

Hvilken betydning har bruk av Brøset Violence Checklist (BVC) på en akuttpsykiatrisk avdeling?

En kvalitativ studie av sykepleierens erfaring med voldsrisikovurdering

What impact has the use of Brøset Violence Checklist (BVC) on an acute psychiatric ward?

A qualitative study of nurses' experience of violence risk assessment

Otto Jacobsen



Masteroppgaven i Psykisk helsearbeid

Master of Public Health

HØGSKOLEN I HEDMARK

Vår 2012

Innhold

| | |
|---|-----------|
| NORSK SAMMENDRAG..... | 4 |
| ENGELSK SAMMENDRAG..... | 5 |
| 1. INNLEDNING..... | 6 |
| Bakgrunn og hensikt..... | 6 |
| Problemstilling..... | 7 |
| Begrepsavklaringer..... | 8 |
| Oppgavens struktur..... | 11 |
| | |
| 2. TIDLIGERE FORSKNING..... | 12 |
| Aggresjon og vold..... | 12 |
| Brøset Violence Checklist (BVC)..... | 17 |
| Oppsummering..... | 20 |
| | |
| 3. TEORETISK RAMMEVERK..... | 22 |
| Recovery..... | 24 |
| Antonovsky's syn på recovery..... | 24 |
| Sense of Coherence og recovery..... | 25 |
| Hva hjelper for recovery?..... | 26 |
| Hva vanskeliggjør recovery?..... | 27 |
| Oppsummering recovery..... | 28 |
| Innleggelse på akuttpsykiatrisk avdeling..... | 29 |
| Om bruk av tvang..... | 31 |
| Sykepleieteori..... | 33 |
| Psykiatrisk sykepleie..... | 34 |
| Oppsummering av teori..... | 38 |

| | | |
|-----------|--|--------------|
| 4 | METODE..... | 39 |
| | Kvalitativ og kvantitativ metode..... | 39 |
| | Fenomenologi..... | 40 |
| | Forskningsdesign..... | 42 |
| | Valg av deltagere..... | 43 |
| | Praktisk gjennomføring av datainnsamlingen..... | 44 |
| | Svarprosent og beskrivelse av utvalget..... | 45 |
| | Metode og analyse..... | 46 |
| | Undersøkelsens validitet, reliabilitet og generaliserbarhet..... | 48 |
| | Etiske betraktninger..... | 49 |
| 5. | RESULTATER FRA UNDERSØKELSEN..... | 50 |
| | Om aggresjon og vold..... | 51 |
| | Om bruk av Brøset Violence Checklist | 52 |
| | Risikoområder..... | 57 |
| | Sammendrag av undersøkelsen..... | 58 |
| | Etiske refleksjoner..... | 59 |
| 6 | DRØFTING OG KONKLUSJON..... | 60 |
| | Svar på forskningsspørsmålene..... | 65 |
| | Veien videre..... | 66 |
| | Konklusjon..... | 68 |
| 7 | LITTERATURLISTE..... | 69 |
| 8 | VEDLEGG 1 (Informasjonsskriv) | 74-75 |
| | Vedlegg 2: Spørreskjemaet med informasjonsskriv..... | 76-79. |

Antall ord: 20 810.

Norsk sammendrag

Bakgrunn og hensikt

Aggresjon og vold rettet mot sykepleiere ved psykiatriske sykehusavdelinger er et stort problem. Som en konsekvens av dette har mange sykehusavdelinger innført bruk av strukturerte kliniske verktøy som Brøset Violent Checklist (BVC). Denne studiens hensikt er å undersøke nytteverdien av Brøset Violence Checklist i sykepleietjenesten ved akuttpsykiatriske sykehusavdelinger i Norge.

Og å bidra til økt kunnskap om hvordan sykepleiere i psykiatriske avdelinger har erfart sin kliniske hverdag etter (BVC). Det har ikke tidligere blitt gjennomført noen kvalitative studier som denne for å evaluere bruk av BVC i sykepleietjenesten. BVC er et korttids prediksjonsredskap, en sjekkliste som skal hjelpe helsepersonell til å forutse voldelig og aggressiv atferd i løpet av det nærmeste døgnet. Det gjøres ved å observere pasienten og sammenligne atferden med seks beskrevne variabler: Forvirret, irritabel, støyende atferd, verbale trusler, fysiske trusler og angrep på inventar.

Studien er i utgangspunktet et samarbeidsprosjekt mellom Høgskolen i Hedemark og to studenter.

Litteratur: Teoretisk forankring er primært tatt utgangspunkt i Hildegaard Pepalu og Jan Kåre Hummel. Forskning fra lukkede psykiatriske sykehusavdelinger er presentert og brukt i denne studien.

Metode: Studien ble utført ved tre akuttpsykiatriske sykehusavdelinger i Norge, ved hjelp av et deskriptivt og eksplorerende design. Datainnsamlingen ble gjennomført i våren 2012 ved hjelp av semistrukturert spørreskjema. Funnene fra skjemaene er i sin helhet analysert i tråd med en fenomenologisk metode.

Resultater: Denne studien viser en positiv reaksjoner fra sykepleierne ved av bruk av BVC. Redskapet oppleves å være enkelt å bruke. Studien viser og at en fjerdedel av sykepleierne ikke har opplæring i bruk av sjekklisten. Denne studien viser at også at behov for bedre opplæring i bruk av BVC, både kunnskap om forvarsler, informasjon og instruksjoner hvordan man skal bruke BVC.

Konklusjon: Studien viser at sykepleiere ved tre akuttpsykiatriske sykehusavdelinger opplever større grad av sikkerhet ved bruk av Brøset Violence Checklist.

Nøkkelord: Kvalitativ studie, Brøset Violence Checklist (BVC), psykiatrisk sykepleie, risikovurdering, akuttpsykiatrisk avdeling, aggresjon og vold.

English summary

Aim and background

Aggression and violence directed at nurses at the psychiatric hospital is a major problem. As a consequence, many hospital departments introduced the use of structured clinical tools Brøset Violent Checklist (BVC). This study's purpose is to investigate the usefulness of Brøset Violence Checklist in nursing in acute psychiatric hospital in Norway. And to increase knowledge about how nurses in psychiatric wards have experienced its clinical day after (BVC).

It has not been previously carried out a qualitative study like this to evaluate the use of the BVC in nursing service. BVC is a short-prediksjonsredskap, a checklist to assist health professionals to predict violent and aggressive behavior during the next day. This is done by observing the patient and comparing the behavior described by six variables: Confused, irritable, boisterous behavior, verbal threats, physical threats and attacks on the inventory.

The study is a precursor of a collaborative project between the University College of Hedmark and two students.

Literature: Theoretical background is primarily used the Hilde Gaard Pepalu and Jan Kåre Hummel. Research from the closed psychiatric hospital is presented and used in this study.

Method: The study was conducted at threes acute psychiatric hospital in Norway, using a descriptive and exploratory design. Data collection was conducted in the spring of 2012 using semi-structured questionnaire. The findings from the forms is entirely analyzed in accordance with a phenomenological method.

Results: This study shows a positive reaction from the nurses at the use of the BVC. The tool is perceived to be easy to use. This study shows that the need for better training in the use of the BVC, both knowledge of the warning signs, information and instructions how to use BVC.

Conclusion: The nursing staff finds BVC a greater apporoiate to use in a acute psychiatric setting.

Key words: Qualitative study, Brøset Violence Checklist (BVC), risk assessment, mental health nursing, acute psychiatric ward, aggression and violence.

1. INNLEDNING

Bakgrunn og hensikt

Vold blant pasienter har lenge vært et velkjent problem innen psykisk helsevern både i Norge og internasjonalt. En stor del av de uønskede hendelser innen psykisk helsevern forbindes med fysiske skader på pasienter og personal og er knyttet til vold mot andre og seg selv. De fleste episoder med aggresjon og vold utøvd av psykiatriske pasienter skjer de første dagene etter innleggelse i avdelingene (McNiel og Binder, 1991). Ansatte på akuttpsykiatriske er således spesielt utsatte for trusler og vold på arbeidsplassen. Å arbeide i et miljø som kan være preget av trusler og vold, kan gi både fysiske og psykiske belastninger. Med tanke på risikoen for traumatisering etter vold, er dette naturligvis et alvorlig helse- og miljøproblem.

Strukturerte vurderinger av risiko for vold de første dagene under innleggelse kan bidra til å redusere vold og tvang innen psykisk helsevern. I en prospektiv multisenterstudie av bruk av Brøset Violence Checklist (BVC), som inkluderte 24 akuttpsykiatriske avdelinger i Sveits, fant de at 1/3 av alle episoder med fysiske angrep skjedde i løpet av de første tre dager etter en innleggelse (Abderhalden et. al, 2007). Resultatene visst at ved bruk av BVC så ble vold redusert med 41 %, bruk av tvangsmidler med 27 % samt bedret kommunikasjonen mellom de ansatte. Dette kan bety at verktøy som BVC kan være til hjelp for sykepleiere i en akuttpsykiatrisk sammenheng. Hyppige og kortvarige predikasjoner om voldelig atferd er særdeles viktig innenfor slike avdelinger. Det uttalte behovet synes å være enkle og konsise kliniske redskaper som gir hjelp til vurdering av voldelig atferd. Alle pasienter som legges som legges inn i akuttpsykiatriske i Norge gjennomgår rutinemessig et innkomstintervju, hvor risikovurderinger integreres i behandlingsprosessen. Formålet er å forebygge voldshandlinger. Problemet med voldelig atferd antas å være størst innen akuttpsykiatriske avdelinger, noe blant annet min egen kliniske praksis bekrefter. Gjennom min egen erfaring som psykiatrisk sykepleier fra 15 år i praksis ved tre akutt psykiatriske sykehusavdelinger, opplever jeg at det er en rekke faktorer som til sammen gjør det mulig å jobbe med en slik pasientpopulasjon, hjelpe dem til et bedre liv og samtidig å unngå skader både på medpasienter og ansatte. Tidligere forskning på feltet kombinert med egen kliniske erfaring har vært utgangspunktet for denne masteroppgavens tema.

Problemstilling

Hensikten denne masteroppgaven er å undersøke sykepleierens erfarte nytteverdi med bruk av Brøset Violence Checklist (BVC) på akuttpsykiatriske avdelinger.

Jeg har i samarbeid med en annen masterstudent ved Høgskolen i Hedemark spurt sykepleiere som er ansatt på akuttpsykiatriske avdelinger ved tre ulike sykehus på Østlandet, om deres erfaring med bruk av BVC. Datainnsamlingen ble gjennomført ved hjelp av et semistrukturert spørreskjema - med faste svaralternativer og med noen åpne spørsmål.

Vår felles problemstilling var følgende: *Hvilken nytteverdi har sykepleiere ved bruk av BVC i akuttpsykiatriske avdelinger?*

Her i denne studien er forskningen rettet mot en bestemt yrkesgruppe; nemlig sykepleiere. Med denne studien vil jeg prøve å belyse hvilken klinisk relevans BVC har på akuttpsykiatriske avdelinger, siden slike redskaper er en del av beslutningsgrunnlaget. Det foreligger ellers få kvalitative studier om effekten av bruk av BVC av i sykepleier tjenesten. Halvorsen (2004) og Dalland (2007) hevder det største skillet mellom et problem og et tema, er at tema kan beskrives, mens et problem skal løses. Problemstillingen blir da formulert som et spørsmål man har lyst til å løse eller finne svaret på.

Undersøkelsen søker svar på følgende tre forskningsspørsmål:

1. Hvilken betydning har bruk av BVC innen mestring av vold og aggresjon på en akuttpsykiatrisk avdeling?
2. Opplever den enkelte sykepleier høyere grad av sikkerhet ved bruk av BVC?
3. Foreligger det en plan for hva som skal igangsettes av systematiske tiltak ved gjentatte skåringer på to eller flere punkter?

