

Jesper Kleiman
Joakim Nikolai Beichmann

Risikovurdering av aggressive psykiatriske pasienter.

Antall ord: 8763

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Sven Inge Molnes
Medveileder: Anett Skorpen Tarberg
Mai 2022

Jesper Kleiman
Joakim Nikolai Beichmann

Risikovurdering av aggressive psykiatriske pasienter.

Antall ord: 8763

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Sven Inge Molnes
Medveileder: Anett Skorpen Tarberg
Mai 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Ålesund



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Hensikt: Å utforske sykepleieres erfaringer med bruk av risikovurderingsverktøy i behandling av aggressive psykiatriske pasienter, med hensikt om å finne ut om risikovurdering i psykiatrien kan forbedres.

Bakgrunn: Vold mot ansatte i psykiatrien er dagsaktuelt, og fremheves i et læringsnotat fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester og det generelle nyhetsbildet. Risikovurderingsverktøy kan identifisere potensiell aggresjon og vold på et tidlig stadium, slik at tiltak kan iverksettes.

Metode: Denne systematiske litteraturstudien benyttet seg av CHINAL Complete og PubMed i litteratursøket. Studien inkluderer åtte kvantitative, og en kvalitativ artikkel. Søkeord: "psychiatric patients", "aggression", "risk assessment" og "nursing".

Resultat: Temaene sykepleierobservasjoner, sykepleiers handling, og konsekvenser av risikovurdering ble identifisert. Det fremkommer blant annet at det er mest verbal aggresjon, at risikovurdering fører til tydeligere rapporter, at det kan være vanskelig å knytte intervensjoner til en risikovurderingsscore, og at risikovurdering fører til mer samtale mellom sykepleiere og pasienter.

Konklusjon: Strukturert risikovurdering kan bidra til økt samtale mellom sykepleier og pasient. Risikovurdering kan tydeliggjøre rapporter. Det kan være vanskelig å knytte intervensjoner til risikovurderingsscore, derfor er det behov for tydelige rammer for tid og frekvens i risikovurderingen, noe som kan gi sykepleiere mer presis data for behandling av pasienten.

Abstract

Aim: To explore nurses experiences with the use of risk assessment-tools used towards aggressive psychiatric patients, with aims of finding out if the use of risk assessment-tools in psychiatric wards can be improved.

Background: Violence towards healthcare workers in psychiatric healthcare is relevant due to current events. Risk-assessment functions as a tool to identify potential of aggression and violence at an early stage.

Method: This systematic literature review used the databases CHINAL Complete and PubMed in its search. The study includes eight quantitative-, and one qualitative article. Search terms: "psychiatric patients", "aggression", "risk assessment" and "nursing".

Result: The themes nurses observations, nurses actions and consequences of risk-assessment was identified. Findings include that verbal aggression is most common, more precise nursing notes due to risk assessment, difficulty linking interventions to the scores of risk assessments, and more conversations between nurses and patients due to risk assessments.

Conclusion: Structured risk-assessment can contribute to increased conversation between nurses and patients, and risk assessment can clarify nursing notes. It can be difficult to link interventions to a risk assessment-score, it is therefore needed to clarify time and frequency for risk-assessments to give nurses more precise data for patient treatment.

Forord

Vi vil gjerne takke vår veileder, Sven Inge Molnes, som har gitt oss god veiledning gjennom hele prosessen. Videre ønsker vi å takke biveilederen vår, Anett Skorpen Tarberg, samt våre opponenter, som har vært til god hjelp og støtte. Vi vil i tillegg takke bibliotekarene ved NTNU i Ålesund, som har bistått oss med gode råd. Sist, men ikke minst ønsker vi å takke seniorforsker ved St. Olavs Hospital Roger Almvik for korrespondansen.

"Risikovurdering med for eksempel BVC er ikke bare det - en vurdering av aggresjon - men i minst like stor grad en metode for risiko-kommunikasjon" (R. Almvik, personlig kommunikasjon, 16. Mai. 2022).

Innhold

1 Innledning	10
1.1 Bakgrunn for valg av tema	10
1.2 Presentasjon av problemstilling	11
1.3 Avgrensning og presisering	11
1.4 Begrepsavklaring	11
1.5 Studiens oppbygning	12
2 Teoribakgrunn	13
2.1 Miljøterapi	13
2.2 Kommunikasjonsferdigheter	13
2.3 Terapeutisk relasjon	14
2.4 Intervensjoner og tiltak	14
2.5 Risikovurderingsverktøy	15
2.6 Autonomi	15
3 Metodebeskrivelse	16
3.1 Datasamling	16
3.2 Inklusjon og eksklusjonskriterier	16
3.3 Søkestrategi	17
3.4 Søkehistorikk	17
3.5 Kvalitetsvurdering	17
3.6 Etisk vurdering	17
3.7 Analyse	18
4 Resultat	19
4.1 Sykepleierobservasjoner	19
4.2 Sykepleiers handlinger	20
4.3 Konsekvenser av risikovurdering	21
5 Diskusjon	22
5.1 Metodediskusjon	22
5.2 Resultatdiskusjon	23
5.2.1 Sykepleierobservasjoner	23
5.2.2 Sykepleiers handlinger	25
5.2.3 Konsekvenser av risikovurdering	26
6 Konklusjon	29
6.1 Videre forskning	29
Referanser	30
Vedlegg	33

1 Innledning

I dette kapitlet introduseres temaet for studien og problemstillingen den er tuftet på. I tillegg begrunnes valg av tema, og det redegjøres for avgrensning og presisering, begrepsavklaring og studiens struktur.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester ga i 2015 ut læringsnotatet "meldinger om vold og aggresjon i spesialhelsetjenesten". De beskriver der at det totalt ble meldt inn 385 hendelser med utagering og voldshendelser i spesialhelsetjenesten i perioden 01.07.2012 til 31.12.2013. 260 av de innmeldte hendelsene stammer fra psykiatriske institusjoner eller distriktpsikiatriske senter (DPS). I hovedsak gjelder de trusler eller vold mot personale. De beskriver videre viktigheten av regelmessig og strukturert kartlegging som en rimelig og effektiv måte å redusere aggresjon og vold (Kunnskapssenteret, 2015).

Samtidig kan man i flere av landets store aviser og mediehus lese artikler som omhandler ansatte i psykiatriens historier om grov vold mot personalet som jobber der, og en økende følelse av utrygghet og mangel på kontroll (Tolfsen et al. 2021; Silseth, 2020). Dersom pasienter med potensiale for vold eller aggresjon kartlegges og vurderes tidlig og grundig, kan det tenkes at sykepleiere og annet helsepersonell i større grad klarer å avverge eller deeskalere situasjoner før det når et voldelig stadium. I kurset "Møte med aggresjonsproblematikk" (MAP), lærer man at volds- og risikovurdering er et primærforebyggende tiltak, som vil si at det er et av de første stegene man tar for å minske risikoen for utagering hos pasienter (Nag et al., 2021).

Gonzalez (2020, s. 80) forklarer at dokumentasjonssystemene en sykepleier benytter i liten grad er tilpasset arbeidsområdene og ansvaret en sykepleier som jobber i psykiatrien har, og at sykepleieprosessen aldri har hatt samme plass i psykiatrien som i somatikken. Videre beskrives utfordringer knyttet til et felles fagspråk i psykiatrien, og hvordan dette kan føre til misforståelser blant personalet (Gonzalez 2020, s. 80). Der man i somatikken har implementert rutiner for monitorering av en pasients helsetilstand, for eksempel regelmessig måling av vitale parametere, eller National Early Warning Score (NEWS) for å oppdage negative endringer i pasientens helsetilstand på et tidlig stadium, har man ingen tilsvarende standardisert oppskrift som følges i psykiatrien (Gonzalez, 2020, s. 71). Det kan tenkes at strukturert bruk av risikovurderingsverktøy på psykiatriske avdelinger gir de ansatte en felles arena for forståelse, som igjen kan føre til mindre misforståelser, og mer målrettet behandling av pasientene.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Med den ovenfornevnte kunnskapen til grunne, er spørsmålet som danner grunnlaget for studien:

Hvilke erfaringer har sykepleiere med bruk av verktøy i risikovurdering av aggressive psykiatriske pasienter?

Vi ønsker med dette å se nærmere på hvordan risikovurderingsverktøy brukes ute blant sykepleiere, og å finne ut om deres erfaringer kan gi en bedre forståelse av hvordan bruken av risikovurderingsverktøy kan forbedres. Vold kan føre til fysiske skader, og mange opplever også psykiske plager i etterkant som angst, depresjon eller søvnproblemer (Arbeidstilsynet, u.å.). Da risikovurderinger kan bidra til at tiltak som kan hindre voldshendelser blir iverksatt tidligere, mener vi dette er et høyst aktuelt tema å undersøke nærmere.

1.3 Avgrensning og presisering

Denne studien utforsker hvilke erfaringer sykepleiere har med forskjellige risikovurderingsverktøy, og bruken av disse. Studien er gjennomført fra et sykepleieperspektiv, og vil derfor omhandle informasjon som er relevant for sykepleiere i deres behandling av psykiatriske pasienter.

1.4 Begrepsavklaring

Risikovurdering omtalt i denne studien dreier seg om risikovurdering brukt i behandling av psykiatriske pasienter. Norman og Ryrie beskriver risikovurdering som: "A gathering of information through processes of communication, investigation, observation and persistence; and analysis of the potential outcomes of identified behaviours. Identifying specific risk factors of relevance to an individual and the circumstances in which they may occur" (Norman & Ryrie, 2009, s.242).

Aggresjon omtalt i denne studien defineres som "A disposition to inflict harm. This may be verbally expressed in threats to harm people or objects, or result in actual harm" (Norman & Ryrie, 2009, s. 708).

1.5 Studiens oppbygning

I det neste kapitlet presenteres teori som er sentral for studien, og som senere brukes for å belyse våre funn fra forskjellige vinkler i diskusjonskapitlet. Deretter redegjør vi i kapittel 3 for hvordan forskningen som benyttes i studien har blitt funnet, og forklarer metodene som har blitt brukt, for å skape en gjennomiktig studie. På den måten kan leseren etterprøve arbeidet. I kapittel 4 gjengir vi resultatene fra analysen av de inkluderte artiklene, slik at leseren er ajour før kapittel 5. Her drøfter og diskuterer vi funnene fra kapittel 4, og fletter disse sammen med annen relevant litteratur presentert i kapittel 2, slik at vi får belyst våre funn fra forskjellige faglige ståsteder. Til slutt vil vi i kapittel 6 konkludere studien.

2 Teoribakgrunn

I dette kapitlet presenteres faglitteratur, samt annen relevant teori som blir brukt i kapittel 5. Denne teorien er ment å underbygge, utfordre, eller belyse studiens funn fra ulike teoretiske ståsted.

2.1 Miljøterapi

Miljøterapi er en bred og ressursorientert behandlingsform som gis til alle pasienter i døgnavdelinger, og gir pasienten mulighet til å oppleve et miljø som skiller seg fra det daglige miljøet han eller hun strever i (Aare, 2018, s. 148; Gonzalez, 2020, s. 362). Pasienter som mottar miljøterapi skal bli møtt med respekt og aksept for den de er, i tillegg til å bli vist omsorg, og få hjelp til å styrke håp (Gonzalez, 2020, s. 363). Miljøterapi blir definert på mange forskjellige måter. Felles for de fleste definisjonene er ifølge Gonzalez (2020, s. 362) relasjonsarbeid og tilrettelegging av fysiske og estetiske forhold, og at de terapeutiske betingelsene tilpasses målgruppen som skal behandles.

2.2 Kommunikasjonsferdigheter

Aktiv lytting er en sammenfattet ferdighet, og består av et bredt spekter av kommunikasjonsformer en bruker for å etablere god kontakt, innhente sentral informasjon, og samtidig vise at man hører og forstår samtalepartneren (Eide & Eide, 2017, s. 118). Ferdigheten deles inn i verbale og non-verbale delferdigheter, deriblant bruk av åpne spørsmål, verbal oppmuntring, gjentakelse av nøkkelord og -uttrykk, pauser og stillhet for å stimulere taleren til refleksjon og ettertanke, speiling og sammenfatting av tanker og sentrale temaer og følelser, øyekontakt, berøring, ansiktsmimikk og kroppsholdning.

