

Vilde Kvalsund Taklo (10002)  
Guro Aarstad Villa (10115)

## Forebygging av aggresjon og vold i psykisk helsevern

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie  
Veileder: Hege Hollingen Hjelkrem  
Juni 2023



Vilde Kvalsund Taklo (10002)  
Guro Aarstad Villa (10115)

# **Forebygging av aggresjon og vold i psykisk helsevern**

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie  
Veileder: Hege Hollingen Hjelkrem  
Juni 2023

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



Kunnskap for en bedre verden



# Sammendrag

**Hensikt:** Vold og aggresjon er et utbredt problem i psykisk helsevern. Målet med denne studien er å undersøke hvordan sykepleiere kan arbeide for å forebygge aggresjon og vold i psykisk helsevern for voksne.

**Metode:** Litteraturstudie basert på syv forskningsartikler.

**Resultat:** Funnene i studien belyser to hovedtema som avgjørende i arbeidet med forebygging av aggresjon og vold; (1) sykepleiers kunnskap og evne til å forstå pasienten, og (2) organisatoriske faktorer, med henholdsvis fem og tre undertema.

**Konklusjon:** Sykepleier trenger økt kompetanse i arbeid med aggresjon- og voldsproblematiske pasienter. Kunnskapen må styrkes, ferdigheter innen tilnærming, ivaretagelse og kommunikasjon må være på plass, samt tilrettelegging av de organisatoriske faktorene som undervisning og trening, stabil arbeidsgruppe og tilstrekkelig bemanning.

# Abstract

**Aim:** Violence and aggression is a common problem in mental health care. The aim of this study is to examine how nurses can work to prevent aggression and violence in mental health care for adults.

**Method:** A literature review based on seven research articles.

**Result:** The findings illustrate two main themes critical in the work of preventing aggression and violence; (1) nurses' knowledge and ability to understand the patient, and (2) organizational factors, with five and three sub themes respectively.

**Conclusion:** Nurses need increased competence in the work with patients prone to aggression and violence. Their knowledge needs to be strengthened, and their ability to approach, care for and communicate with a patient needs to be in order. Organizational factors like education and practice, a safe working group and adequate staffing is also recognized as important in the work of preventing aggression and violence.







# Innhold

1	Innledning .....	1
1.1	Introduksjon og bakgrunn for tema .....	1
1.2	Hensikt/formål og problemstilling .....	2
1.3	Avgrensing av oppgaven.....	2
1.3.1	Begrepsklaring .....	2
2	Teori.....	3
2.1	Aggresjon og vold.....	3
2.2	Psykiatrisk sykepleie .....	3
2.2.1	Joyce Travelbee .....	4
2.2.1.1	Menneske-til-menneske-forhold.....	4
2.2.1.2	Kommunikasjon.....	4
2.2.2	Kommunikasjonsaspekter i psykiatrisk sykepleie.....	4
2.2.3	Miljøterapi.....	5
2.2.4	Holdninger og etikk .....	5
2.3	Organisatoriske forhold .....	5
3	Metode.....	7
3.1	Beskrivelse av metode.....	7
3.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	7
3.3	Søkehistorikk og søkestrategi .....	8
3.4	Vurdering og utvalgelse av artikler .....	10
3.4.1	Etisk vurdering .....	10
3.5	Analyse .....	10
4	Resultater.....	12
4.1	Artikkelmatriser .....	12
4.2	Hovedtema.....	15
4.2.1	Sykepleiers kunnskap og evne til å forstå pasienten .....	16
4.2.1.1	Kunnskap om pasienten .....	16
4.2.1.2	Kommunikasjon og tilnærming .....	16
4.2.1.3	Forstå pasientens situasjon og følelser.....	17
4.2.1.4	Redusere skillet mellom «meg og deg» .....	17
4.2.1.5	Mestring og selvregulering.....	17
4.2.2	Organisatoriske faktorer .....	18
4.2.2.1	Behovet for trening og undervisning .....	18
4.2.2.2	For høyt arbeidspress .....	18

4.2.2.3	Viktigheten av en trygg arbeidsgruppe og tydelig ledelse .....	19
5	Diskusjon .....	20
5.1	Forhold hos personalet og miljøet som kan forebygge aggresjon og vold .....	20
5.2	Organisatoriske forhold som kan forebygge aggresjon og vold .....	24
5.3	Styrker og svakheter med litteraturstudiet .....	25
5.4	Konklusjon .....	26
5.4.1	Forslag til videre forskning .....	26
	Referanser .....	27
	Vedlegg .....	30

**Antall ord: 7669**

# 1 Innledning

I det følgende kapittelet vil vi introdusere temaet og bakgrunnen for valg, samt hensikt og problemstilling, før avgrensinger kommer til slutt.

## 1.1 Introduksjon og bakgrunn for tema

Sykepleieryrket er et av de mest utsatte for å oppleve vold og trusler på arbeidsplassen (Arbeidstilsynet, u. å.), og tall fra levekårsundersøkelsene med tema arbeidsmiljø (LKU-A), viser at hele 25% av sykepleiere i arbeid opplever dette. Arbeid i et miljø hvor man blir utsatt for trusler og vold, kan medføre økt fare for søvnevansker, symptomer på psykiske plager, risiko for hjerte- og karsykdommer, samt risiko for økt sykefravær (STAMI & NOA, 2019).

Selv om sykepleiere kan møte på vold og trusler i flere sektorer, viser et læringsnotat fra Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten (2015), at det er et særpreg i risikofaktorene i arbeid i psykisk helsevern. Aggresjon og vold blant innlagte pasienter i psykisk helsevern er utbredt, og tross variasjoner mellom behandlingssted og land, er det anslått 3,5 situasjoner i uka med aggresjon og vold i en enhet med 16 senger. Selv om flertallet av pasientene i psykisk helsevern ikke utgjør risiko for skade på andre, er det likevel sett sammenhenger mellom psykisk sykdom og vold (Krogstad et al., 2015). I en behandlingseenhet kan trusler om vold og vold være rettet mot personalet, pasienten selv, inventar eller mot medpasienter (Krogstad et al., 2015), og det kan omfatte spark, slag, lugging, dytting eller ytterlige fysiske overgrep som kan medføre alvorlig skade (STAMI & NOA, 2019).

I notatet fra Meldeordningen (2015) kommer det også frem at for helsepersonell i psykisk helsevern, er truende og voldelige situasjoner en del av det daglige arbeidet, og at forebygging av og skjerming mot både direkte og indirekte vold bør være en del av helsetjenestens funksjon (Krogstad et al., 2015).

## 1.2 Hensikt/formål og problemstilling

Som belyst under introduksjon til tema, kan arbeid som sykepleier innen psykisk helsevern, medføre trusler og vold. Det blir derfor sett på som høyst relevant for sykepleiere å ha kunnskap om hvordan en kan forebygge denne risikoen. På bakgrunn av dette ble følgende problemstilling utformet:

*Hvordan kan sykepleier arbeide for å forebygge aggresjon og vold i psykisk helsevern for voksne?*

## 1.3 Avgrensning av oppgaven

Studien avgrenses til å omhandle voksne pasienter innlagt i psykisk helsevern, noe som inkluderer menn og kvinner med ulike innleggelsesårsaker. Videre avgrenses den til hvilke metoder sykepleiere kan benytte for å forebygge aggressive situasjoner, samt forhindre at disse utvikler seg til vold. Bruk av tvangsmidler, voldsrisikokartlegging og konstruksjonsfaktorer blir ekskludert fra studien, ettersom vi ønsker å fokusere på sykepleiers kunnskap og ferdigheter, samt de mellommenneskelige faktorene i en avdeling.

### 1.3.1 Begrepsklaring

**Aggresjon og vold:** I denne studien handler det om aggresjon og vold som utøves verbalt og fysisk mot andre mennesker og inventar. Vi ønsker å presentere to definisjoner som vi legger til grunn i denne studien:

Aggresjon er et samlebegrep for atferd som et individ med hensikt utfører eller gir eksplisitt verbalt og fysisk uttrykk for å utføre, for at et annet individ skal påføres fysisk skade, fysisk smerte eller kroppslig krenkelse. (Bjørkly, 2001, p. 28)

Vold er atferd innrettet på å påføre andre personer alvorlig fysisk skade eller kroppslig krenkelse. I denne definisjonen inngår også verbale eller fysiske trusler som gir signaler om at en vil påføre andre personer alvorlig fysisk skade eller kroppslig krenkelse. (Bjørkly & Grøndahl, 2016, p. 214)

**Psykisk helsevern:** Defineres i lovverket som «spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever» (Psykisk helsevernloven, 1999, §1-2). Utgangspunktet i denne studien er derfor pasienter innlagt i psykisk helsevern.

## 2 Teori

Under presenteres relevant teori for problemstillingen; teori om aggresjon og vold, psykiatrisk sykepleie og organisatoriske faktorer.

### 2.1 Aggresjon og vold

En del aggressive reaksjoner kan forstås ut fra pasientens psykiske lidelse og indre opplevelser. Det kan komme av sterk angst fra pasientens oppfatninger av seg selv eller omgivelsene. Misforståelser og det som kan oppleves som umotivert aggresjon, kan komme av vrangforestillinger eller hallusinasjoner. (Løkensgard, 1995, p. 175).

Instrumentell aggresjon, som er et middel for å oppnå noe annet, skilles fra emosjonell aggresjon, som kommer av sinne eller frustrasjon med hensikt i å kommunisere følelsene. Emosjonell vold med hensikt i å skade, eksisterer bare på et psykologisk nivå. Den forsterkes på grunn av stimulering som oppstår ved mye indre uro, ved redusert impuls kontroll eller ved realitetsforstyrrelser (Hummelvoll, 2012, p. 251-255).

Arbeidstilsynet skiller mellom instrumentell vold og relasjonelle trusler/vold. Sistnevnte utløses vanligvis av frykt, forvirring eller frustrasjon. Det kan komme av følelsen av avmakt, manglende dekning av grunnleggende behov, kommunikasjonssvikt, hevn, rus/abstinenser, psykisk sykdom, interessekonflikter eller manglende grensesetting (Arbeidstilsynet, u. å.).

### 2.2 Psykiatrisk sykepleie

Sykepleiers kliniske kompetanse går ut på å utøve sykepleie basert på erfaring, oppdatert kunnskap og forskning. Innen psykiatrien spiller også livserfaring og personlig kunnskap en viktig rolle for den kliniske kompetanse- og vurderingsevnen. Å kunne reflektere over, og integrere egne livserfaringer i behandlingen, er svært betydningsfullt (Gonzalez, 2020b, p. 53). I psykiatrisk sykepleie som omhandler aggresjonsproblematikk, er det avgjørende at sykepleier lytter til pasientens subjektive erfaringer og syn på problemet, for å så kombinere dette med fagkunnskap om aggresjon. Dette vil fremme en god tilnærming og behandling til denne pasientgruppen. Hovedmålet i arbeidet er å hjelpe pasienten til å utvikle evner for å uttrykke aggresjon, uten at noen kommer til skade (Hummelvoll, 2012, pp. 261-262).