Begrepsavklaringer

Her vil jeg redegjøre for noen sentrale begreper som jeg mener er vesentlig å få klarlagt.

Sykepleier

Sykepleieren kan i tillegg til 3-årig høyskoleutdanning som sykepleier, også ha en spesialutdanning i psykisk helsearbeid. De kalles da for spesialsykepleiere. Deres rolle i behandlingen varierer noe fra sted til sted. I arbeidet med mennesker med psykiske lidelser som innlegges i spesialisthelsetjenesten, arbeider sykepleieren tett sammen med annet helsepersonell. I slike sykehusavdelinger vil ofte pasientene ha egen kontaktsykepleier. Sykepleieren er også ansvarlig for administrering av medisiner og av og til prøvetaking.

Nytteverdi

Nytteverdi handler her om forventningene som er dannet, gjerne på bakgrunn av erfaring, slik at vedkommende vil stille seg følgende spørsmål for å avgjøre nytteverdien: Vil dette føre fram? Et individ vil være motivert til noe når nytteverdien er høy. Det vil si at individet tror at de bestemte handlingene virkelig fører til et bestemt resultat. Nytteverdi inneholder ofte et handlingsaspekt. Med andre ord: hva er ubytte for sykepleieren, ved bruk av BVC sett fra sykepleierens ståsted. Men det hjelper lite at forventningene er store, hvis man ikke selv har tro på at det er mulig å klare oppgaven som skal gi et bestemt resultat (kilde: kunnskapsenteret.com).

Tiltak og sykepleie

Sykepleietiltak (sykepleieintervensjoner) er innen sykepleie et tiltak med det mål å løse et helseproblem (Løkensgard, 1995). Dette omfatter selvstendige tiltak iverksett av sykepleieren som resultat av en sykepleiediagnose, tiltak i samarbeid med annet helsepersonell, delegerte tiltak der sykepleieren utfører tiltak forordnet annet helsepersonell eller andre samarbeidspartnere. Hjelp til aktiviteter i dagliglivet som pasienten ikke kan utføre selv betraktes også som et sykepleietiltak. I hvor stor grad man skal beskrive et etablert tiltak konkret sykepleietiltak et omdiskutert tema, ikke minst innenfor psykiatrisk sykepleie. Det hevdes at hver pasient er unik, her situasjon så unik at det er umulig og uheldig å beskrive tiltak som skal være gyldige. Et annet forhold som også er knytt til

sykepleietiltak i psykiatrisk sykepleie, er at pasienter slett ikke alltid ber om eller ønsker tiltak som pleiersonalet hevder er nødvendig for pasientens sikkerhet og helse.

Psykisk helsevern

Med psykisk helsevern definerer lovverket spesialisthelsetjenesten undersøkelse pleie og den omsorg dette krever (Psykisk helsevernloven, 1999 § 1.2). Psykisk helsevern, tidligere omtalt som psykiatrien, er betegnelsen på de tilbud som samfunnet gjennom spesialisthelsetjenesten gir til mennesker med psykiske lidelser. I visse tilfeller kan det være tvungen psykisk helsevern, enten i åpen eller lukket avdeling, men det forutsetter at visse formelle og materielle vilkår er oppfylt.

Akuttpsykiatrisk avdeling

En akuttpsykiatrisk avdeling skal ta seg av, vurdere og behandle pasienter med akutte behov for psykiatrisk spesialistkompetanse (Hummelvoll, 2012). Kriterier/tilstander som uløser plikt til å yte øyeblikkelig hjelp er i hovedsak psykotiske tilstander preget av stor uro eller voldsomhet som medfører betydelig fare for pasientens eller andres liv eller helse. Videre akutte forvirringstilstander, psykotiske og andre tilstander preget av svær angst eller depresjon, der det er tydelig fare for at pasienten kan søke å ta sitt eget liv eller skade seg selv eller andre. Behandlingstiden varierer avhengig av pasientens behov, og behandlingen foregår hovedsakelig individuelt og/eller i grupper og forankret i medisinske, psykologiske og sykepleiefaglige behandlingsmodeller som for eksempel miljøterapi, atferdsterapi og kognitiv terapi.

Målet er at pasienten skal bli i stand til å forsette sitt daglige liv etter endt innleggelse. På en akuttpsykiatrisk avdeling utgjør i dag sykepleierne en kjernegruppe i team med annet miljøpersonell samt ufaglært aktører. For en ufaglært pleiemedarbeider kan det eksempelvis være vanskelig å forstå pasienter preget av psykose. Derfor er således nødvendig med regelmessig veiledning hos miljøpersonalet.

Risiko

Generelt sett er risiko en fare som man kun har ufullstendig kunnskap om, og hvis forekomst kan forutsies med usikkerhet. Begrepet kan defineres som sannsynligheten for negativ konsekvens (Almvik, 2004). Det handler altså om prediksjon av konsekvenser og utfall. Med risikosituasjoner menes situasjoner som har vist seg å være nært knyttet opp mot aggresjon og vold. Ved å få fram et realistisk bilde av risiko, kan man unngå å sette i verk unødvendige tiltak for pasienter med lav risiko (falsk positive) eller overse personer med høy risiko (falsk negative).

Aggresjon og vold

Aggresjon og vold er begreper som ofte nevnes i samme setning. Begge begrepene vil bli grundigere gjennomgått i neste kapittel. I dette kapitlet brukes disse foreløpige definisjonene (Bjørkly, 1997):

Aggresjon: atferd innrettet på å påføre fysisk skade på et annet individ.

Vold: atferd innrettet på å påføre alvorlig fysisk skade på et annet individ.

Aggressiv atferd er altså en samleterm for et vidt spekter av atferd som kjennetegnes ved at utøveren har til hensikt å skade en annen person fysisk. Vold defineres her som å påføre, forsøke å påføre, eller true med å påføre en annen person skade. Hovedkriteriet i definisjonen av aggresjon og vold er at disse begrepene beskrives atferd som er hensiktsrettet (intensjonell), og som er innrettet på å påføre fysisk skade på et annet individ (ibid).

Oppgavens struktur

I dette kapitlet ble bakgrunnen og konteksten for studiens problemstilling presentert. Klarer man som sykepleier å forutse utageringssituasjoner, er det en fordel både for pasienten og sykepleieren. Samtidig vil gjerne man som sykepleier helst unngå å være i slike situasjoner.

I neste kapittel vil jeg presentere tidligere forskning på aggresjon og vold innenfor psykiatrisk praksis samt redegjøre for redskapet BVC. De meste av litteraturen presenteres i kapittel 2 og 3.

I kapittel 3 vil jeg beskrive det teoretiske rammeverket oppgaven er basert på, og se det i sammenheng med resultatene.

Kapittel 4 omhandler valg av metode, forskningsdesign og en beskrivelse av datainnsamlingen.

kapittel 5 inneholder til sammen en presentasjon av resultater fra selve spørreundersøkelsen.

I kapittel 6 avrundes masteroppgaven med en oppsummering og diskusjon og til slutt en konklusjon. Det hele avrundes med betraktninger rundt videre praksis og forskning av bruk av BVC.

2. TIDLIGERE FORSKNING

I dette kapitlet vil jeg presentere forskning på vold og aggresjon samt BVC. Forskning betinger at forskeren må gjøre seg kjent med hva slag kunnskap som ligger innenfor det området man ønsker å utdype nærmere. I første del av kapitlet presenteres tidligere forskning på aggresjon og vold i psykisk helsevern. Annen del beskriver redskapet BVC, som er i dag validert gjennom studier og utprøvinger, og er i bruk over hele verden.

Vold utført av individer med kjent psykisk lidelse er et tema som vekker sterke følelser og debatt, ofte etter konkrete hendelser. Mange ansatte har opplevd møter med truende og aggressiv individer, både i avdelinger hvor dette er forventet og ved avdelinger hvor slik atferd er uvanlig. Det er derfor av avgjørende betydning å forstå hvorfor noen individer med psykiske lidelser tyr til vold og aggresjon som virkemiddel. Bjørkly (1997) begrunner dette med at manglende kunnskap eller ignorering for risikovurdering hos helsepersonell, kan føre til at man stiller uforberedt i møtet med slike pasienter. Dette kan føre til en mottvillighet å jobbe med slike pasienter. Det er utviklet ulike typer sjekklister for å kunne forebygge vold ved å forutsi risiko. Denne måten å forutsi aggressiv atferd på har først og fremst til hensikt å få systematisert de kunnskaper miljøpersonell har om hver enkelt pasient. I det siste tiåret er det utviklet flere standardiserte strukturerte vurderingsredskaper i form av ulike typer sjekklister, som sammen med endret klinisk vurdering, har bedret muligheten for prediksjon betydelig (jf. IS-9/2007). Av plasshensyn beskrives ikke alle her i masteroppgaven.

Aggresjon og vold

Atferd er et vidt begrep som omtaler hvordan et individ oppfører seg, det vil si framstår for andre. Derfor er det også et begrep som sier mer om hvordan andre oppfatter individet, enn hvordan vedkommende oppfatter seg selv. Aggresjon og vold kan ha noe ulike definisjoner alt ettersom hvilken kilde man bruker, men essensen i definisjonene er stort sett sammenfallende. Selv om det finnes alternative definisjoner er hovedkriteriet i definisjonen av aggresjon og vold er at disse begrepene beskriver atferd som er hensiktsrettet, og som er innrettet for å påføre fysisk skade på et annet individ (Almvik et. al, 2004). Vold defineres som å påføre, forsøke å påføre, eller true med å påføre en annen person skade.

Verdens helseorganisasjon (WHO, 2002) har en noe videre definisjon av vold; ”Forsettelig bruk av, eller trussel om, fysisk makt eller tvang, rettet mot en selv, andre enkeltpersoner, eller en gruppe, når denne handlingen resulterer i, eller har høy sannsynlighet for å resultere i død, fysisk eller psykisk skade, eller mangelfull utvikling”.

De forskjellige definisjonene av aggresjon inneholder mange av de samme elementene som definisjonene av vold, men blir beskrevet med flere variasjoner. Aggresjon kan både være fysisk, psykisk og verbal, og den inneholder ofte et affektivt element som kan beskrives som en innledning til vold (Bjørkly, 1997). Så selv om begrepene er noe overlappende, så tenker man mer på handlingen når man bruker begrepet vold, og mer på følelsen når man bruker begrepet aggresjon. Vold er det fysiske uttrykket for aggresjon.

Pasienter som utagerer og/eller benytter vold i en eller annen form har vært en av de vanskeligste utfordringene innen psykisk helsevern. Det er gjennomført en rekke studier som ser på hendelser knyttet til aggresjonsproblematikk i arbeidet med pasienter, og mange er opptatt av å kunne forutsi voldelig atferd fra pasientene. Det virker som at den mest betydningsfulle faktoren til årsak til vold skjer i samhandlingen mellom pasient og miljøpersonell samt det fysiske miljøet behandlingen skjer innenfor. De fleste konkluderer med at aggresjon forekommer hyppig i psykiatriske avdelinger, at miljøpersonalet er de som blir utsatt for dette, at tvang, krav og grensesetting er de vanligste foranledningene til voldelig atferd (Almvik, 2004 og Buus, 2009).

Aggresjon kan gi seg mange uttrykk, fra aktiv trass, sinne og negativ innstilling til subtile former for spydighet, sarkasme, passiv sabotasje og likegladhet, eller som atferd i form av overstrømmende vennlighet (Kringlen, 2000). Mange av disse ordene beskriver en tilstand der hvor atferden er uhensiktmessig eller formålsløs. Trass aggresjon er en kommunikasjonsform ofte forbundet med negative egenskaper, så er aggresjon et begrep vi møter innen de fleste samfunnssammenhenger. I den daglige tale brukes aggresjon i så vidt forskjellige betydninger, for eksempel ”*aggressiv alpinist*” og ”*aggressiv drapsmann*”. Det første dekker det å være dristig og pågående, mens den siste innebærer å påføre fysisk skade.

