som förargad, indignerad och förbannad.
- På mycket höga nivåer uttrycks det ofta som rasande, galen, ursinnig eller ohämmad.

**Varaktighet.** Varaktigheten kan skifta mellan att ilskan uppstår plötsligt och går över mycket snabbt, till att vara ett mycket långvarigt och befäst tillstånd. Både den

kortvariga, mer explosiva, och den långvariga ilskan kan innebära stora problem. Men det är i synnerhet den långvariga ilskan som kan få stora och allvarliga konsekvenser.

Den långvariga ilskan byggs upp under lång tid med upprepningar och ackumulation av små irritationsmoment, som kan tyckas triviala för andra, men som är mycket viktiga för klienten. Till synes bagatellartade händelser som inte påverkar andra särskilt mycket, kan då hos klienten med långvarig ilska resultera i mycket starka känslor. Det kan även, vid långvarig ilska, handla om att klienten har blivit utsatt för en mycket traumatisk händelse, exempelvis våldtäkt, misshandel eller tortyr (Kassinove & Tafrate, 2002).

**Frekvens.** Frekvens av ilska kan även variera mycket hos personer, men de personer som har en hög ilskenivå tenderar att reagera mer frekvent och på fler triggers och i fler kontexter än andra människor. Dessa personer tenderar att bli väldigt arga i väldigt många olika situationer, vilket resulterar i att människor börjar undvika dem.

Personer som har en lägre nivå av ilska, blir däremot inte arga särskilt ofta. För dessa personer rör det sig om en begränsad uppsättning av triggers, såsom kritiska uttalanden om deras kropp, familj eller deras prestation i olika sammanhang (Kassinove & Tafrate, 2002).

**Kroppsliga symptom.** Kroppsliga förändringar relaterade till ilska kan uttryckas i form av svettningar, skakighet, hjärtklappning, muskelspänningar, spända käkar, knutna nävar, höjt röstläge och huvudvärk.

**Kognitiva symptom.** Kognitiva och perceptuella störningar och nedsättningar kan också uppträda vid ilska. Dessa störningar och nedsättningar kan manifesteras som kognitiva förvrängningar och feltolkningar om orsaker och attributioner till händelser. Katastroftänkande och svårigheter att förstå andras perspektiv, i kombination med feltolkningar av en händelse kan leda till att klienten förstorar besvikelser och ilska till orimligt höga nivåer, som inte är i proportion till den ursprungliga händelsen (Kassinove & Tafrate, 2002).

### **Definition av aggression**

Kassinove och Tafrate (2002) definierade aggression som en fysisk handling med avsikt att skada eller såra en annan person, eller förstöra egendom. Avsikten är centralt för denna definition, vilket innebär att oavsiktlig skada inte ingår i definitionen. Det görs även en åtskillnad mellan *direkt aggression* och *indirekt aggression*.

Om den fysiska aggressionen avsedd att skada är riktad mot målet eller källan kallas det för *direkt aggression*. Ett exempel på detta skulle kunna vara en person som har blivit förolämpad och responderar genom att slå den som uttalat förolämpningarna.

*Indirekt aggression* däremot handlar om att exempelvis slå sönder saker, som är betydelsefulla för källan till aggressionen. Ett exempel skulle kunna vara en fru som slår sönder något betydelsefullt i syfte att såra sin partner, istället för att slå partnern (Kassinove & Tafrate, 2002).

*Instrumentell aggression* beskrivs av Kassinove och Tafrate (2002) som en typ av aggression som är omsorgsfullt planerad och som kan existera utan känslor av ilska, eller med lite ilska. Den instrumentellt aggressiva handlingen definieras även som en medveten handling som inte har till syfte att skada, utan snarare att uppnå något (Geen, 2001).

**Aggression som ett karaktärsdrag.** Buss och Perry (1992) som har utvecklat formuläret *The Aggression Questionnaire*, som används i aktuell studie, föreslog att aggression är ett karaktärsdrag som består av fyra underliggande aggressionsfaktorer:

1. Den första faktorn är *fysisk aggression* (slå, knuffa) som innebär att såra och skada andra, och representerar de instrumentella eller de motoriska delarna.
2. Den andra faktorn är *verbal aggression* (skrika, hota), som liksom fysisk aggression innebär att såra och skada andra, och representerar på liknande sätt de instrumentella eller de motoriska delarna av aggression.
3. Den tredje faktorn är *ilska* som inbegriper fysisk upphetsning och förberedelse för aggression, och representerar den emotionella eller affektiva delen av aggression.
4. *Fientlighet*, slutligen, som består av känslor av illvilja och orättvisa, representerar den kognitiva delen av aggression.

### **Sambandet mellan ilska och aggression**

Eftersom ilska är en privat upplevelse kan vi aldrig riktigt veta om ilskan har ett funktionellt samband med aggression eller våld och att det enda sättet att mäta är genom självrapporteringar (Kassinove, 2007). Kassinove (2007) föreslog vidare att aggressivt beteende kan emanera från ilska och/eller från fientlighet, samt kan vara instrumentellt för att uppnå ett önskat mål med lite eller ingen ilska alls.

Om aggression härrör från ilska benämns det, enligt Kassinove och Tafrate (2002) som *fientlig* eller *emotionell aggression*. Spielberger och Sydeman (1994) instämmer med Kassinove (2007) i att ilska är en känsla som möjligtvis kan ha ett samband med aggressiva impulser och beteenden.

Forskare som Averill (1983), Berkowitz (1993) och Geen (2001) har däremot tydligare ifrågasatt det kausala sambandet mellan ilska och aggression. Argument som

framförts är att aggression eller en aggressiv handling kan förekomma utan ilska, bland annat vid professionell avrättning av dödsdömda med giftinjektion, vid regeringssanktionerade militära operationer eller när en veterinär avlivar ett sjukt djur.

Andra forskare (Buss & Perry, 1992; Wang & Diamond, 1999; Anderson & Bushman, 2002) har å andra sidan hävdat att detta samband existerar och Anderson och Bushman (2002) gjorde bland annat gällande att:

- Ilska bidrar med ett berättigande för aggressiv vedergällning och vilket gör det svårare att hämma aggressivt beteende.
- Ilska vidmakthåller ett aggressivt uppsåt över längre tidsperioder.
- Ilska ökar uppmärksamheten på provocerande händelser, vilket i sin tur gör det lättare att minnas.
- Ilska möjliggör därmed ett återupplevande av det tillstånd personen befann sig i när den provokativa händelsen inträffade.
- Ilska kan även ge ledtrådar om orsak, skuld och möjliga sätt att respondera, till exempel genom att hämnas.
- Om ilska triggas i en ambivalent social situation, kan ilska dessutom bidra med fientliga tolkningar och ligga till grund för aggressiva tankar, skript och aggressiva beteenden.
- Ilska ger kraft åt beteende genom att individen blir mer upprörd, vilket i sin tur ökar sannolikheten för ett aggressivt beteende (Anderson & Bushman, 2002).

I fråga om samband fann även Buss och Perry (1992) i sina studier att ilska hade en koppling till aggression och mer specifikt med tre undergrupper av aggression; de instrumentella (fysisk och verbal) och den kognitiva (fientlighet).

Ilska som både kan definieras som ett aggressivt karaktärsdrag och som ett känslomässigt tillstånd, fungerar som en länk mellan de instrumentella undergrupperna av aggression (fysisk och verbal) och den kognitiva undergruppen (fientlighet).

Buss och Perry (1992) menade även att ilska ofta föregår aggression (verbal och fysisk) och att det finns en högre sannolikhet för att personer kommer att agera aggressivt när de är arga, än när de inte är det. Därav sambandet mellan verbal och fysisk aggression.

När ilskan efterhand minskat i intensitet kan det finnas ett kognitivt resttillstånd av illvilja, förbittring och misstro mot andras bakomliggande motiv. Därav sambandet mellan ilska och fientlighet.

Cavell och Malcolm (2007) sammanfattade med att konstatera att det inte fanns någon konsensus inom forskningsvärlden avseende frågan om sambandet mellan ilska och aggression, men att detta var en fråga som ansågs viktig att utforska vidare för både kliniker och forskare.

### **Könsskillnader i aggression och ilska**

Män har i flera studier beskrivits vara mer aggressiva än kvinnor (Buss & Perry, 1992; Harris, 1995; Nakano, 2001; Ramirez et al., 2001; Fossati et al., 2003; Collani & Werner, 2005; Gerevich, Bácskai & Czobor, 2007) och i synnerhet när det gällde fysisk aggression. Männerna verkade även vara mer verbalt aggressiva än kvinnorna, men de högsta effektstorlekarna har varit för fysisk aggression (Buss & Perry, 1992; Harris, 1995; Nakano, 2001; Ramirez et al., 2001; Fossati et al., 2003; Collani & Werner, 2005; Gerevich, Bácskai & Czobor, 2007).

Däremot har det inte framkommit några signifikanta skillnader varken för *ilska* eller för *fientlighet* (Nakano, 2001; Gerevich, Bácskai & Czobor, 2007). Skillnaderna i fysisk och verbal aggression förklarades med att kvinnorna kanske blev lika arga som männen, men inhiberade ilskan och gav istället uttryck för ilskan genom instrumentell aggression (Buss & Perry, 1992).

### **Triggers för ilska**

*Triggers* har i litteraturen beskrivits som externa eller interna stimuli som lägger grunden för ilskna reaktioner (Kassinove & Tafrate, 2002). *Triggers* kan röra sig om saker andra har gjort eller inte har gjort, platser, tidpunkter, minnen och aktuella tankar, som samtliga kan påbörja sekvensen av ilska. Ilska utvecklas vanligen som en respons till oönskade, negativa och ibland oväntade aversiva interpersonella beteenden. Det vill säga att någonting negativt görs av någon annan.

Det kan emellertid även röra sig om att ilska utlöses av att den arga personen har gjort någonting själv, situationer relaterade till döda föremål (bil som går sönder), eller mer abstrakta *existentiella triggers* (t.ex. livshändelser). Men även när det handlar om orättvisa livshändelser, som att förlora sitt jobb eller råka ut för en olycka, kan andra personer eller organisationer få skulden och därmed fungera som *triggers* för ilskan (Kassinove & Tafrate, 2002).

Nästan vilket stimulus som helst kan leda till ilska, men *triggers* handlar ofta om negativa händelser som inkluderar *verbala*, *visuella* och *motoriska triggers*, som de flesta av oss bedömer som aversiva. I många fall kan det röra sig om personlig stress, hot, orättvisa händelser, förlust eller potentiell förlust.

- *Verbala triggers* kan vara personliga förolämpningar, oartighet, få dåliga nyheter, bli anklagad för någonting, bli kritiserad eller få upprepade och kontinuerliga klagomål från kollegor, chefer eller familjemedlemmar.
- *Motoriska triggers* kan röra sig om att bli knuffad, slagen, spottad på, att någon kastar något på dig, samt att bli fasthållen eller nedtryckt.
- *Visuella triggers* kan involvera att personen visuellt upplever sig vara granskad eller bevakad av andra eller ser att andra blir illa behandlade (Kassinove & Tafrate, 2002).

### **Tidigare forskning gällande aggressionsproblematik inom sjukvården**

Aggressionsproblematik inom sjukvården har länge varit föremål för ett stort intresse inom forskningsvärlden och i synnerhet vad gäller våld mot personal inom slutenvård. Bowers med flera (2011) fastslog att faktorer för våld och aggression inom akutpsykiatri, rättspsykiatri och andra psykiatriska vårdinrättningar är både mycket omfattande och varierande.

**Konsekvenser av aggression och våld.** Konsekvenserna av aggressionen och våldet är att både patienter och personal kan bli utsatta för skador, både fysiskt och psykiskt. För personalen kan detta bland annat innebära allvarliga skullskador, skärskador, brännskador, rivmärken, näsblod och ryggsador (Bowers et al, 2011).

Andra konsekvenser för personalen kan vara långtidssjukskrivningar, uppsägningar, PTSD-symptom, irritabilitet, rädsla för patienterna, minskad jobbtillfredsställelse, ångest, mardrömmar, alkoholmissbruk samt ökad/minskad aptit. Aggressionen och våldet kan även ofta leda till att patienter förstör egendom.

För patienterna kan konsekvenserna bli att de isoleras, tvångsmedicineras, förflyttas till annan avdelning/institution, verbal de-eskalering, fasthållning och bältesläggning (Bowers et al, 2011). Däremot nämns inget om eventuella skador som patienterna skulle kunna ådra sig, vare sig fysiskt eller psykiskt.