## 2.2.1 Joyce Travelbee

### 2.2.1.1 Menneske-til-menneske-forhold

At sykepleie alltid skal omhandle mennesket som et individ, står sentralt i sykepleieteoretiker Joyce Travelbees teori. «Menneske-til-menneske-forholdet» går ut på at pleier og pasient har et forhold til hverandre som individer, ikke som «sykepleier» og «pasient». Travelbee mener at når det enkelte individ i en interaksjon opplever den andre som et menneske, at en genuin og reell kontakt oppstår. Å arbeide på denne måten, setter sykepleiere i posisjon til å hjelpe individer med å mestre sykdom og lidelse, samt finne mening. All kontakt sykepleier har med mennesket de har omsorg for, kan bidra til veien mot et "menneske-til-menneske-forhold". For å oppnå dette må sykepleier jobbe strukturert, og være bevisst på å lære å kjenne vedkommende, og ivareta dens behov i alle intervensjoner (Travelbee, 1999, p. 171-172).

### 2.2.1.2 Kommunikasjon

Kommunikasjon er ifølge Travelbee, en prosess sykepleier bruker for å oppsøke og gi informasjon, og en prosess den syke og hans pårørende bruker for å få hjelp. Kommunikasjon skjer både verbalt og nonverbalt i alle interaksjoner. Meninger blir delt, mottatt og forstått av alle partene. Alle i en interaksjon blir påvirket av hverandre, observerer hverandre og utveksler tanker, følelser og holdninger. Kommunikasjon skjer hele tiden, enten du er bevisst eller ubevisst på det. En profesjonell sykepleier snakker og handler bevisst på måter som kan føre til forandring. En må utvikle nødvendige kommunikasjonsferdigheter og -evner, og bruke det som et verktøy. Desto mer kreativ, kunnskapsrik og dyktig en sykepleier er, desto mer egnet er en til å bruke kommunikasjon med styrke og kraft (Travelbee, 1999, pp. 135-138).

## 2.2.2 Kommunikasjonsaspekter i psykiatrisk sykepleie

Gjennom aktiv lytting kan en oppfatte avansert samspill mellom verbalt og nonverbalt språk, samt identifisere hva som er viktig for andre. Aktiv lytting innebærer bruk av et bredt spekter av kommunikasjonsformer, for å etablere god kontakt, skaffe informasjon og vise andre at en hører, ser og forstår (Eide & Eide, 2017, p. 22). Det å kunne forstå pasienten er viktig av to grunner; for å ha pålitelig fakta å basere arbeidet sitt på og for at pasienten skal oppleve å bli forstått. Det er ikke sjelden at psykiatriske pasienter opplever å bli misforstått eller møtt med uforstående holdninger, noe som kan forårsake irritasjon. Det finnes begrensinger for hva en forstår, og det kan derfor være fruktbart for sykepleier og pasient å finne betydning sammen i det som prøver å kommuniseres (Løkensgard, 1995, pp. 41-43).

### 2.2.3 Miljøterapi

Miljøterapi handler om systematisk og gjennomtenkt tilrettelegging av miljøets psykologiske, sosiale og fysiske betingelser, etter pasientenes situasjon og behov på individ- og gruppenivå (Vadvik, 2021). Miljøterapi har som hensikt å virke behandlende, fremme god helse og funksjonsdyktighet. Det baseres på trygghet og trivsel, som kommer av gjensidig tillit, respekt, samarbeid, sikkerhet, daglig selskap og personlig frihet. Det innebærer også øving på sosiale ferdigheter og personlig ansvar. Alt dette gir miljøet en behandlende effekt, og sykepleier skal bruke miljøet til å ta vare på hver enkelt pasients behov (Løkensgard, 1995, p. 63).

En viktig del av miljøterapi er samværssituasjoner og fellesskap, som måltider, ulike hyggestunder, se på tv eller spille spill. Hensikten er at pasientene skal erfare fellesskapet som meningsfylt, anerkjennende og at de føler på verdi og tilhørighet. Den terapeutiske ideen med miljøterapi er at gode og korrigerende erfaringer skal integreres, og brukes videre i pasientens liv (Gonzalez, 2020a, pp. 362-365).

### 2.2.4 Holdninger og etikk

Sykepleie må utøves empatisk, respektfullt og etisk forsvarlig, noe som krever god klinisk kompetanse og forståelse (Gonzalez, 2020b, p. 53). For å arbeide med egne holdninger og utvikle evnen til kritisk refleksjon i møte med pasienter, er systematisk etisk refleksjon viktig. En kan komme i etisk krevende situasjoner, hvor det er viktig å reflektere over egne og andres holdninger, samt hvordan holdningene kan påvirke. Å adressere holdningene som finnes i avdelingen er hensiktsmessig, for å jobbe med egne holdninger. I utfordringer der en selv vet hva en ideelt sett burde gjøre, kan forhold i organisasjonen hindre en i å handle i henhold til egne verdier. Det er derfor avgjørende med godt kollegialt fellesskap og tydelig ledelse (Hem & Gonzalez, 2020, pp. 90-93).

## 2.3 Organisatoriske forhold

For å kunne utføre godt faglig arbeid, må organisatoriske forhold legges til rette. Voldsforbyggende arbeid må sees på som et teamarbeid, hvor leder har en nøkkelrolle. En aktiv leder i det forebyggende arbeidet, skaper tydelige holdninger om at forebygging av aggresjon og vold er prioritert. Faktorer som trygge hjelpere, felles forståelse og holdninger, tiltaksplan og opplæring av ansatte spiller inn. Personalet må ha oversikt, forutsigbarhet, innflytelse og påvirkning i arbeidssituasjonen. Strukturen skal understøtte trygghet og mulighet for utvikling. Det må skapes et miljø som ivaretar ansattes behov, for at de kan skape et terapeutisk miljø for pasientene (Lillevik & Øien, 2014, pp. 63-65).

Felles tiltak i møte med voldelig atferd, vil ha en forebyggende effekt. En bør ha planlagte strategier på hvordan en skal forebygge, samt håndtere aggresjon og vold når

det oppstår (Lillevik & Øien, 2014, pp. 68-71). Arbeidsgiver plikter ifølge forskrift om utførelse av arbeid §23A-4 å iverksette nødvendige tiltak mot vold ut ifra det som kommer frem av risikovurdering (Endr. i forskrift om utførelse av arbeid, 2016, §23A-4). Arbeidstilsynet belyser at det som kan øke risikoen for vold og trusler er stor gjennomtrekk av arbeidstakere, bemanning med for lav kompetanse, for lav bemanning og mangelfull opplæring (Arbeidstilsynet, u. å.).



## 3 Metode

I det følgende kapittelet vil vi gi en beskrivelse av valgt metode, redegjøre for inklusjons- og eksklusjonskriterier og beskrive søkestrategi. Videre vil vurdering og utvelgelse av artikler inkludert etisk vurdering bli beskrevet, samt fremgang for analyse til slutt.

### 3.1 Beskrivelse av metode

Bacheloroppgaven i sykepleie er en form for oppsummert forskning, som bruker en forenklet systematisk litteraturstudie som metode. Ved å søke etter, vurdere og analysere relevant litteratur for å svare på en problemstilling, kalles det en litteraturstudie (Aveyard, 2019, p. 2). Denne litteraturstudien baserer seg på syv forskningsartikler, seks kvalitative og en kvalitativ og kvantitativ, som er funnet gjennom systematiske søk i databasene CINAHL og Psychology and Behavioral Sciences Collection. Videre er artiklene kritisk vurdert og analysert for å komme frem til materialet som danner grunnlaget for resultatet i denne studien.

### 3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

<b>Inklusjonskriterier</b>	<b>Eksklusjonskriterier</b>
Artikler fra 2012-2023	Artikler utgitt før 2012
Fagfellevurderte artikler	Ikke fagfellevurderte artikler
Skrevet etter IMRaD-struktur	Artikler uten IMRaD-struktur
Engelsk eller skandinavisk språk	Artikler med andre enn engelsk eller skandinavisk språk
Pasienter > 18 år	Barn, ungdom og geriatriske pasienter
Psykisk helsevern	Kommunale og polikliniske tjenester
Vestlige land	Ikke-vestlige land

For å identifisere litteratur relevant for vår oppgave, samt veilede og fokusere litteratursøket, utformet vi inklusjons- og eksklusjonskriterier på bakgrunn av problemstillingen (Aveyard, 2019, p. 75). For å identifisere ny og oppdatert forskning, avgrenset vi til artikler publisert fra 2012-2023. For å ha kvalitetssikret og strukturert

innhold, valgte vi å kun inkludere fagfellevurdert forskning, med IMRaD-struktur. Ettersom problemstillingen er å undersøke hvordan vold og aggresjon kan forebygges i psykisk helsevern for voksne, ble dette også et inklusjonskriterium, hvor vi ekskluderte artikler som omhandlet kommunale og polikliniske psykiatriske tjenester, samt psykisk helsevern for barn, ungdom og geriatriske pasienter. For at resultatet i forskningen skal kunne representere psykisk helsevern i Norge, valgte vi å kun inkludere artikler fra vestlige land. Se ellers tabell 1 for oversikt over inklusjons- og eksklusjonskriterier.

### 3.3 Søkehistorikk og søkestrategi

Tabell 2: Søketabell

Søkeord	Dato	Database	Evt. avgrensning	Antall treff	Leste abstracter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
<p>(MH "Violence + prevention and control") OR            "Prevention of violence" OR            (MH "Workplace violence + prevention and control") OR (MH "Aggression + prevention and control"</p> <p>AND</p> <p>(MH "Psychiatric nursing+") OR            "psychiatric nursing" OR            (MH "Psychiatric units") OR            "psychiatric unit"</p>	12.04.23	CINAHL complete	<p>Fra 2012-2023</p> <p>Peer reviewed</p> <p>Research article</p> <p>English, danish, norwegian and swedish language</p>	99	80	13	<p><b>E</b> Hallett &amp; Dickens (2015)</p> <p><b>F</b> Hylén et al. (2019)</p> <p><b>D</b> Lim et al. (2019)</p> <p><b>C</b> Maguire et al. (2014)</p> <p><b>A</b> Olsson &amp; Schön (2016)</p>
<p>"Prevention of violence" OR            "Prevention of aggression" OR            "Prevention of workplace violence"</p> <p>AND</p>	19.04.23	Psychology and Behavioral Sciences Collection	<p>Fra 2012-2023</p> <p>Peer reviewed</p> <p>Danish, English,</p>	38	24	5	<p><b>B</b> Berring et al. (2016)</p>

"Psychiatric nursing" OR "Psychiatric unit"			Norwegian, Swedish				
(MH "Violence+/PC") OR "prevention of violence" OR "prevention of aggression" OR ("MH "Workplace Violence/PC")	25.04.23	MEDLINE	Scholarly (Peer Reviewed)  Fra 2012-2023	83	41		
AND			Danish, English, Norwegian, Swedish				
(MH "Psychiatric Nursing") OR "psychiatric nursing"							
OR "psychiatric unit"							

Fra problemstillingen utarbeidet vi søkeordene «Violence», «Workplace violence», «Aggression», «Psychiatric nursing» og «Psychiatric unit». Ettersom databasene vi har brukt opererer på forskjellige måter, har små justeringer blitt utført i søkene, se tabell 2.