Eide og Eide (2017, s. 26) beskriver *tillitt* som grunnleggende i mellommenneskelig kommunikasjon. Det innebærer å nærme seg noe ubestemt, som det er uklart hvordan vil utarte seg. Når man viser tillitt, tar man en viss risiko, fordi man gir slipp på noe av ens egen kontroll. Det kan lett oppstå en gjensidig dynamikk hvor begge parter gir slipp på noe av sin kontroll, og derfor må stole på den andre (Eide & Eide, 2017, s. 26).

2.3 Terapeutisk relasjon

Utviklingen av et pleier-pasient-forhold, eller relasjon, er ifølge Gonzalez (2020, s. 57) kjernen i sykepleiefaglig psykisk helsearbeid. Det er av terapeutisk stor betydning at psykiatriske pasienter får mulighet eller hjelp til å erfare at det går an å etablere gode, trygge relasjoner til mennesker som vil dem vel (Gonzalez, 2020, s. 58). For å utvikle eller bygge en terapeutisk relasjon deles denne prosessen ofte inn i fire faser: i *forberedelsesfasen* setter sykepleieren seg grundig inn i informasjon vedrørende pasienten og hans eller hennes helsetilstand og historie.

Orienteringsfasen, er den innledende fasen, hvor formålet er å utforske og forstå hva pasienten trenger hjelp med. Det kan oppleves skamfullt å være hjelpetrengende, og det er viktig at sykepleieren fremtrer med respekt og interesse da faktorer som pasientens kjønn, alder og kultur gjør at forskjellige pasienter kan uttrykke behovet for hjelp på forskjellige måter. Sykepleieren kan fungere som en veileder, pedagog, resurs- eller omsorgsperson i denne fasen. Disse rollene brukes for å identifisere temaer og arbeidsområder som man blir enige om å jobbe videre med (Gonzalez, 2020, s. 59).

I *arbeidsfasen* samarbeider sykepleieren og pasienten om temaene som har blitt identifisert i orienteringsfasen. Dette vil også via samtaler og samhandling kunne styrke relasjonen. I løpet av denne fasen vil pasienten ofte forstå seg selv og sine utfordringer i større grad, slik at han eller hun gradvis kan ta mer ansvar for sine utfordringer, og søke hjelp fra sykepleier ved behov. Sammen med pasienten kan man i denne fasen evaluere hvorvidt samarbeidet og samtalene bidrar til utvikling positiv utvikling eller endring (Gonzalez, 2020, s. 59).

Avslutningsfasen starter når relasjonen skal avsluttes. Uavhengig av årsak er det viktig at sykepleieren avslutter på en god terapeutisk måte. Dette kan en gjøre ved å snakke med pasienten om avslutningsprosessen, og ved å vise at man verdsetter samarbeidet man har hatt. Formålet er at relasjonsbruddet ikke skal oppfattes som et svik for pasienten, men heller som et verktøy pasienten kan ta med seg videre i nye relasjoner. I tillegg er det viktig at sykepleieren dokumenterer godt for å sikre kontinuitet i arbeidet (Gonzalez, 2020, s. 59).

2.4 Intervensjoner og tiltak

I MAP-kurset lærer man at tiltak som forsøker å hindre eller redusere vold kan deles inn i tre grupper: primær-, sekundær- og tertiærforebyggende tiltak. Primærtiltak forsøker å forhindre at vold oppstår. Sekundærtiltak brukes for å stoppe eller redusere vold og aggresjon, og tertiærtiltak benyttes for å redusere konsekvensene og begrense skadepotensialet av oppstått vold (Sifer, 2019).

2.5 Risikovurderingsverktøy

De to mest omtalte risikovurderingsverktøyene for aggresjon i dette studiet er Brøset Violence Checklist (BVC), og Dynamic Appraisal of Situational Aggression (DASA). Felles for disse er at pasientene vurderes ut fra punkter på en sjekklister, som beskriver forskjellige adferder eller sinnsstemninger. Pasienten blir gitt null eller ett poeng for hvert punkt på sjekklister. Null poeng betyr at pasienten ikke har utvist utslagsgivende adferd, og ett poeng betyr at pasienten har vist adferden på det gitte punktet. I BVC vurderes pasienten utfra seks punkter: forvirrethet, irritabilitet, høylytt adferd, verbale trusler, fysiske trusler, og slag/spark eller lignende mot gjenstander. DASA benytter syv punkter: irritasjon, impulsivitet, pasientens villighet til å følge veiledning, hvor sensitiv pasienten er for provosering, hvorvidt pasienten lett blir sint ved forespørsler som blir avslått, negative holdninger og verbale trusler. Tallene fra hvert punkt blir deretter lagt sammen til en endelig score på henholdsvis seks eller syv i BVC eller DASA (Brøset Violence Checklist, u.å.; Swinburne, 2022).

BVC kategoriserer den endelige scoren pasienten mottar som null (lav risiko), en til to (moderat risiko) og over to (veldig høy risiko), og anbefaler tiltak ved alle scorer over null. DASA har en kort referanseguide som beskriver hvilke tiltak som kan være aktuelle innenfor de ulike scorene, og deler disse inn i: null (lav risiko for utagering), en til tre (medium risiko), og fire eller mer (høy risiko). BVC gir rom for å score pasienten lavere om sykepleieren kjenner pasienten godt og eksempelvis har kjennskap til at pasienten er habituell høylytt. BVC er ment å gjennomføres en gang for hver vakt, og det foreslåtte tidspunktet er to timer etter vaktstart. DASA er ment å måles en gang om dagen (Brøset Violence Checklist, u. å.; Swinburne, 2022).

2.6 Autonomi

Nortvedt (2016, s. 98) beskriver autonomi som det viktigste uttrykket i sykepleien for tanken om at pasienten, dersom han eller hun er i stand til å ta egne valg, selv skal bestemme over sin behandling og pleie, samt har retten til å motsi seg dette. Autonomi forutsetter at man evner å reflektere kritisk rundt egne behov, ønsker og interesser. I tillegg får en via denne fornuftsevnen status som innehaver av rettigheter, retten til selvbestemmelse blir derfor en viktig etisk verdi (Nortvedt, 2016, s. 136). Som sykepleier må man derfor ha respekt for pasientens integritet og verdighet, noe som innebærer at pasientens kunnskap og erfaring tas med i beslutninger om helsehjelp, og at han eller hun får samtykke til all medisinsk behandling og sykepleie (Stubberud, 2018, s. 16).

3 Metodebeskrivelse

Vi vil i dette kapittelet vise hvordan vi har arbeidet for å innhente forskningen som blir brukt i studien, samt hvilke vurderinger og overveielser som har blitt gjort underveis.

3.1 Datasamling

Forsberg og Wengström (2015, s. 26) beskriver at en trenger et tilstrekkelig antall studier av god kvalitet hvis det skal kunne utgjøre et godt grunnlag for forskning. For å finne de inkluderte artiklene gjennomførte vi totalt fem systematiske litteratursøk. Vi har brukt to databaser for litteratursøkene våre, CINAHL Complete og PubMed. Forsberg og Wengström (2015, s. 27) skriver og at en forutsetning for et godt systematisk litteraturstudie, er et tydelig formulert spørsmål som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge ut, vurdere og analysere relevant forskning. Vi valgte å bruke to søkedatabaser for å få et bredt men overkommelig utvalg forskning. To av de inkluderte artiklene (se vedlegg 1), dukket opp i begge databasene da vi gjennomførte søkene, noe som indikerer at søkestrategien er presis.

3.2 Inklusjon og eksklusjonskriterier

I starten av søkeprosessen utarbeidet vi kriterier for hvilke inklusjons- og eksklusjonskriterier vi ønsket å anvende i litteratursøkene. Dette ble gjort for å avgrense søkene og gi oss de mest relevante artiklene for vår problemstilling. Alle inkluderte artikler er fra 2011 eller senere, og følger IMRaD-modellen. I tillegg er de fagfellevurdert. Dersom artiklene vi fant omhandlet barne- eller alderspsykiatri, ble de ekskludert. De inkluderte artiklene tar derfor utgangspunkt i voksenpsykiatri. Vi har videre, så langt det er hensiktsmessig forsøkt å velge artikler fra Nord-europeiske land, da ikke alle land praktiserer den samme psykiatriske behandlingsmodellen som praktiseres innad i Nord-Europa.

3.3 Søkestrategi

Vi startet søkeprosessen med en problemstilling som omhandlet effekten av risikovurderingsverktøy i psykiatriske avdelinger, og dens innvirkning på sykepleien til pasientene. Vi oppdaget etter hvert at dette ble en omfattende problemstilling i forhold til studiens størrelse, og besluttet derfor å endre problemstilling. Da vi i de første tre søkene hadde erfart at det var tilstrekkelig med forskning vedrørende risikovurderingsverktøy brukt i psykiatrisk sykepleie, beholdt vi dette som tema, og besluttet å skrive studien ut fra et sykepleieperspektiv.

3.4 Søkehistorikk

I etterkant av første veiledning, bestemte vi oss for å gjennomføre to nye søk grunnet endring i problemstillingen, samt at vi følte vi hadde en noe svak søkestrategi. Alle hittil inkluderte artikler ble ekskludert, med mindre de dukket opp i de to nye søkene, og der viste seg å være mer relevante enn de andre treffene. Søkeordene vi brukte var "psychiatric patients", "aggression", "risk assessment" og "nursing", med "and" som boolsk variabel. Disse søkeordene ble valgt på bakgrunn av problemstillingen og dens perspektiv. Dette ga oss et overkommelig utvalg artikler å vurdere for inklusjon, totalt 76, hvorav 16 treff i CINAHL Complete og 60 i PubMed. Med dette antallet treff kunne vi slik søketabellen viser (se vedlegg 1), lese abstrakt på alle artiklene som virket relevante for studien, og sette oss grundigere inn i de artiklene som virket lovende. På den måten har vi forsikret oss om at de ni inkluderte artiklene ble valgt ikke kun fordi de omhandlet noe relevant, men fordi de var nyere, eller mer omfattende enn de artiklene som har blitt ekskludert.

3.5 Kvalitetsvurdering

Tidsskriftene artiklene er utgitt i har blitt kontrollert i register over vitenskapelige publiseringskanaler (kanalregisteret, u.å.). En score på en eller høyere tilsier at publiseringskanalen artikkelen er utgitt i, tilfredsstiller minimumskravet til vitenskapelighet (kanalregisteret, u. å.). Vi har i tillegg brukt relevante sjekklister for kvalitetsvurdering fra helsebiblioteket for å lettere kunne vurdere innholdet i de enkelte artiklene kritisk (helsebiblioteket, u.å.).

3.6 Etisk vurdering

Norsk lov om medisinsk og helsefaglig forskning sier at forskning skal være basert på forskningsdeltagernes menneskerettigheter og menneskeverd og at individet skal

komme før vitenskapens og samfunnets interesse (Helseforskningsloven, 2008, §5). Derfor skal alle forskningsprosjekter bli forhåndsgodkjent av en regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (Helseforskningsloven, 2008, §9). Siden studien inneholder artikler med andre opprinnelsesland enn Norge, henviser vi til Helsinkideklarasjonen som er utformet av World Medical Association (WMA). Deklarasjonen omhandler etiske prinsipper om medisinsk forskning som omfatter mennesker, identifiserbart menneskelig materiale og data (World Medical Association, 2018).

Av studiens ni inkluderte artikler, beskriver åtte av artiklene hvilke etiske overveielser som er gjort i forbindelse med den spesifikke studien. I artikkelen av Hvidhjelm et al. (2016) beskrives det at det ikke var behov for å søke om etisk overveielse da forskningsprosjektet var godkjent av deltagende sykehus, og det ikke ble innført noen ny intervensjon under forskningsprosjektet. Det var dessuten planlagt å introdusere risikovurderingsverktøy i de psykiatriske avdelingene som deltok i forskningsprosjektet før forskningen begynte.