**Faktorer för aggression och våld.** Två metastudier (Bowers et al, 2011; Papadopoulos et al, 2012) har granskat faktorer för aggression och våld inom rättspsykiatriska, akutpsykiatriska och slutenvård psykiatriska avdelningar. Papadopoulos (2012) metaanalys identifierade totalt 59 antecedent-teman (faktorer) i de 71 undersökta studierna:

- De vanligast rapporterade faktorerna har varit vid interaktion mellan personal och patienter (39 %). Interaktionerna definierades som begränsningar i patienternas frihet, antingen genom restriktioner eller genom att förneka deras krav, beordra dem, visitera dem och ingripa vid argumentationer eller bråk. Det betonades även att de flesta

incidenterna var relaterade till när personalen utövade makt över patienterna.

Kommunikationsbrister, ouppmärksamhet, likgiltighet, bristfällig empati, kränkningar, bristfälliga kunskaper, färdigheter och kompetens är ytterligare personalrelaterade faktorer som rapporterats ha bidragit till att patienter blivit aggressiva (Duxbury, 2002, Ilkiw-Lavalle & Grenyer, 2003; Bowers et al, 2011).

- De näst vanligaste rapporterade faktorerna vid aggressiva incidenter var att patienterna bedömdes vara agiterade, uppmärksamhetssökande, motoriskt oroliga, förvirrade eller/och högljudda.
- En av fyra våldsamma eller aggressiva incidenter utlöstes vid interaktion mellan patienter (Papadopoulos et al, 2012).
- Andra aggressionsrelaterade faktorer rapporterades vara relaterade till missbruk, abstinens, sexuell frustration, externa eller personliga problem (t.ex. dåliga nyheter eller besök från vänner eller släktingar), miljön på avdelningen, avdelningens regler, strukturella problem på avdelningarna, ilska, ångest och tristess (Ilkiw-Lavalle & Grenyer, 2003; Duxbury & Whittington, 2005; Bowers et al, 2011; Papadopoulos et al, 2012).
- Ytterligare faktorer för aggression handlade om begränsningar av patienternas frihet och autonomi såsom att de inte fick lämna avdelningen eller sjukhuset, att inte bli utskrivna, inte kunna ringa, inte få röka, att de ville ha mer mat eller mer pengar (Ilkiw-Lavalle & Grenyer, 2003; Papadopoulos et al, 2012). Detta understrykte patienternas behov av att kunna känna sig så fria och individualiserade som möjligt i en institutionell miljö som präglas av hög struktur och säkerhet (Papadopoulos et al, 2012).

**Ilska.** Nittiosju procent av de undersökta incidenterna i en mindre studie (Daffern & Howells, 2009) innehöll uttryck av ilska.

**SiS undersökningar.** Statens institutionsstyrelse har även genomfört årliga undersökningar kring hot- och våldsincidenter (SiS, 2010; SiS 2011). I dessa rapporter framgick det att utlösande faktorer för våld av klienter inom LVM-vård handlade om psykisk obalans, missnöje vid medicinutdelning, vägran att följa ordningsregler och rutiner, avvikningsförsök, vid/efter information om beslut, drogpåverkan/abstinens och konflikter mellan klienter.

Det är dock anmärkningsvärt att den tredje eller fjärde vanligaste utlösande faktorn beskrevs som annat eller okänt. Statens institutionsstyrelse skrev: "För närmare definition krävs särskild analys" (SiS, 2010, sid 6). I den uppföljande rapporten 2011 (SiS, 2011) där det angavs att den tredje vanligaste utlösande faktorn för våld var okänd, saknades emellertid definitionen att det krävdes en särskild analys.



**Personalperspektiv.** Bowers med flera (2011) betonar att 89 % av de undersökta studierna endast utgick från personalens perspektiv på faktorer för våldsincidenter. Det var således personalen som arbetade på de psykiatriska avdelningarna som subjektivt tolkade incidenterna och retrospektivt registrerade i olika formulär eller att de blev intervjuade. Endast 7 % utgick från patienternas perspektiv.

**Patientperspektiv.** Forskarna rekommenderade därför att personalen skulle börja utgå mer från patienternas perspektiv, men även att det gjordes mer detaljerat än vad som skett tidigare. Ett annat problem som belystes är att de flesta studier endast fokuserade på patienternas beteende innan incidenterna, men väldigt få på patienternas känslomässiga tillstånd. Detta tolkades som att det var lättare för personalen att registrera observerbara beteenden än känslomässiga tillstånd.

**Bristfällig dokumentering.** Det framgår även från ovanstående studier (Bowers et al, 2011) att mycket information kring incidenter även gick förlorade när det endast rapporterades i strukturerade och fördefinierade formulär, med lite eller ingen möjlighet att komplettera med detaljerad information kring händelserna. Konsekvensen av detta blev att flera studier endast rapporterade om att faktorerna exempelvis hade varit någon form av ospecificerad interaktion mellan patienter eller mellan personal och patienter.

**Underrapportering.** Bowers med flera (2011) beskrev i deras metastudie att underrapportering var mycket vanligt förekommande. Vid exempelvis begränsning av patienternas frihet som en trigger till aggression/våld, hade det ofta inte specificerats vilken typ av begäran/frihet det var som patienterna blev förnekade.

Resultaten visade att i 32 % av incidenterna fanns det ingen klar orsak, vilket antingen implicerade att incidenterna hade varit oprovocerade, att personalen hade misslyckats med att identifiera faktorerna eller att de hade identifierat dem men valt att inte dokumentera.

Det framgick inte heller i studierna vad som hade föregått våldshandlingarna sekventiellt, det vill säga i tidsföljd. Det som rapporterades vara en utlösande faktor behövde då inte ha hänt omedelbart innan incidenten, utan tidpunkten angavs som okänd (Bowers et al, 2011).

En våldsincident som inträffade i Malmö under 2015 betonar vikten av att göra både objektiva bedömningar och att utföra dem så detaljerat som möjligt. Incidenten belystes i en artikel i Sydsvenskan (Mikkelsen & Sjö, 2015, 9 februari)

och ledde till en hög massmedial uppmärksamhet, samt ifrågasättande kring vakters agerande vid omhändertagande av barn.

Sammanfattningsvis kan det utifrån ovanstående genomgång av tidigare forskning (Bowers et al, 2011) konstateras att konsekvenserna för aggression och våld är omfattande för både patienter och personal. För personalen innebär det ofta såväl fysiska som psykiska skador, men kan även resultera i långtidssjukskrivningar. För patienterna kan aggression och våld resultera i isolering, tvångsmedicinering, tvångsförflyttningar, fasthållning och bältesläggning.

Faktorer för aggression och våld som rapporterades kunde bland annat röra sig om konflikter mellan personal och patienter, patienternas utagerande beteende, konflikter mellan patienter, drogpåverkan, abstinens, missnöje med medicin, psykisk obalans, ångest, externa/personliga problem, sexuell frustration, missnöje med avdelningsmiljö/avdelningsregler, bristfällig autonomi och ilska (Ilkiw-Lavalle & Grenyer, 2003; Duxbury & Whittington, 2005; Bowers et al, 2011; Papadopoulos et al, 2012).

Andra personalrelaterade faktorer som anges som bidragande faktorer för aggression och våld rör sig om brister avseende kunskaps- och kompetensnivå, men även brister avseende kommunikation mellan personal och patienter (Duxbury, 2002, Ilkiw-Lavalle & Grenyer, 2003; Bowers et al, 2011).

Det framgår även att 89 % av studierna endast har utgått från personalens perspektiv samt att rapporteringsmetoderna har haft klara metodologiska brister som bidragit till underrapportering eller att det inte har gått att fastställa orsak, föregående händelser eller i vilken tidsföljd händelser inträffade (Bowers et al, 2011).

Forskning som har undersökt faktorer för aggression har, som ovan nämnts, huvudsakligen utgått från personalens perspektiv, med vissa undantag (Duxbury, 2002; Duxbury et al., 2008; Duxbury & Whittington, 2005; Hahn et al., 2006). Detta är en brist som har uppmärksammats i tidigare forskning (Papadopoulos et al, 2012) och rekommendationerna har varit att forskningen även ska inriktas på klienternas uppfattning, vilket görs i aktuell studie.

En ytterligare faktor som betonar vikten av patienters och klienters perspektiv är att, när undersökningarna har utförts av personal, har det i många fall antingen inte har varit möjligt att påvisa någon klar orsak till aggression, eller att den bakomliggande faktorn för våld har angivits som okänd (Papadopoulos et al, 2012; SiS, 2010; SiS 2011).

Med anledning av tidigare studier har påvisat vissa könsskillnader i fråga om aggression och ilska har även detta varit ett fokus i aktuell studie (Buss & Perry, 1992; Harris, 1995; Nakano, 2001; Ramirez et al., 2001; Fossati et al., 2003; Collani & Werner,

2005; Gerevich, Bácskai & Czobor, 2007). Därutöver är det naturligtvis viktigt utifrån ett vårdgivarperspektiv, eftersom män och kvinnor vanligtvis vårdas separat inom LVM-vården.

Att undersöka sambandet mellan ilska och aggression har av författaren betraktats som viktigt, bland annat med anledning av att tidigare forskning har påvisat samband mellan dessa begrepp (Buss & Perry, 1992; Wang & Diamond, 1999; Anderson & Bushman, 2002). Fokus ligger således inte på kausalitet i denna studie utan snarare på eventuella samband. Sambandet är även intressant med tanke på att individer som bedöms ha aggressiva karaktärsdrag även skulle kunna löpa högre risk än andra att reagera med ilska på upplevda provokationer (Kassinove & Tafrate, 2002).

Slutligen bör det, enligt författaren, betonas att det för närvarande finns alltför stora kunskapsluckor om svensk LVM-vård, med fokus på klienternas perspektiv.

### **Syften och frågeställningar**

Ett syfte med aktuell studie är primärt att, utifrån klienters perspektiv, utforska faktorer för upplevd ilska och kartläggning av självrapporterade aggressiva karaktärsdrag hos klienter som vårdas inom LVM-vård.

Ett annat syfte med studien är att undersöka om det föreligger könsskillnader avseende faktorer för ilska och självrapporterade aggressiva karaktärsdrag hos den undersökta målgruppen, LVM-klienter.

Ett tredje syfte i aktuell studie är att undersöka samband mellan aggressiva karaktärsdrag och upplevd ilska.

### **Frågeställningar**

1. Vilka enskilda faktorer uppfattar klienterna har bidragit mest till upplevd ilska under vårdtiden på de undersökta LVM-institutionerna?
2. Föreligger det könsskillnader i fråga om självrapporterade aggressiva karaktärsdrag (AQ) och faktorer för upplevd ilska?
3. Vilka samband finns mellan olika faktorer av upplevd ilska under LVM-tiden och självrapporterade aggressiva karaktärsdrag (AQ)?
4. Vilka olika skalor av självrapporterade aggressiva karaktärsdrag (AQ) har bidragit mest till resultaten på faktorer av upplevd ilska?

## Metod

### Deltagare

Samtliga klienter som vårdades på någon av de båda institutionerna tillfrågades av behandlingspersonal om de var intresserade av att delta i studien. Ett inklusionskriterie var att de åtminstone skulle ha vårdats inom LVM i en vecka och att deras LVM hade blivit fastställt. I övrigt var det inte frågan om någon exkludering från studien.

Sammanlagt 60 klienter accepterade och inkluderades, varav 17 kvinnor från Institution 1 och 13 kvinnor från Institution 2 (behandlingshem 1). Från Institution 2 (behandlingshem 1) rekryterades 17 män och från Institution 2 (behandlingshem 2) deltog 13 män. Det var en jämn fördelning mellan män och kvinnor, 30 män och 30 kvinnor.

Inga deltagare hoppade av studien, efter att de hade accepterat. Samtliga deltagare fick därefter fylla i formulär tillsammans med forskningsledaren, med uppgifter om demografi, missbruk, diagnos m.m.

I syfte att upprätthålla sekretess gjordes ingen differentialdiagnostisk intervju (t.ex. SCID I, SCID II) och forskaren hade inte heller tillstånd att gå igenom klienternas journaler.

Klienterna fick själva, vid undersökningstillfället, fylla i vilka diagnoser de hade fått, vilken typ av missbruk och övriga uppgifter. Dessa uppgifter kontrollerades därefter inte av forskaren.

- Genomsnittsåldern för deltagarna var totalt 31,5 år ( $SD=9.8$ ), för kvinnor  $M=29,5$  år ( $SD=6,6$ ) och för män  $M=33,5$  år ( $SD=11.9$ ).
- Totalt 36 klienter (60 %) var ensamstående och 13 klienter (21.7%) var ensamstående med barn.
- Majoriteten av deltagarna (70 %), fick sin försörjning genom socialbidrag.
- Tjugotvå klienter (36.7%) saknade egen bostad och 23 klienter (38.3%) hade eget boende.
- I fråga om missbruk var det vanligast med kombinationen narkotika/tabletter (33.3%) och narkotika (30 %).
- Diagnosen ADHD var överrepresenterad. Tjugoåtta klienter (46.7%) hade enligt egen uppgift denna diagnos.