I første søk i CINAHL Complete, var «violence», «workplace violence» og «aggression» emneord, som vi kunne legge til underoverskriften «Prevention and control». Ettersom vi var ute etter artikler som beskrev forebygging, valgte vi å benytte dette, for så kombinere disse ordene med den boolske operatøren OR. «Psychiatric nursing» og «Psychiatric unit» ble søkt på som både emneord og «nøkkelord», og kombinert med OR. Til slutt la vi sammen disse to søkene med AND. Videre avgrensinger er dokumentert i tabell 2. Fem artikler ble inkludert fra dette søket. På søk nr. 2 kunne vi ikke bruke emneord med underoverskrifter, her ble det derfor søkt med «prevention» fremfor hvert av de tre første søkeordene, for at søket skulle være så strukturert og likt som mulig, og en artikkel ble inkludert. Et siste strukturert søk ble gjennomført i MEDLINE, men ingen artikler ble inkludert. Det ble også gjennomført manuelle søk i databasene Sykepleien forskning, SveMed+ og Idunn, men ingen treff passet våre inklusjonskriterier. Til slutt foretok vi et manuelt søk i Google Scholar med «how can nurses prevent violence in psychiatric care», og inkluderte **(G) Lantta et al. (2016)**, ettersom den passet våre kriterier.

Vi opplevde i søk to og tre at flere av artiklene vi identifiserte i søk nr. 1, dukket opp igjen, samt at de dukket opp i «foreslåtte artikler» i artiklenes tidsskrift. Dette tok vi som

et godt tegn på at vi har benyttet en strukturert søkestrategi, samt hadde adressert relevant forskning (Aveyard, 2019, p. 87).

### 3.4 Vurdering og utvelgelse av artikler

Etter å ha søkt, ble treffene nøye gjennomgått for å vurdere relevans. Etter gjennomgang av titler og abstrakter ble alle som ikke passet kriteriene ekskludert, viser til tabell 2 for antall. Abstraktene ble vurdert opp mot problemstilling, inklusjons- og eksklusjonskriterier, samt at de i hovedsak fremmet sykepleieperspektivet. Artikler som virket relevante ble valgt ut og lest i sin helhet (Aveyard, 2019, p. 94). Etter å ha lest gjennom 18 artikler flere ganger (Aveyard, 2019, pp. 99-100), vurderte vi syv til å være relevante, og passe inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Dette var i hovedsak kvalitative studier, med unntak av en, som er både kvalitativ og kvantitativ.

Sjekklistene for kvalitativ forskning fra Helsebiblioteket (2020) ble videre benyttet for å kvalitetssikre relevante artikler (Helsebiblioteket, 2020). Se vedlegg 1 for eksempel på utfylt sjekklister. Videre ble artiklenes tidsskrift søkt opp i «Register over vitenskapelige publiseringskanaler», et norsk register for vurdering av kvalitet på tidsskrifter for vitenskapelig publisering. Alle tidsskriftene inkludert i vår studie hadde nivå 1 eller 2, og regnes dermed som vitenskapelige (Register over vitenskapelige publiseringskanaler, u. å.). Etter vurdering av relevans og kvalitet, inkluderes syv fagfelle-vurderte artikler med IMRaD-struktur, som danner grunnlaget for resultatet i denne studien.

#### 3.4.1 Etisk vurdering

Christoffersen et al. (2015) understreker viktigheten av at helsefaglig forskning gjennomføres etisk forsvarlig (Christoffersen et al., 2015, p. 43). Alle inkluderte artikler gjør rede for etiske hensyn i sin studie, samt er godkjent av en komité, enten gjennom universitet eller sykehus. Studiene vektlegger frivillig deltakelse, og at personvernet til deltakerne blir ivaretatt gjennom anonymitet. Som nøye gjort rede for i vurdering og utvelgelse av artikler, er artiklene i denne studien søkt etter, og valgt ut på en systematisk og strukturert måte. Alle treff på artikler har blitt gjennomgått, og valgt ut på bakgrunn av relevans, ikke på bakgrunn av vår mening eller personlige syn (Aveyard, 2019, p. 134).

### 3.5 Analyse

En analyse undersøker forholdet mellom forskjellige ting (Aveyard, 2019, p. 177), og i dette tilfellet resultat fra forskjellige forskningsprosjekt. For å gjennomføre dette bruker vi Evans (2002) analysemodell, som deler analysen inn i fire steg:

### **Steg 1:** Samle dataene.

I dette steget blir dataene som skal analyseres samlet (Evans, 2002, p. 25). Dette ble gjennomført med et systematisk litteratursøk, som beskrevet i kapittel 3.3, hvor syv forskningsartikler ble identifisert, og danner datasamlingen.

### **Steg 2:** Identifisere nøkkelfunn.

Her skal nøkkelfunnene i studienes resultater identifiseres (Evans, 2002, p. 25). Dette gjennomførte vi ved å individuelt lese gjennom artiklene «på langs» gjentatte ganger, notere stikkord relevant for problemstillingen, og etterpå sammenligne og diskutere disse. Dette dannet nøkkelfunnene for hver enkelt studie.

### **Steg 3:** Sammenligne tema på tvers av studiene.

Etter identifisering av nøkkelfunn i hver enkelt studie, er neste steg å sammenligne, samt finne fellestrekk «på tvers» av studiene, for å øke forståelsen (Evans, 2002, p. 25). Dette ble utført ved å samle nøkkelfunnene fra steg 2 i kategorier, gjennomgå de flere ganger for å kvalitetssikre at innholdet hang sammen, før det avslutningsvis ble utformet hovedtema med tilhørende undertema. Disse blir presentert i tabell 3 under.

Tabell 3: Hovedtema og undertema

<b>Hovedtema og undertema</b>	<b>Inngår i artikkel</b>
Sykepleiers kunnskap og evne til å forstå pasienten <ul style="list-style-type: none"><li>• Kunnskap om pasienten</li><li>• Kommunikasjon og tilnærming</li><li>• Forstå pasientens situasjon og følelser</li><li>• Redusere skillet mellom «meg og deg»</li><li>• Mestring og selvregulering</li></ul>	A, B, C, D, E, F, G <ul style="list-style-type: none"><li>• A, C, D, E, G</li><li>• B, C, E, F, G</li><li>• A, D</li><li>• A, B, C, F</li><li>• A, C, D, E, F</li></ul>
Organisatoriske faktorer <ul style="list-style-type: none"><li>• Behovet for trening og undervisning</li><li>• For høyt arbeidspress</li><li>• Viktigheten av en trygg arbeidsgruppe og en tydelig ledelse</li></ul>	A, B, D, E, F, G <ul style="list-style-type: none"><li>• A, B, F, G</li><li>• B, D, F, G</li><li>• A, E, F, G</li></ul>

### **Steg 4:** Bruke funnene til å beskrive resultat.

Siste steget i Evans analysemodell (2002) er å beskrive funnene i en analytisk tekst for hvert tema. Dette blir presentert i resultatkapittelet.

## 4 Resultater

Resultatene av analysen vil under først bli presentert deskriptivt i artikkelmatriser, for videre å bli presentert i hovedtema med tilhørende undertema i utfyllende tekst.

### 4.1 Artikkelmatriser

Tabell 4: Artikkelmatriser

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p><b>A)</b> Olsson, H., &amp; Schön, U.-K. (2016). Reducing violence in forensic care – how does it resemble the domains of a recovery-oriented care? <i>Journal of Mental Health</i>, 25(6), 506-511. <a href="https://doi.org/10.3109/09638237.2016.1139075">https://doi.org/10.3109/09638237.2016.1139075</a></p> <p>Sverige</p>	<p>Studiens mål var å finne ut hvilke tilnæringsværktøy helsepersonell i en lukket sikerspsykiatrisk post bruker for å unngå eller forhindre voldelige situasjoner.</p>	<p>Forensic care, reducing violence, recovery, interviews</p>	<p>Kvalitativ studie basert på dybdeintervjuer av 13 personell. Dataene ble samlet inn i 2012. Deltakerne ble rekruttert fra fem forskjellige sikkerhetspsykiatriske avdelinger.</p>	<p>Studien viser at ved hjelp av individuell kunnskap, erfaring og gjennom et felles ansvar, forebygger personalet voldssituasjoner. Personalet ivaretar pasienten, oppmuntrer til pasientmedvirkning og er kontinuerlig observante på tilstanden hos pasientene. Det blir beskrevet at en trygg sammensetning av personalet er viktig for å forebygge voldelige situasjoner.</p>	<p>Funnene i studien belyser hvordan personalet ved bruk av individuell kunnskap, erfaring og kollektivt samarbeid forebygger vold og aggresjon.</p>

<p><b>B)</b> Berring, L. L., Hummelvoll, J. K., Pedersen, L., &amp; Buus, N. (2016). A Co-operative Inquiry Into Generating, Describing, and Transforming Knowledge About De-escalation Practices in Mental Health Settings. <i>Issues in Mental Health Nursing</i>, 37(7), 451-463. <a href="https://doi.org/10.3109/01612840.2016.1154628">https://doi.org/10.3109/01612840.2016.1154628</a></p> <p>Danmark</p>	<p>Målet med studien var å bidra til allerede eksisterende kunnskap om deeskalering, undersøke hvordan helsearbeidere oppnår kunnskap om deeskalering, og på hvilken måte deeskalering påvirker den profesjonelle voldshåndteringen.</p>	<p>Ikke oppgitt.</p>	<p>Kvalitativ studie basert på handlingsorientert forskingssamarbeid som fant sted i 2012-2015 på en lukket psykiatrisk avdeling.</p>	<p>Studien kommer frem til at ved å ha praktisk kunnskap om deeskalering, kritisk oppmerksomhet og samarbeid rundt måter å bruke deeskalering på, vil det påvirke den profesjonelle voldshåndteringen.</p>	<p>Artikkelen har mange gode eksempler på situasjoner hvor man i utgangspunktet tenkte man måtte bruke tvangsmidler for å roe ned en pasient, men hvor det viser seg at med kunnskap og andre taktikker, kan roe ned pasienter og situasjoner ved bruk av andre metoder.</p>
<p><b>C)</b> Maguire, T., Daffern, M., &amp; Martin, T. (2014). Exploring nurses' and patients' perspectives of limit setting in a forensic mental health setting. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i>, 23(2), 153-160. <a href="https://doi.org/10.1111/inm.12034">https://doi.org/10.1111/inm.12034</a></p> <p>Australia</p>	<p>Målet med studien var å utforske grensesetting, og foreslå grensesettende teknikker som reduserer aggressive reaksjoner og ivaretar forholdet mellom pasient og pleier.</p>	<p>Aggression, limit setting, mental health nursing, procedural justice.</p>	<p>Kvalitativ studie basert på semistrukturerte intervjuer av 12 pasienter og 12 sykepleiere. Studien ble utført på et psykiatrisk sykehus som tilbyr akutt- og rettspsykiatrisk helsehjelp.</p>	<p>Resultatet i studien viser at grensesetting er nødvendig for sikkerheten på avdelingene, men måten det blir utført på vil være avgjørende for pasientens respons. Pasienter i studien anerkjenner behovet for grenser, men at det er avgjørende at sykepleiere viser respekt og empati under denne prosessen.</p>	<p>Denne studien belyser at måten en grensesetter på er avgjørende for å redusere aggressive reaksjoner.</p>