3.7 Analyse

I analyseringen av resultat fra artiklene inkludert i studien er det tatt utgangspunkt i Forsberg og Wengström (2015, s. 152-153) sin metode for analyse. Her defineres analyse som å dele opp i mindre deler, og det beskrives at hensikten med å analysere studier er å forsøke å finne mønster i form av likheter og motsetninger på tvers av det en analyserer. Videre deles analyseprosessen inn i fem steg; å gjøre seg grundig kjent med tekstene, definere hva tekstene handler om og å notere dette, samle lignende notater i underkategorier, forsøke å sammenfatte lignende kategorier under temaer, og til slutt å tolke og diskutere resultatet (Forsberg & Wengström 2015, s. 153).

Dette har blitt gjort ved at begge forfatterne gjennomgikk samtlige artikler hver for seg, og noterte relevante funn. Deretter ble alle funnene fra begge forfattere sammenlignet, diskutert og vurdert, og vi ble enige om hvilke funn vi ønsket å gå videre med. Disse funnene ble ført inn i et excel-skjema, hvor vi markerte hvilke artikler som inneholdt hvilke funn. På den måten dannet vi oss en oversikt over likheter og motsetninger i de inkluderte artiklene. Skjemaet ble så sortert i synkende rekkefølge, slik at de funnene som gikk på tvers av flest artikler havnet øverst i skjemaet, med en oversikt over hvilke artikler funnene stammet fra (se vedlegg 2a). Dette ble gjort ved hjelp av en formel i excel (se vedlegg 2b), og gjorde det lett å identifisere nøkkelfunn. Formelen ble benyttet fremfor manuell sortering, for å minimere sannsynligheten for feil i sorteringsarbeidet. I neste steg opprettet vi et nytt excel-skjema, hvor vi kategoriserte identifiserte nøkkelfunn, mindre funn og enkeltfunn som var relevante for oppgaven under tre hovedtemaer (se vedlegg 2c). Dette presenteres i neste kapittel, og diskuteres i kapittel 5.

4 Resultat

I dette kapittelet presenteres funn fra analysen av studiens inkluderte artikler. Funnene er delt inn i tre hovedtemaer som ble identifisert under analysen, og baserer seg på fellestrekk i funnene. De mest fremtredende funnene presenteres sammen med mindre funn som underbygger eller utfordrer hovedfunnene.

4.1 Sykepleierobservasjoner

Felles for fire av artiklene er at de viser til verbal aggresjon som den vanligste formen for aggressiv oppførsel blant pasienter (Lantta et al. 2016; Maguire et al. 2017; Maguire et al. 2018; Sarver et al. 2019). 80 prosent av alle registrerte aggressive hendelser ble klassifisert som verbale i artikkelen av Maguire et al. (2017), tett etterfulgt av 79,9 prosent i studien av Maguire et al. (2018), som benytter seg av samme data.

Videre kan en i artiklene av Hvidhjelm et al. (2016) og Maguire et al. (2017) se at irritasjon og voldsom oppførsel er fellestrekk for pasientene. I artikkelen av Hvidhjelm et al. (2016) fremkommer det at "Irritability was the most frequently registered behavior, followed by confusion and boisterousness" (Hvidhjelm et al. 2016, s. 963), hvor 73,5 prosent av all oppførsel som ga utslag på BVC var irritasjon. Dette har mange likhetstrekk med hevet stemmebruk, verbal aggresjon, høylytt krangling og trusler, slik Maguire et al. (2018) beskriver som de vanligste aggressive pasienttrekkene i sin artikkel. I Sarver et al. (2019) kan en lese at det er en tydelig sammenheng i forholdet mellom risikovurderingsscore og antall liggedøgn på avdelingene, hvor pasientene som scoret høyere, hadde lengre sykehusopphold. Det fremkommer og at pasienter viste flest voldsindikatorer, altså oppførsel som ga utslag på BVC, innen de tre første liggedøgnene (Sarver et al. 2019).

I to av artiklene kommer det frem at DASA-målinger blir gjennomført på ettermiddagen, i tidsrommet 13:00-15:00 (Lantta et al. 2015; Nqwaku et al. 2018). Dette ble gjort slik at sykepleierne kunne overrekke kveldsvaktene en fersk risikovurdering, i tillegg til at denne risikovurderingen, ifølge utviklerne av DASA, vil kunne brukes til og med påfølgende morgen med god forutsigbar effekt (Lantta et al. 2015). Nqwaku et al. (2018) undersøker forskjellige måter å bruke DASA på, og identifiserer flere faktorer som kan gi mer nøyaktighet i risikovurdering. Blant annet beskrives det at å bruke gjennomsnittet av tre DASA-målinger, en for hver vakt (dag, kveld og natt), eller å bruke den høyeste av disse tre scorene, gir de mest nøyaktige målingene. Videre beskriver de at tidspunktet for risikovurderingen er avgjørende dersom en skal ta utgangspunkt i enkeltstående målinger. Dataen i artikkelen viser tydelige tegn på at enkeltmålinger gjennomført på ettermiddagen er mer nøyaktige enn de gjennomført på morgen eller natt (Nqwaku et al. 2018). Et enkeltfunn fra artikkelen til Sarver et al. (2019) indikerer at hvert poeng en pasient scorer på BVC ved innleggelse medfører 3,4 ganger høyere risiko for vold.

4.2 Sykepleiers handlinger

Et gjentakende funn i flere av artiklene er at sykepleiere beskriver økt kvalitet og tydelighet i skriftlige rapporter etter bruk av risikovurderingsverktøy (Lantta et al. 2015; Maguire et al. 2018; Sarver et al. 2019). Lantta et al. (2015) beskriver i artikkelen at sykepleiere var positive til risikovurderingsverktøy, og at de følte at de trengte slike verktøy i risikovurderingsarbeid. Videre beskrives det at risikovurderingene ble gjennomført av pasientenes primærsykepleier klokken ett på dagtid, slik at vurderingen kunne overbringes kveldsvaktene. "The nursing staff said that nursing notes had already become more precise after short-term use of the DASA" (Lantta et al. 2015, s. 239). Sarver et al. (2019) viser i deres forskning at den vanligste intervensjonen for pasienter med forhøyet risikovurderingsscore, er oppdatering av sykepleieplanen til den gjeldende pasienten. En kan og lese at sykepleiere i etterkant av å ha iverksatt tiltak som følge av en risikovurdering, ofte dokumenterte hvilke tiltak som var blitt gjort (Maguire et al. 2017).

Tre av artiklene tyder på at sykepleiere opplever det vanskelig å knytte intervensjoner eller tiltak til en gitt risikovurderingsscore (Lantta et al. 2015; Maguire et al. 2017; Maguire et al. 2018). "They also thought that interventions were hard to link to the assessment [...]" (Lantta et al. 2015, s. 240). Maguire et al. (2017) og Maguire et al. (2018) har ikke like enstydige funn, men det fremkommer at intervensjoner ikke ble gjennomført etter en gjennomført risikovurdering i 1347 av 2175 tilfeller.

Flere av artiklene viser og at risikovurderinger ikke blir gjennomført hver dag (Lantta et al. 2016; Maguire et al. 2017; Maguire et al. 2018). I artikkelen fra Lantta et al. (2016) ble det gjennomført en risikovurdering i 64 prosent av alle mulige tilfeller, nokså like tall som i artiklene av Maguire et al. (2017) og Maguire et al. (2018), hvor risikovurderinger ble gjennomført i 60,4 prosent av alle mulige tilfeller. "If patients had been assessed daily during their treatment period, we would have had 1116 completed DASA assessments. Nurses completed 716 assessments[...]" (Lantta et al. 2016, s. 696).

To artikler viser videre at bruk av risikovurderingsverktøy er mer presist i å forutsi potensiell aggresjon enn sykepleieres "kliniske intuisjon" (Lantta et al. 2016; Yalcin & Bilgin, 2019). Lantta et al. (2016) viser ved hjelp av statistikk i artikkelen sin at DASA er mer presist i å forutsi aggresjon blant pasienter enn sykepleieres estimat. Yalcin og Bilgin (2019) beskriver i deres artikkel at sykepleiere overvurderte sannsynligheten for at pasienter kom til å utagere sammenlignet med antall faktiske utageringer. "In the study, while nurses predicted that 31,3% of the patients would be violent, only 15,5% of the patients were actually violent during their hospitalizations" (Yalcin & Bilgin 2019, s. 319). Et enkeltfunn fra artikkelen av Lantta, et al. (2015) viser at noen av sykepleierne som deltok i studien indikerte at DASA kunne være spesielt nyttig for uerfarne sykepleiere.

To enkeltfunn fra artikkelen til Lantta et al. (2015) viser at sykepleiere fra alle avdelingene som deltok i forskningsprosjektet var enige om at DASA var hurtig å gjennomføre, og at sykepleiere ønsket å bruke samtale som intervensjon eller tiltak til pasienter med medium til høyt utslag på risikovurderinger. Pasienter i artikkelen fra Lantta et al. (2016) ga uttrykk over bekymring for hvorvidt DASA var tidkrevende, og derfor kunne føre til mindre nærvær av sykepleiere i avdelingene.

4.3 Konsekvenser av risikovurdering

Flere av artiklene viser at det i etterkant av en gjennomført risikovurdering følger samtale mellom sykepleiere og pasienten som har blitt vurdert (Hvidhjelm et al. 2016; Lantta et al. 2015; Lantta et al. 2016; Maguire et al. 2018). I noen av tilfellene ble samtale brukt som en intervensjon (Hvidhjelm et al. 2016; Maguire et al. 2018), mens en annen artikkel konkretiserer at samtalens formål var å diskutere risikovurderingscoren, samt hva som førte til at pasienten fikk utslag på risikovurderingen (Lantta et al. 2016). Lantta et al. (2015), beskriver at sykepleiere som deltok i fokusgruppeintervju foreslo å diskutere pasientenes voldelige tanker med dem, i tillegg til at dette allerede ble praktisert blant noen av sykepleierne, som beskrev det som “[...] a novel and positive method of collaborative work” (ukjent sykepleier, Lantta et al. 2015, s. 239). I tillegg ønsket sykepleiere å utvikle mer sofistikerte rammer for samtale innad i staben, og mellom dem og pasientene.

Videre kan man i flere av artiklene se en sammenheng i at det blir gjennomført og iverksatt flere intervensjoner og tiltak til de pasientene som scorer høyt på de forskjellige risikovurderingsverktøyene, og dette går på tvers av fem forskjellige risikovurderingsverktøy (Maguire et al. 2018; Sarver et al. 2019; van de Sande et al. 2017). Sarver et al. (2019) og van de Sande et al. (2017) identifiserer tilsvarende sammenheng mellom bruk av tvang og skjerming, og høy score på risikovurderingsmodeller. I tillegg kan man i to artikler lese at det er en sammenheng mellom pasientutageringer og score på risikovurderingsverktøy (Maguire et al. 2017; Sarver et al. 2019). Videre viser en av artiklene en tydelig korrelasjon mellom å gjennomføre en risikovurdering, og å iverksette tiltak (Maguire et al. 2018).