Aggresjon defineres her som atferd som er innrettet på å påføre fysisk skade på et annet individ (Bjørkly, 1997). Aggresjon som fenomen er teoretisk, forskningsmessig og klinisk en av de mest kompliserte feltene innen psykologien. Siden institusjonspsykiatriens framvekst

har risikovurdering i forhold til vold vært en del av den kliniske virksomhet, og det er gjennomført en rekke studier som ser på hendelser med aggresjon og vold i psykiatriske avdelinger. Vold omtales her som atferd innerett på å påføre andre personer alvorlig fysisk skade eller kroppslig krenkelse. I denne definisjonen inngår også verbale trusler eller fysiske trusler som gir signal om at en vil påføre andre personer alvorlig fysisk skade eller kroppslig krenkelse (ibid). Vold begås som oftest av individer som ikke har vært eller vil komme i kontakt med psykisk helsevern, men de aller fleste mennesker med alvorlige psykiske lidelser er imidlertid ikke voldelige (Almvik et.al, 2007).

Norge har et lite forskningsmiljø på dette området, og det finnes et fåtall norske studier utført på norske sykehus og pasienter. Men en stor del av denne forskningen skriver seg imidlertid fra fengsels- og sikkerhetspsykiatriske pasientpopulasjoner, og er dermed ikke nødvendigvis direkte overførbar til en akuttpsykiatrisk pasientpopulasjon. Det er så langt gjort sparsomt med forskning på voldsrisikovurderinger innen akuttpsykiatriske avdelinger, hvor den største andelen av innleggelser og utskrivelser av psykiatriske pasienter tross alt skjer. Av to studier utført på nittitallet viser at voldsrisiko er høyest like før, under og like etter en innleggelse (Bjørkly, 1997 og Almvik & Woods, 1998).

De viktigste faktorene som ellers trekkes fram fra tidligere forskning er følgende: tidligere voldshistorikk, misbruk av rusmidler, psykiske lidelser, svikt i impuls kontroll og svikt i empatisk evne (Hartvig et. al., 2001). Slike faktorer er også viktige å kjenne til i akuttpsykiatrisk sammenheng, både for å planlegge et hensiktsmessig behandlingsopplegg for den enkelte pasient under oppholdet, samt for å kommunisere behovet for hvordan oppfølgingen bør være videre til samarbeidende instanser, samt å redusere risikoen for voldelige hendelser etter en utskrivelse. Ved akuttinnleggelser av ukjente pasienter kan disse faktorene for vurdering av risiko være ukjent for sykehusavdelingen. Hyppigheten av truende og voldelige hendelser kan også variere med graden av den psykiatriske diagnosen. Det kan også være variasjoner innenfor samme sykdomsgruppe, det vil si pasienter med samme diagnose kan ha ulikt symptom bilde, forløp og behandlingsbehov.

Det kan også legges til at sykepleiere statistisk sett (Bjørkly, 1997) oftere opplever voldelige episoder i motsetning til behandlere (eksempel psykiatere og psykologer). Dette har trolig sammenheng med den begrensede tiden disse behandlerne tilbringer med pasienten

sammenlignet med miljøpersonalet. Og slike risikosituasjoner kan være forskjellig fra pasient til pasient. Det er derfor hensiktsmessig å kartlegge pasientens sårbarhet i ulike situasjoner. Det er nemlig i slike sårbare situasjoner eller sammenhenger som øker sannsynligheten for at et individ skal vise aggressiv atferd. Slike situasjoner kan være svært forskjellig fra pasient til pasient. Slike funn leder naturlig til at man leter etter måter å forebygge voldsatferd på. Dette viser ellers den kompleksiteten jeg selv finner ved min akuttpsykiatriske avdeling.

I konkrete samhandlingssituasjoner er det viktig å være klar over vanlige ”*varselssignaler*” som kan hjelpe sykepleieren til å ta nødvendige forholdsregler (Hummelvoll, 2012). Uavhengig av verbale eller nonverbale signaler kan i møtet med pasienten likevel oppleves på ulike måter. Pasientens signaler og sykepleierens sine tolkninger av dem kan skape avstand til pasienten. Ifølge Whittington & Wykes (1994) kan en sosial distanse mellom sykepleiere (og annet helsepersonell) og pasienten også være grobunn for aggresjon og fiendtlighet hos pasienten. Personalet blir med andre ord konfliktsky. Dette kan igjen føre til at miljøpersonalet føyer seg etter pasienten, for ikke å havne i voldelige eller truende situasjoner.

Eksempler på slike situasjoner, er blant annet fysisk kontakt, grensesetting, påvirkning av rusmidler og kommunikasjonsproblemer (jf. Bjørkly, 1997 og Berring, 2006). De fleste av oss har sikkert erfart at vår selvkontroll over reksjoner har fellestrekk med aggresjon (eksempelvis sinne og irritasjon) ofte påvirkes av hvilken situasjon man er i. Mange av oss har lettere for å vise sinne ovenfor eksemplvis nære venner enn ovenfor relativt ukjente individer. Noen av oss blir lettere irritert over rot, mens andre igjen ser ut til å finne seg godt til rette i en sengepost som er rotete. Andre igjen har lett for å bli sint hvis man har dårlig tid og er redd for ikke å rekke bussen, toget og lignende. Ifølge Bjørkly (1997) er vold er det mest primitive forsvaret vi har, og blir brukt når vi ikke ser andre utveier. Det ligger latent i oss, men vi kan kontrollere det (ibid). Det er dem som ikke kan kontrollere sin aggresjon, som kan bli farlige voldsutøvere. Selv om man til en viss grad kan finne årsaker til disse ulikhetene så er det i denne sammenheng viktigst å få fram at man er mer eller mindre sårbar for å bli sint og/eller irritert – alt etter hvilken situasjon man er i. En slik sårbarhet ser også ut til å finne når det gjelder psykiatriske pasienters aggresjon.

Individuelle forvarsler kan være svært forskjellige. Alle disse eksemplene som er nevnt peker i retning av at sannsynligheten for truende atferd varierer hos en og samme individ – alt ettersom hvilken situasjon man er i.

Forvarsler (Bjørkly, 1997) defineres som atferd pasienten utøver i forkant av aggressiv atferd og som gjennom hyppighet, intensitet, varighet eller andre karakteristika ser ut til å være tegn på forestående eller potensiell aggressiv atferd.

Tabell 1: Forvarsler om aggressiv atferd:

| | |
|--|--|
| Generelle: Gjelder de fleste pasienter (eksempel: se BVC). | Individuelle/Spesielle: Spesifikke for den enkelte pasient. |
| Indre: tilgjengelig kun for pasienten selv (eks.: hjertebank). | Ytre: Observerbare for andre (eks.: blir blek i ansiktet). |
| Nære: Forvarsler som viser seg i nær tid før aggresjon/vold (eks.: 5 minutter før). | Fjerne: Forvarsler som viser seg lengre tid før aggresjon/vold (eks.: 5 timer før). |

Tabell 1

Noen er redde for fysisk kontakt og sannsynligheten for aggressiv atferd er stor hos enkelte av disse pasientene i slike situasjoner (Bjørkly, 1997). Andre tåler ikke å bli grensesatt og/eller få avslag på forespørsler. En del av aggresjon til psykiatriske pasienter kommer ofte i sammenheng med at de kan være persepsjonsforstyrret eller på en eller annet måte er ute av stand til oppfatte det som blir formidlet til dem. Andre kan bli truende når det er mange ukjente vikarer i avdelingen, når de er alene med kvinner etc. Noen pasienter viser aggressiv atferd når de er uten tobakk, opplever abstinenser etc. Noen situasjoner medfører økt risiko for voldelig atferd, andre situasjoner gjør det ikke. Noen pasienter blir helt stille før de blir voldelig, mens andre blir motorisk urolig. Generelt kan man si at store endringer i atferd kan være et forvarsel. Kunnskaper om slike kroppslige forvarsler, eller varselssignaler, er viktig å kjenne til i samhandlingen med pasienten. Et annet problem kan være at man ikke godt nok lærer pasienten å kjenne, men at man er altfor rask vil forandre på pasientens vaner.

Ved å kartlegge pasientens atferd forut før aggresjon og vold har man ved en senere anledning mulighet til å intervensere på et tidligere tidspunkt. Den måten å forutsi aggressiv

atferd på har først og fremst til hensikt å få systematisert de kunnskaper helsepersonell har om hver enkelt pasient. Den kanadiske sjekklisten HCR-20 som inneholder 20 ledd for historisk og nåtidig klinisk risiko og framtidig risiko, er et godt bidrag til klinisk og fornuftmessig vurdering av voldsrisiko (Hartvig, et. al., 2001). Selv om HCR-20 har visst gode egenskaper innenfor sikkerhets- og rettspsykiatrien, var den altfor tidkrevende til rutinebruk innen allmenn- og akuttpsykiatrien. Det var også behov for en sjekkliste som også kunne brukes av helsepersonell uten spesialkompetanse i psykiatri.

Og på grunn av det store pasientantall innenfor allmenn- og akuttpsykiatriske sykehusavdelinger, var det således også et behov for en langt mindre tidkrevende sjekkliste for denne delen av psykisk helsevern. Formålet med neste avsnitt er å gi leseren en kort oversikt over forskningen av BVC.

Brøset Violence Checklist (BVC)

Brøset er en regional sikkerhetsavdeling (tidligere Reitgjerdet sinnssykehus) for pasienter som dømmes til behandling eller som er for vanskelige til vanlig behandling. Her er de antatt farligste psykiatriske pasientene i Midt-Norge og Nord-Norge innlagt. På Brøset har de utarbeidet et enkelt verktøy for å forutsi uønsket atferd. Verktøyet ble utviklet av forskningsleder og psykiatrisk sykepleier Roger Almvik som ledd i hans doktorgradsarbeid, og tas nå i bruk i mange andre land med lovende resultater.

I 1994 ble det ved Regional Sikkerhetsavdeling Brøset i Trondheim gjennomført en studie kalt "1000 års erfaring" (Linaker & Busch-Iversen, 1995). Her så man også nærmere på hvilke typer atferd som var typiske like før en utagering fant sted, og av 56 ulike atferdsendringer som man fant beskrevet i sykepleierapportene. Rutinerte sykepleiere ved Brøset sykehus hadde mye kunnskap om atferd som kunne forutsi voldelige episoder.

"Vær oppmerksom, han er svart i aua i dag", kunne de advare ved vaktskiftet.

Sykepleiernes skriftlige rapporter ble brukt som grunnlag for å velge ut de seks typene atferd som skal registreres på sjekklisten som i dag benevnes som BVC. Sjekklisten beskriver generelle forhold hos pasienten og kan ses på som generelle forvarslar før voldelig atferd. Forhøyet BVC fordrer at man setter i verk individrettede tiltak for å hindre at pasienten blir voldelig.