<p><b>D)</b> Lim, E., Wynaden, D., &amp; Heslop, K. (2019). Changing practice using recovery-focused care in acute mental health settings to reduce aggression: A qualitative study. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i>, 28(1), 237-246. <a href="https://doi.org/https://doi.org/10.1111/inm.12524">https://doi.org/https://doi.org/10.1111/inm.12524</a></p> <p>Australia</p>	<p>Formålet med studien er å øke forståelsen av sykepleiers kunnskap om recovery-fokusert omsorg, og hvordan dette kan brukes til å redusere aggresjon i akuttpsykiatriske miljøer.</p>	<p>Recovery-focused care, aggression, mental health nursing, psychiatric nursing, acute mental health setting.</p>	<p>En kvalitativ studie basert på semistrukturerte intervjuer med 27 sykepleiere. Dataene ble innhentet fra januar til juni i 2017. Et krav til deltakerne i studien var at de måtte ha mer enn 12 måneders erfaring i akuttpsykiatrien, samt at de hadde erfaring i voldshåndtering.</p>	<p>Studien viser at sykepleiere kan redusere aggresjon ved å identifisere grunnen til pasientenes oppførsel før en responderer, være oppmerksom på spesielle faktorer som kan fremkalle aggresjon, fokusere på pasientenes styrker og støtteapparat, være oppmerksom på pasientenes behov, og kunne lære av situasjoner med aggresjon.</p>	<p>Studien vektlegger mellommenneskelige faktorer som er viktige for at sykepleier kan redusere aggresjon.</p>
<p><b>E)</b> Hallett, N., &amp; Dickens, G. L. (2015). De-escalation: A survey of clinical staff in a secure mental health inpatient service. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i>, 24(4), 324-333. <a href="https://doi.org/https://doi.org/10.1111/inm.12136">https://doi.org/https://doi.org/10.1111/inm.12136</a></p> <p>Storbritannia</p>	<p>Målet i denne studien var å identifisere hvordan personalet definerer deeskalering, hvilket deeskalerende tiltak de vil bruke i aggressive situasjoner, og troen de har på hvor effektiv deeskaleringen er.</p>	<p>Aggression, forensic nursing, inpatient, mental health, prevention and control.</p>	<p>Kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ studie. Studien ble gjennomført mellom juni 2013 og februar 2014, og ble gjennomført på sikkerhets- og psykiatriske poster.</p>	<p>Resultatet i studien viser at det er behov for kontinuerlig opplæring og veiledning i bruk av deeskaleringsteknikker og at kommunikasjon er en av de viktigste ferdighetene ved aggresjonshåndtering. Resultatet viser også at dårlig mellommenneskelige ferdigheter hos personalet er en årsak til aggresjon.</p>	<p>Studien gir innsikt i hvordan personalet effektivt kan forebygge aggressive situasjoner og hindre eskalering av vold ved å bruke diverse deeskaleringsteknikker.</p>



<p><b>F)</b> Hylén, U., Engstöm, I., Engstöm, K., Pelto-Piri, V. &amp; Anderzen-Carlsson, A. (2019). Providing good care in the shadow of violence – An interview study with nursing staff and ward managers in psychiatric inpatient care in Sweden. <i>Issues in Mental Health Nursing / Volume 40, Issue 2</i>. <a href="https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01612840.2018.1496207">https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01612840.2018.1496207</a></p> <p>Sverige</p>	<p>Hensikten med studien var å beskrive helsepersonell og avdelingsleder sin opplevelse av trygghet og vold i det hverdagslige møtet med pasienten, og i møter som er voldelige eller har risiko for vold.</p>	<p>Ikke oppgitt.</p>	<p>En kvalitativ studie basert på fokusgruppeintervju med 17 helsepersonell og individuelle intervju med tre avdelingsledere. Dataene ble innhentet i 2014 fra tre forskjellige lukkede psykiatriske avdelinger.</p>	<p>Resultatet av analysen beskriver hvordan relasjonen til pasientene er grunnleggende for omsorgen, hvordan organisasjonskultur en har påvirkning på omsorgen som blir gitt, viktigheten av kunnskap og kompetanse for trygg omsorg, og viktigheten av å balansere bestemmelse og tvang i behandlingen.</p>	<p>Studien beskriver en rekke tiltak som kan brukes for å redusere voldelige situasjoner i psykiatrisk avdeling. Den tar for seg både perspektivet til ansatte og avdelingsledere.</p>
<p><b>G)</b> Lantta, T., Anttila, M., Kontio, R., Adams, C. E., &amp; Välimäki, M. (2016). Violent events, ward climate and ideas for violence prevention among nurses in psychiatric wards: a focus group study. <i>International Journal of Mental Health Systems, 10</i>(1), 27. <a href="https://doi.org/10.1186/s13033-016-0059-5">https://doi.org/10.1186/s13033-016-0059-5</a></p> <p>Finland</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke sykepleieres erfaring av voldelige situasjoner i psykiatriske avdelinger, gi innsikt i avdelingsmiljøet og undersøke forslag til voldsforebygging.</p>	<p>Focus groups, Patient assault, Psychiatric Hospitals, Psychiatric nursing, Qualitative research, Violence, Violence prevention, Workplace violence</p>	<p>En kvalitativ studie basert på fokusgruppeintervju av 22 sykepleiere. Dataene ble samlet inn fra august til september i 2012 fra tre lukkede psykiatriske avdelinger.</p>	<p>Resultatene i studien viser at sykepleiere sin erfaring med voldelige situasjoner har hjulpet dem med å forutse kommende vold. Forslag til voldsforebygging bestod blant annet av kunnskapsrik samhandling mellom sykepleier og pasient, samt økt kontakt mellom sykepleiere og pasienter på avdelingen.</p>	<p>Denne studien gir flere forslag til hvordan voldsforebygging i en avdeling kan bli mer effektiv.</p>

## 4.2 Hovedtema

Her vil resultatet fra analysen bli presentert i form av hovedtema med undertema. Resultatene illustrerer hvordan sykepleiere i psykisk helsevern kan forebygge aggresjon og vold gjennom to hovedkategorier; *sykepleiers kunnskap og evne til å forstå pasienten* og *organisatoriske faktorer*, med henholdsvis fem og tre underkategorier. Funnene i temaene henger sammen, og det er derfor viktig at de sees på i sin helhet.

## 4.2.1 Sykepleiers kunnskap og evne til å forstå pasienten

Sykepleiers evne til å forstå og engasjere pasienten, samt viktigheten av at sykepleier har kunnskap og ferdigheter til å møte, forebygge og håndtere aggressiv og voldelig atferd er et tema som gjennomgår i resultatene av alle artiklene (Berring et al., 2016; Hallett & Dickens, 2015; Hylén et al., 2019; Lantta et al., 2016; Lim et al., 2019; Maguire et al., 2014; Olsson & Schön, 2016). Hovedfunnene blir her presentert i fem undertema.

### 4.2.1.1 Kunnskap om pasienten

Å ha kunnskap om blant annet pasientens diagnoser, medisiner og triggere for aggresjon er avgjørende for å kunne identifisere passende intervensjoner for å redusere risikoen for aggresjon (Hallett & Dickens, 2015; Lantta et al., 2016; Lim et al., 2019; Maguire et al., 2014; Olsson & Schön, 2016). Det vektlegges at ved kunnskap og kjennskap til pasienten, vil det være enklere å tolke varselsignal, hvilke situasjoner som øker risikoen og hvilke tiltak som bør iverksettes for å unngå voldelig atferd (Lantta et al., 2016; Olsson & Schön, 2016).

...we know when it's time...//...we know what can calm the patient; it is to lie down on the bed and rest and have a staff member sitting next to you and chatting a bit. Maybe you have some music on... (Olsson & Schön, 2016, p. 508)

### 4.2.1.2 Kommunikasjon og tilnærming

Sykepleiers kommunikasjon og tilnærming av pasienter gjennomgår som viktig for å unngå aggressiv og voldelig atferd. Personalet kan forårsake eller eskalere situasjoner med aggresjon og vold, om de kommuniserer og tilnærmer seg feil. Kunnskap om deeskalering, identifisering av farer før de utvikler seg, og vite hvordan man skal oppnå kontroll blir beskrevet som avgjørende. Studiene belyser teknikker som å holde seg selv rolig, snakke rolig, samt taktikker som å flytte pasienten bort fra situasjonen eller tilby distraksjoner (Berring et al., 2016; Hallett & Dickens, 2015; Hylén et al., 2019; Lantta et al., 2016).

If you see that the same members of staff ending up in conflict situations all the time, you assume it depends of the kind of approach they have when they're talking to this patient. (Hylén et al., 2019, p. 153)

Maguire et al. (2014) beskriver også hvordan personalet må ha kunnskap om å tilnærme seg pasienten når de setter grenser, hvordan de skal lytte og kommunisere for å unngå situasjoner med aggresjon (Maguire et al., 2014).

#### **4.2.1.3 Forstå pasientens situasjon og følelser**

Deltakerne i studien til Olsson & Schön (2016) understreker viktigheten av å forstå pasientens situasjoner og følelser når de fremstår aggressive eller truende. Når miljøet i avdelingen er preget av uro, som kan komme fra for eksempel konflikter mellom pasienter, nyheter og negativ informasjon fra behandlere, er det viktig å være tilgjengelig for pasienten for diskusjon, refleksjon og trygging (Olsson & Schön, 2016). Om sykepleier identifiserer, anerkjenner og gir pasienten en mulighet til å uttrykke følelsene sine og det de opplever som vanskelig, har sykepleier bedre forutsetning for å forstå og forebygge utfordrende oppførsel (Lim et al., 2019).