Artiklene fra Hvidhjelm et al. (2016), Sarver et al. (2019) og Lantta et al. (2015) identifiserer alle at tiltak og intervensjoner som mekaniske tvangsmidler og tvangsmedisinering blir lite praktisert. “There were no patients who had forced medication administration, or time out, and too few patients for analysis who required one to one observation or restraints” (Sarver et al. 2019). Lantta et al. (2015) fikk sykepleiere som deltok i et fokusgruppeintervju til å lage en liste over tiltak de anbefalte for bruk mot pasienter som scoret medium til høyt på risikovurderingen. Av 31 identifiserte tiltak, er det kun tre av de som kan defineres som tvang. To av artiklene har til felles at sykepleiere benytter behovsmedisinering, eller tilbud om dette som intervensjon (Maguire et al. 2018; Sarver et al. 2019). I artikkelen av Sarver et al. (2019) benyttet sykepleiere seg i tillegg av sykepleieplan for de pasientene som viste tegn til utagering. Maguire et al. (2018) skriver at de vanligste intervensjonene etter behovsmedisinering henholdsvis er trygging, distraksjon og grensesetting. Både Lantta et al. (2015) og Maguire et al. (2018) omtaler grensesetting som en viktig faktor for utagering. “[...] the nurses described their current prediction of violence as preparing themselves for known high-risk situations related mainly to patient restrictions [...]” (Lantta et al. 2015, s. 236). Maguire et al. (2018) går mer i dybden, og spesifiserer at kvinnelige pasienter i større grad enn mannlige, ble aggressive i etterkant av grensesetting fra personalet. Artikkelen fra Maguire et al. (2018) viser også at både kvinnelige og mannlige pasienter med lav til medium score på risikovurderingsverktøy, i dette tilfellet DASA, med større sannsynlighet vil bli aggressive etter å motta trygging og/eller behovsmedisin fra personalet.

5 Diskusjon

Dette kapittelet gjennomgår, drøfter og diskuterer metoden brukt for innhenting og analysing av studiens inkluderte artikler. I den sammenheng fremheves styrker og svakheter i metodikken, og avgjørelser underbygges eller forsvares med relevant litteratur. Videre blir funn fra metaanalysen av inkluderte artikler diskutert og drøftet, satt opp mot studiens problemstilling, og belyst fra ulike vinkler med relevant pensum- og faglitteratur.

5.1 Metodediskusjon

For å finne artiklene inkludert i studien, gjennomførte vi totalt fem søk i databasene CINAHL Complete og PubMed. I CINAHL Complete ble det først forsøkt med søkeordene "psychiatric patients", "nurse", "risk assessment" og "aggression". Dette søket ga to treff, hvorav ingen av dem egnet seg for studien. Det ble derfor gjennomført et nytt søk med søkeordene "psychiatric patients", "risk assessment" og "aggression". Dette ga 38 treff. I PubMed ble søkeordene "aggression", "nurse", "risk assessment" og "psychiatric" brukt. Disse søkene ga 47 treff. De to søkene ga et utvalg på totalt 75 artikler som vi i startfasen kunne vurdere for inklusjon. I disse tre innledende søkene for studien, ble søkene i de to databasene gjennomført med ulike søkeord. Det ble senere konkludert med at mangel på søkeordet "nurse" i det ene søket i CINAHL Complete, samt at det ikke ble brukt samme, eller synonyme søkeord på tvers av databasene, var en svakhet i søkestrategien. Da det ble besluttet at studien skulle basere seg på en ny problemstilling, ble det derfor bestemt at de nye søkene skulle inneholde identiske søkeord.

En mulig svakhet i søkestrategien er at det ikke ble benyttet flere enn to databaser for innhenting av artikler. Forsberg og Wengström (2015, s. 30) trekker frem at en systematisk litteraturstudie blant annet består av å systematisk søke etter, kritisk granske, og deretter sammenfatte litteratur en finner innen et valgt tema. De to databasene brukt for innhenting ga et overkommelig antall artikler begge forfatterne kunne gjennomgå. På den måten forsikret forfatterne seg om at litteraturen fra søkene ble kritisk gransket, og at de inkluderte artiklene på den måten var de mest relevante for problemstillingen. Dersom det hadde blitt benyttet flere databaser, med flere treff, ville det blitt desto vanskeligere å forsikre seg om at artiklene som ble inkludert var de mest relevante, noe som ble vurdert som en eventuelt større svakhet i studien.

Denne studien prioriterer først og fremst studier fra Nord-Europa. Vi har likevel inkludert fem artikler fra land utenfor Nord-Europa, henholdsvis Tyrkia, USA og Australia, dette er en mulig svakhet. Dette er gjort fordi vi mener artiklenes relevans i disse tilfellene overgår viktigheten av deres opprinnelsesland og de tilhørende behandlingsmetodene. Vi har i disse tilfellene tatt de spesifikke artiklenes oppbygning i betraktning, og har konkludert med at artiklenes formål ikke blir påvirket av eventuelle "fremmede" behandlingsmetoder i stor nok grad til at det er et eksklusjonskriterium.

En av artiklene (Lantta et al., 2015) er publisert i tidsskrift *Clinical Nurse Specialist*. Dette tidsskriftet scorer null i kanalregisteret, og er derfor en mulig svakhet i studien. Denne artikkelens kildeliste er omfattende, i tillegg er artikkelen fagfellevurdert, og følger som alle de andre artiklene i studien IMRaD-strukturen. Vi har grunnet dette, samt artikkelens faglige innhold, valgt å inkludere den i studien.

Artiklene av Maguire et al. (2017) og Maguire et al. (2018) benytter seg av samme datagrunnlag i artiklene sine. Dette ser vi på som en mulig svakhet i studien, da det i analysemodellen kan gi "falske" utslag i form av at begge artiklene inneholder samme funn, og at et gitt funn derfor kan få en falsk positiv. Artiklene bruker dataen til to forskjellige formål, vi har derfor valgt å inkludere begge.

En mulig svakhet i studien er mangelen på flere kvalitative artikler. Gitt studiens problemstilling hadde det vært gunstig med et større kvalitativt datagrunnlag. Dette kunne gitt oss mer nyansert data å basere studien på.

Måten studiens artikler er analyserte på ser vi på som en styrke. Analysen er nøyaktig og oversiktlig, og innholdet har blitt bearbeidet tre separate ganger. Dette mener vi minimerer muligheten for overseelser og feiltolkninger, samtidig som det blir lettere for leseren å identifisere hvilke artikler et gitt funn er gjort i.

Artiklene av Maguire et al. (2017) og Yalcin og Bilgin (2019) dukket opp i begge databasene da vi gjennomførte litteratursøk. Vi ser på dette som en styrke, da det tyder på en presis søkestrategi.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Sykepleierobservasjoner

Funn fra studien viser tydelig at verbal aggresjon er den vanligste formen for aggresjon (Lantta et al. 2016; Maguire et al. 2017; Maguire et al. 2018; Sarver et al. 2019). Mer spesifikt kan man se at pasienter som utrykte irritasjon var den største utslagsgivende faktoren på risikovurderingsverktøy (Hvidhjelm et al. 2016; Maguire et al. 2017). Norman og Ryrie (2009, s. 713.) skriver at pasienter som opplever personlig kritikk, restriksjoner, urettferdig behandling, frustrasjon og irritasjon over andre, er de som er mest utsatt for å utagere. Håkonsen (2014, s. 253) beskriver at disse pasientene opptrer aggressivt som et utløp for sin frustrasjon over en mangel på å utrykke seg selv, eller at de føler de befinner seg i en situasjon de ikke klarer å løse. Mangel på struktur rundt blant annet planlagte samtaler mellom pasient og personal, er ifølge Norman og Ryrie (2009, s. 710) en økende faktor for pasientens usikkerhet. Med dette kan en argumentere for at strukturerte og planlagte daglige samtaler mellom sykepleier og pasient kan hjelpe pasienten med å skape en arena hvor han eller hun kan utrykke seg. For å strukturere samtalen kan en gjøre som noen av sykepleierne i artiklene til Lantta et al. (2015) og Lantta et al. (2016), som brukte scoren fra risikovurderinger som utgangspunkt i pasientsamtaler - dette blir diskutert videre i punkt 5.2.3. Den daglige rutinen er svært viktig for pasientens følelse av forutsigbarhet, mestring, trygghet og

kontroll i en situasjon som kan føles kaotisk og uoversiktlig (Gonzalez, 2020, s. 371). Dette indikerer at man ved å gi pasienten rom til å uttrykke sine frustrasjoner og irritasjoner under strukturerte og forutsigbare forhold vil kunne senke sannsynligheten for aggresjon.

Videre viser funn fra studien at å gjennomføre DASA på ettermiddagen, altså mot slutten av dagvakt før overlapp til kveldsvakten, gir den mest nøyaktige målingen dersom man baserer resultatet på enkeltmålinger. I tillegg vil den ha god forutsigbar effekt til og med den påfølgende morgenen, og kveldsvakten får en fersk risikovurdering (Lantta et al. 2015; Nqwaku et al. 2018). Studien indikerer også at bruken av risikovurderingsverktøy øker det faglige fokuset og samtalen blant personalet om voldsrisiko-problemet (Lantta et al. 2015; Lantta et al. 2016). Eksempelvis kan risikovurderinger gjennomført av dagvakt brukes av kveldsvakten i en planlagt og strukturert pleier- og pasientsamtale. Risikovurderingsverktøy har i utgangspunktet som formål å identifisere mulige utfall av spesifikke oppførsler (Norman & Ryrie, 2009, s. 243). Dette kan hjelpe sykepleiere med å tydeliggjøre en retning i det kliniske arbeidet. For å få de mest presise og forutsigbare resultatene av DASA, viser et enkeltfunn at man oppnår størst nøyaktighet i DASA-målinger ved å måle tre ganger i løpet av dagen, og bruker gjennomsnittet, eller den høyeste av disse som utgangspunkt (Nqwaku et al. 2018).

Standardiserte risikovurderinger av aggresjon kan ses på som en fagprosedyre, som Stubberud (2018, s. 66) definerer som en detaljert beskrivelse av hvordan helsepersonell bør utføre en avgrenset oppgave. Stubberud (2018, s. 66) skriver videre at fagprosedyrer er ment som et hjelpemiddel ved avveiningene helsepersonell må gjøre. Helsemyndighetene ønsker økt standardisering av slike fagprosedyrer, med formål om å redusere uønskede variasjoner og å bedre pasientsikkerheten (Stubberud, 2018, s. 65). Strukturert bruk av risikovurderingsverktøy kan dermed tenkes å hjelpe sykepleiere i behandlingen av psykisk syke pasienter. Videre kan en via å standardisere tidspunkt for gjennomføring av risikovurdering til ettermiddagen, øke sikkerheten for pasienter og sykepleiere ved at målingene blir mer nøyaktige slik studien indikerer. En annen viktig faktor for nøyaktig risikovurdering tydeliggjøres av et enkeltfunn fra studien, som viser at noen pasienter uttrykte bekymring for hvorvidt sykepleiere ville kunne skille pasientenes personlige "egenskaper" fra tegn på utagering (Lantta et al. 2016). Å balansere nærhet og avstand mellom sykepleieren og pasienten er nødvendig for at sykepleieren skal kunne reflektere over pasientens måte å handle og se ting på. En må også kunne skille mellom å være personlig og privat, om en sykepleier opptre privat overfor pasienten innebærer det at han eller hun går ut av den profesjonelle rollen og opptre som privatperson, eller på en måte som ikke gagnar pasienten (Gonzalez, 2020, s. 62), som for eksempel unøyaktig i risikovurdering.

Viktigheten av en korrekt risikovurdering tydeliggjøres om man tar utgangspunkt i et enkeltfunn som viser at hvert BVC-poeng ved innleggelse kan medføre 3,4 ganger høyere sannsynlighet for at pasienten vil utføre vold (Sarver et al. 2019). To relaterte enkeltfunn fra studien viser at pasienter demonstrerer flest voldsindikatorer i løpet av de tre første liggedøgnene etter innleggelse, og at det er en sammenheng mellom BVC-scoren og lengden på pasientens totale opphold på avdelingen (Sarver et al. 2019). Andre funn identifiserer irritasjon, voldsom oppførsel og forvirring som de vanligste registrerte pasienttilstandene (Hvidhjelm et al. 2016; Maguire et al. 2017). Gonzalez (2020, s. 48) beskriver hvordan helsesvikt, tap eller sykdom kan medføre endringer i menneskers livssituasjon og at utfordringer knyttet til mestring av den nye livssituasjonen

medfører stress. Med utgangspunkt i at pasienter som legges inn på psykiatriske avdelinger er syke, og at de etter innleggelsen kommer inn i et nytt miljø med nye inntrykk, kan man regne med at dette er en viktig faktor for hvorfor pasientene i artikkelen til Sarver et al. (2019) viste flest voldsindikatorer i starten av innleggelsen. Når vår studie i tillegg viser at høyere score ofte medfører lengre innleggelse, blir det naturlig å forsøke å motvirke dette. Et sentralt mål i miljøterapi er å bedre pasientens evne til å benytte seg av egne ressurser, deriblant styrking av indre mentale ressurser, selvbilde, sosiale ressurser og mentaliseringsevne (Gonzalez, 2020, s. 363-364). Gjennom godt tilrettelagt miljøterapi kan man tilrettelegge for effektiv mestring for pasienten, som vil gi et lavere stressnivå (Gonzalez, 2020, s 48). Det kan tenkes at dette vil gjøre de første dagene etter innleggelse til en mindre påkjenning for pasienten, og at BVC-scoren derfor kan bli lavere.