Tabell 1

Beskrivning av klienterna som deltagit i studien

		Män, n=30 <i>M (SD)</i>	Kvinnor, n=30 <i>M (SD)</i>	Totalt, N=60 <i>M (SD)</i>
Ålder		33.5 (11.9)	29.5 (6.6)	31.5 (9.8)
		<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>
Civilstånd	Gift/sammanboende	3 (10)	5 (16.7)	8 (13.3)
	Gift/sammanboende med barn	3 (10)	0 (0)	3 (5)
	Ensamstående	19 (63.3)	17 (56.7)	36 (60)
	Ensamstående med barn	5 (16.7)	8 (26.7)	13 (21.7)
Försörjning	Lön	2 (6.7)	1 (3.3)	3 (5)
	Socialbidrag	18 (40)	24 (80)	42 (70)
	Folkpension	2 (6.7)	0	2 (3.3)
	Sjukersättning	5 (16.7)	2 (7)	7 (11.7)
	A-kassa	2 (6.7)	0	2 (3.3)
	Aktivitetsersättning	3 (10)	3 (10)	6 (10)
	Sjukpenning	2 (6.7)	1 (3.3)	3 (5)
Bostad	Gruppboende	2 (6.7)	2 (6.7)	4 (6.7)
	Eget boende	14 (46.7)	9 (30)	23 (38.3)
	Äldreboende	0	2 (6.7)	2 (3.3)
	Bostadslös	7 (23.3)	15 (50)	22 (36.7)
	Med anhöriga	6 (20)	2 (6.7)	8 (13.3)
	HVB (Hem för Vård och Boende)	1 (3.3)	0	1 (1.7)
Missbruk	Alkohol	5 (16.7)	3 (10)	8 (13.3)
	Narkotika	10 (33.3)	8 (26.7)	18 (30)
	Tabletter	2 (6.7)	0	2 (3.3)
	Alkohol/narkotika	2 (6.7)	4 (13.3)	6 (10)
	Alkohol/tabletter	0	1 (3.3)	1 (1.7)
	Alkohol/narkotika/tabletter	2 (6.7)	3 (10)	5 (8.3)
	Narkotika/tabletter	9 (30)	11 (36.7)	20 (33.3)
Diagnoser	ADHD	11 (36.7)	17 (56.7)	28 (46.7)
	PTSD	1 (3.3)	2 (6.7)	3 (5)
	Borderline	0	3 (10)	3 (5)
	Bipolär sjukdom	1 (3.3)	3 (10)	4 (6.7)
	Ångest	1 (3.3)	0	1 (1.7)
	Panikångest	0	2 (6.7)	2 (3.3)
	GAD	1 (3.3)	1 (3.3)	2 (3.3)
	Social fobi	1 (3.3)	0	1 (1.7)
	Depression	1 (3.3)	0	1 (1.7)
	Asperger	0	1 (3.3)	1 (1.7)
	Psykos	1 (3.3)	2 (6.7)	3 (5)

## Instrument

### The Aggression Questionnaire (AQ)

The Aggression Questionnaire (AQ) är en skattningsskala som ursprungligen utvecklades 1992 (Buss och Perry, 1992). Instrumentet består av 29 items, och besvaras utifrån en femgradig likertskala som sträcker sig från 1 (stämmer inte alls) till 5 (stämmer precis). Skalan är uppdelad på de fyra subskalorna fysisk aggression (9 items), verbal aggression (5 items), ilska (7 items) och fientlighet (8 items).

Resultaten beräknas genom summorna från varje subskala.

Versionen som har använts i aktuell studie har erhållits från leg psykolog Björn Hofvander, som använt instrumentet i forskningsprojektet The Development

of Aggressive Antisocial Behavior Study (DAABS). Reliabiliteten i aktuell studie på subskalorna var följande: Fysisk Aggression,  $\alpha = .77$ ; Verbal Aggression,  $\alpha = .65$ ; Ilska,  $\alpha = .65$ ; Fientlighet,  $\alpha = .79$  och för Total AQ,  $\alpha = .88$ . I originalstudien (Buss & Perry, 1992) var reliabiliteten följande: Fysisk Aggression,  $\alpha = .85$ ; Verbal Aggression,  $\alpha = .72$ ; Ilska,  $\alpha = .83$ ; och Fientlighet,  $\alpha = .77$ ; Total AQ,  $\alpha = .89$ .

### **Frågeformulär - Utlösande faktorer för ilska, såsom det uppfattas av klienter**

Frågeformuläret är konstruerat av författaren inför aktuell studie och processen beskrivs under rubriken procedur. Formuläret består av 35 items (se tabell 2) i form av påståenden graderat på en likertskala från 1 (ingen ilska) till 5 (mycket ilska). Formuläret är uppdelat på fem övergripande faktorer. Alla skalor uppvisade tillfredsställande intern konsistens (reliabilitet).

Den första faktorn, *Personalrelaterade faktorer*, undersöker hur personalen arbetar utifrån rutiner, arbetssätt, tydlighet, omvårdnad och kommunikationssätt och om detta har bidragit till upplevelser av klienternas ilska. Reliabiliteten på denna faktor är Cronbach's  $\alpha = .83$ .

Den andra faktorn, *Vårdstruktur*, undersöker eventuella triggers ifråga om hur LVM-vårdens och socialtjänstens förutsättningar, lagstiftning, säkerhet, ramar och regelverk påverkar klientens vård. Reliabilitet för denna faktor är Cronbach's  $\alpha = .90$ .

Den tredje faktorn, *Autonomi*, har att göra med klienternas upplevelser av möjligheter till autonomi och självbestämmande. Reliabilitet för denna faktor är Cronbach's  $\alpha = .77$ .

Den fjärde faktorn, *Interpersonella faktorer*, har att göra med klienternas upplevelser av interpersonella svårigheter, med inslag av bemötande och respekt. Reliabilitet för denna faktor är Cronbach's  $\alpha = .86$ .

Den femte faktorn, *Hälsorelaterade faktorer*, har att göra med klienternas psykiska och fysiska mående. Reliabilitet för denna faktor är Cronbach's  $\alpha = .74$ .

Under rubriken procedur nedan beskrivs en del i processen med framställningen av formuläret. Resten av processen bestod i att använda frågeställningar från tidigare forskning, som bedömdes vara relevanta frågeställningar även i aktuell studie (Ilkiw-Lavalle & Grenyer, 2003).

### **Procedur**

Innan klienterna fick möjlighet att svara på frågeställningarna, förankrades studien hos institutionsledningen på de båda institutionerna och hos övrig personal med både grundläggande och fördjupad information kring uppsatsen syfte och frågeställningar. Vid framställandet av formuläret ”*Utlösande faktorer för ilska, såsom det uppfattas av klienter*”,

tillfrågades åter institutionsledning och personal, men denna gång även klienter kring vilka faktorer de trodde bidrog till upplevd ilska vid LVM-vård. Totalt 45 faktorer/påståenden togs fram och reducerades till 35 påståenden, som därefter omformulerades och reviderades totalt 6 gånger.

Samtliga klienter som vårdades på någon av de två institutionerna tillfrågades av behandlingspersonal om de var intresserade av att delta i studien. Vid presentation av studien fick deltagarna ett informationsbrev om studiens innehåll, som även presenterades muntligt. Klienterna fick åter möjlighet att läsa informationsbrevet om studien innan de kunde skriva på samtyckesformuläret. Klienterna fick även möjlighet att ställa ytterligare frågor, innan själva undersökningen påbörjades.

Undersökningen med klienterna inleddes med demografiska frågor (bilaga 3), följt av formuläret ” *Utlösande faktorer för ilska, såsom det uppfattas av klienter*” och avslutades med aggressionsformuläret *The Aggression Questionnaire (AQ)*. Samtliga undersökningar genomfördes av forskningsledaren och tidsåtgången varierade mellan 20-60 minuter, med ett genomsnitt på cirka 30 minuter. Undersökningarna tillsammans med klienterna genomfördes med helstrukturerade frågeställningar, men med möjlighet att lämna egna kommentarer. Klienterna fick möjlighet att antingen själva fylla i formulären, eller att forskningsledaren gjorde det åt dem, men genomfördes oavsett vilket muntligen. Syftet med denna metodik var att reducera risken för missförstånd av påståendena. Efter undersökningarna erhöll klienterna 100 kronor kontant, som ersättning för deltagandet.

## **Dataanalys**

En principalkomponentanalys med varimaxrotering av de insamlade frågeformulären genomfördes i syfte att undersöka variablernas fördelning i faktorer. Komponentanalysen pekade på nio faktorer som alla hade ett egenvärde över 1.0. Frågeformulären baserades på frågor som klienter, personal och ledning ansåg vara av vikt. Några delfrågor återfanns även i forskning. Faktorerna reducerades sedan till fem faktorer, utifrån teoretisk förankring, begreppsvaliditet och konsultation av olika yrkesdiscipliner (psykologer, sjuksköterskor, behandlingsassistenter, delningsledning, institutionsledning). Stegvis regressionsanalys användes för att undersöka vilka självrapporterade aggressiva karaktärsdrag som hade bidragit mest till resultaten på olika faktorer av upplevd ilska.

## Etiska överväganden

Studien bedömdes inte kunna påverka deltagarnas fysiska eller psykiska hälsa, eller deras pågående vård. Denna bedömning vilade huvudsakligen på att studien inte hade för avsikt att implementera några förändringar i deras pågående vård, utan var explorativ och utforskande. Bedömningen baserades även på att det, innan studien påbörjades, gjordes en pilotstudie i vilken samtliga yrkeskategorier (psykologer, sjuksköterskor, socionomer, behandlingsassistenter), institutionsledning, SiS huvudkontor och klienter intervjuades kring eventuella etiska konsekvenser som skulle kunna vara till men för klienterna. Därutöver vilade bedömningen på andra faktorer som beskrivs mer i detalj nedan.

De LVM-klienter som visade intresse för studien fick som förberedelse inför eventuellt deltagande information om syfte och frågeställning. De fick även information om beräknad tidsåtgång, att deltagande i studien var helt frivilligt, att de kunde avstå från att svara på enskilda frågor, att de kunde avbryta sin medverkan utan att behöva ange skäl därtill, samt att det inte skulle påverka deras situation eller eventuella framtida vård. De klienter som valde att delta i studien erhöll 100 kronor kontant. Pengarna tillhandahölls av ett LVM-hem som författaren själv arbetade på under studiens gång.

Deltagarna fick information om att forskningsledaren och forskningshandledarna var underkastade forskningssekretess, det vill säga att varken institutionen eller någon annan person hade rätt att ta del av deras svar. Deltagarna fick kunskap om att de behövde skriva på ett samtyckesformulär innan undersökningarna kunde påbörjas och att alla formulär skulle få ett unikt kodnummer, med syftet att endast forskningsledaren skulle kunna ha möjlighet att identifiera dem under tiden studien pågick. Endast forskningsledaren hade tillgång till deltagarnas namn och matchande kodnummer och allt material förvarades i ett brandsäkert kassaskåp. Deltagarna fick även information om att all data som skulle kunna identifiera dem skulle komma att förstöras när studien avslutades.

I informationsbrevet (bilaga 4) framgick det att resultaten skulle komma att inkluderas i en psykoterapi-uppsats på Lunds universitet och därefter publiceras på internet. Det betonades att resultaten skulle sammanställas på gruppnivå och att det därför skulle vara i princip omöjligt att identifiera hur den enskilde deltagaren hade svarat på frågorna.

Deltagarna fick slutligen forskningsledarens kontaktuppgifter, om de skulle ha frågor kring studien. Efter genomläsning av informationsbrevet fick de skriva på samtyckesformuläret, innan undersökningarna kunde inledas.

Att författaren själv arbetade på en av institutionerna kan möjligtvis ha påverkat deltagarnas val att delta eller ej, men deltagarna var helt okända för författaren innan studien



påbörjades och hade därutöver ingen kunskap om vilka som tackade nej. Vad gäller den ekonomiska ersättningen kan det självklart inte uteslutas att många deltagare valde att delta enbart på grund av detta, med anledning av att många av dem hade dålig ekonomi. Många som valde att ställa upp sade emellertid att det var en kombination av att tjäna snabba pengar och att få kunna uttrycka vad de egentligen tyckte och tänkte om LVM-vården.