The main causes for aggression are [when the consumers] haven't been in a hospital before, and when they [are] locked up they are scared, they are anxious. [...] So I think the triggering factors are usually more to do with staff not being on guard to see what's happening not giving [the person] enough attention [and] time to explain what's going on. (Lim et al., 2019, p. 241)

#### **4.2.1.4 Redusere skillet mellom «meg og deg»**

Å bygge relasjon til pasienten blir beskrevet som en viktig og naturlig del av omsorgen, og er avgjørende for forebygging og håndtering av aggressive situasjoner. Ved å vise respekt, være rettferdig og snakke med pasienten for å få de til å forstå omstendighetene rundt behandlingen, bygger du relasjon til pasienten. Relasjoner kan bygges gjennom samværssituasjoner som å spille spill, måltider, se på tv o. l. Relasjonsbyggingen er med på få pasientene til å føle at det ikke er «oss» og «de», noe som er viktig for å redusere avstanden mellom personalet og pasienten. For at denne avstanden ikke skal bli for stor, samt bygge relasjon, må også personalet være i stand til å unnskyldes seg for pasienten om de har gjort en feil (Berring et al., 2016; Hylén et al., 2019; Maguire et al., 2014; Olsson & Schön, 2016).

I studien til Olsson & Schön (2016) understrekes også viktigheten av å etablere et godt forhold til pasienten, ettersom relasjonen er avgjørende for pasientens opplevelse av sikkerhet og tillit.

You become a team together with the patient and you can work together around something . . . // . . . that's what feels meaningful; together you can get anywhere. (Olsson & Schön, 2016, p. 508)

#### **4.2.1.5 Mestring og selvregulering**

Flere av funnene i artiklene nevner viktigheten av at pasienten blir engasjert og involvert i og etter situasjoner med aggresjon og vold (Hallett & Dickens, 2015; Lim et al., 2019; Maguire et al., 2014; Olsson & Schön, 2016). Deltakerne i studien til Lim et al. (2019) understreker at selv om aggresjon ikke er ønsket i miljøet, kan det være en god læringsmulighet for pasienten til å få bedre forståelse, evne og styrke for egen atferd.

Ved at sykepleier inkluderer og motiverer pasienten til å bruke egne mestringsstrategier, kan pasienten i større grad selvregulere atferden sin, i stedet for at sykepleier skal kontrollere den (Lim et al., 2019; Hylén et al., 2019). Hylén et al. (2019) understreker også viktigheten av å snakke med pasienten i etterkant av voldelige situasjoner for å få de til å forstå at voldelig oppførsel ikke er akseptert, og på denne måten forebygge at det oppstår igjen (Hylén et al., 2019).

## 4.2.2 Organisatoriske faktorer

Organisatoriske faktorer som kan påvirke forebygging av aggresjon og vold er et tema som gjennomgår flere av artiklene (Berring et al., 2016; Hallett & Dickens, 2015; Hylén et al., 2019; Lantta et al., 2016; Lim et al., 2019; Olsson & Schön, 2016), og vil her bli presentert i tre undertema.

### 4.2.2.1 Behovet for trening og undervisning

Et funn i flere av resultatene, er personalets behov for mer undervisning og trening i voldshåndtering på arbeidsplassen (Berring et al., 2016; Hylén et al., 2019; Lantta et al., 2016; Olsson & Schön, 2016). Flere av studiene beskriver hvordan trening og undervisning i voldshåndtering for hele arbeidsgruppen vil kunne føre til en mer samlet behandlingspolitikk (Hylén et al., 2019; Lantta et al., 2016). Ansatte beskriver også i studien til Berring et al. (2016) at personalet har blitt kastet ut i voldelige situasjoner uten å ha kunnskap, og at mangel på kunnskap om voldshåndtering er en utfordring (Berring et al., 2016).

...do not know if it's five times this semester we had opportunities of having tutoring. We could have tutorials every week, because there is so much to talk about when it comes to this work... (Olsson & Schön, 2016, p. 509)

### 4.2.2.2 For høyt arbeidspress

Et resultat i artiklene belyser hvordan høyt arbeidspress og mangel på personale påvirker omsorgen som blir gitt (Berring et al., 2016; Hylén et al., 2019; Lantta et al., 2016; Lim et al., 2019). Når situasjonen i avdelingen er presset, og det er for lite personalet på jobb, vil det gå utover andre pasienter, noe som kan forårsake nye hendelser (Lantta et al., 2016).

— *long-lasting seclusion, which takes time and attention and energy from several nurses, and if there is less time for other patients, then you notice a kind of general anxiety which occurs* — (ID 1). (Lantta et al., 2016, p. 5)

#### **4.2.2.3 Viktigheten av en trygg arbeidsgruppe og tydelig ledelse**

Viktigheten av å ha en trygg arbeidsgruppe hvor man kan stole på kollegaene sine, viser seg som et resultat i flere av artiklene (Hallett & Dickens, 2015; Hylén et al., 2019; Lantta et al., 2016; Olsson & Schön, 2016). Å være i en trygg arbeidsgruppe hvor man kan stole på hverandre, diskutere og reflektere, samt hjelpe hverandre i utfordrende situasjoner beskrives som betydningsfullt. Et trygt arbeidsmiljø blir også beskrevet som en trygghet for pasientene. Viktigheten av en tydelig ledelse blir beskrevet som en beskyttende faktor, men personalet etterspør ledelsens tilgjengelighet i tider hvor det oppstår mye aggresjon og vold (Hylén et al., 2019; Olsson & Schön, 2016).

## 5 Diskusjon

Vår studie om hvordan sykepleiere kan arbeide for å forebygge aggresjon og vold i psykisk helsevern for voksne, har belyst at det både er forhold hos personalet, miljøet og organisasjonen som kan påvirke risikoen for aggresjon og vold. I dette kapittelet vil vi diskutere funnene våre opp mot relevant faglitteratur, diskutere styrker og svakheter med studien, samt gi en konklusjon av funnene. Konsekvenser for sykepleie blir også diskutert kontinuerlig.

### 5.1 Forhold hos personalet og miljøet som kan forebygge aggresjon og vold

Sykepleiers kunnskap, ferdigheter og evne til å forstå og engasjere pasienten, viser seg i funnene våre som sentrale for å vellykket forebygge aggresjon og vold. Personalet bør ha en klar holdning og strategi på hvordan voldsepisoder skal forhindres og møtes. En bør ta utgangspunkt i hva som forårsaker aggresjon og vold, og møte pasienten på en helhetlig og human måte. Selv i en aggressiv eller voldelig situasjon skal sykepleier være terapeutisk, og for å kunne det må holdningene være preget av forståelse for pasientens situasjon og erfaringer (Hummelvoll, 2012, p. 269). Pasienter har rett til å møte sykepleiere med god klinisk kompetanse, omsorg og støtte. For å oppnå god klinisk kompetanse må sykepleier utøve pleie basert på blant annet erfaring og oppdatert kunnskap. Innenfor psykiatri tar det tid å få utviklet god klinisk kompetanse, da livserfaring, personlig- og erfaringsbasert kunnskap er en viktig del (Gonzalez, 2020b, p. 53).

Kunnskap om pasienters diagnoser, medisiner og triggere for aggresjon, kombinert med generell fagkunnskap om aggresjon kommer frem som avgjørende i det forebyggende arbeidet (Hallett & Dickens, 2015; Lantta et al., 2016; Lim et al., 2019; Maguire et al., 2014; Olsson & Schön, 2016). Pasientens aggressive reaksjoner kan ofte forstås ut fra pasientens psykiske lidelse, indre opplevelser og motiv. Aggresjon kan komme av blant annet sterk frykt, abstinenser, forvirring, kommunikasjonssvikt og opplevelse av avmakt. Aggressiv atferd kan oppleves som umotivert og tilfeldig for sykepleier, men kan komme av pasienters vrangforestillinger og hallusinasjoner (Hummelvoll, 2012, pp. 251-255; Løkensgard, 1995, p. 175). Det er derfor viktig at sykepleier prøver å forstå pasientens subjektive opplevelser, og kombinerer det med fagkunnskap. Ved å ha en helhetlig tilnærming av pasienten, vil sykepleier ha bedre mulighet til å jobbe voldsforbyggende (Hummelvoll, 2012, pp. 261-262).

Hummelvoll (2012) forklarer at i møte med pasienter med aggresjon- og voldsproblematikk, er det tre aspekter en bør jobbe etter; personalet bør jobbe for å sette seg inn i pasientens situasjon og hvordan de opplever den, personalet bør forsøke å forstå hvordan egen atferd og de fysiske omgivelsene påvirker pasienten, og til slutt bør personalet stadig utforske hvordan relasjonen kan brukes på en hensiktsmessig måte (Hummelvoll, 2012, p. 269). Både Lim et al. (2019) og Olsson & Schön (2016) understreker viktigheten av å forstå pasientens situasjon og følelser når de fremstår aggressive. Når sykepleier identifiserer og anerkjenner hvorfor pasienten oppfører seg slik en gjør, det er da sykepleier har et godt utgangspunkt for å forebygge at aggressiv atferd oppstår eller eskalerer (Lim et al., 2019; Olsson & Schön, 2016). For å finne årsaker bak aggressiv atferd kan det være hensiktsmessig å skille mellom instrumentell vold og emosjonell vold. Sykepleier må nøste opp i om pasienten har hensikt å oppnå noe, eller trenger utløp for sinne og frustrasjon. Ved å identifisere årsak, kan sykepleier lettere komme i posisjon til å møte pasientens behov, finne tiltak og forebygge at atferden forekommer igjen (Hummelvoll, 2012, pp. 251-255).

Resultatene våre viser at tilnærming og kommunikasjon er grunnleggende ferdigheter for at sykepleier skal kunne forebygge aggressiv og voldelig atferd. Travelbee (1999) understreker hvor viktig det er at sykepleier er bevisst på at kommunikasjon skjer i alle interaksjoner. Alle partene i en interaksjon blir påvirket av hverandre, observerer hverandre og utveksler tanker, følelser og holdninger både verbalt og nonverbalt (Travelbee, 1999, pp. 135-138). Funnene viser at mangel på kunnskap om kommunikasjon og tilnærming, kan føre til at personalet forårsaker eller eskalerer situasjoner med aggresjon og vold, istedenfor å forebygge det. Måten personalet kommuniserer og lytter til pasienten blir beskrevet som avgjørende (Berring et al., 2016; Hylén et al., 2019; Lantta et al., 2016; Maguire et al., 2014). Det er ikke sjeldent at psykiatriske pasienter føler seg misforstått og møtt med uforstående holdninger, noe som kan føre til irritasjon. Det er derfor viktig at sykepleier ikke slår seg til ro med å ikke forstå det som prøver å formidles, men at de heller forsøker sammen med pasienten å finne mening i det (Løkensgard, 1995, pp. 41-43). Eide & Eide (2017) forklarer at for å skaffe den informasjonen en trenger, etablere god kontakt med pasienten, og vise at en hører, ser og forstår, er det avgjørende å lytte aktivt og bruke et bredt spekter av kommunikasjonsformer (Eide & Eide, 2017, p. 22). Det vil da si at sykepleier må lytte til det pasienten prøver å formidle, både verbalt og nonverbalt, samt kombinere det med fagkunnskap og kunnskap om pasienten for å få en helhetlig forståelse.