5.2.2 Sykepleiers handlinger

Et av studiens funn viser at risikovurdering fører til tydeligere rapporter (Lantta et al. 2015; Maguire et al. 2018; Sarver et al. 2019). Ifølge Gonzalez (2020, s. 80) kan det være utfordrende å dokumentere om pasienter med psykiske lidelser, og det er en manglende klarhet i hva som skal dokumenteres. Strukturert risikovurdering av pasienter på en gitt psykiatrisk avdeling vil slik studien antyder kunne tydeliggjøre deler av hva som bør dokumenteres, og på den måten føre til et bedre behandlingstilbud for pasientene samt et tryggere miljø for de ansatte. I Helsepersonelloven (§40, 1999), står det at "journalen skal føres i samsvar med god yrkesetikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen [...]". Strukturert risikovurdering fremkommer i lys av dette som et godt tiltak for å hjelpe sykepleiere med å samle relevante og nødvendige opplysninger som kan brukes i rapporteringsarbeidet. I en artikkel fra pasientsikkerhetsprogrammet "I trygge hender 24-7" beskrives det hvordan NEWS og ISBAR bidrar til tydeligere kommunikasjon mellom faggrupper om pasienters helsetilstand, og hvordan det kan være til god støtte for nyutdannede (Helsedirektoratet, 2017). I et enkeltfunn fra studien fremkommer det at risikovurderingsverktøyet DASA også oppleves å kunne være nyttig for uerfarne sykepleiere (Lantta et al. 2015). NEWS og risikovurderingsverktøy som DASA og BVC er like verktøy på den måten at de forsøker å gi sykepleiere informasjon om pasienter på et tidlig stadium, slik at tiltak kan iverksettes. Dersom risikovurderinger blir brukt mer systematisk, slik som NEWS blir på somatiske avdelinger, tyder denne studien på at dokumenteringsarbeidet kan bli tydeligere. Et av studiens andre funn viser i den sammenheng hvordan det er mange tilfeller hvor risikovurderinger ikke blir gjennomført (Lantta et al. 2016; Maguire et al. 2017; Maguire et al. 2018). Dette kan indikere at det er et forbedringspotensial i måten risikovurdering blir brukt på.

Et annet funn fra studien indikerer at sykepleiere opplever det vanskelig å knytte intervensjoner til en gitt risikovurderings-score (Lantta et al. 2015; Maguire et al. 2017; Maguire et al. 2018). Norman og Ryrje (2009, s. 242) beskriver at håndtering av risiko ikke kan gjennomføres på en tilstrekkelig måte før risikoen er tydelig identifisert og definert. Stubberud (2018, s. 66) beskriver hvordan fagprosedyrer er ment som et hjelpemiddel for helsepersonell, og at sykepleiere derfor må derfor vise faglig skjønn i vurderingen av hver enkelt pasient. Risikovurderinger kan sees på som en slik fagprosedyre. Det blir vanskelig at et risikovurderingsverktøy skal foreslå konkrete

intervensjoner utelukkende basert på poengsummen en pasient scorer. Dette funnet kan tyde på at det trengs et faglig kompetanseløft i psykiatrien, slik at sykepleiere lettere kan vurdere hensiktsmessige tiltak med utgangspunkt i risikovurderinger. Et funn som til dels underbygger denne påstanden, viser at risikovurderingsverktøy er mer presist i å forutsi utageringer enn sykepleieres kliniske intuisjon (Lantta et al. 2016; Yalcin & Bilgin, 2019). Ved å ha tydelige rammer for når og hvor ofte man risikovurderer pasienter på en avdeling, tyder denne studien på at man vil få mer presis informasjon om pasientenes psykiske helsetilstand – informasjon sykepleiere kan bruke for å ta bedre avgjørelser vedrørende tiltak og intervensjoner for pasientene. Et viktig poeng ved dette er at det ikke bare gjelder deeskalerende, inngripende eller skademinimerende tiltak, men også aktiviteter med terapeutiske formål. Dersom man ser at pasienter scorer null på en risikovurdering, kan man med større trygghet ta de med på aktiviteter som trening og turer, eller la pasienten engasjere seg i en hobby. Dette er eksempler på aktiviteter Gonzalez (2020, s. 244) beskriver som gledes- og meningsfylte aktiviteter. Gonzalez (2020, s. 244) beskriver videre hvordan det er helt sentralt i behandling av psykisk syke mennesker å hjelpe dem med å finne tilbake til disse aktivitetene. Å la pasienter engasjere seg i slike aktiviteter tjener en rekke formål, deriblant atferdsaktivering og distraksjonsteori.

Et enkeltfunn fra studien viser at noen pasienter er bekymret for om gjennomføring av DASA er tidkrevende, og derfor kan føre til mindre sykepleiere i avdelingsmiljøet (Lantta et al. 2016). Et annet enkeltfunn indikerer at sykepleiere ønsker å bruke samtale som intervensjon (Lantta et al. 2015), noe som vil medføre mer tid med sykepleiere for pasientene. Gonzalez (2020, s. 364) beskriver hvordan spontane samtaler har en viktig funksjon i det daglige psykiske helsearbeidet, og at disse samtalerne kan hjelpe sykepleiere med å fange opp pasientens stemning eller uro. Ut fra dette kan man anse spontane pasientsamtaler som et primærforebyggende tiltak. Sekundær- og tertiærtiltak er mer inngripende, og det vil derfor ikke være hensiktsmessig å starte med disse, med mindre situasjonen tilsier at det er nødvendig. I tillegg vil man ved å snakke med pasienten kunne innhente nyttig informasjon som kan brukes i risikovurderingen. Ved å risikovurdere pasienter systematisk og ofte, kan det tenkes at sykepleiere vil oppdage flere potensielt aggressive pasienter på et tidligere stadium, hvor samtale kan forsøkes som et deeskalerende tiltak. Det fremkommer i et enkeltfunn fra studien at sykepleiere mener det er lite tidkrevende å gjennomføre en DASA-vurdering (Lantta et al. 2015). Da tid, ifølge Orvik (2015, s. 91) er en knapphetsressurs som avhenger av bemanning og prioritering, tyder dette funnet på at det ikke behøver å være spesielt ressurskrevende å gjennomføre DASA, og at fordelene ved å gjennomføre risikovurderinger ofte er flere enn ulempene tidsbruken kan medføre.

5.2.3 Konsekvenser av risikovurdering

Funn fra studien viser at sykepleiere ved flere anledninger innleder samtaler med pasientene etter en gjennomført risikovurdering (Hvidhjelm et al. 2016; Lantta et al. 2015; Lantta et al. 2016; Maguire et al. 2018). Ifølge Gonzalez (2020, s. 342) er samtale helt sentralt når en skal gi sykepleie til psykisk syke mennesker. Samtale som virkemiddel er interessant både som en intervensjon, og som et relasjonsbyggende verktøy. Gonzalez (2020, s. 57) beskriver relasjon, eller sykepleie-pasient-forholdet, som kjernen i det sykepleiefaglige arbeidet i psykisk helsearbeid. Det kan være viktig for

pasienten å åpne seg opp om det som oppleves vanskelig for å oppnå gode bedrings- og endringsprosesser (Gonzalez, 2020, s. 58). Samtalene Lantta et al. (2016) beskriver i artikkelen - hvor sykepleiere diskuterer risikovurderingsscore med pasientene - vil være en god arena for å gi pasienten mulighet til nettopp dette. Ved å ha god kunnskap om aktiv lytting, vil man kunne hjelpe pasienten med både å føle seg hørt og forstått, og samtidig bistå med å sortere og identifisere samtals viktigste trekk (Eide & Eide, 2017, s. 118). Videre vil det, tatt en slik samtals natur i betraktning, være viktig å identifisere hva pasienten opplever problematisk, altså hvorfor pasienten har vist oppførsel som gir utslag på risikovurderingen. Ifølge Eide og Eide (2017, s. 126), er det i en slik situasjon aktuelt å begynne samtalen med å identifisere problemer og spørsmål pasienten måtte ha, og det presiseres at det overordnede formålet er å lytte etter hva pasienten har på hjertet.

En slik oppfølgingssamtale vil og kunne fungere som en mulighet for å bygge tillitt hos pasienten. Det er derfor viktig at en har en grunnleggende forståelse for betydningen av interaksjoner med pasienter, og bruker disse på en god måte. Ifølge Gonzalez (2020, s. 59) er tillitt nøkkelen til terapeutiske relasjoner, og en forutsetning for fremdrift og utvikling i det terapeutiske forholdet. Videre er tillitt noe sykepleieren må gjøre seg fortjent til, og det er derfor viktig å fremstå pålitelig, sannferdig, og med et genuint ønske om å hjelpe (Gonzalez, 2020, s. 59). Vedrørende risikovurdering skriver Norman og Ryrie (2009, s. 242) at: The basic skills include active listening, empathic understanding and reflective communication, supplemented by alert observation of the non-verbal cues or signs of change. Med dette til grunn kan en argumentere for at oppfølging via samtale i etterkant av risikovurderinger som gir utslag, er et fornuftig tiltak som er sykepleiefaglig forankret. Gitt at sykepleiere innehar den nødvendige kunnskapen, kan slike situasjoner brukes bevisst både for å deeskalere, og bygge eller styrke terapeutiske relasjoner for videre behandling.

Dette både underbygges og utfordres av andre funn i studien, som viser at behovsmedisinering og verbal kommunikasjon i form av trygging og grensesetting har liten preventiv effekt mot pasienter som har lav til medium score på risikovurderingsverktøyet DASA (Maguire et al. 2018). Både Lantta et al. (2015) og Maguire et al. (2018) identifiserer i tillegg grensesetting som en utløsende faktor for utageringer blant psykiatriske pasienter. Først og fremst tydeliggjør dette viktigheten av å ha kompetente kommunikasjonsferdigheter, og viser at sykepleiere må kunne lese situasjonen og styre samtalen i riktig retning. Dernest viser dette funnet at administrering av behovsmedisin – en relativt enkel løsning sammenlignet med å planlegge og gjennomføre en samtale med pasienten – i mange tilfeller ikke er tilstrekkelig for å forhindre at pasienter utagerer (Maguire et al. 2018). En mulig årsak kan være at en tablett i hånden, sett fra pasientens side, kan danne et bilde av at sykepleiere ikke lytter, eller forstår pasientens opplevde problemer. Faglitteraturen forklarer viktigheten av å forstå og tolke pasientens utsagn og handlinger fra pasientens perspektiv, og å kommunisere dette til pasienten som en følelsesmessig respons, også kalt empatisk gjensvar (Gonzalez, 2020, s. 61). Å gi pasienten et empatisk gjensvar, kan bidra til at han eller hun føler seg forstått, noe som skaper grunnlag for videre utforskning av pasientens tanker, følelser og handlinger, og kan hjelpe pasienten med å styrke sitt eget selvbylde (Gonzalez, 2020, s. 61). Når pasienter truer om, eller utøver vold, enten det er fysisk eller verbalt, skyldes dette ifølge Gonzalez (2020, s. 427) ofte en følelse av manglende mestring og avmakt. Igjen fremkommer samtale med pasienten som et godt tiltak med flere positive ringvirkninger.