## Resultat

### Enskilda faktorer som har bidragit till upplevd ilska under vårdtid, med stöd av lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)

En deskriptiv analys genomfördes i syfte att undersöka enskilda faktorer som har bidragit till upplevd ilska under vårdtid, med stöd av lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). I tabell 2 redovisas n-tal, procent, medelvärden och standardavvikelser för påståenden som ingår i frågeformuläret *utlösande faktorer för ilska såsom det uppfattas av klienter*. De skattningar som har bidragit till mest upplevd ilska under vårdtiden inom LVM var faktorer som bidrog till hot mot *autonomi*, med påståendena "klienten har inte kunnat lämna institutionen" (71.7%,  $M=3.73$ ,  $SD=1.35$ ) och "klienten har haft tankar på att vara tvångsvårdad" (71.7%,  $M=3.88$ ,  $SD=1.30$ ). Övriga påståenden inom faktorn *autonomi* som berörde tvångsförflyttningar, möjligheter att röka och tillsägelser, hade ett betydligt svagare samband med ilska, i synnerhet i fråga om påståendet som gällde rökning.

På skalan *hälsorelaterade faktorer* var de högsta skattningarna för påståendena "medicineringen har varit otillräcklig/felaktig" (65 %,  $M=3.50$ ,  $SD=1.54$ ) och negativa besked angående medicinering (63.4 %,  $M=3.40$ ,  $SD=1.58$ ). Men även påståendet som berörde abstinens/drogsug bidrog till mycket upplevd ilska. De två resterande faktorerna som berörde klienternas psykiska hälsa bidrog även de till tämligen mycket ilska. På skalan *vårdstruktur* var de högsta skattningarna för påståendena sysslolöshet (68.4 %,  $M=3.82$ ,  $SD=1.35$ ) och att personalen/socialen brutit sina löften till klienten (61.7 %,  $M=3.40$ ,  $SD=1.64$ ). På övriga påståenden inom faktorn *vårdstruktur* bidrog samtliga minst fyrtio procent och däröver, till upplevd ilska. På skalan *personalrelaterade faktorer* var den högsta skattningen för påståendet "dålig kommunikation mellan personalen" (55 %,  $M=3.20$ ,  $SD=1.54$ ). På skalan *interpersonella faktorer* var de högsta skattningarna för påståendena "personalen har inte lyssnat på klienten" (55 %,  $M=3.25$ ,  $SD=1.55$ ) och "klienten har blivit nonchalant bemött av personal" (41.7%,  $M=2.87$ ,  $SD=1.57$ ).

Tabell 2

Medelvärden, standardavvikelser och procent av påstående från frågeformuläret *Utlösande faktorer för ilska såsom det uppfattas av klienterna*

Faktorer som bidragit till ilska hos LVM-klienter	Kvinnor (n=30) <sup>1</sup>		Män (n = 30) <sup>1</sup>		Totalt (n = 60) <sup>1</sup>	
	Ilska		Ilska		Totalt ilska	
	(ganska arg + väldigt arg)		(ganska arg + väldigt arg)		(ganska arg + väldigt arg)	
	N (%)	M (SD) Totalt <sup>2</sup>	N (%)	M (SD) totalt <sup>2</sup>	N (%)	M (SD) totalt <sup>2</sup>
<i>Personalrelaterade faktorer</i>						
Personal har haft olika arbetssätt/olika rutiner	14 (46.7)	2.93(1.41)	14 (46.7)	2.80 (1.67)	28 (46.7)	2.87 (1.54)
Behov har ej tillgodosetts av personal	13 (43.3)	3.00 (1.37)	15 (50)	3.03 (1.59)	28 (46.6)	3.02 (1.47)
Dålig kommunikation mellan personal	18 (60)	3.33 (1.45)	15 (50)	3.07 (1.64)	33 (55)	3.20 (1.54)
Ingen har tagit ansvar för klients frågor	18 (60)	3.33 (1.52)	14 (46.7)	2.93 (1.57)	32 (53.3)	3.13 (1.55)
<i>Vårdstrukturella faktorer</i>						
Klient har känt sig övervakad/förföljd	15 (50)	3.13 (1.31)	12 (40)	2.73 (1.53)	27 (45)	2.93 (1.43)
Klient har ej känt sig delaktig i vården	11 (36.7)	2.70 (1.54)	14 (46.7)	2.90 (1.81)	25 (41.7)	2.80 (1.67)
Klienten har varit sysslolös/ upplevt tristess	21 (70)	3.93 (1.26)	20 (66.7)	3.70 (1.44)	41 (68.4)	3.82 (1.35)
Klient har fått för lite vård och behandling	13 (43.3)	2.83 (1.62)	13 (43.3)	2.97 (1.63)	26 (43.3)	2.90 (1.61)
Personal/socialen har brutit löften	20 (66.7)	3.47 (1.53)	17 (56.7)	3.33 (1.77)	37 (61.7)	3.40 (1.64)
Fått negativa besked avseende vårdplanering	15 (50)	2.90 (1.52)	11 (36.7)	2.47 (1.59)	26 (43.3)	2.68 (1.56)
Vården har upplevts oförutsägbar	15 (50)	3.10 (1.47)	14 (46.7)	2.83 (1.49)	29 (48.3)	2.97 (1.47)
Fattade beslut har ej följts	15 (50)	2.97 (1.50)	11 (36.7)	2.57 (1.68)	26 (43.4)	2.77 (1.59)
Klient har ej fått besked om förändrade beslut	11 (36.7)	2.87 (1.57)	13 (43.3)	2.77 (1.70)	24 (40)	2.82 (1.62)
Klient har upplevt sig bli orättvist behandlad	14 (46.7)	2.97 (1.59)	15 (50)	2.93 (1.74)	29 (48.3)	2.95 (1.65)
Andra klienter har blivit positivt särbehandlade	14 (46.7)	2.90 (1.67)	15 (50)	2.93 (1.68)	29 (48.3)	2.92 (1.66)
<i>Autonomi</i>						
Klient har inte kunnat lämna institutionen	24 (80)	3.90 (1.35)	19 (63.3)	3.57 (1.36)	43 (71.7)	3.73 (1.35)
Klient har haft tankar på att vara tvångsvårdad	23 (76.7)	3.97 (1.33)	20 (66.7)	3.80 (1.30)	43 (71.7)	3.88 (1.30)
Klient har flyttats till annan avdelning/institution mot sin vilja	12 (40)	2.57 (1.61)	9 (30)	2.30 (1.62)	21 (35)	2.43 (1.61)
Det har funnits för lite möjligheter att röka	3 (10)	1.67 (1.16)	7 (23.3)	1.92 (1.39)	10 (16.7)	1.80 (1.27)
Har inte velat bli tillsagd vad han/hon ska göra	12 (40)	2.90 (1.37)	7 (23.3)	2.27 (1.31)	19 (31.7)	2.58 (1.37)
<i>Interpersonella faktorer</i>						
<i>Faktor klient-klient</i>						
Klient har provocerats av andra klienter	12 (40)	2.80 (1.61)	11 (36.7)	2.47 (1.66)	23 (38.3)	2.60 (1.60)
Klient har själv provocerat andra klienter	7 (23.3)	2.10 (1.30)	-----	1.23 (0.57)	7 (11.7)	1.67 (1.08)
<i>Faktor klient-personal</i>						
Personal har inte har lyssnat på klient	19 (63.3)	3.47 (1.48)	14 (46.7)	3.03 (1.61)	33 (55)	3.25 (1.55)
Klient har blivit nonchalant bemött av personal	14 (46.7)	3.00 (1.51)	11 (36.7)	2.73 (1.64)	25 (41.7)	2.87 (1.57)
Klient har varit rädd för att bli skadad eller dödad	5 (16.7)	1.67 (1.24)	3 (10)	1.30 (0.75)	8 (13.3)	1.48 (1.03)
Klient har provocerats av personal	13 (43.3)	2.80 (1.61)	9 (30)	2.37 (1.52)	22 (36.7)	2.58 (1.57)
Dålig kommunikation mellan klient och personal	14 (46.7)	3.00 (1.51)	8 (26.7)	2.50 (1.43)	22 (36.7)	2.75 (1.48)
Personal har varit ironisk/sarkastisk mot klient	7 (23.3)	2.13 (1.38)	5 (16.7)	1.80 (1.45)	12 (20)	1.97 (1.41)
<i>Faktor klient- anhöriga/vänner/partner</i>						
Det har varit problem i relationer för klient	9 (30)	2.47 (1.57)	11 (36.7)	2.63 (1.59)	20 (33.3)	2.55 (1.57)
<i>Hälsorelaterade faktorer</i>						
Klient har mått psykiskt dåligt	16 (53.3)	3.07 (1.44)	12 (40)	2.63 (1.50)	28 (46.7)	2.85 (1.47)
Klient har haft svår ångest	13 (43.3)	2.80 (1.50)	13 (43.3)	2.80 (1.63)	26 (43.4)	2.80 (1.55)
Medicineringen har varit otillräcklig/felaktig	18 (60)	3.47 (1.53)	21 (70)	3.53 (1.57)	39 (65)	3.50 (1.54)
Negativa besked angående mediciner	17 (56.7)	3.33 (1.47)	21 (70)	3.47 (1.70)	38 (63.4)	3.40 (1.58)
Abstinens/"drogsug"	20 (66.7)	3.57 (1.43)	15 (50)	3.33 (1.52)	35 (58.4)	3.45 (1.47)

Kvinnor ilska<sup>1</sup> och Män ilska<sup>1</sup> har beräknats genom att addera resultaten från alternativen ganska arg och väldigt arg. Totalt ilska<sup>1</sup> har beräknats genom att addera resultaten från kvinnors och mäns ilska. Medelvärde (M)<sup>2</sup> och standardavvikelse (SD)<sup>2</sup> är beräknat på samtliga skattade svar från frågeformuläret.

## Könsskillnader i faktorer för upplevd ilska och självskattad aggression

Könsskillnader avseende faktorer för upplevd ilska (*Utlösande faktorer för ilska såsom det uppfattas av klienterna*) och självrapportering av aggressiva karaktärsdrag (The Aggression Questionnaire, AQ) har undersökts med hjälp av ett oberoende t-test (N=60) och redovisas nedan i tabell 3. Resultaten på detta test indikerar att det inte fanns några signifikanta skillnader i fråga om faktorer för upplevd ilska undersökt med frågeformuläret *Utlösande faktorer för ilska såsom det uppfattas av klienterna*. Däremot framkom det resultat

som pekade på signifikanta och stora skillnader på två skalor i aggressionsformuläret AQ. På skalan *Ilska* i aggressionsformuläret AQ skattade de kvinnliga klienterna signifikant högre ( $M=3.20$ ,  $SD=1.06$ ) än de manliga klienterna ( $M=2.63$ ,  $SD=0.84$ ),  $t(58) = -2.29$ ,  $p < 0.05$ ,  $d = 0.60$  (Cohen, 1988). Även på skalan *Fientlighet* i aggressionsformuläret AQ skattade kvinnorna signifikant högre ( $M=3.04$ ,  $SD=0.88$ ) än männen ( $M=2.51$ ,  $SD=0.83$ ),  $t(58) = -2.40$ ,  $p < 0.05$ ,  $d=0.62$ .

Tabell 3

*Medelvärden, standardavvikelser och effektstorlek av könsskillnader i fråga om upplevd ilska och aggression, från formulären Utlösande faktorer för ilska såsom det uppfattas av klienterna och The aggression questionnaire (AQ)*

Variabler	Medelvärde (SD)		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>			
Fysisk aggression AQ	3.22 (1.22)	3.11 (1.01)	-0.38	0.71	0.10
Verbal aggression AQ	2.99 (0.95)	2.86 (0.66)	-0.63	0.53	0.17
Ilska AQ	3.20 (1.06)	2.63 (0.84)	-2.29	0.03	0.60
Fientlighet AQ	3.04 (0.88)	2.51 (0.83)	-2.40	0.02	0.62
Total AQ	3.15 (0.83)	2.79 (0.69)	-1.80	0.08	0.47
Personalrelaterade faktorer	3.15 (1.09)	2.96 (1.39)	-0.60	0.55	0.16
Vårdstrukturella faktorer	2.99 (0.95)	2.86 (0.66)	-0.63	0.53	0.17
Autonomi	3.00 (1.01)	2.78 (0.99)	-0.88	0.39	0.23
Interpersonella faktorer	2.60 (1.05)	2.23 (0.91)	-1.44	0.16	0.37
Hälsorelaterade faktorer	3.25 (0.93)	3.15 (1.20)	-0.34	0.74	0.09
Faktorer ilska Totalt	2.97 (0.85)	2.75 (0.90)	-0.95	0.35	0.25

### **Samband mellan faktorer för upplevd ilska och självskattade aggressiva karaktärsdrag**

En Pearson produktmomentkorrelationsanalys genomfördes i syfte att undersöka samband mellan skattningar av faktorer för upplevd ilska med frågeformuläret och självskattade aggressiva karaktärsdrag (AQ). Resultaten presenteras i tabell 4. De starkaste sambanden var mellan skalan ilska (AQ) och interpersonella faktorer,  $r=0.62$ ,  $p < 0.001$  och mellan skalan verbal aggression (AQ) och interpersonella faktorer,  $r=0.60$ ,  $p < 0.001$ .