BVC består av følgende seks variabler:

- **Forvirring:** Opptrer åpenbart forvirret og desorientert. Kan være ute av stand til å gjøre rede for tid, sted og situasjon.
- **Irritasjon:** Pasienten blir lett sint og irritabel. Tåler dårlig andre tilstedeværelse.
- **Støyende atferd:** Atferden er overdrevet støyende – for eksempel slamrer med dører, roper i stedet for å snakke osv.
- **Verbale trusler:** Et verbalt uttrykk som er mer enn bare å heve røsten og har til hensikt å ydmyke eller skremme en annen person.
- **Fysiske trusler:** Viser med tydelig kroppsspråk at hensikten er å true en annen person, for eksempel en aggressiv kroppsholdning, tar i klærne til en annen person, løfter og hytter med knyttet neve, simulerer skalling retning en annen osv.
- **Slag, spark etc. mot gjenstander:** Et direkte angrep på ting eller gjenstander og ikke person – for eksempel kaste gjenstander, slå eller knuse et vindu, sparker/slår/skaller en gjenstand eller slår i stykker møbler.

Figur 1 viser Brøset Violent Checklist:

Brøset Violence Checklist (BVC); Pasienten skåres ved hvert skift av f.eks primærpleier senest to timer etter starten på skiftet. Se forøvrig veiledning i prosjektmappe. Fravær av symptom/atferd gir 0 poeng, observert endring i eller tilstedeværende atferd skåres med 1 poeng. F.eks er pasienten vanligvis forvirret vil dette gi skåre 0, men øker forvirringen gis skåre 1. Totalskåre (SUM) er summen av en vertikal kolonne.

| Onsdag 12/3 2008 | | | |
|---------------------------------|-----|-------|------|
| | Dag | Kveld | Natt |
| Forvirret | | | |
| Irritabel | | | |
| Støyende atferd | | | |
| Verbale trusler | | | |
| Fysiske trusler | | | |
| Slag, spark etc mot gjenstander | | | |
| SUM | | | |
| Signatur | | | |

| Torsdag 13/3 2008 | | | |
|---------------------------------|-----|-------|------|
| | Dag | Kveld | Natt |
| Forvirret | | | |
| Irritabel | | | |
| Støyende atferd | | | |
| Verbale trusler | | | |
| Fysiske trusler | | | |
| Slag, spark etc mot gjenstander | | | |
| SUM | | | |
| Signatur | | | |

På hver av disse seks variablene gis det en skåre på 0 eller 1. Dersom man vurderer at pasienten innehar et eller flere symptomer som er beskrevet i sjekklisten, registreres skåren 1 på den gjeldende variabelen. Dersom man mener at pasienten ikke kvalifiserer til ett av punktene benyttet i BVC, fyller man ut 0. Er flere enn to av punktene til stede hos

pasientens oppførsel, er det svært høy risiko for voldelig atferd innen de neste 24 timene. Pasienter som er velkjente for avdelingen, skårer i forhold til sin vanlige atferd.

Det innebærer at man kun gir skårer på variabelen, dersom atferden fra før er kjent med avviker seg fra det vanlige. Det vil si dersom en pasient man kjenner godt, som til vanlig kommer med verbale trusler, som egentlig ingen av personalet tar alvorlig fordi det er en del av pasientens normalatferd, så gir man verdien 0. Dersom denne atferden forsterker seg eller blir verre enn det som er kjent fra før, skårer man således 1. Siden BVC gir en enkel skår fra 1 til 6, forenkler den kommunikasjonen mellom de ansatte. Forhøyet BVC fordrer altså at man setter i verk individrettede tiltak for å hindre at pasienten blir voldelig.

Rapporten/skjemaet fylles ut av en sykepleier eller en annen forut før neste vaktskifte, slik at det bare er en rapport for hver pasient ved hvert vaktskifte. Det tar normalt omtrent rundt ett minutt komme seg gjennom BVC, og skåringen foregår i forbindelse med rapportskrivningen og medfører derfor ikke betydelig merarbeid for de ansatte.

Jeg har ikke funnet andre studier med klare motstridende funn om BVC. Ulikheter i forskningsmetoder og design kan gjøre det utfordrende å sammenlikne studier av kortsiktig prediksjon av vold. Det kan være valg av metode, og ulike design samt kulturelle forhold, som gjør det vanskelig å sammenlikne studier av predikasjon av vold. Svakheter kan blant annet være underrapportering av hendelser, ufullstendige operasjonelle definisjoner, en manglende nyansering av mindre og mer alvorlige hendelser, manglende korrigerende terapeutiske intervensjoner, pleierens subjektive observasjoner så vel som årsaker relatert til samhandlingen mellom pasienten og miljøpersonell. En annen svakhet ved disse studiene om årsaker til vold og aggresjon er igangsetting av mange tiltak. Det blir således vanskeligere å si eksakt hva som virket og hvordan (jf. Vaaler et. al., 2011). Noen land (eksempelvis Nederland) tillater kun tvungen innleggelse når pasientens atferd utgjør en direkte og klar fare for pasienten eller andre. Norsk lov utvider derimot dette konseptet til å tillate ufrivillige innleggelser i andre tilfeller av alvorlig psykiske lidelse basert på behov for behandling.

En forskningsrapport (Nijman et al., 2005). viser imidlertid at forekomsten av voldelige episoder i psykiatriske institusjoner (Tyskland og Sveits) er mellom 0.4– 33.2 i året. Den samme studien viser stor spredning i antall hendelser fra institusjon til institusjon. Dessuten var 10-20 % av disse tilfellene forårsaket fysisk skade på helsepersonell og 1-5 % krevde

medisinsk oppfølging. Strukturerte kliniske verktøy som er spesielt utviklet for å kartlegge aggressiv atferd og alvorlighetsgrad av voldelige eller truende hendelser, et prospektiv forskningsdesign, og kontroll av miljørelaterte forhold (eksempelvis bemanning og fysiske rammer) og behandling antas å minimere problemene i forskningen (Vaaler et al., 2011).

BVC er blitt validert i flere vitenskapelige undersøkelser og har vist seg å ha en høy prediksjonsverdi når det gjelder vurdering av voldsrisiko. BVC er den eneste i sitt slag som har gjennomgått to randomiserte kontrollerte studier. Dette gjennom en pilotstudie høsten 1996 (Almvik 1998) og en fullskala prosjekt våren 1997 (Almvik & Woods, 1998) har BVC blitt validert også på allmennpsykiatriske akuttavdelinger, henholdsvis i Midt- og Sør-Norge.

En registrering av aggressiv og voldelige atferd kan altså være sentralt for bedre å kunne forutsi og forebygge utageringer hos den enkelte pasient. Det er for øvrig reist kritiske spørsmål om hvorvidt økning i bruk av slike redskaper kan fortrenge satsing på oppfølging og omsorg i samfunnet for den psykiske syke med potensielle problemer med vold (Hartvig et al., 2001). Man må uansett huske at alle sjekklister har sine begrensninger, og det må således ikke trekkes konklusjoner fra dem som gir uberettiget reaksjoner ovenfor pasienten.

Oppsummering

BVC er et verktøy som indikerer voldelige hendelser vil finne sted om kort tid. En utfordring i denne sammenheng med å forebygge voldshandlinger og for å sikre kvaliteten på vurderingene, er at det kreves kunnskap om situasjoner, årsaker til voldelig adferd, relasjonskompetanse samt kjennskap til det aktuelle redskapet.

På grunn av dette er det nødvendig å være varsom med å stemple pasienter som aggressive, uten at man først har sett på de situasjoner som forårsaket reaksjonene (Hummelvoll, 2012). Det er derfor særdeles viktig at alle ansatte har kompetanse i forhold til temaet og opplæring i bruk av redskapet BVC.

Fungerer BVC som et godt hjelpemiddel for å forebygge vold og aggresjon ved en akuttpsykiatrisk avdeling; det vil si den reelle effekten samt sykepleierens konkrete erfaringer og evalueringer - er det jeg ønsker undersøke i denne studien.

I neste kapitel vil rammeverket fungere som en avgrensning i forhold til problemstillingen som skal belyses, ved at enkelte begreper og fenomener blir trukket fram på bekostning av andre.

3. TEORETISK RAMMEVERK

I dette kapitlet kommer det teoretiske rammeverket som redegjør for det mer spesifikke perspektivet som styrer fokuseringen og vektleggingen i forhold til forskningsspørsmålene. Det teoretiske rammeverket vil her være den teoretiske sammenheng som masteroppgaven befinner seg innenfor, og den vil igjen være styrende for hvordan oppgavens problemstilling blir forstått. I denne masteroppgaven omfatter det teoretiske rammeverket en presentasjon og avklaring av sentrale begreper i forhold til problemstillingen, samt deres antatte sammenheng. Disse begrepene belyses ved hjelp av relevant teori og forskning, slik at begrepsavklaringen og litteraturgjennomgang vil foregå samtidig. Det blir gjort for å unngå unødvendig gjentakelser, samtidig som sammenhengen mellom teori og litteraturgjennomgang tydeliggjøre.

Ifølge Avant (1993) kan et teoretisk rammeverk sammenlignes med en begrepsmessig modell eller en enkel teori, hvor ideer, fakta og forskning skal settes i et sammenhengende og meningsfullt system. Det blir et puslespill hvor de ulike begrepene skal plasseres slik at de danner et bilde som gir mening for den som betrakter det. Det teoretiske rammeverket har som grunnleggende mål å fokusere, ved at noen ting blir inkludert som relevante, mens andre ting blir ekskludert som urelevante (ibid). Det sies gjerne at ”det som kommer an på øyne som ser”, og dette kan gjelde både i det daglige livet og ved forskning. Virkeligheten er mangfoldig og kompleks, og det vil være overmodig og nærmest urealisk å tro at det er mulig å favne det hele. For å kunne vurdere relevansen til det rammeverket som brukes, blir det viktig å begrunne de valgene som gjøres i forhold til hva som blir fokusert på.

I forhold til denne studien har det å utvikle et hensiktsmessig rammeverk, vært en lang prosess med utsiling av hva som bør inkluderes og hva som kanskje ikke er så sentralt. Men noe av hensikten her ble å utforme et teoretisk rammeverk som kan gi økt forståelse av problemstillingen, samtidig som man kan fungere som et utgangspunkt for videre diskusjon. Kunnskapsområdene jeg har beskrevet i teoridelen er de jeg mener er essensielt for sykepleiere innen psykisk helsevern. Dette kapitlet tar for seg noen perspektiver i psykiatrisk sykepleie, og gjør rede for noen aktuelle situasjoner og utfordringer i det innledede møtet mellom pasient og sykepleier sett i lys av redskapet BVC.

Hva er pasientens behov og hvordan kan en sykepleier forberede seg til å møte pasienten? Dette innledende møtet er viktig for videre relasjonsbygging. I denne samhandlingen må vi som sykepleiere være faglig bevisste om hvordan vi selv arbeider. Relasjonen mellom pasient er essensiell, og den kan etableres ved gjensidig respekt.

Ifølge Hummelvoll (2012) er de første møtene et avgjørende for etablering av samarbeid med pasienten. Det handler om hvordan vi møter pasienten, hvordan vi taler til og omtaler pasienten og vi er i dette møtet. For eksempel spørsmål om eventuelle voldsutøvelse kan oppfattes som krenkende av enkelte pasienter, og bør derfor framsettes på en måte som tar hensyn til dette. Noe som kan være utfordrende på en akuttpsykiatrisk avdeling, fordi man som regel ikke kjenner pasienten personlighet.