Grensesetting kommer frem i funnene som en hyppig årsak til aggressive situasjoner. Igjen handler det om sykepleiers ferdigheter i å tilnærme seg og kommunisere grensesettingen på en god måte. Maguire et al. (2014) uttrykker at måten grensesetting blir utført på, er avgjørende for pasientens respons (Maguire et al., 2014). Hummelvoll (2012) bekrefter i likhet med Maguire et al. (2014) at grensesetting ofte kan føles som en maktdemonstrasjon eller som straff for pasienten. Det blir beskrevet som en balansekunst, da det er nødvendig for pasientens sikkerhet, men kan også lett virke krenkende. Grensesetting er viktig for trygghet og stabilitet for pasienten, som igjen er grunnleggende for å forebygge aggresjon og vold. For å lykkes handler det mye om måten det kommuniseres på. Personalet må være villig til å ha en dialog med pasienten selv i en stresset situasjon, slik at risikoen for aggressiv respons minimeres (Hummelvoll,

2012, p. 265-266). Både grensesetting og mangel på grensesetting kan være en årsak til aggresjon og vold, og det er derfor avgjørende at sykepleiere har kunnskap om hvorfor grensesetting er viktig, samt kunnskap om hvordan utføre det slik at pasienten forstår.

En naturlig og viktig del av omsorgen er å bygge relasjon til pasienten, noe både resultatet og faglitteraturen belyser. Innen relasjonsbygging er det viktig at sykepleiere viser respekt, er rettferdig og snakker med pasienten for å få de til å forstå omstendighetene der de befinner seg (Hylén et al., 2019). Relasjonsbygging er avgjørende for forebygging og håndtering av aggressive situasjoner, og en del av det handler om å redusere skillet mellom pasientene og sykepleierne. At de ikke føler at det er «oss» og «de» blir beskrevet som viktig (Berring et al., 2016; Hylén et al., 2019; Maguire et al., 2014; Olsson & Schön, 2016). Travelbee (1999) sin teori, menneske-til-menneske-forhold, viser at ved å opprette et slikt forhold mellom sykepleier og pasient, vil det sette sykepleier i posisjon til å hjelpe pasienten med å mestre sykdom og lidelse, og det som ofte følger med. For å oppnå et slikt forhold er det viktig at sykepleiere jobber bevisst på å lære å kjenne pasienten og ivareta den enkelte sine behov. Travelbee forklarer at når den syke og pleieren opplever hverandre som mennesker og ikke som "sykepleier" og "pasient", det er da en genuin og reell kontakt oppstår (Travelbee, 1999, pp. 171-172). Dette vises også i funnene våre, hvor det at sykepleier sier unnskyld eller innrømmer når en har gjort en feil, kan være en enkel måte å jobbe relasjonsbevarende og voldsforbyggende på (Berring et al., 2016; Hylén et al., 2019; Maguire et al., 2014; Olsson & Schön, 2016). Innen relasjonsbygging blir det også brukt en del miljøterapi. En del av miljøterapi er samværsituasjoner og felleskap, som for eksempel felles måltider, ulike hyggestunder, se på tv eller spille spill sammen. Dette er med på å bygge og opprettholde et godt forhold til pasienten, samt redusere skillet mellom sykepleier og pasient (Gonzalez, 2020a, pp. 362-365).

For at miljøterapi skal ha den behandlende og tryggende effekten, må de psykologiske, sosiale og fysiske betingelsene tilrettelegges (Vadvik, 2021). Miljøterapi skal blant annet være tryggende og behandlende for pasienter. Trygghet og trivsel er viktige faktorer, og kommer av blant annet gjensidig tillit, respekt, samarbeid, sikkerhet og daglig selskap (Løkensgard, 1995, p. 63). Avdelingen kan lett preges av uro, på grunn av for eksempel konflikter mellom pasienter, nyheter o.l. Da er det viktig at sykepleiere er tilgjengelig for diskusjon og refleksjon, for at pasientene skal føle på trygghet (Olsson & Schön, 2016). Aggresjon og vold kan som sagt utløses av frykt, forvirring eller frustrasjon, og det er derfor det er viktig at sykepleiere er oppmerksom og tilgjengelig for å utføre intervensjonene som kreves. Pasienter skal i psykisk helsevern kunne ta avstand fra hverdagen de til vanlig sliter i, samt føle seg trygge, og sykepleiere skal bruke miljøet til å ta vare på hver enkelt pasient sine behov (Løkensgard, 1995, p. 63).

Et gjentagende funn i flere artikler er deeskalering, som er en komplisert samhandlingsprosess med hensikt å håndtere voldelig og aggressiv atferd (Paterson, 2021). Personalets kunnskap om deeskalering, identifisering av farer og det å gripe inn før det utvikler seg til aggresjon og vold, blir beskrevet som avgjørende i det voldsforebyggende arbeidet (Berring et al., 2016; Hallett & Dickens, 2015; Lantta et al., 2016). Hummelvoll (2012) forklarer at i møte med mennesker som holder på å miste



kontrollen over sinne sitt, skapes det en spenning i miljøet rundt. Det er da hensiktsmessig at sykepleier har kunnskap om hvordan gripe inn, med for eksempel samtale eller avledning. En del situasjoner kan ifølge Hummelvoll (2012) avverges ved dialog, når pasienten grenser til aggressiv atferd. For å lykkes med dette er det viktig at sykepleier aksepterer følelsene pasienten har, tilbyr samtale, samt appellerer til den indre kontrollen pasienten har. Pasienten bør få mulighet til å komme ut av situasjonen, uten å miste ansikt. I noen situasjoner kan det også være nødvendig å fjerne pasienten eller medpasientene, for å ivareta sikkerheten og unngå at flere involveres (Hummelvoll, 2012, p. 268). Funnene belyser deeskaleringsteknikker som å holde seg rolig, snakke rolig, flytte pasienten bort fra situasjonen eller distrahere med for eksempel kortspill, som effektive (Hallett & Dickens, 2015; Hylén et al., 2019; Lantta et al., 2016).

Viktigheten av å engasjere og involvere pasienter i, og etter situasjoner med aggresjon, kommer frem som et resultat i funnene våre (Hallett & Dickens, 2015; Lim et al., 2019; Maguire et al., 2014; Olsson & Schön, 2016). Lim et al. (2019) opplyser om at aggresjon kan være en god læringsmulighet for både personalet og pasienten. Istedenfor at sykepleiere skal forsøke å kontrollere pasientens atferd, vil det være mer hensiktsmessig å motivere pasienten til å bruke egne mestringsstrategier (Lim et al., 2019; Hylén et al., 2019). Krogh (2005) skriver at sykepleiere gjennom samtaler kan hjelpe pasienten til å identifisere hva som utløser sinne, og finne måter å mestre det på. Sykepleier bør også presentere forventninger til pasientens atferd og diskutere hvordan pasienten kan uttrykke sinne på en måte som ikke oppleves som truende (Krogh, 2005, p. 214). Ved å reflektere med pasienten i etterkant av en voldssituasjon, samt understreke at slik oppførsel ikke er akseptabelt, kan sykepleier forebygge at situasjonen oppstår igjen (Hylén et al., 2019).

Når mennesker legges inn og behandles mot deres vilje, er det spesielt viktig med autonomi og velgjørenhet. Det kreves stor klinisk kompetanse, kyndighet og forståelse for å utøve sykepleie på en empatisk, respektfull, moralsk og etisk forsvarlig måte (Gonzalez, 2020b, p. 53). I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere blir det blant annet nevnt at sykepleiere skal ivareta pasientens rett til medbestemmelse og rett til å ikke bli krenket (Norsk sykepleierforbund, 2019). Dette gjenspeiler seg også i funnene våre, hvor Lim et al. (2019) belyser at pasienter ofte føler på negative tanker når de først blir innlagt, noe som kan øke risikoen for aggresjon (Lim et al., 2019). Sykepleier må derfor være oppmerksom og handle på bakgrunn av pasientens følelser, samt gi pasienten nok oppmerksomhet og tid til å forklare seg, spesielt i situasjoner hvor de kan være forvirret eller føle på krenkelse.

## 5.2 Organisatoriske forhold som kan forebygge aggresjon og vold

Arbeidstilsynet belyser at noe av det som kan øke risikoen for aggresjon og vold er stor gjennomtrekk av arbeidstakere, lav bemanning og bemanning med for lav kompetanse og opplæring (Arbeidstilsynet, u. å.). Noe resultatene våre også viser.

Ett av funnene ytrer behov og ønske for mer undervisning og trening i voldshåndtering, og belyser at dette vil føre til en mer samlet behandlingspolitikk (Berring et al., 2016; Hylén et al., 2019; Lantta et al., 2016; Olsson & Schön, 2016). Der de ansatte er mye utsatt for aggresjon og vold, er det nødvendig med teoretisk kompetanseheving og praktiske øvelser, slik at de har nok trygghet til å handle når utfordrende situasjoner oppstår. Ved å få tilrettelagt god opplæring, jevnlig trening og økt kunnskap, vil personalet være bedre rustet til å redusere aggresjon og vold, samt være tryggere til å gripe inn når de ser at risikoen for aggresjon er tilstede (Lillevik & Øien, 2014, pp. 70-74). Ved arbeid som kan medføre risiko for å bli utsatt for vold og trusler er arbeidsgiver, ifølge Forskrift om utførelse av arbeid § 23A-2, pålagt å sørge for at opplæring og øvelse i forebygging og håndtering av vold- og trusselsituasjoner blir gitt (Endr. i forskrift om utførelse av arbeid, 2016, §23A-2).