Sambandet var även starkt mellan skalan verbal aggression (AQ) och vårdstruktur ( $r=0.58$ ,  $p < 0.001$ ) samt mellan skalan verbal aggression (AQ) och personalfaktorer,  $r=0.57$ ,  $p < 0.001$ . De faktorer som hade högst samband med skalan

fysisk aggression (AQ) var hälsorelaterade faktorer,  $r=0.58$ ,  $p<0.001$ , följt av interpersonella faktorer,  $r=0.49$ ,  $p<0.001$ .

Tabell 4

*Korrelationer och medelvärden mellan faktorer för upplevd ilska (frågeformuläret) och självskattade aggressiva karaktärsdrag(AQ)*

Variabler	Personal- faktorer	Vård- struktur	Autonomi	Inter- personellt	Hälso- relaterat	Faktorer Ilska totalt
Fysisk aggression AQ	.48***	.45***	.37**	.49***	.58***	.57***
Verbal aggression AQ	.57***	.58***	.37**	.60***	.41***	.65***
Ilska AQ	.54***	.56***	.45***	.62***	.51***	.67***
Fientlighet AQ	.26*	.28*	.39**	.32*	.44***	.40**
Total AQ	.55***	.55***	.50***	.60***	.63***	.69***

Not. \*\*\* $p<0.001$ . \*\* $p<0.01$ . \* $p<0.05$

### Självskattade aggressiva karaktärsdrag som prediktorer för upplevd ilska

Sex stegvisa regressionsanalyser genomfördes för att undersöka vilka av de olika delskalorna av självskattade aggressiva karaktärsdrag (AQ) som har bidragit mest till resultaten på faktorer av upplevd ilska. Resultaten presenteras i tabellerna 5-10.

### Självskattade aggressiva karaktärsdrag som prediktorer för faktorn

#### Personalrelaterade faktorer

En stegvis regressionsanalys gjordes för att undersöka vilka av de olika delskalorna av självskattade aggressiva karaktärsdrag (AQ) som har bidragit mest till resultaten på faktorn *Personalrelaterade faktorer*.

Resultaten av denna redovisas i tabell 5. Den delskala som indikerar högst samband med faktorn *Personalrelaterade faktorer* är delskalan *Verbal aggression (AQ)*,  $\beta = 0.57$ ,  $p < 0.001$  och förklarar 32% av varians i faktorn *Personalrelaterade faktorer*. Även delskalan *Ilska (AQ)* är en signifikant prediktor som tillsammans med delskalan *Verbal aggression (AQ)* förklarar 35 % av variansen i faktorn *Personalrelaterade faktorer*.

Tabell 5

*Prediktorer för faktorn Personalrelaterade faktorer*

Prediktor	Personalrelaterade faktorer			
	<i>b</i>	<i>SE</i>	$\beta$	$R^2$
Steg 1				0.32***
Verbal aggression (AQ)	0.86	0.17	0.57***	
Steg 2				0.35*
Verbal aggression (AQ)	0.56	0.22	0.37**	
Ilska (AQ)	0.37	0.18	0.30*	

Not. \* $p<0.05$ , \*\* $p<0.01$ , \*\*\* $p<0.001$

### Självskattade aggressiva karaktärsdrag som prediktorer för faktorn Vårdstruktur

En stegvis regressionsanalys gjordes för att undersöka vilka av de olika delskalorna av självskattade aggressiva karaktärsdrag (AQ) som har bidragit mest till resultaten på faktorn *Vårdstruktur*.

Resultaten av denna redovisas i tabell 6. Den delskala som indikerar högst samband med faktorn *Vårdstruktur* är delskalan *Verbal aggression (AQ)*,  $\beta = 0.58$ ,  $p < 0.001$  och förklarar 33% av varians i faktorn *Vårdstruktur*. Även delskalan *Ilska (AQ)* är en signifikant prediktor som tillsammans med delskalan *Verbal aggression (AQ)* förklarar 36 % av variansen i faktorn *Vårdstruktur*.

Tabell 6

#### *Prediktorer för faktorn Vårdstruktur*

Prediktor	Vårdstruktur			
	<i>b</i>	<i>SE</i>	$\beta$	$R^2$
Steg 1				0.33***
Verbal aggression (AQ)	0.78	0.15	0.58***	
Steg 2				0.36*
Verbal aggression (AQ)	0.50	0.19	0.37**	
Ilska (AQ)	0.35	0.16	0.31*	

Not. \* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$

### Självskattade aggressiva karaktärsdrag som prediktorer för faktorn Autonomi

En stegvis regressionsanalys gjordes för att undersöka vilka av de olika delskalorna av självskattade aggressiva karaktärsdrag (AQ) som har bidragit mest till resultaten på faktorn *Autonomi*.

Resultaten av denna redovisas i tabell 7. Den delskala som indikerar högst samband med faktorn *Autonomi* är delskalan *Ilska (AQ)*,  $\beta = 0.45$ ,  $p < 0.001$  och förklarar 21% av varians i faktorn *Autonomi*. Resultaten visade att det därutöver inte fanns någon signifikant prediktor som förklarade variansen i faktorn *Autonomi*.

Tabell 7

#### *Prediktorer för faktorn Autonomi*

Prediktor	Autonomi			
	<i>b</i>	<i>SE</i>	$\beta$	$R^2$
Steg 1				0.21***
Ilska (AQ)	0.46	0.12	0.45***	
Steg 2				
-----	-----	-----	-----	-----

Not. \* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$

### Självskattade aggressiva karaktärsdrag som prediktorer för faktorn Interpersonella faktorer

En stegvis regressionsanalys gjordes för att undersöka vilka av de olika delskalorna av självskattade aggressiva karaktärsdrag (AQ) som har bidragit mest till resultaten på faktorn *Interpersonella faktorer*. Resultaten av denna redovisas i tabell 8. Den delskala som indikerar högst samband med faktorn *Interpersonella faktorer* är delskalan *Ilska (AQ)*,  $\beta = 0.62$ ,  $p < 0.001$  och förklarar 38% av varians i faktorn *Interpersonella faktorer*. Även delskalan *Verbal aggression (AQ)* är en signifikant prediktor som tillsammans med delskalan *Ilska (AQ)* förklarar 42 % av variansen i faktorn *Interpersonella faktorer*.

Tabell 8

#### Prediktorer för faktorn Interpersonella faktorer

Prediktor	Interpersonella faktorer			
	<i>b</i>	<i>SE</i>	$\beta$	$R^2$
Steg 1				0.38***
Ilska (AQ)	0.62	0.10	0.62***	
Steg 2				0.42**
Ilska (AQ)	0.38	0.13	0.38**	
Verbal aggression (AQ)	0.42	0.16	0.42**	

Not. \* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$

### Självskattade aggressiva karaktärsdrag som prediktorer för faktorn Hälsorelaterade faktorer

En stegvis regressionsanalys gjordes för att undersöka vilka av de olika delskalorna av självskattade aggressiva karaktärsdrag (AQ) som har bidragit mest till resultaten på faktorn *Hälsorelaterade faktorer*. Resultaten av denna redovisas i tabell 9. Den delskala som indikerar högst samband med faktorn *Hälsorelaterade faktorer* är *Fysisk aggression (AQ)*,  $\beta = 0.58$ ,  $p < 0.001$  och förklarar 33% av varians i *Hälsorelaterade faktorer*. Även delskalan *Fientlighet (AQ)* är en signifikant prediktor som tillsammans med delskalan *Fysisk aggression (AQ)* förklarar 37 % av variansen i faktorn *Hälsorelaterade faktorer*.

Tabell 9

#### Prediktorer för faktorn Hälsorelaterade faktorer

Prediktor	Hälsorelaterade faktorer			
	<i>b</i>	<i>SE</i>	$\beta$	$R^2$
Steg 1				0.33***
Fysisk aggression (AQ)	0.55	0.10	0.58***	
Steg 2				0.37**
Fysisk aggression (AQ)	0.46	0.11	0.48***	
Fientlighet (AQ)	0.32	0.13	0.27**	

Not. \* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$

## Självskattade aggressiva karaktärsdrag som prediktorer för faktorn *Ilska totalt*

En stegvis regressionsanalys gjordes för att undersöka vilka av de olika delskalorna av självskattade aggressiva karaktärsdrag (AQ) som har bidragit mest till resultaten på faktorn *Ilska totalt*. Resultaten av denna redovisas i tabell 10. Den delskala som indikerar högst samband med faktorn *Ilska totalt* är delskalan *Ilska (AQ)*,  $\beta = 0.67$ ,  $p < 0.001$  och förklarar 45% av variansen i *Ilska totalt*. Även delskalan *Verbal aggression (AQ)* är en signifikant prediktor som tillsammans med delskalan *Ilska (AQ)* förklarar 50 % av variansen i faktorn *Ilska totalt*.

Tabell 10

### *Prediktorer för faktorn *Ilska totalt**

Prediktor	Ilska totalt			
	<i>b</i>	<i>SE</i>	$\beta$	$R^2$
Steg 1				0.45***
Ilska (AQ)	0.59	0.09	0.67***	
Steg 2				0.50**
Ilska (AQ)	0.38	0.11	0.43***	
Verbal aggression (AQ)	0.38	0.13	0.35**	

Not. \* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$

## Diskussion

Det primära syftet med aktuell studie var att, utifrån klienters perspektiv, utforska faktorer för upplevd ilska, relaterat till LVM-vård på två svenska LVM-institutioner. Aktuell studie identifierade sex övergripande teman med 35 distinkta faktorer, men antalet hade sannolikt kunnat vara större, då tidigare studier har identifierat upp till 59 faktorer (Papadopoulos et al, 2012). Faktorerna i föreliggande arbete har varierat alltifrån personalens arbetsmetoder, vårdstruktur, autonomi, interpersonella problem och hälsorelaterade faktorer.

Ett annat syfte har varit att undersöka om det fanns några skillnader mellan ilska och aggression hos kvinnliga och manliga LVM-klienter. Denna undersökning är viktig med tanke på att manliga och kvinnliga klienter vanligtvis vårdas på separata avdelningar eller institutioner, vilket även var fallet i aktuell studie. Även om tidigare studier har påvisat att män generellt anses vara aggressivare än kvinnor, innebär detta ändå inte att det går att generalisera till målgruppen LVM-klienter, i synnerhet med tanke på att tidigare studier primärt har undersökt populationer som har bestått av studenter (Buss & Perry, 1992; Harris, 1995; Nakano, 2001; Ramirez et al., 2001; Fossati et al., 2003; Collani & Werner, 2005; Gerevich, Bácskai & Czobor, 2007).

Ett tredje syfte med studien har varit att undersöka eventuella samband mellan ilska och aggression hos LVM-klienter. Om klienter exempelvis bedömdes ha aggressiva karaktärsdrag, där ju även ilska ingår (Kassinove & Tafrate, 2002; Buss & Perry, 1992), kanske dessa klienter även har tenderat att reagera med mer ilska och mer frekvent än andra som inte bedömts vara lika aggressiva till sin natur. Det är därmed viktigt att undersöka sambanden, det vill säga att eventuellt kunna identifiera och förhoppningsvis kunna hjälpa de klienter som har stora svårigheter att hantera ilska och aggression, vilket förhoppningsvis minskar risken för hot- och våldsincidenter.

### **Frågeställning 1 - Vilka enskilda faktorer upplever klienterna har bidragit mest till upplevd ilska under vårdtiden på de undersökta LVM-institutionerna?**

De enskilda faktorer som har bidragit mest till upplevd ilska har handlat om begränsningar av klienternas autonomi, sysslöshet, felaktig/otillräcklig medicinering, abstinens/drogsug, dålig kommunikation mellan personalen, att ingen har tagit ansvar för klienternas frågor samt att personalen inte har lyssnat på klienterna. Resultaten korrelerar väl, både med forskarens egna kliniska erfarenheter i arbetet med LVM-klienter och till viss del med tidigare forskning (Ilkiw-Lavalle & Grenyer, 2003; Bowers et al, 2011; Papadopoulos et al, 2012).

Resultaten tyder även på, som Palmstierna (2004) antyder, att den enskilt viktigaste och mest bidragande faktorn till upplevd ilska och aggression inom LVM-vård är att det rör sig om tvångsvård, som på ett påtagligt sätt kränker individens integritet och autonomi. Resultaten är även i linje med forskning som visar på att en av fyra våldsamma eller aggressiva incidenter utlöstes vid interaktion mellan patienter (Papadopoulos et al, 2012).