Studien viser også en tydelig tendens for at pasienter som scorer høyere på risikovurderingene, mottar flere intervensjoner og tiltak enn de med lav score (Maguire et al. 2018; Sarver et al. 2019; van de Sande et al. 2017). Dette kan trolig forklares med at risikovurderingsmodeller øker presisjonsnivået i kliniske vurderinger (Gonzalez, 2020, s. 427), og på den måten gjør det lettere å forutsi hvilke pasienter som risikerer å utagere, slik at disse derfor mottar flere intervensjoner eller tiltak. Andre funn fra studien underbygger denne forklaringen, der de viser en klar sammenheng mellom pasientenes score, og utageringer (Maguire et al. 2017; Sarver et al. 2019). Funnene tyder på at bruk av risikovurderingsverktøy kan bistå sykepleiere og annet helsepersonell i å identifisere hvilke pasienter som har størst pleiebehov, slik at relevante tiltak kan iverksettes. Videre viser enkeltfunn fra artikkelen av Maguire et al. (2018) at det blir iverksatt flere tiltak til pasienter som blir risikovurdert, enn til de som ikke blir det. Tatt dette i betraktning ser vi en korrelasjon mellom bruk av risikovurderingsverktøy og iverksatte tiltak. En kan og stille spørsmål ved hvordan sykepleiere forholder seg til pasienter med høyere score, og hvordan det påvirker deres handlinger. Et funn som blir interessant i den sammenheng viser at pasienter med høy risikovurderings-score er mer utsatt for tvang og skjerming enn de med lavere score (Sarver et al. 2019; van de Sande et al. 2017). Dette kan igjen trolig forklares med at flere av pasientene som scorer høyt utagerer, slik et av våre funn viser, men en bør ikke utelukke at faktorer som frykt og usikkerhet blant sykepleiere som forholder seg til disse pasientene kan tenkes å påvirke dem negativt i form av å senke terskelen for bruk av frihetsberøvende tiltak som tvang og skjerming. Gitt at prinsippet om autonomi står sterkt i psykiatrisk sykepleie, som i all sykepleie for øvrig, er det viktig at man som sykepleier er bevisst rundt akkurat dette, noe studien indikerer at sykepleiere er. Studien viser tydelig at tvangsmidler og tvangsmedisiner, når sammenlignet med andre tiltak som følge av risikovurderinger, både er lite foretrukket, og lite brukt blant sykepleiere (Hvidhjelm et al. 2016; Sarver et al. 2019; Lantta et al. 2015). En kan da stille spørsmål ved om bruk av risikovurderingsverktøy i seg selv fører til at sykepleiere i mindre grad utsetter pasienter for tvang. Da risikovurdering av psykiatriske pasienter regnes som et primærforebyggende tiltak (Nag et al., 2021), er dette diskuterbart noe av hensikten. I tillegg kan man i en rapport folkehelseinstituttet (FHI) ga ut i 2017 lese at det at det muligens stemmer (Dahm, 2017). Sammen med funn fra denne studien kan dette foreslå at bruk av tvang synker når det gjennomføres faste risikovurderinger.

Et enkeltfunn fra studien viser hvordan sykepleiere etter implementering av DASA beskriver bedre informasjonsflyt mellom ansatte, og et økt fokus rundt voldsrisiko (Lantta et al. 2015). Et lignende funn viser at sykepleiere oppdaterte sykepleieplanen til pasienter med utslag på BVC (Sarver et al. 2019). Sykepleiere jobber som regel i tette team (Gonzalez, 2020, s. 352), og kanskje spesielt i psykiatrien. Når en jobber i team kan en bygge på hverandres styrker, og kan på den måten få bedre resultater enn hva man kan forvente alene. Stubberud (2018, s. 56) beskriver at teamarbeid også kan føre til produktivitetstap, konflikter eller mistriivsel blant de ansatte, samt dårligere behandlingsresultat for pasientene. For at teamet skal fungere kreves god samhandling, og en tydeliggjøring av hva som er hensikten med arbeidet (Stubberud, 2018, s. 56). Ved at sykepleiere og helsearbeidere generelt kommuniserer bedre sammen, og i tillegg øker bevisstheten rundt voldsrisiko på avdelingen, vil begge faktorene Stubberud (2018, s. 56) beskriver bli oppfylt. Det kan derfor tenkes at regelmessig og strukturert bruk av risikovurderingsverktøy vil styrke samarbeidet mellom ansatte, og på den måten kunne føre til mer effektiv behandling av pasientene.

6 Konklusjon

Studien viser at verbal aggresjon er den vanligste formen for aggresjon på psykiatriske avdelinger. Gjennom strukturerte samtaler kan sykepleiere gi pasienter mulighet til å uttrykke følelsene sine, og bidra til at pasienter føler seg hørt og forstått. Videre fant vi ut at tidspunkt og hyppighet for gjennomføring av risikovurdering kan være viktig for nøyaktigheten i målingen. Vi ser at DASA gir mest presise enkeltmålinger på ettermiddagen, men at det er optimalt å måle en gang hver vakt, og bruke gjennomsnitt eller høyeste score fra dette hvert døgn. Pasienter scorer høyest på risikovurderinger de første tre døgnene etter innleggelse, ved å utøve god miljøterapi kan det tenkes at en motvirker dette, og at aggresjon reduseres.

Videre ser vi at risikovurdering fører til tydeligere rapporter, men at det er mange tilfeller hvor det ikke blir gjennomført. Dersom risikovurdering blir brukt rutinemessig vil man kunne iverksette tiltak tidligere. Vi ser derfor et forbedringspotensial i måten risikovurdering blir brukt på. Studien antyder at sykepleiere opplever det vanskelig å knytte intervensjoner eller tiltak til risikovurderingsscore, og det kommer frem at tydelige rammer for frekvens og hyppighet i risikovurdering vil gi mer presise data som kan brukes for å ta bedre avgjørelser vedrørende behandling av pasientene.

Det fremkommer også at risikovurdering fører til mer samtale mellom sykepleiere og pasienter. Å bruke scoren fra risikovurderingen som samtaleemne med pasienter kan synes å ha en deeskalerende effekt, samtidig som det kan bidra relasjonsbygging som står helt sentralt i psykiatrisk sykepleie. Vi ser at behovsmedisinering, trygging og grensesetting har liten effekt på pasienter med lav til middels risikovurderingsscore, og at grensesetting kan være en utløsende faktor for aggresjon. Risikovurdering gjør det lettere for sykepleiere å identifisere pasienter med større pleiebehov, slik at tiltak kan iverksettes. Vi ser at pasienter som blir risikovurdert mottar flere intervensjoner enn resten, og studien antyder at risikovurdering kan redusere bruk av tvang. Studien indikerer at risikovurderingsverktøy kan bedre behandling av pasienter gjennom styrket samarbeid mellom ansatte i psykiatrien.

6.1 Videre forskning

Med utgangspunkt i funn i - og erfaringer fra denne studien - anbefaler vi at det ved videre forskning gjennomføres flere studier som gjenspeiler Skandinavisk psykiatribehandling, eventuelt også rettet mot risikovurderingsverktøyet BVC. Vi anbefaler videre mer kvalitativ forskning vedrørende bruk av risikovurderingsverktøy. Til slutt trengs det flere studier med større statistisk signifikans.

Referanser

- Aare, T. F. (Red.). (2018). *Psykatri for helsefag*. (2. Utg.) Fagbokforlaget
- Arbeidstilsynet (u. å.) *Vold og trusler*. Arbeidstilsynet.
<https://www.arbeidstilsynet.no/tema/vold-og-trusler/>
- Brøset Violence Checklist (u.å.). *bvc* [Brosjyre] <https://www.risk-assessment.no/files/bvc-versions/BVC%20Norsk.pdf>
- Dahm, K. T., Steiro, A. T., Leiknes, K. A., Husum, T. L., Kirkehei, I., Dalsbø, T. K. & Brurberg, K. G. (2017, 19. desember) *Effekt av tiltak for å redusere tvangsbruk i psykiskhelsevern for voksne: en systematisk oversikt*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/publ/2017/effekt-av-tiltak-for-a-reducere-tvangsbruk-i-psykisk-helsevern-for-voksne-e/>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk*. (3. utg.). Gyldendal Akademisk
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *At göra systematiska litteraturstudier* (4. utg.). Natur & kultur
- Gonzalez, M. T. (Red.). (2020). *Psykiske lidelser: faglig forståelse og terapeutisk tilnærming*. Gyldendal.
- Helsebiblioteket. (u.å.). *For å lette arbeidet med kritisk vurdering av forskningslitteratur, anbefaler vi at du bruker sjekklister som hjelpemiddel*.
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>
- Helsedirektoratet. (2017, 27. november). *NEWS og ISBAR bidrar til tydelig kommunikasjon*. <https://www.itryggehender24-7.no/aktuelt/nyheter/news-og-isbar-bidrar-til-tydelig-kommunikasjon>
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.*
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_8#KAPITTEL_8
- Hvidhjelm, J., Sestoft, D., Skovgaard, L. T., Rasmussen, K., Almvik, R. & Bjorner, J. B (2016). Aggression in Psychiatric Wards: Effect of the Use of a Structured Risk Assessment. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(12), 960–967.
<https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1241842>
- Håkonsen, M. H. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Gyldendal Akademisk
- Kanalregisteret. (u. å.) *Om register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Kanalregisteret. <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Om>
- Kunnskapssenteret. (2015). *Meldinger om vold og aggresjon i spesialisthelsetjenesten – et pasientsikkerhetsperspektiv*. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2015/meldinger-om-vold-og-aggresjon-i-spesialisthelsetjenesten.pdf>

- Lantta, T., Daffern, M., Kontio, R. & Välimäki, M. (2015). Implementing the dynamic appraisal of situational aggression in mental health units. *Clinical nurse specialist CNS*, 29(4), 230–243. <https://doi.org/10.1097/NUR.000000000000140>
- Lantta, T., Kontio, R., Daffern, M., Adams, C. E. & Välimäki, M. (2016). Using the Dynamic Appraisal of Situational Aggression with mental health inpatients: a feasibility study. *Patient Preference and Adherence*, 691. <https://doi.org/10.2147/ppa.s103840>
- Maguire, T., Daffern, M., Bowe, S. J. & Mckenna, B. (2017). Predicting aggressive behaviour in acute forensic mental health units: A re-examination of the dynamic appraisal of situational aggression's predictive validity. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(5), 472–481. <https://doi.org/10.1111/inm.12377>
- Maguire, T., Daffern, M., Bowe, S. J. & Mckenna, B. (2018). Risk assessment and subsequent nursing interventions in a forensic mental health inpatient setting: Associations and impact on aggressive behaviour. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), e971–e983. <https://doi.org/10.1111/jocn.14107>
- Nag, T., Engen, M., Eldhammer, G. & Svenning, B. (2021, 14. juli). *Et samlet fagmiljø står bak MAP-programmet for forebygging av vold*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/fag/2021/05/et-samlet-fagmiljo-star-bak-map-programmet-forebygging-av-vold>
- Norman, I. & Ryrie, I. (2009). *The art and science of mental health nursing: A textbook of principles and practice*. (2. utg.). Open University Press
- Nortvedt, P. (2016). *Omtanke: En innføring I sykepleiens etikk*. (2. utg.). Gyldendal Akademisk
- Nqwaku, M., Draycott, S., Aldridge-Waddon, L., Bush, E. L., Tsirimokou, A., Jones, D. & Puzzo, I. (2018). Predictive power of the DASA-IV: Variations in rating method and timescales. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(6), 1661–1672. <https://doi.org/10.1111/inm.12464>
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse: Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*. (2. Utg.). Cappelen Damm Akademisk
- Sarver, W. L., Radziewicz, R., Coyne, G., Colon, K. & Mantz, L. (2019). Implementation of the Brøset Violence Checklist on an Acute Psychiatric Unit. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 25(6), 476–486. <https://doi.org/10.1177/1078390318820668>
- Sifer. (2019). *MAP: Møte med aggresjonsproblematikk*. <https://sifer.no/map/>
- Silseth, I. (2020, 14. januar). Flere ansatte melder fra om vold: Ble slått hardt i hodet. VG. <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/e8R1wa/flere-ansatte-melder-fra-om-vold-ble-slaat-hardt-i-hodet>
- Stubberud, D. G. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet: Sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid*. Gyldendal Akademisk
- Swinburne. (2022). *The Dynamic Appraisal of Situational Aggression (DASA)*. Swinburne. <https://www.swinburne.edu.au/research/centres-groupsclinics/centre-for-forensic-behavioural-science/our-publications-products/dasa/>