Det faller kanskje litt utenfor rammen å redegjøre for recovery, men en viktig del av psykiatrisk sykepleie er å legge vekt på de mellommenneskelige sider ved psykiske lidelser. Bedringsprosesser er forskjellig fra individ til individ, og det er ikke slik at en bestemt type behandling passer for alle. Selv om pasientens ve og vel har alltid stått i sentrum i sykepleietjenesten, og man prøver derfor å leve opp til det etiske prinsippet om å ta ansvar for å hjelpe. Utfordringen ligger her i at man lett kan lett krenke pasientens integritet og autonomi. Det går altså et tynt skille mellom å ta ansvar for å yte helsehjelp og for å ta ansvar fra en pasient. Eide og Eide (2007) mener relasjonen mellom pasient og sykepleier på mange måter er forskjellig i dag enn før sett i forhold til tidligere (blant annet lengre tid til relasjonsbygging). Dette kan medføre at tillitsforholdet ikke får tid til å utvikle seg, og at det i kortvarige institusjonsopphold med overflatiske relasjoner, lett kan oppstå misforståelser som kan skape grobunn for aggresjon hos engstelige og forvirrede pasienter, men at dette dilemmaet fortsatt er en utfordring. Pasienter som behandles ved akuttpsykiatriske avdelinger, vil være knyttet til den enkelte enhet for en kortere fase i sitt liv. Imidlertid kan denne perioden bli avgjørende for den enkeltes pasient vekst og utvikling.

Den komplekse situasjonen ved akuttpsykiatriske sykehusavdelinger krever ofte erfarne sykepleiere for å kunne kartlegge pasientens behov tidlig nok. Delaney og Johnson (2007) hevder i sin forskning at erfaring hos psykiatriske sykepleiere gir økt forståelse for pasientens opplevelse av å være innlagt på akuttpsykiatrisk avdeling.

Recovery

Recovery betyr, direkte oversatt, "å komme seg". Recovery (eller det norske begrepet bedringsprosesser) kan sees på som en filosofi eller en holdning som fremmer muligheter og tro på at mennesket kan leve meningsfulle og tilfredsstillende liv, selv om man har psykiske problemer eller lidelser (jf. Hummelvoll, 2012:56). Recovery betyr nødvendigvis ikke at et individ blir friskt, men fokuserer på faktorer som fremmer bedring slik at individet skal kunne mestre sin situasjon. Når man omtaler recovery er jeg klar over at det finnes en rekke litteratur fra for forskjellig hold om temaet. Jeg har i denne masteroppgaven valgt å ta utgangspunkt i Antonosky's syn på recovery.

Recovery betyr, direkte oversatt, "å komme seg". Recovery (eller det norske begrepet bedringsprosesser) kan sees på som en filosofi eller en holdning som fremmer muligheter og tro på at mennesket kan leve meningsfulle og tilfredsstillende liv, selv om man har psykiske problemer eller lidelser (jf. Hummelvoll, 2012:56). Recovery betyr nødvendigvis ikke at et individ blir friskt, men fokuserer på faktorer som fremmer bedring slik at individet skal kunne mestre sin situasjon. Når man omtaler recovery er jeg klar over at det finnes en rekke litteratur fra for forskjellig hold om temaet. Jeg har i denne masteroppgaven valgt å ta utgangspunkt i Antonosky's syn på recovery.

Antonovsky's syn på recovery

Antonovsky var en sosiolog som studerte menneskers potensial for helse, produktivitet og oppfyllelse (Antonovsky, 2000). Å være menneske innebærer til enhver tid at noen har plager og symptomer. I sin fagartikkel tar han avstand fra en inndeling mellom syke og friske. Han bruker en elv som metafor når han kritiserer det rådende synet på helse. Ifølge (Antonovsky, 2000) er dette synet er de som er ute i elven, de syke, mens de friske er de som ikke er i elven. Da gjelder det å redde de som er i elven fra å drukne (behandling), eller hindre at noen faller i elven (forebygging). Til forskjell fra dette sier Antonovsky at vi alle befinner oss i elven. utfordringen er å prøve å gjøre det mest mulig behaglig å være der.

Han dannet begrepet salutogenese som kort betyr "*det som skaper helse*", som gikk ut på at man skal undersøke hva som hemmer og hva som fremmer helse. Gjennom sitt arbeid med

salutogenese utviklet han et begrep og som han kalte ”*sense of coherence*”, det vil si ”*opplevelse av sammenheng*”. I dette begrepet vektlegger han tre komponenter som har et innbyrdes forhold; forutsigbarhet, håndterbarhet og meningsfullhet. En god ”*sense of coherence*” er kjennetegnet av at individet forstår livssituasjonen (forståelighet), har tro på at individet har de nødvendige ressurser tilgjengelig til å finne løsninger (håndterbarhet) og opplever utfordringer som motiverende (meningsfullhet). Han beskrev recovery som en konstruktiv prosess, hvor individet fokuserer på deres egen situasjon i en fleksibel, tilpassningsdyktig og framtidorientert måte.

Hans definisjon fremhever individets egne bidrag til recovery, og støtter empowerment som redskap for individets egen bedringsprosess. Empowerment betyr å gi den avmektige makt, og er i recovery forskningen et viktig element i det å komme seg fra uhelse til god helse (Martinsen, 2004). Empowerment tenkningen bygger på et menneskesyn der individet er fritt og kan ta egne valg. Antonovsky’s syn på recovery er basert på empowerment og målet er at et individ med en psykisk lidelse skal bruke sine egne ressurser i søken etter sine ambisjoner. Man ser at empowerment og recovery er nært beslektede begreper. Antonovsky’s syn på recovery støtter opp om viktigheten av å legge forholdene til rette for individet, for å stimulere bedring. Gjennom å gjøre dette vil individet kunne ha fokus på sin egen situasjon, være tilpassningsdyktig og se for seg en positiv framtid.

Sense of coherence og recovery

Recovery sett gjennom dette begrepet, er en prosess hvor individet skal øke sin selvoppfattelse, verdighet, stolthet, valg og mening med tilværelsen. ”Sense of coherence” henger positivt sammen med individets subjektive opplevelse av livskvalitet, helse, psykososial fungering og negativt sammen patologi. Disse resultatene understreker viktigheten av å gi omsorg, støtte intervensjoner som øker ”sense of coherence” i bedringsprosessen til pasienter med alvorlige diagnoser, for eksempel schizofreni. Effektene av faktorene som tas i bruk for å styrke ”sense of coherence” har betydning for pasientens opplevelse av håpløshet og fortvielse. Dette er sterkt knyttet opp mot det å oppleve et meningsfullt liv. I prosessen mot bedring vil det derfor være hensiktsmessig å få tak i faktorer som for den enkelte gir livet mening. ”Sense of coherence” teorien forklarer

recoveryprosessen og er essensiell i forhold til utviklingen av effektiv behandling, støtte og bedring. Individets "sense of coherence" spiller en sentral rolle i hvordan personer med psykose lidelser mestrer belastninger i recoveryprosessen og bidrar til helse og psykososial fungering. Å leve innebærer å være i en konstant strøm av spenning og stressituasjoner. Spenning er en del av de normale situasjoner i livet, mens stress som ikke blir håndtert hensiktsmessig kan gå over i å bli sykdomsfremkallende (Antonovsky, 2000). Han er ellers tydelig på at ikke alle problem kan løses, men at man kan lære å leve bedre med dem.

Hva hjelper for recovery?

Det finnes to større undersøkelser om recovery innen helsefaglig kontekst i Norden. De tok utgangspunkt i hva individer fremhever som viktig for å håndtere sin situasjon og hva som har hjulpet med dem å bli friske (Borg og Topor, 2007). Tilbakemeldinger fra brukere av psykiske helsetjenester om hva som bidrar til bedringsprosessen beskrives forskjellig fra individ til individ. Noen har lite kontakt med helsevesenet, noen kommer seg ved hjelp av helsepersonell mens andre opplever å komme seg på tross av helsevesenets innsats. Undersøkelsene kom likevel fram til syv relevante faktorer:

1. *Individet bidrar selv til bedring.* Et sentralt aspekt av individets rolle i prosessen er at man selv har oppnådd makt over eget liv. Det er ikke sjeldent at bedringen beskrives som en ensom prosess hvor individet "gjorde alt selv" (Borg & Topor, 2007).
2. *Andre personer i personens nettverk er betydningsfulle.* Dette fordi de kan bidra økonomisk støtte, fremme håp, og fordi deres nærvær kan styrke personens selvbilde ved at de føler seg akseptert. Også andre pasienter individet møter, for eksempel i en døgnavdeling, kan være av betydning.
3. *Medisin nevnes av mange som en positiv faktor i recoveryprosessen.* Samtidig forekommer det her sterke kontroverser (Borg & Topor, 2007).
4. *Profesjonell støtte og behandling.* Tilbud i lokalsamfunnet, bostøtte og aktiviteter er noe alle brukerne i undersøkelsen anså som verdifulle tilbud i forhold til recovery. Det har visst seg at mange pasienter innlagt på institusjon er urolig for hvordan de blir møtt i samfunnet etter utskrivelse. Brukerne forteller at de profesjonelle som har

vært til stor hjelp i bedringsprosessen har behandlet dem på en respektfull måte og normalisert måte (Borg & Topor, 2007).

5. *Spiritualitet*; først og fremst uttrykt gjennom tradisjonelle religioner er også en faktor noen av individene så på som verdifullt. Dette fordi de tilbyr en meningsfull sammenheng hvor individet kan få plass til sine erfaringer (Borg & Topor, 2007). Religion og spiritualitet kan spille en vital rolle ved å være en guide i en recoveryprosess.
6. *Kunnskap om og/eller aksept av sykdommen*. Mange beskriver dette som viktig da de med kunnskap kan gjenkjenne tidlig tegn på at man begynner å bli dårlig. De kan som følge av dette sørge for å ta medisin, eller begrense eventuelt misbruk. Aksept kan også bidra til at de kan håndtere stigmatiseringen mange møter, noe som kan motvirke at det blir kronisk. Mange har kommet seg ved at de kan utfordre de begrensningene de har opplevd i sine liv (Borg & Topor, 2007).
7. Innleggelse på psykiatrisk avdeling. Det kan støtte ved at det avbryter en negativ utvikling (Borg & Topor, 2007).

Hva vanskeligjør recovery?

Undersøkelsen ovenfor kom også fram til faktorer presonene beskrev som hemmende for recovery. Jeg vil her kort nevne tre viktige faktorer. Det er viktig å merke seg at det er flere faktorer som vanskeligjør recovery. Nettopp disse faktorene er vesentlig å ta hensyn til i arbeidet med pasienter som tenderer mot aggressiv og voldelig atferd.

1. *Den sosiale avstanden mellom profesjonelle og brukere*. Flere profesjonelle har vanskeligheter med å akseptere pasientens beskrivelse av to separate verdener og beskrivelsene av deres negative erfaringer med behandlingen de mottar. Mange profesjonelle stiller spørsmålstegn til hvor representativt brukerne av helsetjenester er og overser deres tanker og meninger (Borg og Torp, 2003).
2. *Medisin, diagnostikk og compliance (det vil si aksept av legens ordinasjon)*. Profesjonelle aktører betrakter medisinerer som en viktig faktor innen recovery.

Flere personer med schizofrenidiagnose har derimot beskrevet dette som et verktøy som gjør dem maktesløs ettersom de ikke gir noen valgmuligheter. Mange hevder også at profesjonelle har en tendens til å ikke diskutere medisinen type, dosering, fordeler samt bivirkninger med dem, noe som igjen fratår individers evne til å engasjement og makt (Borg & Topor, 2007).

3. *Tiden*. Mange brukere med schizofrenidiagnose forteller at de profesjonell har et krav om effektivitet, det vil si at forberedningene skal foregå raskest mulig. Dette står i motsetning til personenes egne erfaringer om hvor tidkrevende denne recovery prosessen er. Individene mente at det tok tid å lære hverandre å kjenne og når institusjonene rasket mulig skulle uttrykke deres ubehag for så og utskrive de, kunne dette forhindre recovery prosessen.