Däremot avviker resultaten från tidigare forskning med tanke på att de vanligaste faktorerna för aggression och våld har rapporterats vara vid interaktion med personal, bland annat när personal utövar makt, ingriper vid bråk och argumentationer eller beordrar patienterna. I syfte att minska risken för eskalering av ilska och aggression i fråga om autonomi föreslår forskarna att personalen behöver lära sig metoder som bidrar till en, åtminstone, upplevd maktbalans mellan personal och patienter, vilket förhoppningsvis bidrar till att klienterna känner sig mer självständiga (Bowers et al, 2011; Papadopoulos et al, 2012).

Vad gäller konflikter mellan klienter rekommenderar Bowers med flera (2011) att personalen motiverar och stödjer patienterna i att kommunicera och samspela med varandra på mer positiva och konstruktiva sätt. Personalen rekommenderas även att använda sig av



deeskaleringstekniker vid incidenter, såsom att erbjuda alternativa perspektiv, kompromisser eller att skilja på dem om inget annat fungerar (Bowers et al, 2011).

Det händer även att LVM-klienter blir upprörda eller arga på grund av abstinens eller när de inte får den medicin de vill ha, samt om de inte får önskvärda doser. Personalen kan då behöva tränas i att uppmärksamma symptom förknippade med missbruk, visa patienterna att de är intresserade av hur de mår, samt att i så hög grad som möjligt begränsa tillgången till läkemedel som förmodas öka risken för aggression, exempelvis bensodiazepiner (Palmstierna, 2004; Bowers et al, 2011; SiS, 2015).

De generella rekommendationerna är att personal tränas i att lära sig förstå aggression utifrån psykologiska begrepp istället för att exempelvis skuldbelägga klienter när incidenter har inträffat (Bowers et al, 2011). I syfte att förbättra personalens empatiska och interpersonella färdigheter föreslås även utbildning i samtalsmetodik där personalen tränas i att lyssna aktivt och i att samtala på ett mer omtänksamt sätt (Bowers et al, 2011).

### **Frågeställning 2 - Föreligger det könsskillnader i fråga om självskattad aggression och faktorer för upplevd ilska?**

Ett annat syfte med aktuell studie har varit att undersöka könsskillnader i fråga om självskattade aggressiva karaktärsdrag med hjälp av aggressionsformuläret AQ och faktorer för upplevd ilska med hjälp av frågeformuläret *Utlösande faktorer för ilska såsom det uppfattas av klienterna*. Resultaten indikerar stora skillnader i fråga om de självskattade karaktärsdragen *ilska* och *fientlighet* i aggressionsformuläret AQ, där kvinnorna skattade signifikant högre än de manliga klienterna.

De kvinnliga klienterna skattade även något högre än männen på övriga skalor på samma formulär vilket kontrasterar mot tidigare forskning där männen generellt har beskrivits som mer aggressiva än kvinnorna, i synnerhet vad gäller fysisk aggression (Buss & Perry, 1992; Harris, 1995; Nakano, 2001; Ramirez et al., 2001; Fossati et al., 2003; Collani & Werner, 2005; Gerevich, Bácskai & Czobor, 2007). Även på frågeformuläret *Utlösande faktorer för ilska såsom det uppfattas av klienterna* var resultaten för kvinnorna något högre än männen på samtliga skalor (autonomi, hälsorelaterade, interpersonella, vårdstrukturella och personalrelaterade), även om dessa skillnader inte var signifikanta.

Det anmärkningsvärda i föreliggande studie är således tendenser som pekar på att kvinnliga klienter generellt verkar vara mer aggressiva än manliga klienter på de undersökta LVM-institutionerna, även om dessa skillnader är små. Vad är då anledningen till denna diskrepans jämfört med tidigare studier? Det kanske finns viktiga skillnader gällande de undersökta populationerna. I tidigare, ovan nämnda studier (Buss & Perry, 1992; Harris, 1995; Nakano, 2001; Ramirez et al., 2001; Fossati et al., 2003; Collani & Werner, 2005; Gerevich, Bácskai & Czobor, 2007), har exempelvis deltagarna i studierna ofta bestått av unga studenter mellan 18-24 år, utan vare sig känt missbruk eller psykiatrisk problematik.

Detta avviker från populationen i aktuell studie där klienterna har ett mycket allvarligt missbruk, psykiatrisk problematik, ett åldersspann mellan 21-63 år, är lågutbildade, arbetslösa, bostadslösa, samt att de är tvångsvårdade.

I aktuell studie kanske skillnaderna mellan de manliga och kvinnliga LVM-klienterna har berott på att fler kvinnor än män hade en psykiatrisk diagnos, att genomsnittsåldern för kvinnorna var något lägre eller möjligtvis på grund av att männen upplevde att de fick bättre vård och bemötande från personalen? Dessa frågor ligger emellertid inte inom ramen för förevarande studie att besvara men är, icke desto mindre viktiga och intressanta att beakta.

### **Frågeställning 3 - Vilka samband finns mellan olika faktorer av upplevd ilska under LVM-tiden och självskattade aggressiva karaktärsdrag (AQ)?**

Studien har även ämnat undersöka LVM-klienters självskattade aggressiva karaktärsdrag och om dessa korrelerar med faktorer för upplevd ilska. I föreliggande studie har det framkommit vissa samband mellan ilska och aggression.

De starkaste sambanden visade sig vara mellan skalan som mäter det aggressiva karaktärsdraget *ilska* och *interpersonella faktorer* av ilska, samt mellan skalan *verbal aggression* och *interpersonella faktorer* av ilska. Det aggressiva karaktärsdraget *verbal aggression* hade även ett starkt samband med faktorn *vårdstruktur* och med *personalfaktorer* av ilska. De faktorer av ilska som hade högst samband med skalan *fysisk aggression* var *hälsorelaterade* och *interpersonella faktorer*.

I samband med att LVM-klienternas ilska triggas, utifrån ovanstående faktorer, kan det således tolkas att det även kan finnas en risk för att klienterna blir antingen verbalt eller fysiskt aggressiva. Information och kunskap om dessa samband kan förhoppningsvis bidra till utvecklandet av metodik för tidig identifiering och prediktion av potentiellt våldsamma klienter.

Men vad som kanske är lika viktigt är att resultaten indikerar vad institutionerna och dess anställda kan göra i preventivt syfte, det vill säga, var fokus behöver läggas för att minska risken för ilska, aggression och utagerande våldsamt beteende.

Tidigare studier har visat att det råder delade meningar om både samband och kausalitet. Vissa studier (Kassinove, 2007; Averill, 1983; Berkowitz, 1993 och Geen, 2001) har pekat på att aggression kan förekomma med antingen lite ilska eller ingen ilska alls och att det inte behöver finnas något kausalt samband.

Andra forskare (Anderson & Bushman, 2002) hävdar däremot att ilska har ett klart samband med aggression.

#### **Frågeställning 4 – Vilka olika skalor av självrapporterade aggressiva karaktärsdrag (AQ) har bidragit mest till resultaten på faktorer av upplevd ilska?**

Den sista frågeställningen har undersökt vilka olika skalor av självskattade aggressiva karaktärsdrag som har bidragit mest till resultaten på faktorer av upplevd ilska.

Aggressionsskalorna *fysisk aggression* och *fientlighet* har enligt resultaten i aktuell studie bidragit mest till *Hälsorelaterade faktorer* av ilska, som bland annat handlar om missnöje med medicinering, psykisk ohälsa och abstinens.

Dessa resultat är i linje med tidigare forskning avseende utlösande faktorer för våld av klienter inom LVM-vård, där det bland annat visade sig handla om psykisk obalans, missnöje vid medicinutdelning och drogpåverkan/abstinens (SiS, 2010; SiS 2011).

Resultaten kan tolkas som att det kan ha funnits en högre risk för misstänksamhet och våldsamt utagerande beteende (slå, misshandla, knuffa, kasta saker i väggar och golv) hos de LVM-klienter som har skattat högt på de ovan nämnda aggressiva karaktärsdragen *Fysisk aggression* och *Fientlighet* i formuläret *The aggression questionnaire* och som har bejakat att de har blivit mycket arga under pågående vårdtid relaterat till ovan nämnda *Hälsorelaterade faktorer* av ilska.

Resultaten i aktuell studie kan även tolkas som att det även kan ha funnits en högre risk för ilska, irritation och verbalt aggressivt utagerande beteende (skrika, skälla, förnedra, hota, förolämpa) hos de LVM-klienter som har skattat högt på de aggressiva karaktärsdragen *Verbal aggression* och *Ilska* i formuläret *The aggression questionnaire*.

Riskerna har även varit högre hos de klienter som har bejakat att de har blivit mycket arga under pågående vårdtid relaterat till deras upplevelser av att vårdgivaren (SiS) har brutit avseende begränsningar av följande faktorer:

- klienternas autonomi
- sysslöshet
- brutna löften (från personal och socialtjänst)
- dålig kommunikation mellan personalen
- att personalen inte har lyssnat på klienterna
- att ingen har tagit ansvar för klienternas frågor
- orättvis behandling
- favorisering av vissa klienter
- oförutsägbar vård
- olika arbetssätt och rutiner hos personal
- att klienternas behov ej har blivit tillgodosedda av personalen.

### **Etisk diskussion**

Kan det finnas någon risk att klienterna har tagit skada på något sätt av aktuell studie? Självklart går det inte att helt eliminera alla risker. Klienterna kanske, vid undersökningstillfället, uppgav att det kändes bra efteråt och att de var nöjda. Men detta utesluter inte att de strax efter, eller vid ett senare tillfälle tänker tillbaka på frågeställningarna och att vissa av påståendena kanske väcker liv i minnen som de har försökt förtränga. Det kan exempelvis handla om tidigare upplevda oförrätter, kränkningar, övergrepp, förolämpningar som bidrar till att de blir irriterade, upprörda, ångestfyllda eller arga. De kanske påminns igen om att de faktiskt är tvångsvårdade, något de kanske hade lärt sig acceptera över tid, men som nu istället triggar igång den ilska de tidigare hade upplevt. De kanske även påminns om en annan klient som de haft problem med?

Under tiden studien pågick och klienterna vårdades fick emellertid inte forskningsledaren någon information eller indikationer om att någonting dylikt hade inträffat.

Klienterna fick dessutom möjlighet att avbryta när som helst under undersökningstillfället och kunde avstå från att svara på enskilda påståenden eller frågeställningar. Därutöver erbjöds de att höra av sig efteråt om de hade frågor eller funderingar kring studien.

Forskningsledaren hade kontakt med avdelningsledning och behandlingsassistenter kring de klienter som deltog och om det hade påverkat dem negativt på något sätt. Den information som framfördes var emellertid i huvudsak att klienterna hade varit nöjda med den ekonomiska ersättningen.

### **Styrkor och svagheter i studien**

En styrka med aktuell studie är att samtliga undersökningar genomfördes av forskningsledaren och att förfarandet var detsamma genomgående. Även om deltagarna hade möjlighet att endast besvara frågorna skriftligen, var forskningsledaren alltid närvarande och läste igenom frågorna/påståendena, i syfte att undvika missförstånd, även på grund av att flera klienter hade uppgett svårigheter med läsförståelse, koncentration och uthållighet. En annan tänkbar styrka med studien är att den har fokuserat på klienternas perspektiv och upplevelser, till skillnad mot tidigare forskning som huvudsakligen utgått från personalens perspektiv. Studien kan möjligen även anses vara viktig med tanke på de konsekvenser ilska, aggression och våld orsakar, utifrån psykiskt och fysiskt lidande, för klienter såväl som för personal.

Begränsningar i aktuell studie handlar primärt om att urvalet är förhållandevis litet och kan därmed inte generaliseras till hela målgruppen av LVM-klienter i Sverige. Däremot är urvalet sannolikt tillräckligt stort för att vara representativt för de institutioner där studien utfördes. Urvalet var även heterogent avseende att fler kvinnor än män hade en psykiatrisk diagnos, att genomsnittsåldern för kvinnorna var något lägre samt att fler kvinnor än män var bostadslösa. Men samtidigt är LVM-populationen heterogen nationellt, med stora variationer i fråga om typ av missbruk, somatisk sjukdomsbild, ålder, psykiatriska diagnoser, uppväxtvillkor, socioekonomisk status, kriminalitet, socialt nätverk, utbildningsnivå och yrkeslivserfarenhet. Det hade således varit önskvärt att dels öka antalet deltagare, men även att sträva efter en högre homogenitet, exempelvis utifrån typ av missbruk, ålder och diagnostik. Därmed gick självfallet värdefulla data, såsom tidigare kriminalitet, diagnoser (från journaler) och eventuell våldshistorik, bort i aktuell studie. Heterogeniteten i aktuell studie hänger dock samtidigt ihop med sekretess och etiska aspekter.

Vi tog reda på vad vi trodde var tillräckligt mycket, men inte för mycket, i syfte att hemlighålla klienternas identitet. Utöver sekretess, är det även viktigt att ta hänsyn till tidsaspekter och personalresurser. Om forskaren exempelvis hade fått

tillstånd att genomföra diagnostiska intervjuer (SCID I, SCID II, M.I.N.I.), hade detta även inneburit en substantiell tidsökning av studien, cirka fyra timmar till per klient hade behövts (totalt 240 timmar).