Ifølge § 23A-4 i den samme forskriften, ser vi at arbeidsgiver skal iverksette nødvendige tiltak mot vold ut ifra det som kommer frem av risikovurdering (Endr. i forskrift om utførelse av arbeid, 2016, §23A-4). Lillevik & Øien (2014) understreker viktigheten av å ha planlagte strategier på hvordan en skal forebygge aggresjon og vold, samt hvordan håndtere det når det oppstår. Å ha felles grenser og holdninger blir sett på som avgjørende for det forebyggende arbeidet, og vil bidra til trygghet og forutsigbarhet hos personalet (Lillevik & Øien, 2014, pp. 68-71). I utfordrende situasjoner er det ikke bare ens egne holdninger en skal være bevisst på, men også holdningene som finnes i avdelingen. En kan ideelt sett vite hva en selv burde gjøre, men forhold i organisasjonen kan hindre en i å handle i henhold til egne verdier. Her er det avgjørende med godt kollegialt felleskap og en tydelig ledelse (Hem & Gonzalez, 2020, pp. 90-93). Verdien av et trygt arbeidsmiljø og en trygg arbeidsgruppe blir beskrevet som ikke bare viktig for personalet, men også som tryggende for pasientene, noe som er viktig for å forebygge uønsket atferd (Hylén et al., 2019; Olsson & Schön, 2016). Hummelvoll (2012) forklarer at dersom personalgruppen er preget av uenighet og inkonsistente holdninger, vil det kunne skape engstelse og usikkerhet hos pasientene, og aggresjon vil da lettere kunne opptre (Hummelvoll, 2012, p. 265).

En større tilgjengelighet og synlighet av sykepleiere vil også bidra til at forebyggingen av vold blir mer effektivt (Lantta et al., 2016, p. 5). Høyt arbeidspress og mangel på personalet påvirker omsorgen som blir gitt, og når det er pressede situasjoner i avdelingen, vil det raskt føre til at andre pasienter ikke får den omsorgen og oppmerksomheten de behøver, noe som kan føre til aggresjon og vold (Berring et al., 2016; Hylén et al., 2019; Lantta et al., 2016; Lim et al., 2019). Det er viktig at arbeidsplassen har et miljø som ivaretar personalets behov, slik at de skal være i stand

til å skape et terapeutisk miljø for pasientene (Lillevik & Øien, 2014, pp. 63-65). Gjennom dette vil sykepleier ha mulighet til å ta vare på hver enkelt pasient sine behov, og igjen minimere risikoen for at aggresjon og vold oppstår (Løkensgard, 1995, p. 63).

En del av det å være sykepleier handler om å ta ansvar og være bevisst på omgivelsene. I forhold til de organisatoriske faktorene, innebærer dette å melde ifra om det er rammer rundt pasientarbeidet som er uforsvarlig (Orvik, 2022, p. 251). Det vil da si at sykepleier har ansvar for å blant annet rapportere til ledelsen ved mangel på kompetanse, rutiner, trening og bemanning, samt ved uforsvarlige sammensetninger av arbeidsgruppen.

### 5.3 Styrker og svakheter med litteraturstudiet

Innledningsvis og i teorikapittelet er det benyttet referanser som kan oppfattes som utdaterte. Tallene fra 2019 kommer fra levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø fra Statistisk sentralbyrå som gjennomføres hvert 3 år. 2019 er derfor de sist oppdaterte tallene tilgjengelig (STAMI & NOA, u. å.). For læringsnotatet fra 2015, har det heller ikke blitt publisert tilsvarende notater i nyere tid. Tross at dette kan oppfattes som en svakhet for studiet, er det ikke noe som tilsier at relevansen for begge publikasjonene ikke er betydningsfulle for dagens praksis. Noe av faglitteraturen benyttet i teorikapittelet er også av eldre publikasjoner. Etter diskusjon med veileder, egne vurderinger og undersøkelser, vurderer vi innholdet som fortsatt høyst anvendbart, da det samsvarer med perspektiver blant annet i Gonzalez (2020), som er en nyere pensumbok for sykepleierstudenter. Til tross for at flere av de inkluderte kildene er av eldre publikasjoner, som kan bli sett på som en svakhet for studien, har vi forsøkt å styrke studien med bruk av forskjellig faglitteratur, samt lest gjennom mye av det vi har hatt tilgjengelig.

En svakhet med studiet kan være at det ikke ble utformet mange synonymer for benyttede søkeord, og at vi dermed kan ha gått glipp av relevant forskning. Til tross for dette er artiklene i studien innhentet fra et systematisk litteratursøk, hvor det er benyttet tilnærmet like søkeord. For å ikke miste relevante artikler, ble det også gjennomført manuelle søk, samt gjennomgått referanselister og anbefalte artikler inne i tidsskriftene. Like artikler ble identifisert i vårt 2. og 3. søk. Disse faktorene ser vi på som styrkende for studien. Majoriteten av inkluderte artikler er kvalitative, som ofte baseres på dybdeintervju, fokusgruppeintervju og direkte observasjoner. Deltakerne er også oftest valgt ut fordi de har erfaring med, eller har vært utsatt for det som forskes på (Aveyard, 2019, p. 61), noe som er relevant når vi undersøker hvordan sykepleiere kan forebygge aggresjon og vold. Vi ser derfor på dette som en styrke for studien. På den andre siden kunne inkludering av kvantitative studier ha tilført oppgaven vår en bredere forståelse (Aveyard, 2019, p. 49), og det kan derfor sees på som en svakhet at ingen rent kvantitative artikler er inkludert.

Artiklene i studien er engelske, noe som kan bli sett på som en svakhet da vi kan ha misforstått eller mistet relevante sammenhenger i oversettelsen. Til tross for dette, ville vi ikke ha identifisert relevant materiale om vi bare søkte etter norske artikler, og dette hadde vært en større svakhet enn å oversette artiklene. Ingen av de inkluderte artiklene kommer fra Norge, og dette vil også kunne bli sett på som en svakhet. Vi har på den andre siden kun inkludert artikler fra vestlige land, for at helsevesenet skal være overførbart til Norge. Flere av artiklene våre er også skandinaviske, noe som gir grunnlag for at funnene også er relevant i det norske helsevesenet.

Gjennom hele prosessen har vi vært to som jobbet sammen med litteraturstudiet. Dette har gitt oss muligheten til å diskutere blant annet relevans av artikler, analyse og funn i artikler, samt gitt oss mulighet til å være kritisk ovenfor hverandres arbeid. På bakgrunn av dette, tenker vi dette styrker studien vår.

## 5.4 Konklusjon

Studien belyser hvordan sykepleiere kan arbeide for å forebygge aggresjon og vold i psykisk helsevern for voksne. Funnene viser at det er flere faktorer som er viktig i sykepleiers møte med pasientgrupper med aggresjons- og voldsproblematikk. Faktorer som sykepleiers kunnskap og ferdigheter innen tilnærming, involvering og kommunikasjon, ivaretagelse av pasients behov, samt organisatoriske forhold som undervisning, trening i voldshåndtering, stabile arbeidsgrupper og tilstrekkelig bemanning spiller en viktig rolle i forebyggingsarbeidet.

Innen psykisk helsevern er aggresjon og voldsproblematikk et omfattende problem. For å redusere denne type atferd er det viktig at sykepleiers kompetanse styrkes. Organisasjonen har krav til å undervise og sørge for nok kompetanse, og pasientene har krav på å møte sykepleiere med nok kunnskap og evne til å møte de på en helhetlig og klinisk kompetent måte.

### 5.4.1 Forslag til videre forskning

Forslag til videre forskning kan være å grave dypere i pasientperspektivet, og se på hvordan pasientene opplever problematikken, samt deres syn på årsakene til det. Det kan også være hensiktsmessig å undersøke konsekvensene av at sykepleiere opplever aggresjon og vold. Ved å ta for seg forskning med disse perspektivene vil det gi et mer helhetlig bilde av aggresjons- og voldsproblematikken i psykisk helsevern.

# Referanser

- Arbeidstilsynet. (u. å.). *Vold og trusler*. Arbeidstilsynet. Retrieved 10. mai from <https://www.arbeidstilsynet.no/tema/vold-og-trusler/>
- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care : a practical guide* (4th ed.). McGraw Hill Education/Open University Presss.
- Berring, L. L., Hummelvoll, J. K., Pedersen, L., & Buus, N. (2016). A Co-operative Inquiry Into Generating, Describing, and Transforming Knowledge About De-escalation Practices in Mental Health Settings. *Issues in Mental Health Nursing, 37*(7), 451-463. <https://doi.org/10.3109/01612840.2016.1154628>
- Bjørkly, S. (2001). *Aggresjonens psykologi : en analyse av psykologiske aggresjonsteorier*. Universitetsforl.
- Bjørkly, S., & Grøndahl, P. (2016). Psykose og vold: Forskning med relevans for utredning av tilregnelighet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 53*(3), 212-219. <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2016/02/psykose-og-vold-forskning-med-relevans-utredning-av-tilregnelighet>
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tuft, P. A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Abstrakt forl.
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner : personorientering, samhandling, etikk* (3rd ed.). Gyldendal akademisk.
- Endr. i forskrift om utførelse av arbeid. (2016). *Forskrift om endring i forskrift om utførelse av arbeid, bruk av arbeidsutstyr og tilhørende tekniske krav (forskrift om utførelse av arbeid)* (FOR-2016-11-17-1339). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2011-12-06-1357/§23a-2>
- Endr. i forskrift om utførelse av arbeid. (2016). *Forskrift om endring i forskrift om utførelse av arbeid, bruk av arbeidsutstyr og tilhørende tekniske krav (forskrift om utførelse av arbeid)* (FOR-2016-11-17-1339). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2011-12-06-1357/§23a-4>
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian journal of advanced nursing, 20*(2), 22-26.
- Gonzalez, M. T. (2020a). Miljøterapi og tilretteleggelse av terapeutisk miljø. In M. T. Gonzalez (Ed.), *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming : sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (1st ed., pp. 361-372). Gyldendal.
- Gonzalez, M. T. (2020b). Sykepleiefaglige perspektiver ved psykiske lidelser. In M. T. Gonzalez (Ed.), *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming : sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (1st ed., pp. 44-54). Gyldendal.