Oppsummering av recovery

Både psykiske lidelser og bedringsprosesser representerer kompleksitet. Det å bli friskere refererer til de opplevelser, erfaringer og kunnskaper man som individ tilegner seg i kampen mot den lidelse og sykdom som rammer. Viktige faktorer i denne prosessen er; håp, sosial støtte, medisiner og behandling, spiritualitet, empowerment, informasjon og kunnskap, selvhjelp og meningsfulle aktiviteter. Brukernes fortellinger om egen bedring stemmer dårlig med en del forhold i helsevesenet. Borg & Topor (2007) fant flere eksempler på at helsevesenet kan hemme bedringsprosessen. Recovery eller bedringsprosessen er en personlig og unik prosess. Men det går an å se det på en annen måte.

I de siste tiårene er det blitt mer vanlig å snakke om ”*helsefremmende arbeid*”. Det er en prosess som skal gjøre folk i stand til bedre å bevare sin helse (Kristoffersen, 1999). Dette arbeidet hvor man ikke bare konsentrerer seg om sykdommene man skal unngå å utvikle, men snarere ser på hvordan man skal bevare og fremme helsen best mulig gjennom livsløpet, og å finne fram til tiltak og metoder som kan bidra til dette. Det spesielle innenfor psykiatrisk sykepleie er at pasientens problemer er av psykisk art og at metodene man benytter, bygger mer på sykepleierens evne til å unytte personlige ferdigheter i en terapeutisk prosess. Et annet kjennetegn er at forandringene til pasienten skjer mer på det indre enn ytre plan.

Alt dette er tankevekkende, men kan også blant annet inspirere psykiatriske sykepleiere til å se utover egne horisonter (Hummelvoll, 2012: 48). Men hvordan kan det enkelte individ bli bedre ut fra sin psykiske plager finnes det intet fasitsvar på. Av den grunn vil det ikke være, kanskje, umulig å utvikle et konkret og eksakt behandlingstilbud som kan nå alle.

Innleggelse på akuttpsykiatriske avdeling

Innleggelser i akuttpsykiatriske sykehusavdelinger skjer til alle døgnetts tider og nesten alle innleggelser skjer som øyeblikkelig hjelp (Berg, 2007). Pasienter med behov for innleggelse blir enten henvist fra fastlege, psykiatrisk legevakt, allmennlegevakt eller DPS. Terskelen for innleggelse i en akuttavdeling varierer og er blant annet avhengig av øvrige tilbud i den kommunale psykiske helsetjenesten.

For de fleste vil en innleggelse medføre en viss form for indre uro, blant annet fordi det å bli innlagt innebærer at man til en viss grad må oppgi noe av sin egen autonomi og fordi man må forholde seg til de fysiske rammene og reglene i sykehusavdelingen. Pasientene som behandles ved akuttpsykiatriske avdelinger, vil ellers være knyttet til den enkelte sykehusavdeling foren kortere periode i sitt liv. Denne perioden kan bli avgjørende for den pasientens vekst og utvikling. For at dette skal skje er det viktig at miljøpersonalet har god faglig kompetanse og evner til å forstå og arbeide sammen ut fra et helhetsperspektiv.

Dette betyr i denne sammenheng at sykepleier ser den enkelte pasient som en kompleks, integritet helhet med en fysisk, psykisk, sosial og åndelig dimensjon som skaper ulike behov. (jf. Hummelvoll, 2012). Sykepleietiltak må således bygge på en innlevende og faglig forståelse av pasientens problemer og lidelse. Her er en god relasjon mellom sykepleier og pasienten en viktig forutsetning for å skape trygghet hos pasienten. Ifølge Hummelvoll (2012) har miljøet stor betydning og påvirkningskraft, både den fysiske utformingen og personalets holdninger og væremåter. Det er ellers viktig her med lojalitet ovenfor generelle regler og individuelle tiltak i forhold til pasientene. Er man uenig med tiltaket, så må man ta dette opp med resten av personal på en vaktrapport eller i et møte, aldri foran pasienten. Et godt behandlingsmiljø kjennetegnes av trygge rammer og et daglig program som bidrar til å skape struktur og hjelpe pasienten til å komme i gang med aktiviteter (ibid). Personalet må være tålmodige og tåle projeksjon og aggresjon rettet mot seg og bevare fatningen i pressede situasjoner slik at alle handlinger kan utøves profesjonelt.

Akuttpsykiatriske avdelinger tilbyr som tidligere skrevet som regel kortvarige innleggelser, fra ett døgn til cirka 3 uker. Behandlingen av individer i krise foregår hovedsakelig individuelt og i grupper, forankret i medisinske, psykologiske og sykepleiefaglige behandlingsmodeller, der hovedfokus er vurdering, stabilisering, utredning og medisinerer (jf. Berg, 2007).

I henhold til forskrift om øyeblikk hjelp i det psykiske helsevernet vil tilstander som utløser plikt til øyeblikkelig i hovedsak omfatte (jf. *Spesialisthelsetjenesteloven* § 3.):

- Psykotiske tilstander preget av svær uro eller voldsomhet som medfører betydelig fare for pasientens eller andres liv eller helse.
- Psykotiske og andre tilstander preget av svær angst eller depresjon der det er betydelig fare for at pasienten kan søke å ta sitt eget liv eller skade seg selv eller andre.
- Deliriøse tilstander hvor avrusning ikke er en hovedsak og hvor årsaken ikke er somatisk betinget.
- Psykiske tilstander hos barn og ungdom som omsorgspersoner ikke mestrer, og der hjelp fra det psykiske helsevernet er påtrengende nødvendig.

Hverdagen i akuttpsykiatriske avdelinger kan være et komplekst bilde av følelser og reaksjonsmåter hos sykepleier og pasient. Og ikke alle situasjoner har et grunnlag for gjensidig samspill, for eksempel når man står i akutte risikosituasjoner. Uforutsigbar atferd hos pasienten og risikosituasjoner synes å være et stort problem for sykepleieren i møte med pasienter med akutte og alvorlige psykiatriske problemer. Uforutsigbarhet er som regel også foranledning til bruk av tvang, for eksempel når sykepleiere er usikre på om pasienten kan være farlig. Ifølge Aas (2010) er kunnskap vesentlig for å hindre bruken av tvang. Og på en akuttpsykiatrisk avdeling kan man jobbe uten å ha helsefaglig utdanning eller bakgrunn. Dette betyr at det kan være flere ansatte uten tilstrekkelig kompetanse. Uansett hvilke tvangsmidler som brukes i psykisk helsevern så skal det kun benyttes dersom det ikke finnes andre hensiktsmessige metoder, om pasienten er til skade for seg selv eller andre (jf. Lov om Psykisk helsevern).

11. mai 2012 la helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen (Ap) fram Loven om Psykisk helsevern. Det nye forslaget blir omtalt som ”*Lex Breivik*” (Breiviks lov). Loven om psykisk helsevern endres som følge av Breivik-saken, men også for å bedre sikkerheten til ansatte og medpasienter i psykisk helsevern. I tillegg til strengere kontrollrutiner vil de kunne, etter de ansattes skjønn, bli overført til avdelinger med høyere sikkerhetstiltak.

Loven kritiseres for å være spesialtilpasset et enkelt tilfelle, for å bryte med menneskerettighetene og Grunnloven – og for å behandle psykisk syke som alvorlig kriminelle. At Breivik kan bli kjent utilregnelig er hovedgrunnen til at loven blir endret.

Til grunn ligger et syn på psykisk syke som individer som ikke kan tillegges ansvar for sine liv. Et annet spørsmål er om psykisk syke dermed i altfor stor grad umyndiggjøres. For ikke så lenge siden kom det en rapport som anbefalte mindre bruk av tvangsbehandling og strengere regler for det (Helse Sør-øst, 2011). Nå kan det se ut som en av følgene av Breivik-saken at det blir et klima for mer tvang i psykisk helsevern. Utvikling og endringer i lovverket kan kanskje ses som en bekreftelse på endrede syn på farlighet og psykiske lidelser. Tiden vil vise.

Om bruk av tvang

Tvangsinnleggelse og tvangsbehandling er kontroversielle temaer som vekker sterke følelser. Tvang er et virkemiddel som omfatter tiltak og behandling mot pasientens vilje. Bruk av tvang reiser derfor både etiske og eksistensielle spørsmål, for eksempel: når er det riktig å gripe inn i andres liv? Et særtrekk ved psykisk lidelse er at den psykiske syke ikke alltid vil oppfatte seg som syk. Et av helsevesenets dilemmaer er således i hvilken grad det er etisk forsvarlig å behandle mennesker som ikke selv forstår at de er syke mot deres egen vilje, det vil si med tvang.

Tvunget psykisk helsevern (heretter kalt TPH) kan gjennomføres når en pasient med alvorlige sinnslidelse ikke selv forstår hvilken skade han eller hun vil lide uten hjelp. Om frivillig behandling ikke er mulig, skal tvang benyttes når det helhetlig er til pasientens beste. Kontrollkommisjon kan oppheve TPH ved klage fra pasient eller pårørende. Men få eller ingen liker tvang, og det er uenighet i fagmiljøene at tvangstiltak bør være en siste utvei og benyttes sjelden som mulig. I en del situasjoner vil imidlertid bruk av tvang ved innleggelse

og under behandlingen være nødvendig og uunngåelig. På ett vis tar samfunnet et etisk ansvar for den enkeltes ve og vel. Dette gjelder enkeltmennesker som pga. sin lidelse ikke vil være i stand til å vurdere sin situasjon og behandlingsbehov, og som eventuelt vil kunne utgjøre en alvorlig fare for seg selv eller andre.

Det kan være mange ulike grunner til at pasienter utøver vold og aggresjon som ender med bruk av tvang, slik som for eksempel kulturforskjeller. En del av pasientene kan være av annen etnisk opprinnelse eller utenlandske statsborgere. De prater da gjerne ikke norsk. Ifølge Hanssen (2005) kan tilpassing til norske sykehusavdelinger være en belastning i seg selv. Det kan virke utrygt fordi man ikke forstår kulturen og språket. Det kan komme mye frustrasjon ut av og ikke gjøre seg forstått verbalt. Et annet forhold med ulik kulturbakgrunn er deres syn i relasjonen til kvinnelig personal. Ifølge Norvoll (2008) og Vatne (2006) kan grensesetting i seg selv være en utløsende faktor til tvang.

Tvang kan defineres som innleggelse av et individ i en institusjon eller behandling mot individets egen vilje (Norvoll, 2008). Tvang i psykisk helsevern kan beskrives på flere måter, og det er vanskelig å definere tvang på en entydig måte (NOU:2011:9). Bruk av både fysiske, mekaniske og kjemiske midler er regulert ved lov, og krever legitimering av lege. Pasienten har klagerett jf. Psykisk helsevernloven (2009) som forutsetter at mindre restriktive midler er utprøvd før en anvender tvang, eller at det eksisterer en nødssituasjon. Intensjonen i psykisk helsevernloven er å sikre pasienten får den nødvendige behandling slik at liv og helse ivaretas også i perioder der vedkommende er ute i stand til å vurdere sin egen situasjon adekvat. Frivillig helsehjelp skal alltid ha prioritet dersom dette er forsvarlig ut fra pasientens sinnstilstand og evne til å ta viktige avgjørelser.

Skjerming fra miljøet innad i avdelingen kan særlig være aktuelt ved uro eller utagering. Dette er også lovregulert (ibid). Men noen ganger kan det være aktuelt med vedtak for anvendelse av tvangsmidler som beltelegging, isolasjon og enkeltstående bruk av kortidsvirkende legemidler eller kortvarig fastholdelse. Kortvarig fastholding er den typen tvangsmiddel som er hyppigst brukt i barne- og ungdomspsykiatrien, men forekommer også ovenfor voksne personer. Med mekaniske tvangsmidler belter og remmer. Holding går ikke under kategorien mekaniske tvangsmidler, men jeg velger å nevne det fordi personalet kan holde i en pasient før vedkommende beltelegges.