- Tolfsen, C. B., Johansen, E. & Vaglieri, M. (2021, 21. mars). En ny dag truer. *NRK*.
<https://www.nrk.no/osloogviken/xl/en-ny-dag-truer-1.15225216>
- van de Sande, R., Noorthoorn, E., Nijman, H., Wierdsma, A., Van De Staak, C., Hellendoorn, E. & Mulder, N. (2017). Associations between psychiatric symptoms and seclusion use: Clinical implications for care planning. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(5), 423–436. <https://doi.org/10.1111/inm.12381>
- World Medical Association. (2018, 09. juli). *WMA Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*.
<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Yalcin, S. & Bilgin, H. (2019). Risk predictions of physical aggression in acute psychiatric wards: Findings of a prospective study. *Nursing & Health Sciences*, 21(3), 316–322. <https://doi.org/10.1111/nhs.12599>

Vedlegg

Vedlegg 1:

Søkeord	Dato	Database	Avgrensning	Antall treff	Leste abstrakter (antall)	Leste Artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
psychiatric patients AND aggression AND risk assessment AND nursing	05.02.22	CINAHL Complete	2011-2021	16	13	5	<p>Yalcin, S., Bilgin, H., (2019).</p> <p>Sarver, W. L., Radziewicz, R., Coyne, G., Colon, K., Mantz, L., (2019).</p> <p>Van de Sande, R., Noorthoorn, E., Nijman, H., Wierdsma, A., van de Staak, C., Hellendoorn, E., Mulder, N., (2017).</p> <p>Maguire, T., Daffern, M., Bowe, S. J., McKenna, B., (2017)</p> <p>Nqwaku, M., Draycott, S.,</p>

							Aldridge-Waddon, L., Bush, E. L., Tsirimokou, A., Jones, D., Puzzo, I., (2018).
psychiatric patients AND risk assessment AND aggression AND nursing	05.02.2022	PubMed	2011-2021	60	24	11	<p>Hvidhjelm, J., Sestoft, D., Skovgaard, L. T., Rasmussen, K., Almvik, R., Bjorner, J. B. (2016).</p> <p>Lantta, T., Daffern, M., Kontio, R., Välimäki, M. (2015).</p> <p>Lantta, T., Kontio, R., Daffern, M., Adams, C. E., Välimäki, M. (2016).</p> <p>Maguire, T., Daffern, M., Bowe, S. J., McKenna, B. (2017).</p> <p>Maguire, T., Daffern,</p>

							M., Bowe, S. J. & McKenna, B. (2018). Yalcin, S., Bilgin, H. (2019)
--	--	--	--	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------

Økt bruk av tvang i "control-ward"	x										1
Mindre bruk av tvang i self-selected intervention-ward	x										1
Mindre aggresjon etter implementering	x										1
Lukkede avdelinger har høyere risiko for aggressive episoder	x										1
Flest lave scorer (BVC)	x										
Ønske om å implementere risikovurderingsverktøy		x									1
Vanskeligere å utøve god sykepleie ved skjerming og tvangsbruk		x									1
Ønske blant sykepleiere om å bruke mer samtale som intervensjon		x									1
Skjermingsrom med mekanisk tvangsutstyr vanligste sted for utagering		x									1
Hurtig å gjennomføre DASA		x									1
Risikovurdering er nyttig for å vurdere effekt av behandling (virking av medisiner)		x									1
DASA er nyttig for uerfarne sykepleiere		x									1
DASA er dårlig egnet for korttids risikovurdering		x									1
Noen sykepleiere vil heller bruke "klinisk intuisjon" enn verktøy		x									1
Score avhenger av pleier-pasient-forhold		x									1
DASA har et unyansert score-system		x									1
Pasienter er fornøyde med at risikovurderingsscore er uavhengig av sykepleiere			x								1
Krenkende å sette høyere score på en pasient etter null i score			x								1
Pasienter er bekymret for at risikovurdering tar for lang tid			x								1
Sykepleiere overvurderer sannsynligheten for utagering				x							1
Sykepleieplan og medisiner					x						1
Flest voldsindikatorer innen de første tre liggedøgn					x						1
Høyere BVC-score fører til lengre innleggelse					x						1

Vedlegg 2b:

Dette viser formelen for antall artikler i hvert funn, representert med x:

Funn i studier	1	2	3	4	5	6	7	8	9		Antall X
irritasjon er vanligste registrerte tilstand	x							x		=ANTALLA(B2:I2)	1
forvirring	x										1
voldsom oppførsel	x							x			2
samtale er vanligste intervensjon	x										1
Tvangsmedisinering og mek tvang er lite slashlite foretrukket brukt	x	x									2

Dette viser gjennom "egendefinert" sortering hvilken kolonne og hvilket område vi sorterte funnene etter:

Sorter dialog box settings:

- Kolonne: Kolonne L
- Sorter etter: Celleverdier
- Rekkefølge: Størst til minst

Background table data (sorted by Antall X):

	F	G	H	I	J	K	L
	5	6	7	8	9		Antall X
x				x	x		4
x					x		3
				x	x		3
				x	x		3
x	x				x		3
irr				x			2
ve				x			2
Tv							2
G					x		2
Di							2

Vedlegg 3:

Referanse (1)	Hvidhjelm, J., Sestoft, D., Skovgaard, L. T., Rasmussen, K., Almvik, R. & Bjorner, J. B. (2016). <i>Aggression in Psychiatric Wards: Effect of the Use of a Structured Risk Assessment</i> . https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1241842
Studiens hensikt/mål	Artikkelen forsøker å finne ut om rutinemessig bruk av Brøset Violence Checklist (BVC), vill kunne senke antall ganger pasienter utøver aggresjon.
Nøkkelbegrep/ Keywords	Ikke oppgitt.
Metode	Studien er en semi-randomisert regresjonsdiskontinuitets-studie med en pre- og post-innførings fase. 15 avdelinger deltok i studien, og grunnlinjen ble etablert over tre måneder. BVC ble så implementert i syv av avdelingene som utgjorde intervensjonsgruppen, mens åtte avdelinger inngikk i kontrollgruppen. Data fra intervensjonsgruppen ble samlet inn over tre måneder, og ble til slutt sammenlignet med data fra kontrollgruppen.
Resultat/ Konklusjon	Studien konkluderer med at systematisk risikovurdering med BVC kan redusere risikoen for aggresjon på psykiatriske avdelinger, men at effekten ikke hadde statistisk signifikans i denne studien, samt at resultatene må bekreftes av studier med større statistisk slagkraft.
Relevans	Artikkelen er en kvantitativ studie, som gir oss konkrete tall på hvilken effekt implementering og systematisk bruk av BVC har på antall aggressive hendelser i psykiatriske avdelinger. Konsekvensene av systematisk risikovurdering er viktig for å kunne bedømme hvorvidt det er hensiktsmessig eller ikke å gjennomføre dette.

Referanse (2)	Lantta, T., Daffern, M., Kontio, R. & Välimäki, M. (2015). Implementing the Dynamic Appraisal of Situational Aggression in Mental Health Units. https://doi.org/10.1097/NUR.000000000000140
Studiens hensikt/mål	Studiens hensikt er å beskrive implementering av strukturert risikovurdering i psykiatriske avdelinger ved hjelp av Ottawa Model of Research Use (OMRU) som et verktøy for å vurdere sykepleieres oppfatning av Dynamic Appraisal of Situational Aggression (DASA), dens kliniske relevans, samt implementeringsprosessen.
Nøkkelbegrep/ Keywords	mental health hospital, mental health nursing, Ottawa Model of Research Use (OMRU), risk assessment, violence prevention
Metode	I studien benyttes OMRU i implementeringsprosessen av DASA. OMRU er utviklet for å fasilitere implementering av innovasjoner i klinisk praksis. 20 psykiatriske avdelinger var villige til å delta i studien, og tre av avdelingene ble valgt ut til å delta på bakgrunn av hyppige voldshendelser og bruk av tvang. Sykepleiere fra avdelingene gjennomførte tre seminarer hvor de henholdsvis diskuterte problemer knyttet til aggresjon i avdelingene, forsøkte å øke forståelsen av intervensjoner, og gjennomgikk ferdighetstrening i bruken av DASA.
Resultat/ Konklusjon	Studien konkluderer med at det er mulig å implementere risikovurderingsverktøy i psykiatriske avdelinger ved hjelp av spesifikke modeller. Psykiatriens komplekse kliniske arbeid med aggresjon og vold utgjør en utfordring for implementering av rutinemessig risikovurdering.
Relevans	Studien viser hvordan risikovurderingsverktøy kan implementeres i psykiatriske avdelinger.

Referanse (3)	Lantta, T., Daffern, M., Kontio, R., Adams, C. E. & Välimäki, M. (2016). <i>Using the Dynamic Appraisal of Situational Aggression with mental health inpatients: a feasibility study</i> . https://doi.org/10.2147/ppa.s103840
Studiens hensikt/mål	Studiens hensikt er å utforske hvor godt innføringen av Dynamic Appraisal of Situational Aggression (DASA) blir mottatt fra ett pasientperspektiv, hvordan det faktisk tas i bruk av psykiatriske sykepleiere, og hvor gode forutsigbare egenskaper DASA har for å forutsi aggresjon.
Nøkkelbegrep/ Keywords	Patient participation, nurses, violence, risk assessment, psychiatric hospitals, multi-method approach
Metode	Studien er en multi-metode studie som tar i bruk både kvantitativ og kvalitativ data for å få en bred forståelse av DASA. Den kvantitative dataen ble brukt for å undersøke sykepleieres bruk av DASA, dens forutsigbare egenskaper og antall pasienter som ville delta. Den kvalitative dataen besto av datasamling gjennom Ottawa Model of Research Use (OMRU) fra tre psykiatriske avdelinger, og ble brukt for å supplere den kvantitative dataen med pasienters perspektiver på styrker og svakheter ved DASA. Uten noen forkunnskap til DASA, skulle sykepleierne ha et to-timers kurs i bruken av DASA, deretter skulle sykepleierne gjennomføre DASA på samtlige pasienter i en måned.
Resultat/ Konklusjon	Sykepleiere brukte DASA i de fleste evalueringene av pasienter. DASA er presis i forutsigelse av aggresjon, videre vil involvering av pasienter i forskning på risikovurdering av aggresjon være nødvendig. Dessuten trenger sykepleiere mer opplæring i bruken av risikovurderingsverktøy, og mulige fordeler og begrensninger i pasientbehandling.
Relevans	Studien gir et innblikk i hvordan pasienter opplever å bli risikovurdert, noe som er verdifullt å ha forståelse for som sykepleier. Studiens kvantitative del presenterer også en rekke funn vedrørende risikovurderingsverktøyets forutsigbare egenskaper og effekt.