Risken för bortfall hade sannolikt även ökat då, baserat på att många av klienterna i aktuell studie, valde att ställa upp med anledning av att det inte tog så lång tid (30-60 min). Men det faktum att diagnostiska intervjuer inte kunde genomföras, gör även att validiteten och reliabiliteten av diagnoserna i aktuell studie kan ifrågasättas. Upprörda känslor, i synnerhet ilska, kan mycket väl vara representativt för att klienterna inte har erhållit adekvat psykisk hälsovård, för exempelvis diagnosen borderline personlighetsstörning där svårigheter med att hantera ilska är ett av de diagnostiska kriterierna (5th ed.; *DSM-5*; American Psychiatric Association, 2013).

Vid granskning av frågorna i frågeformuläret ”*Utlösande faktorer för ilska, såsom det uppfattas av klienter*” gjordes en komponentanalys av variablernas fördelning i faktorer och som förväntat dubbelladdade flera av faktorerna, med tanke på att mycket av undersökningsmaterialet baserats på frågor som klienter, personal och ledning ansåg vara av vikt. Med tanke på överlappningen mellan flera av faktorerna bör eventuella skillnader i resultat tolkas med stor försiktighet. Frågeformulärets primära syfte var dock inte att ta fram ett nytt frågeformulär, utan snarare att försöka identifiera faktorer som påverkar ilska under pågående vårdtid.

Frågeformuläret kan möjligen betraktas som explorativt och hypotesgenererande, med förhoppning om att i framtiden kunna utforma ett kliniskt tillämpbart formulär, exempelvis med hjälp av ytterligare frågeställningar, test-retest och faktoranalyser baserade på ett större n-tal. I fråga om aggressionsformuläret *AQ*, hade en nyare version med svenska normer kunnat väljas, istället för den som valdes. Skillnaderna mellan de två versionerna är, utöver normerna, att den svenska versionen *AQ-RSV* endast har fyra skalsteg, till skillnad mot den version som har använts i aktuell studie. Det femte skalsteget som reducerades i *AQ-RSV* var neutralt, vilket gör att respondenten på så sätt ”tvingas” att ta ställning till påståendena ”stämmer inte särskilt bra” och ”stämmer ganska bra”, vilket föranledde att den Amerikanska versionen valdes. Den Amerikanska versionen av *AQ*, som användes i föreliggande studie och den Svenska *AQ-RSV* var därutöver jämförbara i fråga om korrelationer mellan de fyra aggressions-subskalorna och även vad gäller intern konsistens.

En ytterligare svaghet i studien kan kanske sägas vara att den till största delen baseras på subjektiva bedömningar från endast en källa (klienterna) och inte på jämförande intervjuer/bedömningar, med exempelvis behandlingspersonal. Informationen som har

lämnats har dessutom varit i form av strukturerade påståenden/frågor, med kanske alltför liten möjlighet att bidra med kompletterande information.

### **Slutsatser samt förslag på fortsatt forskning**

Aktuell studie kan förhoppningsvis bidra med ökad kunskap kring vissa utlösande faktorer för ilska samt för samband mellan aggression och ilska. Denna kunskap skulle, i bästa fall, kunna bidra till utvecklandet av metodik för tidig identifiering och prediktion av potentiellt våldsamma klienter.

Men vad som kanske är lika viktigt är att resultaten indikerar vad institutionerna och dess anställda kan göra i preventivt syfte, det vill säga, var fokus behöver läggas för att minska risken för ilska, aggression och utagerande våldsamt beteende. I syfte att öka säkerheten för både personal och klienter föreslår forskarna (Bowers et al, 2011) även att kameror installeras, där det är tillåtet, i syfte att få säkrare dokumentationer.

I syfte att bidra med ökad kunskap kring klienters/patienters problematik rekommenderas även utbildning av personal avseende samtalsmetodik och ökad kunskap kring aggression utifrån psykologiska teorier (Bowers et al, 2011).

Konsekvenser av intresse behöver inte heller bara handla om fysiska och psykiska skador, utan även om tänkbara ekonomiska implikationer, bland annat med tanke på de långtidssjukskrivningar och vårdkostnader som ofta blir följden av skadorna (Bowers et al, 2011).

Som nämnts redan i introduktionen kan aktuell studie förhoppningsvis även bidra med kunskaper som kan bli mycket användbara i många kliniska sammanhang och då även vid psykoterapeutiska kontexter där det är författarens erfarenhet att ilska och aggression ofta kan förekomma, i kombination med andra psykiska störningar såsom bipolär sjukdom, antisocial personlighetsstörning och emotionell instabil personlighetsstörning.

Framtida studier hade självklart även blivit mer generaliserbara vid en substantiell ökning av antalet deltagare, och framför allt med en bättre matchning utifrån exempelvis psykiatriska diagnoser, typ av missbruk, våldshistorik, kriminalitet med mera.

Studier skulle kunna inkludera konsekvenser av ilska, aggression och våld utifrån både patienters/klienters och personalens perspektiv.

Det hade varit av stort intresse att se om dessa perspektiv korrelerar eller om resultaten skulle visa på stora diskrepanser.

## Referenser

- American Psychiatric Association. (2015). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5:th edition). Washington, DC: Author.
- Anderson, C. A., & Bushman, B. J. (2002). Human aggression. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 27–51.
- Averill, J.R. (1983). Studies on anger and aggression: Implications for theories of emotion. *American Psychologist*, 38(11), 1145-1160. doi:10.1037/0003-066X.38.11.1145
- Berkowitz, L. (1993). *Aggression: Its causes, consequences, and control*. New York: McGraw-Hill.
- Bowers, L., Stewart, D., Papadopoulos, C., Dack, C., Ross, J., Khanom, H., & Jeffrey, D. (2011). *Inpatient violence and aggression: a literature review*. Report from the Conflict and Containment Reduction Research Programme. Institute of Psychiatry, King's College London.
- Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 452-459. doi:10.1037/0022-3514.63.3.452
- Cavell, T.A., & Malcolm, K.T. (2007). *Anger, Aggression and Interventions for Interpersonal Violence* (pp. xv-xxxi). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences. Second Edition*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Collani, D., & Werner, R. (2005). Self-related and motivational constructs as determinants of aggression. An analysis and validation of a German version of the Buss-Perry Aggression Questionnaire. *Personality and Individual Differences*; 38(7), 1631–1643. doi:10.1016/j.paid.2004.09.027
- Daffern, M., & Howells, K. (2002). Psychiatric inpatient aggression: A review of structural and functional assessment approaches. *Aggression and Violent Behavior*, 7(5), 477–497. doi:10.1016/S1359-1789(01)00073-8
- Daffern, M., & Howells, K. (2009). The function of aggression in personality disordered Patients. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(4), 586-600. doi:10.1177/0886260508317178



- Del Vecchio, T., & O'Leary, K. D. (2004). Effectiveness of anger treatments for specific anger problems: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 24(1), 15–34. doi:10.1016/j.cpr.2003.09.006
- Dickens, G., Piccirillo, M., & Alderman, N. (2013). Causes and management of aggression and violence in a forensic mental health service: Perspectives of nurses and patients. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 22(6), 532-544. doi:10.1111/j.1447-0349.2012.00888.
- Duxbury, J. (2002). An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: a pluralistic design. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 9(3), 325-337. doi:10.1046/j.1365-2850.2002.00497.
- Duxbury, J., & Whittington, R. (2005). Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *Journal Of Advanced Nursing*, 50(5), 469-478. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03426.
- Fossati, A., Maffei, C., Acquarini, E., & Di Ceglie, A. (2003). Multigroup confirmatory component and factor analyses of the Italian version of the Aggression Questionnaire. *European Journal Of Psychological Assessment*, 19(1), 54-65. doi:10.1027//1015-5759.19.1.54
- Gerevich, J., Bácskai, E., & Czobor, P. (2007). The generalizability of the Buss–Perry Aggression Questionnaire. *International Journal Of Methods In Psychiatric Research*, 16(3), 124-136. doi:10.1002/mpr.221
- Geen, R. G. (2001). *Human Aggression*. London: Taylor & Francis (2<sup>nd</sup> edition).
- Harris, J. A. (1995). Confirmatory factor analysis of the Aggression Questionnaire. *Behavior Research & Therapy*, 33(8), 991-993. doi:10.1016/0005-7967(95)00038-Y
- Hofmann, S., Asnaani, A., Vonk, I., Sawyer, A., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy & Research*, 36(5), 427-440. doi:10.1007/s10608-012-9476-1
- Ilkiw-Lavalle, O., & Grenyer, B. F. S. (2003). Differences between patient and staff perceptions of aggression in mental health units. *Psychiatric Services*, 54(3), 389–393.
- Jansson, T., & Bjerman, T. (2014, 19 november). Fullkomligt kaos på statliga LVM-hem. Svenska dagbladet. Hämtad 2015-03-24, från

[http://www.svd.se/opinion/brannpunkt/fullkomligt-kaos-pa-statliga-lvm-hem\\_4106437.svd?utm\\_source=sharing&utm\\_medium=clipboard&utm\\_campaign=20150323](http://www.svd.se/opinion/brannpunkt/fullkomligt-kaos-pa-statliga-lvm-hem_4106437.svd?utm_source=sharing&utm_medium=clipboard&utm_campaign=20150323)

Kassinove, H., & Tafrate, R. (2002). *Anger management: The complete treatment guidebook for practitioners*. Atascadero, CA: Impact Publishers.

Kassinove, H., & Tafrate, R. (2006). *Anger management video program: An instructional guide for practitioners*. Atascadero, CA: Impact Publishers.

Kassinove, H. (2007). Finding a useful model for the treatment of anger and aggression: Comments on Novaco's "Anger Dysregulation: Its Assessment and Treatment" and DiGiuseppe, Cannella and Kelter's "Effective anger treatments require a functional analysis of the anger response." In T. Cavell, T. and K.T. Malcolm (eds.). *Anger, aggression, and interventions for interpersonal violence*. NY: Erlbaum.

Mikkelsen, J., & Sjö, B. (2015, 9 februari). Vakt dunkade nioårings huvud i marken. Sydsvenskan. Hämtad 2015-05-10, från <http://www.sydsvenskan.se/malmo/vakt-dunkade-nioarings-huvud-i-marken/>

Nakano K. (2001) Psychometric evaluation on the Japanese adaptation of the aggression questionnaire. *Behavior Research & Therapy*, 39(7) 853–858. doi:10.1016/S0005-7967(00)00057-7

Palmstierna, Tom (2004). Kvinnliga LVM-klienters våld på institution – En studie vid Lunden, Rebecka och Runnagården. Stockholm: Statens institutionsstyrelse, SiS följer upp och utvecklar 3/04.

Papadopoulos, C., Ross, J., Stewart, D., Dack, C., James, K., & Bowers, L. (2012). The antecedents of violence and aggression within psychiatric in-patient settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(6), 425-439. doi:10.1111/j.1600-0447.2012.01827.

Ramirez, J.M., Andreu, J.M., & Fujihara, T. (2001) Cultural and sex differences in aggression: A comparison between Japanese and Spanish students using two different inventories. *Aggressive Behavior*, 27(4) 313–322.

Statens institutionsstyrelse (2010). *Vålds- och hotincidenter 2009. Rapporterade till HK*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.

Statens institutionsstyrelse (2011). *Vålds- och hotincidenter 2010. Rapporterade till HK*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.

- Statens institutionsstyrelse. (2013). Personer intagna på SiS LVM-hem 2012. Institutionsvård i fokus. Hämtad 2015-03-24, från <http://www.stat-inst.se/pagefiles/7363/5-2013-personer-intagna-pa-sis-lvm-hem-2012.pdf>
- Statens institutionsstyrelse. (2014a). Missbruksvård LVM. Hämtad 2015-03-24, från <http://www.stat-inst.se/om-sis/fragor-och-svar-om-sis/vad-ar-sis/>
- Statens institutionsstyrelse. (2014b). Missbruksvård LVM. Hämtad 2015-03-24, från <http://www.stat-inst.se/om-sis/missbruksvard-lvm/>
- Statens institutionsstyrelse. (2014c). Missbruksvård LVM. Hämtad 2015-04-02, från <http://www.stat-inst.se/vara-institutioner/>
- Statens institutionsstyrelse. (2015). *Läkemedelsrekommendationer inom SiS*. Hämtad 2015-05-11, från <http://sishk-intraweb.stat-inst.se/dokument/?fg-1=H%C3%A4lso-och%20sjukv%C3%A5rd&fg-2=L%C3%A4kemedelshantering>
- Wang, E. W., & Diamond, P. M. (1999). Empirically identifying factors related to violence risk in corrections. *Behavioral Sciences & The Law*, 17(3), 377-389.