- Hallett, N., & Dickens, G. L. (2015). De-escalation: A survey of clinical staff in a secure mental health inpatient service. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(4), 324-333. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/inm.12136>
- Helsebiblioteket. (2020). *Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie*. Folkehelseinstituttet. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklister>
- Hem, M. H., & Gonzalez, M. T. (2020). Ethiske utfordringer i arbeid med mennesker med psykiske lidelser. In M. T. Gonzalez (Ed.), *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming : sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (1st ed., pp. 84-93). Gyldendal.
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt : psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7th ed.). Gyldendal akademisk.
- Hylén, U., Engström, I., Engström, K., Pelto-Piri, V., & Anderzen-Carlsson, A. (2019). Providing Good Care in the Shadow of Violence – An Interview Study with Nursing Staff and Ward Managers in Psychiatric Inpatient Care in Sweden. *Issues in Mental Health Nursing*, 40(2), 148-157. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1496207>
- Krogh, G. v. (2005). *Begreper i psykiatrisk sykepleie : sykepleiediagnoser, ønsket pasientstatus og sykepleieintervensjoner* (2nd ed.). Fagbokforl.
- Krogstad, U., Saastad, E., Enger, Ø., Kolseth, A., Hafstad, E., & Flesland, Ø. (2015). *Meldinger om vold og aggresjon i spesialisthelsetjenesten – et pasientsikkerhetsperspektiv. Læringsnotat fra Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten*. N. k. f. helsetjenesten. [https://www.helsedirektoratet.no/laeringsnotat/meldinger-om-vold-og-aggresjon-i-spesialisthelsetjenesten-et-pasientsikkerhetsperspektiv/Meldinger%20om%20vold%20og%20aggresjon%20i%20spesialisthelsetjenesten%20-%20et%20pasientsikkerhetsperspektiv.pdf/\\_/attachment/inline/02b5e4de-0bc5-4cc9-9374-07930b700aab:8b462c18fe6321df07a480845ec5576c61d4de48/Meldinger%20om%20vold%20og%20aggresjon%20i%20spesialisthelsetjenesten%20-%20et%20pasientsikkerhetsperspektiv.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/laeringsnotat/meldinger-om-vold-og-aggresjon-i-spesialisthelsetjenesten-et-pasientsikkerhetsperspektiv/Meldinger%20om%20vold%20og%20aggresjon%20i%20spesialisthelsetjenesten%20-%20et%20pasientsikkerhetsperspektiv.pdf/_/attachment/inline/02b5e4de-0bc5-4cc9-9374-07930b700aab:8b462c18fe6321df07a480845ec5576c61d4de48/Meldinger%20om%20vold%20og%20aggresjon%20i%20spesialisthelsetjenesten%20-%20et%20pasientsikkerhetsperspektiv.pdf)
- Lantta, T., Anttila, M., Kontio, R., Adams, C. E., & Välimäki, M. (2016). Violent events, ward climate and ideas for violence prevention among nurses in psychiatric wards: a focus group study. *International Journal of Mental Health Systems*, 10(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0059-5>
- Lillevik, O. G., & Øien, L. (2014). *Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon*. Gyldendal akademisk.
- Lim, E., Wynaden, D., & Heslop, K. (2019). Changing practice using recovery-focused care in acute mental health settings to reduce aggression: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), 237-246. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/inm.12524>
- Løkensgard, I. (1995). *Psykiatrisk sykepleie* (3rd ed.). Universitetsforl.
- Maguire, T., Daffern, M., & Martin, T. (2014). Exploring nurses' and patients' perspectives of limit setting in a forensic mental health setting. *International*

*Journal of Mental Health Nursing*, 23(2), 153-160.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/inm.12034>

Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk sykepleierforbund. Retrieved 10. mai from <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Olsson, H., & Schön, U.-K. (2016). Reducing violence in forensic care – how does it resemble the domains of a recovery-oriented care? *Journal of Mental Health*, 25(6), 506-511. <https://doi.org/10.3109/09638237.2016.1139075>

Orvik, A. (2022). *Organisatorisk kompetanse : innføring i faglig ledelse, samhandling og kvalitetsforbedring* (3rd ed.). Cappelen Damm akademisk.

Paterson, B. (2021). *Deeskalering*. SIFER. <https://sifer.no/wp-content/uploads/2021/02/MAP-Kapittel-5.pdf>

Psykisk helsevernloven (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)* (LOV-1999-07-02-62). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-62/§1-2>

Register over vitenskapelige publiseringskanaler. (u. å.). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. Retrieved 26. april from <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>

STAMI, & NOA. (2019). *Vold og trusler om vold*. Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI). Retrieved 26. mai from <https://noa.stami.no/arbeidsmiljofaktorer/konflikter-vold-og-trakassering/vold-og-trusler-om-vold/>

STAMI, & NOA. (u. å.). *Levekårsundersøkinga om arbeidsmiljø frå Statistisk sentralbyrå*. Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI). Retrieved 26. mai from <https://noa.stami.no/metode/datakilder/levkarsundersokelsen-om-arbeidsmiljo/>

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal akademisk.

Vadvik, I. H. (2021, 30. desember). *miljøterapi*. Store medisinske leksikon. Retrieved 15. mai from <https://sml.snl.no/milj%C3%B8terapi>

# Vedlegg

**Vedlegg 1:** Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie



## **Vedlegg 1:**

### Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

#### **Hvordan brukes sjekklisten?**

Sjekklisten består av tre deler:

A: Innledende vurdering

B: Hva forteller resultatene?

C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

#### **Om sjekklisten**

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se [www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

#### **Kritisk vurdering av:**

Lantta, T., Anttila, M., Kontio, R., Adams, C. E., & Välimäki, M. (2016). Violent events, ward climate and ideas for violence prevention among nurses in psychiatric wards: a focus group study. *International Journal of Mental Health Systems*, 10(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0059-5>

## Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

Studien utforsker sykepleiers beskrivelser av voldelige hendelser som har funnet sted på psykiatriske avdelinger, avdelingsmiljøet, samt forslag til forebyggende aktiviteter. Forskningsspørsmålene for denne studien er: hvordan beskriver sykepleiere voldelige hendelser på psykiatriske avdelinger, hvordan beskriver sykepleiere avdelingsmiljøet under voldelige hendelser og hva er sykepleierens forslag til hvordan voldsforebyggingen kan bli mer effektiv.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

Studien sikter på å avdekke en dypere forståelse for vold på arbeidsplassen, og en kvalitativ tilnærming med bruk av fokusgrupper blir derfor sett på som hensiktsmessig.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

Studien begrunner at den følger et beskrivende, utforskende design ved bruk av fokusgrupper, ettersom de ønsker en dypere forståelse, samt at temaet som blir diskutert kan oppfattes som sensitivt. I tidligere studier hvor helsepersonells erfaringer med voldelige hendelser blir undersøkt, har samme metode også blitt brukt. Forfatterne

har dog ikke diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke, bare beskrevet metoden anvendt.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

Både settingen for rekrutteringen og rekrutteringen av sykepleiere til studien blir beskrevet. Avdelingene ble valgt ettersom de hadde et høyt antall voldelige hendelser, hyppig bruk av tvangsmidler, samt at avdelingene ikke hadde andre prosjekter i løpet av studien. Postene de rekrutterte folk fra var en akuttmottaksavdeling, en akuttrettsmedisinsk avdeling og en avdeling spesialisert på pasienter med voldelig atferd.

Deltakerne måtte være registrerte eller lisensierte kliniske sykepleiere som arbeidet på en av avdelingene. De måtte også ha fast eller langtidsstilling, være over 18 år og være villige til å delta i fokusgruppene. Ansatte som ikke møtte pasienter på en daglig basis, samt ansatte som ikke var sykepleiere ble ekskludert. En sykepleieleder på hver avdeling rekrutterte ansatte til å delta, og sørget for at alle sykepleiere som var aktuelle ble kontaktet, med muntlig og skriftlig informasjon om studien, samt formål, metode og rekrutteringsprosess. Sykepleierne som var villig til å delta ga skriftlig samtykke, og fem fokusgrupper ble dannet med 3-7 deltakere i hver. Av 61 kvalifiserte deltakere, deltok 22 sykepleiere, 6 menn og 16 damer. Ni av de jobbet i akuttpsykiatrisk avdeling, seks på akuttrettsmedisinsk avdeling og syv på avdelingen spesialisert på pasienter med voldelig atferd. For å sikre personvernet til deltakerne, ble det ikke samlet inn ytterligere demografiske data.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?

- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

Spørsmålene som ble styrt av hovedtemaer (beskrivelse av voldelige hendelser, avdelingsmiljø og forslag til hvordan voldsforebyggingen kan bli mer effektiv) og det ble benyttet åpne spørsmål, slik at sykepleierne kunne beskrive egne erfaringer, holdninger og forslag knyttet til temaet. I forkant av hvert fokusgruppemøte introduserte intervjuerne seg for deltakerne, forklarte studien på nytt, og minnet de om det var frivillig. Deltakerne fikk muligheten til å stille spørsmål. For å sikre en avslappet atmosfære møttes fokusgruppene i fredelige omgivelser og de ble gitt forfriskninger.

Fokusgruppemøtene ble gjennomført av to personer, en hadde hovedansvaret for å veilede samtalen i gruppen, og en var ansvarlig for lydopptak, ta skriftlige notater og sikre at alle relevante temaer ble diskutert. I en av fokusgruppene ble det brukt kun en intervjuer, ettersom den andre hadde et tidligere arbeidsforhold med noen av deltakerne. Kvaliteten på fokusgruppemøtene ble sikret ved å bruke erfarne intervjuere. Hver økt i fokusgruppene varte i 80-110 min.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
  - a. utforming av problemstilling
  - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
  - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

Studien belyser at i dataanalysen blir teksten til en viss grad tilnærmet av tolkning, påvirket av forfatterens yrkeshistorier. Dette var til en viss grad uunngåelig, da forskningserfaring fra psykiatrien også kan ha gitt bedre muligheter til å forstå dataene. Validiteten av funn ble økt ved å få resultatene vurdert av alle forfatterne, og ved å bruke intervjuobjektene egne ord og originale uttrykk for navn på kategorier i størst mulig grad.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

En etisk vurdering av studien ble utført av den Etske komiteen i sykehusdistriktet og den Etske komiteen ved universitetet, som er i samsvar med the Code of Ethics of the World Medical Association (Helsinki-deklarasjonen). Tillatelse til å gjennomføre studien ble innhentet fra psykiatrisjefen. Muntlig og skriftlig informasjon ble tilbudt hver enkelt deltaker og skriftlig informert samtykke ble innhentet fra sykepleierne før deltakelse. Anonymiteten til deltakerne ble sikret ved å representere resultatene med ID-koder, sånn at deltakerne ikke kan identifiseres fra skriftlige data eller studierapporter. Dataene ble også lagret i et låst rom som kun navngitte forskere fra studiegruppen har tilgang til.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Induktiv innholdsanalyse ble brukt for å analysere fokusgruppedata, og analyseprosessen ble delt inn i seks faser som er godt beskrevet i artikkelen.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja –  Nei –  Uklart

## **Del B: Hva er resultatene?**

9. Er funnene klart presentert?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Resultatene fra analysen blir tydelig og oversiktlig presentert, og svarer på formålet og forskningsspørsmålene i studien. I diskusjonen viser det seg også at funnene i studien underbygges av funn i tidligere studier. Forskjeller i funnene fra tidligere forskning blir også diskutert.

## **Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?**

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?

- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar:

Studien er en del av et større finsk «Safer working management» - prosjekt, som sikter på å utvikle nye metoder for å ivareta voldelige pasienter på psykiatriske avdelinger, samt fremme sykepleiernes trivsel på jobb.

Studien avdekker et behov for en rutinemessig måte å anerkjenne sykepleiers erfaringer og deres ideer om forebygging av voldelige hendelser. Studien gir også viktige syn på praksisutvikling, sykepleieutdanning og politikkutforming, og beskriver dette godt. Studien indiserer også at det må ny opplæring til, og at deeskaleringen som blir trent på må fokusere mindre på ferdigheter rundt tvang, og mer på kompetente interaksjoner som respekterer pasienten.