Referanse (4)	Yalcin, S. & Bilgin, H. (2019) Risk predictions of physical aggression in acute psychiatric wards: Findings of a prospective study. https://doi.org/10.1111/nhs.12599
Studiens hensikt/mål	Studiens formål er å analysere prognosen av risiko for fysisk utagering og vold fra psykisk syke pasienter, samt variablene som brukes for å forsøke å forutse dette. Studiens andre mål er å forsøke å evaluere prosessen og utfallet assosiert med risikovurderinger i akuttpsykiatrisk avdelinger.
Nøkkelbegrep/ Keywords	mental health, mental illness, physical aggression, psychiatric nurse, risk prediction
Metode	Denne prospektive studien besto av to faser. Den første fasen var risikovurdering av 252 pasienter. Den andre fasen involverte evaluering av nøyaktigheten til de tidligere risikovurderingene fra fase en, basert på informasjon om voldshendelser fra pasientenes journal. Den innledende risikovurderingen ble gjennomført ved eller før innleggelse, og evalueringen av risikovurderingens nøyaktighet/trefferhet ble gjennomført to uker etter innleggelse. Dataen som ble brukt for evalueringen kom fra rapporter og evalueringer fra sykepleiere.
Resultat/ Konklusjon	Sykepleierne var flinkere til å forutsi ikke-voldelige enn voldelige pasienter. I fase en, ble det anslått at 31,3 prosent av pasientene ville utagere, mens kun 15,5 prosent faktisk utagerte. 64,6 prosent av pasientene sykepleierne trodde ville utagere under oppholdet på avdelingen hadde ingen utageringer. Sykepleierne i dette studiet overestimerte hvorvidt pasienter kom til å bli voldelige i løpet av oppholdet. Studien viser at det er mulig å forutsi pasienters risiko for aggresjon, men at det krever fordomsfrie holdninger.
Relevans	Studien viser at sykepleiere overvurderer sannsynligheten for at en gitt pasient kommer til å utagere, og at bruk av risikovurderingsverktøy gir mer presise svar. Videre viser studien viktigheten av at sykepleiere er fordomsfrie, og at dette kan påvirke risikovurdering negativt.

Referanse (5)	Sarver, W. L., Radziewicz, R., Coyne, G., Colon, K. & Mantz, L. (2019) Implementation of the Brøset violence checklist on an acute psychiatric unit. https://doi.org/10.1177/1078390318820668
Studiens hensikt/mål	Studien har som formål å finne forholdet mellom Brøset Violence Checklist (BVC) score og tilfeller med utagering og voldelig oppførsel innen 24 timer, og å sammenligne scoren mellom pasienter som trenger sykepleierintervensjon relatert til vold. Videre undersøkes påvirkningen høy BVC-score har på liggetiden til pasientene samt hvorvidt pasientene blir re-innlagt innen 30 dager etter utskrivelse.
Nøkkelbegrep/ Keywords	violence/aggression, hospitalization, inpatient treatment, rating scale and scales
Metode	Dette er en retrospektiv kohortstudie som hentet data fra journalene til alle innlagte pasienter (222 pasienter) ved en psykiatrisk avdeling over en periode på 3 måneder. Sykepleiere brukte BVC-modellen på samtlige pasienter. Data ble samlet de første tre dagene etter innleggelse for å fastslå tidlige trender i score, samt voldshendelser i løpet av de første 24 timene og tidlig i oppholdet.
Resultat/ Konklusjon	Studien indikerer en 3,4 ganger så høy sannsynlighet for vold for hvert BVC-poeng en gitt pasient scorer. Pasienter som krever omfattende tiltak eller intervensjoner har i tillegg en høyere gjennomsnittlig BVC-score de to første dagene etter innleggelse sammenlignet med andre pasienter. Pasienter med utslag på BVC bør derfor få tettere oppfølging ved innleggelse for å minimere sjansen for vold.
Relevans	Da dataen i studiet baserer seg på rapporter, evalueringer og handlinger skrevet og gjennomført av sykepleiere er det interessant å se hvilke eventuelle trender som kan sees i etterkant. Studiet peker tydelig i retning av at BVC egner seg godt til å forutse potensiell utagering/voldshendelser, noe som er relevant for sykepleiere som jobber på lignende psykiatriske avdelinger.

Referanse (6)	van de Sande, R., Noorthoorn, E., Nijman, H., Wierdsma, A., van de Staak, C., Hellendoorn, E. & Mulder, N. (2017) Associations between psychiatric symptoms and seclusion use: Clinical implications for care planning. https://doi.org/10.1111/inm.12381
Studiens hensikt/mål	Studiens hensikt er å undersøke forholdet mellom scoren på tre ulike typer strukturerte observeringsverktøy og skjerming. Verktøyene som ble brukt var Kennedy Axis V (K-Axis-V), Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) og Social Dysfunction and Aggression Scale (SDAS).
Nøkkelbegrep/ Keywords	daily assessment, risk assessment, seclusion, symptoms, treatment planning
Metode	Studien har tatt utgangspunkt i en randomisert klasestudie med en klinisk utprøvningsfase gjennomført i 2011. Studien fra 2011 brukte data fra alle pasientene fra fire akuttpsykiatriske avdelinger over en periode på to år. Denne studien er ett langsgående, dynamiske kohortstudie som ser på dataen etter implementering av K-Axis-V, BRPS og SDAS med opplæring av sykepleierne på avdelingene.
Resultat/ Konklusjon	Studien konkluderer med at bruk av K-Axis-V, BRPS og SDAS, kan være nyttig for å identifisere pasienter som har høy risiko for å bli skjermet, og kan gjøre det lettere å planlegge pleie til pasientene samt ta klinisk baserte avgjørelser for å unngå bruk av skjerming i psykiatriske avdelinger.
Relevans	Studien viser at bruk av bestemte risikovurderingsverktøy kan føre til bedre sykepleie til psykiatriske pasienter i form av at man får et godt datagrunnlag man kan basere videre behandling på.

Referanse (7)	Nqwaku, M., Draycott, S., Aldridge-Waddon, L., Bush, E. L., Tsirimokou, A., Jones, D. & Puzzo, I. (2018) Predictive power of the DASA-IV: Variations in rating method and timescales. https://doi.org/10.1111/inm.12464
Studiens hensikt/mål	Å evaluere de forutsigende egenskapene til risikovurderingsverktøyet Dynamic Appraisal of Situational Aggression (DASA-IV), i et tidsrom på 24 timer, i en psykiatrisk sykehusavdeling.
Nøkkelbegrep/ Keywords	aggression, DASA-IV, forensic inpatient, prediction, risk assessment
Metode	Studien er en naturalistisk prospektiv studie med det formål å lære opp eller veilede bruken av DASA i en psykiatrisk avdeling, for så å se hva resultatet blir. All data ble innhentet i løpet av den kliniske perioden av studiet, og ble brukt til å evaluere utviklingen av hvordan DASA ble brukt. Dataen ble hentet fra tre psykiatriske avdelinger med forskjellige fagfelt, henholdsvis akuttpsykiatri, personlighetsforstyrrelser og psykose og mani. Totalt 43 pasienter ble evaluert med DASA over en periode på seks måneder, og dataen fra DASA-score ble sammenlignet med rapporter om utagering.
Resultat/ Konklusjon	Når DASA blir brukt gjennom en enkelt vakt har modellen moderate forutsigende egenskaper for å forutsi aggresjon og utagering den påfølgende dagen. Dersom den blir brukt alle tre vaktene i et døgn, har den ypperlige forutsigende egenskaper. Studiet konkluderer med at DASA har moderate prediktive egenskaper når modellen brukes en enkelt gang og ypperlige forutsigende egenskaper når den brukes gjennom et helt døgn.
Relevans	Studien sier noe om hvordan sykepleiere benytter – og bør benytte DASA for å få de mest nøyaktige resultatene.

Referanse (8)	Maguire, T., Daffern, M., Bowe, S., J. & McKenna, B. (2017). Predicting aggressive behaviour in acute forensic mental health units: A re-examination of the dynamic appraisal of situational aggression's predictive validity. https://doi.org/10.1111/inm.12377
Studiens hensikt/mål	Å utforske i hvilken grad modellen Dynamic Appraisal of Situational Aggression (DASA), egner seg til å forutsi om pasienter kommer til å utagere, og hvor nøyaktig denne modellen er. Studien ser også på hvorvidt pasientenes kjønn har betydning for DASA.
Nøkkelbegrep	aggression, inpatient, nurse, risk assessment
Metode	Denne retrospektive studien ble gjennomført på et sikkerhetspsykiatrisk sykehus, med akutte og planlagte innleggelse av psykiatriske pasienter som var dømt til behandling, eller som var for farlige for å være på andre psykiatriske avdelinger. Studien hadde 60 deltagere, hvor 30 var menn, og 30 var damer, med en gjennomsnittsalder på 33,4 år. Samtlige var innlagt i minst 60 dager. Dataen ble hentet fra pasientenes journaler, og var fra mellom 2009-2013. Dataen som ble brukt i studiet gjaldt hvorvidt det ble gjennomført daglig DASA, den eventuelle DASA-scoren, intervensjon/tiltak som ble gjennomført av sykepleiere, og om pasientene utagerte 24 timer innenfor hver gitte DASA-test. I denne studien ble utagering/aggresjon definert som disposisjon eller vilje til å utføre skade, både verbalt og fysisk, uavhengig av om fysisk skade ble utfallet.
Resultat/ konklusjon	<p>Av totalt 3600 mulige risikovurderinger og dager, ble det registrert 546 dager hvor utagering/aggresjon fant sted. 80% var verbale trusler, 12% var slag/spark/kasting eller materiell skade, 6,4% var slag eller dytting og 2% var bruk av våpen eller trusler om dette.</p> <p>2175 DASA-vurderinger ble gjennomført, av totalt 3600 mulige, noe som utgjør 60,4% av totalt antall mulige vurderinger. 59,8% av disse vurderingene ga en score på 0, 10,3% ga en score på 1, 9,2% ga en score på 2, 5,7% ga en score på 3, 3,9% ga en score på 4, 3,5% ga en score på 5, 2,4% ga en score på 6, og 5% ga en score på 7.</p> <p>I 828 av tilfellene hvor det ble gjort en DASA-vurdering, rapporterte sykepleierne at de hadde iverksatt tiltak relatert for dette. I 1347 av tilfellene var det ikke rapportert om noen iverksatte tiltak.</p>

	Studiet konkluderer med at DASA med forutsigbarhet kan forutsi aggresjon blant både kvinnelige og mannlige pasienter.
Relevans	Denne studien viser at DASA er et verktøy som gir forutsigbare og trygge vurderinger som man kan basere videre sykepleie til pasienten på.

Referanse (9)	Maguire, T., Daffern, M., Bowe, S. J. & Mckenna, B. (2018). Risk assessment and subsequent nursing interventions in a forensic mental health inpatient setting: Associations and impact on aggressive behaviour. https://doi.org/10.1111/jocn.14107
Studiens hensikt/mål	Studien undersøker assosiasjoner mellom aggresjon og intervensjoner rettet mot forhindring av aggresjon.
Nøkkelbegrep/Keywords	aggression management, forensic mental health, intervention, mental health nursing, nursing, risk assessment
Metode	Denne retrospektive studien ser tilbake på journalene til 60 pasienter, med en snittalder på 36,8 år, hvor 30 var kvinner og 30 var menn. Pasientene var innlagt på en rettspsykiatrisk avdeling i perioden 2009- 2013. Kravet for inklusjon i studien var at pasientene skulle ha vært innlagt på avdelingen i minimum 60 dager. Pasientene ble tilfeldig valgt. Studien fokuserte på sykepleieintervensjoner og innvirkningen dette hadde på pasientens utagering/ aggresjon.
Resultat/ Konklusjon	Studien viser at sykepleiere gjennomfører flere intervensjoner når Dynamic Appraisal of Situational Aggression (DASA) blir benyttet sammenlignet med når DASA ikke blir brukt. Videre tyder studien på at en høyere DASA-score henger sammen med flere intervensjoner. Det fremkommer også en forskjell i type intervensjoner menn og kvinner mottar, hvor menn oftere får behovsmedisin og observasjon, mens kvinner oftere mottar trygging. Studien tyder på at pasienter med lav til medium DASA-score får økt sannsynlighet for aggresjon når de mottar behovsmedisin, trygging og grensesetting.
Relevans	Studien ser på relasjonen mellom risikovurderingsscore og intervensjoner gjennomført av sykepleiere. Studien viser videre hvilke intervensjoner sykepleiere tar i bruk, og utfallet av disse.