## Bilagor

### Bilaga 1:

#### FAKTORER INOM LVM-VÅRD SOM BIDRAR TILL ILSKA HOS KLIENTER

1. Personalrelaterade faktorer	2. Vårdstrukturella faktorer	3. Autonomi	4. Interpersonella faktorer	5. Hälsorelaterade faktorer
Faktorer som har att göra med klienternas upplevelser av hur personalen arbetar utifrån tydlighet, kommunikation och omvårdnad. Reliabilitet 0,832 (Chronbachs alpha)	Faktorer som har att göra med övergripande institutionella regler, riktlinjer, lagar, säkerhet och förutsättningar som påverkar klientens vård. Reliabilitet 0,898 (Chronbachs alpha)	Faktorer som har att göra med klienternas upplevelser av möjligheter till autonomi och självbestämmande. Reliabilitet 0,770 (Chronbachs alpha)	Faktorer som har att göra med klienternas upplevelser av interpersonella svårigheter med inslag av bemötande och respekt. Reliabilitet 0,861 (Chronbachs alpha)	Faktorer som har att göra med klienternas psykiska och fysiska mående. Reliabilitet 0,742 (Chronbachs alpha)
10. att personalen har arbetat på olika sätt eller har haft olika rutiner	3. att jag har känt mig övervakad eller förföljd	16. att jag inte har stått ut längre och velat lämna institutionen, men ändå måste stanna kvar	<b>Faktor klient-klient</b>	1. att jag har mått psykiskt dåligt
15. att mina behov inte har tillgodosetts tillräckligt av personalen	21. att jag inte har känt mig delaktig i vården	17. att jag har flyttats till annan avdelning eller institution mot min vilja.	6. att jag har provocerats av andra klienter	2. att jag har upplevt svår ångest
25. att jag har upplevt att det har varit dålig kommunikation mellan personalen	22. sysslolöshet/tristess	19. att det har funnits för lite möjligheter att röka	12. att jag själv har provocerat andra klienter	5. att jag har uppfattat att medicineringen har varit otillräcklig eller felaktig
33. att mina frågeställningar hänvisats vidare och ingen velat ta ansvar för min fråga.	24. att jag har upplevt att jag har fått för lite vård och behandling	20. att jag inte har velat bli tillsagd vad jag ska/inte ska göra	<b>Faktor klient-personal</b>	11. att jag har fått negativa besked avseende medicinering
	26. att personalen/socialen inte har hållit vad de har utlovat	23. att jag har tänkt på eller grubblat över att jag är tvångsvårdad och frihetsberövad	4. Att jag har varit rädd för att bli skadad eller dödad av personal eller andra klienter	30. att jag har haft abstinens/drogsug
	27. att jag har fått negativa besked avseende vårdplanering		7. att personalen inte har lyssnat på mig	
	29. att vården har upplevts vara oförutsägbar, med otydliga besked eller bristfällig planering		8. Att jag har provocerats av personal	
	31. att beslut som har varit fattade inte har följts		9. att jag har känt mig nonchalant bemött av personal	
	32. att jag inte har fått besked om förändrade beslut		13. att kommunikationen har varit dålig mellan mig och personal	
	34. att jag har upplevt mig vara orättvist behandlad		14. att personalen har varit ironisk eller sarkastisk mot mig	
	35. Att jag har upplevt att andra klienter blivit särbehandlade (bättre vård, medicin, planering m.m.)		<b>Faktor klient-anhöriga/vänner/partners</b>	
			28. att det har förekommit problem i relationer med anhöriga, vänner, partners mfl.	

## Bilaga 2: Utlösande faktorer för ilska, såsom det uppfattas av klienter

*Ilska* kan definieras som en persons reaktion på ett hot eller ett upplevt hot riktat mot sig själv eller mot en grupp. *Ilska* kan även beskrivas som ett emotionellt tillstånd, med känslor som varierar i intensitet, från lindrig irritation, frustration, sorg, till vrede eller ursinne. Därutöver kan *ilska* sägas vara en naturlig reaktion på något som man uppfattar som avsiktlig skada, orättvis behandling eller diskriminering.

Detta har påverkat min ilska under min vårdtid inom LVM:	Inte alls arg	Ganska lite ilska	Varken lite ilska eller mycket ilska	Ganska arg	Väldigt arg
1. Att jag har mått psykiskt dåligt					
2. Att jag har upplevt svår ångest (t.ex. panikattacker)					
3. Att jag har känt mig övervakad eller förföljd					
4. Att jag har varit rädd för att bli skadad eller dödad av personal eller andra klienter					
5. Att jag har uppfattat att medicineringen har varit otillräcklig eller felaktig					
6. Att jag har provocerats av andra klienter					
7. Att personalen inte har lyssnat på mig					
8. Att jag har provocerats av personal					
9. Att jag har känt mig nonchalant bemött av personal					
10. Att personalen har arbetat på olika sätt eller har haft olika rutiner					
11. Att jag har fått negativa besked angående medicinering					
12. Att jag själv har provocerat andra klienter					
13. Att kommunikationen har varit dålig mellan mig och personal (t.ex. missförstånd)					
14. Att personalen har varit ironisk eller sarkastisk mot mig					
15. Att mina behov inte har tillgodosetts tillräckligt av personalen					
16. Att jag inte har stått ut längre och velat lämna institutionen, men ändå måste stanna kvar					
17. Att jag har flyttats till annan avdelning eller institution, mot min vilja					
18. Högtider (julafton, midsommar, channukah, ramadan m.m.)					
19. Att det har funnits för lite möjligheter att röka					
20. Att jag inte har velat bli tillsagd vad jag ska/inte ska göra.					
21. Att jag inte har känt mig delaktig i vården.					
22. Sysslöshet eller tristess.					
23. Att jag har tänkt på eller grubblat över att jag är tvångsvårdad och frihetsberövad (känt mig omyndigförklarad och maktlös)					
24. Att jag har upplevt att jag har fått för lite vård och behandling					

<b>Detta har påverkat min ilska under min vårdtid inom LVM:</b>	<b>Inte alls arg</b>	<b>Ganska lite ilska</b>	<b>Varken lite ilska eller mycket ilska</b>	<b>Ganska arg</b>	<b>Väldigt arg</b>
25. Att jag har upplevt att det har varit dålig kommunikation mellan personalen (t.ex. att personal inte har vidare rapporterat till annan personal om överenskommelser).					
26. Att personalen/socialen inte har hållit vad de har utlovat.					
27. Att jag har fått negativa besked avseende vårdplanering (boende, ekonomi, behandling, § 27-boende m.m.)					
28. Att det har förekommit problem i relationer (pojkvän, flickvän, förälder, syskon, m.m.)					
29. Att vården har upplevts vara oförutsägbar, med otydliga besked eller bristfällig planering.					
30. Att jag har haft abstinens/"drosug"					
31. Att beslut som har varit fattade inte har följts					
32. Att jag inte har fått besked om förändrade beslut					
33. Att mina frågeställningar hänvisats vidare mellan kontaktpersoner, chefer och övrig personal och jag upplevt att ingen velat ta ansvar för min fråga					
34. Att jag har upplevt mig vara orättvist behandlad					
35. Att jag har upplevt att andra klienter blivit särbehandlade (bättre vård, medicin, planering m.m.)					

Finns det andra situationer eller faktorer som du har upplevt har bidragit till ilska/frustration/irritation för dig under tiden du har vårdats enligt LVM? Om ja, beskriv gärna med egna ord:

---



---



---



---



---



---



---



---

Tack för ditt deltagande!

**Bilaga 3: Kartläggning av bidragande faktorer för ilska hos klienter som vårdas inom SiS, LVM**

Syftet med att inhämta bakgrundsinformation med uppgifter om kön, födelseår m.m. är att detta är viktiga fakta för att öka förståelsen för din historia i relation till din aktuella livssituation. Syftet är även att undersöka om det finns eventuella samband mellan upplevelser av ilska och bakgrundsvariabler

**Födelseår:** \_\_\_\_\_

**Kön:**  Man  Kvinna

**Civilstånd:** (endast ett alternativ)

Gift/sammanboende

Gift/sammanboende med barn

Ensamstående

Ensamstående med barn

**I vilken kommun del är du hemmahörande:**

.....

**Försörjning:** (flera alternativ kan markeras)

Lön

Lönebidrag anställning

Socialbidrag/ekonomiskt bistånd

Folkpension

Andra bidrag

Anhöriga

Annat: \_\_\_\_\_

sjukersättning

A-kassa

Aktivitetsersättning

Rehabiliteringsersättning

Utbildningsbidrag

Sjukpenning

**Boendeform:** (endast ett alternativ)

Gruppboende (socialpsykiatri)

Eget boende

Äldreboende

Bostadslös (utan fast bostad)

Med anhöriga

HVB (Hem för vård och Boende)

**Missbruk (fler än ett alternativ kan markeras):**

Inget missbruk

Alkohol

Narkotika

Tabletter

Vet inte

**Tidigare missbruk (fler än ett alternativ kan markeras):**

Inget missbruk

Alkohol

Narkotika

Tabletter

Vet inte

**Stöd i vardagen:** (flera alternativ kan markeras)

- |                                             |                                          |
|---------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Boendestöd         | <input type="checkbox"/> Hemtjänst       |
| <input type="checkbox"/> Personligt ombud   | <input type="checkbox"/> Familj/anhöriga |
| <input type="checkbox"/> God man/förvaltare |                                          |
| <input type="checkbox"/> Annat stöd? _____  |                                          |

**Behandlingshem:**  Vistas för närvarande på behandlingshem  Nej

**Sysselsättningsgrad:**  Heltid  Deltid  Ej sysselsättning

**Sysselsättning:** (flera alternativ möjliga)

- |                                                         |                                                         |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Reguljär arbetsmarknad         | <input type="checkbox"/> Dagverksamhet - rehabilitering |
| <input type="checkbox"/> Dagverksamhet – social         | <input type="checkbox"/> Studier                        |
| <input type="checkbox"/> Rehabilitering – mot arbetsliv | <input type="checkbox"/> Praktik                        |
| <input type="checkbox"/> Andra, vilken? _____           |                                                         |

**Ytterligare information som du skulle vilja tillägga kring din bakgrund?**

---

---

---

---

**Diagnos/er?**

---

---

---

**Anser du att de diagnoser du har erhållit (om du har fått någon) stämmer med din uppfattning?**

---

---

---

**Varför tycker du att diagnoserna stämmer, alternativt varför tycker du att de inte stämmer?**

---

---

---

---



## **Bilaga 4**

### **INFORMATIONSBREV**

*Kartläggning av bidragande faktorer för ilska hos klienter som vårdas inom SiS, LVM*

Hej,

LVM-hemmet NN i N-stad kommer under hösten 2014 att genomföra en undersökning av klienters uppfattning om vad som bidrar till upplevelser av ilska under pågående vårdtid. Vi hoppas att Du vill medverka. Undersökningen tar mellan 20 och 30 minuter.

Denna studie har som mål att bidra till en ökad förståelse för och kunskap om vad som bidrar till ilska hos klienter under pågående vårdtid. Syftet med kartläggningen är att öka möjligheten att kunna planera bra insatser och adekvata bemötandestrategier till klienter med svårigheter att hämma aggression och våldsamt utagerande beteende. Avsikten är även att öka tryggheten och förutsägbarheten för både klienter och behandlingspersonal och därigenom minska risken för utagerande beteende och våld.

Din medverkan är givetvis helt frivillig och Du kan även, om Du medverkar, avstå att svara på enskilda frågor. Du kan när som helst avbryta Ditt deltagande i studien utan att behöva ange skäl därtill, och ditt beslut kommer inte att påverka din situation eller eventuella framtida vård. De klienter som väljer att medverka i studien kommer att ersättas med 100 kr.

Alla som arbetar med studien – undersökningsledare och forskningsledarna – är underkastade forskningssekretess. Varken institutionen eller någon person har rätt att ta del av dina svar. Efter din underskrift om samtycke, får ifyllda formulär ett kodnummer, i syfte att identifiera dig under tiden studien fortgår. Endast forskningsledaren, Thomas Ardengård (TA), har tillgång till deltagarnas namn och deras matchande koder. All data förvaras i brandsäkra kassaskåp (endast TA har tillgång) och kommer att förstöras när studien avslutas.

Resultaten kommer att inkluderas i en psykoterapi-opsats på Lunds Universitet och kommer att publiceras, samt vara tillgängligt på Internet. Men eftersom resultaten sammanställs på gruppnivå, kommer det att vara omöjligt att få reda på hur du personligen har svarat på frågor. Vid frågor kring studien, går det bra att kontakta mig via telefon eller mail.

Med vänliga hälsningar

Thomas Ardengård

Leg psykolog