Noen ganger kan man spekulere om bruk av tvang kunne ha vært unngått dersom man hadde forstått situasjonen til pasienten bedre, eller sett en begynnende eskalerende utagerende atferd tidligere. Her kan redskaper som BVC være til hjelp. En stor del av sykepleierens oppgave er å ivareta pasientens autonomi og integritet i ulike situasjoner (Hummelvoll, 2012). Denne medbestemmelsen til pasienten samt retten til ikke å bli krenket kan være utfordrende å overholde, især når en sykepleier er midt i en situasjon hvor tvang velges som løsning. Om det ikke finnes annen løsning enn bruk av tvangsmidler, så må fokuset være på hvordan det blir utført – det vil si på en mest mulig respektfull og integritetsbevarende måte. Sykepleieren må dermed arbeide bevisst med den enkelte pasienten som utsettes for tvangsmidler, men også med de andre pasientene og kollegaer.

Sykepleieteori

I starten av arbeidet med masteroppgaven brukte jeg en del tid på å sette meg generelt inn de ulike sykepleieteoretikerne fra 1950-tallet opp til i dag for å få oversikt over forskjeller og likheter (jfr. Hummelvoll & Granerud, 2010). De fleste sykepleieteorier er i utgangspunktet amerikanske fordi amerikanerne var de første som startet utdanning av sykepleie på universitetsnivå. Som en del av utviklingen begynte man å stille spørsmål omkring hvilke type kunnskap som skulle utvikles i faget. Sykepleie knyttes som regel til omsorg, og sykepleien kalles gjerne et omsorgsyrke. Omsorgen for pasientens ve og vel er det sentrale i all sykepleie. I dette arbeidet er det likevel ikke bare nødvendig å ha intuisjon og menneskelig varme for å forstå og hjelpe pasienten, men også nødvendig med faglig kompetanse. Hva innebærer i så fall alt dette?

Sykepleie er utviklet på basis av menneskets behov for kvalifisert omsorg og spesielle tjenester. Det er derfor viktig å være bevisst på hva som ligger i de forskjellige sykepleiebegrepene og andre begreper som har betydning for sykepleieutøvelsen. Med tilfredsstillende kunnskap, om og innsikt i det vi holder på med, har vi også et solidere ståsted når det er nødvendig å argumentere for egne synspunkter. Med gode fagkunnskaper har vi også bedre muligheter til å gå inn i nye og mer krevende oppgaver i takt med samfunnsutviklingen. Sykepleien har det til felles med andre yrker i helsevesenet at den stadig må tilpasse seg nye helseproblemer og ny kunnskap. Ved siden av dette er et sikkert sykepleiefaglig ståsted viktig for utviklingen av eget fag og for faglig og personlig utvikling.

Sykepleiefaget har også utviklet egne sykepleieteorier og sykepleiebegreper, som for eksempel egenomsorgsteori. En god sykepleiestandard har egenskaper og oppgaver som blant annet fremmer vekst og positive holdninger, ansvar og engasjement, kommunikasjon, undervisning og veiledning og problemløsning (Eide og Eide, 2007). Faglig kyndighet som utgjør basis for all sykepleie, innebærer at vi kan noe og vet noe som setter oss i stand til å mestre oppgavene på en tilfredsstillende måte. Men selv om faglig kyndighet er vesentlig for å mestre daglige og noen ganger mer spesielle sykepleieoppgaver, er det ikke nok for å kunne gi en god sykepleie. Vi må også engasjere oss i pasienten, i hans eller hennes situasjon, og i selve yrkesutøvelsen. For å sikre en helhetlig pleie og omsorg må vi ha en målrettet atferd, en atferd som fremmer pasientens helse og velvære. Vi må også foreta grundige observasjoner av hver pasient, slik at vi kan utarbeide og sette i verk individuelle tiltak. Den gode relasjonen oppnås ved å støtte, ha struktur, vise engasjement, beskytte og myndiggjøre pasienten. Oppnår man den gode relasjonen kan bruken av tvangsmidler og følelse av krenkelse unngås (ibid).

De forskjellige sykepleieteoriene har noe ulikt syn på problemstillinger, mål og tiltak, men de avviker mest i synet på hva som er sykepleierens rolle i forhold til pasienter. Årsakene til dette er at de ulike teoriene både har ulik filosofisk forankring og ulikt fokus. Denne ulikheten i forankring og fokus har ført til at det finnes teorier som fokuserer på pasientens behov, teorier som fokuserer på interaksjonen og relasjonen mellom pasient og sykepleier, og teorier som fokuserer på påvirkningen av pasientens evne til tilpassning. Hvilken type terapi som tilbys, er kanskje ikke det som er mest avgjørende.

Psykiatrisk sykepleie

Når man skal omtale psykiatrisk sykepleie sitt ståsted, kan man gjøre dette ut i fra ulike nivåer. Disse nivåene er det metateoretiske, det teoretiske, det teknologiske og det praktiske. Ved gjennomgang av psykiatrisk sykepleie vil alle disse nivåene berøres og dette er viktig for å få fram helheten og de ulike sammenhenger mellom nivåene.

De fire nivåene er følgende (jf. Hummelvoll, 2012):

1. Det metateoretiske nivået inneholder sykepleiens grunnideer i forhold til mennesker, sykepleie og undervisning. Menneskesyn, syn på psykiske lidelser og grunnleggende begreper hører således inn under dette nivået.
2. Det teoretiske nivå omhandler ulike teorier som kan anvendes innenfor psykiatrisk sykepleie. Å vite om ulike teorier ligger på dette nivået.
3. Det teknologiske nivå inneholder ulike metoder å utøve psykiatrisk sykepleie på. Å vite hvordan tilhører dette nivået.
4. Det praktiske nivå omhandler selve det å utføre og praktisere faget. Det betyr at psykiatrisk sykepleie kan utføres med varierende grad av kvalitet.

Bruk av redskapet BVC tilstreber å gjenspeile alle disse fire nivåene, men det er selvsagt det teknologiske og det praktiske som blir mest synliggjort. Rammen omkring utførelsen av psykiatrisk sykepleie er sykepleieprosessen. Den er en systematisk, vitenskapelig metode hvor kunnskapen om sykepleie og selve utøvelsen integreres, det vil si å binde sammen teori og praksis (Kristoffersen, 1999). Sykepleievitenskap er sammensatt fag som bygger på metodekunnskap og teorier fra mange fagområder. Teorier om psykiatrisk sykepleie vil altså representere ulike disipliner, men disse skal anvendes innenfor sykepleiefagets arbeidsområde (ibid). Teorier om psykiatrisk sykepleie vil således representere en eklektisk modell.

Hildegard Pepelau (Eide og Eide, 2007) beskrev på femtitallet de ”*interpersonlige prosessene*” mellom pasienten og sykepleieren. Hun beskrev relasjonen mellom pasienten som en arbeidsmetode, som tilrettela for personlig vekst og utvikling. Hun kalte denne relasjonskompetansen for fagets kjerne (ibid). Det vil si at i den praktiske utøvelsen av sykepleie er det derfor grunnleggende for kvaliteten på interaksjonen at sykepleier har reflektert over eget ontologisk nivå slik at dette kan avspeile seg på det teknologisk og praktiske nivå. Dermed unngår man at sykepleie blir en form for ”*tom teknikk*”.

Den psykiatriske relasjonen i forhold til pasienten blir også framhevet i Hummelvoll's definisjon (jf. 2012). Det som kan være bærende, er den relasjonen som etableres mellom pasienten og sykepleieren. Han skriver at ”*kunnskap skapes i dialog med pasienter*”, og påpeker hvor sentralt denne dialogen mellom pasienten og sykepleieren er i utøvelsen og utviklingen av psykiatrisk sykepleie. En viktig del av psykiatrisk sykepleie blir å legge vekt

på mellommenneskelige sider ved psykiske problemer. Psykiatrisk sykepleie som en mellommenneskelig og problemløsende prosess ble først beskrevet av Hildegard Peplau i 1952. Peplau er grunnlegger av en sykepleieteori som går på det mellommenneskelige forholdet (Interpersonal relationship) mellom sykepleier og pasienten. Målet for denne prosessen er således å legge vekt på å fremme helse og utvikling av personligheten i en retning av et konstruktivt, kreativt og produktivt tilværelse. Teoriene som ellers oppstod på 50-tallet skulle klargjøre hva sykepleie var, og fortsatt er. Da Peplau skrev dette, var forholdene på psykiatriske sykehus nokså annerledes enn de er i dag. Behandlerne sto for en ren medisinsk modell, og var som regel lite interessert i å høre pasientens versjon. Men den tiden er heldigvis over. Men hva er spesielt for psykiatriske sykepleiere?

En psykiatrisk sykepleier er en autorisert sykepleier som gjennom teoretisk og praktisk utdanning har spesialisert seg i sykepleie av pasienter med psykiske lidelser. Den teoretiske utdanningen gis i dag av høyskolene i form av tverrfaglig videreutdanningsstudium. Oppgavene varierer fra forvern, miljø- og ulike former for psykoterapi, til rehabiliteringsarbeid, oppfølging og ettervern.

Psykiatriske sykepleieres tradisjon er knyttet til omsorgsarbeid for pasientgrupper som har liten evne til selv å ivareta egenomsorg. Å stimulere, motivere, struktur og nærvær er sentrale tiltak innen den støttende sykepleiefunksjonen. En side ved psykiatrisk sykepleie som tradisjonelt sett får mye oppmerksomhet, er å observere og rapportere. I den store variasjonen innen stillingsinstrukser og yrkesmessige profiler nevnes dette til og med gjentatte ganger. Sykepleieren tilkalles ofte av andre instanser for å gi informasjon om denne personen, fordi de møter pasienten i en rekke forskjellige situasjoner, både innenfor og utenfor sykehuset og til alle døgnetstider. I tillegg har sykepleieren ofte uformell kontakt med medpasienter og pårørende. De må kunne gi et korrekt sammendrag, med klare, logiske og konsise begreper av hva som skjer rundt pasienten. Man bør utvise en form for forsiktighet. På grunn av den direkte tilgangen til, og involveringen i pasienten, er det fare for at sykepleiers evaluering mangler objektivitet, dvs. at hans eller hennes oppfatning er mye farget av subjektive inntrykk, eller at noen sider av den generelle funksjonsevnen til pasienten blir oversett eller overvurdert. Eller at pasientens subjektive perspektiv og opplevelse ikke tas hensyn til.

Sykepleierens funksjon og rolle vil innen psykiatrisk sykepleie vil ellers variere med pasientens problemer og tilstand. Problemene har et mangfold av klinisk presentasjonsformer

som både fysisk og atferdsmessig skaper store utfordringer for sykepleieren med hensyn til valg av assistanse til den enkelte pasient. Utover det individuelle nivå, har sykepleieren et medansvar for at personen får et liv i et tilfredsstillende sosialt fellesskap. På det samfunnmessige nivå, har sykepleieren en forpliktelse til å påpeke og påvirke forhold som skaper helseproblemer (Hummelvoll, 2012). Peplau fokuserer på hvordan sykepleieren kan hjelpe pasienten med ”intrapsykiske” behov i tillegg til eksistensielle. Dette perspektivet omfatter ikke bare å avlaste pasienten for angst og uro, men også bidra til personlig vekst og utvikling av personligheten (jf. mellommenneskelig prosess). Måten det kommuniseres på er like viktig som innholdet. Dette krever at sykepleier har selvinnsikt og evne til å tolke og sin egen og andre atferd (Eide og Eide, 2007).

Peplau beskriver sykepleie som en psykoterapeutisk virksomhet. Det vil si at utviklingen av relasjonen mellom pasient og sykepleier står sentralt for det terapeutiske utbyttet av sykepleien underveis i prosessen. Etersom sykepleieren lytter til pasienten, vil pasienten for eksempel kunne utvikle et generelt inntrykk av pasientens situasjon. Ifølge Peplau vil da både sykepleier og pasient utvikle seg gjensidig, og sammen kunne løse de ulike problemer. Denne interaksjonsprosessen innbefatter hvert enkelt møte mellom pasient og sykepleier, og hele prosessen som skjer fra første til siste møte. Relasjonsarbeid er langvarig og fører til pasienten knytter seg til sykepleieren over tid. Denne interaksjonsprosessen er både en pedagogisk og en terapeutisk prosess, som retter seg først og fremst mot sykepleie innenfor psykiatrisk fagområde (jf. Hummelvoll, 2012). Evnen til å trygge pasienten og bygge tillit er sentrale kunnskaper i møte med pasienter i dyp krise. Prosessen med å oppnå gjensidig tillit kan derfor ta tid. Alle som arbeider profesjonelt med mennesker, opplever situasjoner der det er vanskelig å finne ut hva som er moralsk riktig å gjøre.

Oppsummering av teori

Da Hildegard Peplau i 1952 presenterte det interpersonlige perspektivet i psykiatrisk sykepleie, var dette et nytt, og revolusjonerende, område for sykepleieaktivitet (Eide og Eide, 2007). Peplau la vekt på relasjonen mellom sykepleier og pasient som grunnlaget for

sykepleieprosessen. Denne prosessen tar blant annet sikte på å sette individ istedenfor diagnose i fokus for sykepleierens arbeid. Peplau har sitt utgangspunkt i psykoanalytisk teori og fokuserer på sykepleierens rolle som terapeut og hjelper i forhold til grunnleggende problemer som angst, aggresjon og skyld.

Peplau hevdet videre at sykepleiere kunne gjennomføre dette gjennom observasjon, beskrivelse, formulering, tolkning, validering og intervensjon. Forståelsen av hva som er sykepleierens anliggende og funksjon innenfor forskjellige kontekster i psykiatrisk sykepleie kan ellers hentes både fra behovsteorier, interaksjonsteorier og adaptasjonsteorier.

Alle disse sykepleieteoriene bygger på samhandling mellom pasient og sykepleier. Når et menneske er i en psykisk krise kan det oppstå dilemmaer i dette samarbeidet. Eksempelvis når et individ legges inn mot sin vilje.

Man kan møte problemer som kan være vanskelig å løse, slik at alle parter opplever avgjørelsen som tilfredsstillende eller god. Kunnskap om en sak gjør det lettere å foreta bevisste og mest mulige riktige valg, men teori alene er ikke nok. Almvik (2004) framhever også at forebygging handler om kunnskap og kompetanse, samt den fysiske utforming av arbeidsplassen, bemanning og type bemanning.

Da må man ha et systematisk redskap for å kunne se et mønster i når og hvor episoder med aggresjon og vold skjer. Opplever sykepleiere på akuttpsykiatriske avdelinger at deres kliniske hverdag har endret seg etter innføring av BVC? Hvis så, på hvilken måte?

4. Metode

Metodelæren gir råd om hvordan man kan samle inn, behandle og analysere data. Hvilken metode som velges bestemmes av problemstillingen, hva man ønsker å finne fram til eller hvilke spørsmål man søker svar på. Metode betyr ut fra sin greske opprinnelse: *”en vei som fører til målet og er i seg selv bare et redskap”* (Kvale & Brinkmann, 2009). Forskningens hovedmål er å gi økt kunnskap, gjennom å forklare eller fortolke omverdenen. For å nå dette målet tar all forskning utgangspunkt i ett eller flere spørsmål, problemer eller ideer (Olsson og Sörensen, 2009). Et formål med stille flere spørsmål om samme tema kan være at man ønsker lage et sammensatt mål for egenskap, der man kombiner svarene på flere spørsmål til en variabel (Hellevik, 1999). En metode er med andre ord en framgangsmåte for å løse problemer og komme fram til nye erkjennelser.

Kvalitativ og kvantitativ metode

Kvantitative metoder tar utgangspunkt i teorier som bygger på tidligere forskningsresultat og/eller litteraturstudier samt forskerens egne erfaringer på området. Teorien er strukturert og formuleres i testbare hypoteser og/eller definerte formål. Så planlegges og gjennomføres dette empirisk. Forskeren er mer objektiv og har ofte kortvarig eller ingen kontakt med informantene i det hele tatt (Olsson og Sörensen, 2009). Kjennetegn ved kvalitativ metode er en systematisk innsamling og analyse av mer subjektive og fortellende data. Den gir mange opplysninger om få enheter og fokuserer ofte på det unike. Formålet med kvalitative studier er å oppnå forståelse av fenomener på bakgrunn av gode data om individer og situasjoner i deres sosiale virkelighet. Man stiller med blanke ark og prøver å møte informasjonen som om den er helt ny. En kvalitativ tilnærming vil være et godt utgangspunkt for å få kunnskap om hvordan individet opplever sin situasjon (Kvale & Brinkmann, 2009).

Den kvalitative metoden som jeg har bygget min teori på, omhandler menneskelig erfaring (fenomenologi), som representerer en forståelses form der subjektive erfaringer betraktes som kunnskap. Og skal fenomenologi brukes som tilnærming til temaet som blir tatt opp, forutsetter det at forskeren har kunnskap om faglitteraturen på området. Jeg ser på dette som vesentlig i denne sammenhengen da denne studien ved siden av å være opptatt av de rent subjektive opplevelsene, også fokuserer på relasjoner. Med denne studien er det ønskelig å

undersøke hvordan sykepleiere skaper gode relasjoner med pasientene og ivaretar sikkerheten i forhold til bruk av sjekklisten BVC.

Fenomenologi

Det epokegjørende Emanuel Kant gjorde for ett par hundre år etter Descartes, var å skille mellom "Das Ding an sich" (fenomenet der ute) og "Das Ding für mich" (fenomenet slik det framstår for meg). Kant snur elegant på datidens forestillinger om at verden er entydig og sann og at vi passivt avbilder den. Ertertiden har latt seg inspirerer av Kant, men har sett ulikt på hvilke faktorer som påvirker og skaper vår virkelighet. Det er spesielt innenfor vitenskapstradisjoner som fenomenologi og hermeneutikk at Kants verdensanskuelse har hatt betydning og er blitt videreutviklet gjennom snart to hundre år. Fenomenologi er en kvalitativ tradisjon og den representerer en forståelsesform der de subjektive erfaringer betegnes som kunnskap. Den omtales både som en filosofisk tradisjon og som en metodisk tilnærming.

Fenomenologi er sterkt knyttet til tenkingens opphavsmann, Edmund Husserl (1859-1938). Han var opptatt av den ytre verden slik den framstår for oss. Han mente at ved hjelp av våre sanser, konstitueres verden i vårt bilde. Forskningen måtte skje med hensyn til "tingens vesen". Fenomenologen formulerer mottoet "til saken selv", og understreker derved viktigheten av å se saken slik den framstår for oss og i samsvar med dens vesen (Olsson og Sörensen, 2009).

Fenomenologiens grunnprinsipp er ifølge Husserl å komme fram til utvetydig kunnskap om opplevd erfaring. Husserl var opptatt av begrepet "livsverden" som kan forklares med en forståelses horisont som inkluderer sansing, vår bevissthet og forståelse (ibid). Vår "livsveden" blir med andre ord vårt erfaringsgrunnlag. Handlende, følede og tenkende mennesker må forstås ut fra sitt vesen. For at man skal kunne utforske et fenomen, må utsagn forstås ut fra sitt vesen. For at man skal kunne utforske et fenomen, må utsagn fra mennesket komme fram, slik som lidelse, smerte, sorg og glede. Husserls livsverdensbegrep har blant annet inspirert filosofen Jürgen Habermas, som ser på begrepet som et kulturelt overlevert og språklig fenomen. Slik sett blir "livsverden" er relasjonelt begrep.

Fenomenologien er et forsøk på å beskrive dirkete av en opplevelse, uten å ta hensyn til opplevelsens opphav eller årsak. Kunnskapen om fenomenet, som her i oppgaven er bruk av verktøyet BVC, oppnås i den virkelighet sykepleieren befinner seg i. Gjennom forellingene gir sykepleierne mulighet til å fortelle og utdype med sine egne ord hva som for dem er fenomenets egenart eller vesen. Det handler om deres erfaringer fra deres egen "livsverden".

Husserl utviklet ideen om "livsverdensperspektivet", det vil si den konkrete erfarbare virkelighet som mennesker lever i til daglig (Thornquist, 2004). Han hevdet blant annet at vitenskapen fjerner seg fra hverdagsverden. Det er i denne livsverden som er utgangspunktet for empirisk forskning. Og det empiriske materiale i denne undersøkelsen er fortellinger fra subjektene. Man må forsøke å forstå menneske ut i fra kultur, historie og sosial sammenheng samt dets relasjon til omverden og til andre mennesker og ting (Olsson og Sörensen, 2009). Med dette mener Husserl den verden som vi mennesker lever daglig i, prater om og tar for gitt. Fenomenologi er likevel ikke primært opptatt av det individuelle, men mer av å beskrive fenomeners generelle struktur i livsverden. Ulike fenomener er tillagt betydning i vår måte å konstituere verden på.

Vitenskapstradisjonene, naturvitenskap og hermeneutikk, har utviklet to ulike språk. I naturvitenskap benyttes ord som objektivt, rasjonelt og påviselig som om disse ordene er allmenngyldige og uavhengig av tid og kontekst for øvrig. Et hermeneutisk vitenskapssyn er ingen enhetlig klar forståelse. Det kan snarere sees på som et alternativ, et samlebegrep som forstås i fra ulike perspektiver, eksempelvis et fenomenologisk, et konstruktivistisk og et psykoanalytisk (ibid). En fenomenologisk/hermeneutisk vitenskapssyn gir oss mulighet til å forstå menneskelige fenomener av subjektiv art på en mer meningsfull måte enn naturvitenskapelig ideal. Det gir også grunnlag for metoder til utforskning av slike fenomener (Olsson og Sörensen, 2009). Dette vitenskapssynet danner av den grunn bakgrunnen for den metoden jeg har valgt utformingen av denne studien.

Vitenskapelig metode stiller krav å være mest mulig reflektert rundt sin egen forforståelse (Kvale og Brinkmann, 2009). For å sikre meg valide svar fra undersøkelsen har jeg vurdert min egen innvirkning av egen forforståelse i alle ledd av forskningsprosessen. Forforståelse er de erfaringer, begreper, teorier, verdier og holdninger som bevist eller ubevist leder våre tanker. Dette gjør det mulig for oss å finne mening. Forskeren må prøve å sette sin forforståelse på prøve, være åpen for overraskelser og la seg utfordre. Min egen jobberfaring

innen fagfeltet og med utgangspunkt i min utdanning som psykiatrisk sykepleier, har min forforståelse blitt dannet. Min bakgrunn, eller forforståelse, vil sannsynligvis kunne være med å farge studien. Særlig når det gjelder analysen av felles innsamlet datamateriale. Det er viktig å erkjenne seg dette og sette ord på denne forståelsen da den kan til en viss grad ha innflytelse på hele forskningsprosessen (Thornquist, 2004).

Det kan også være en fare for å ha for stor nærhet til studieobjektet (sykehusavdelingen). Men jeg har reflektert nøye over alt dette, og mener selv jeg har klart til å opprettholde den nødvendige distansen gjennom valg av metode. Det var umulig ikke å ha noen ideer om hva jeg forventet å finne, men jeg har vært svært bevisst på dette, noe som har bidratt til å unngå forforståelse i analysen.

Forskningsdesign

Denne studien er i utgangspunktet lagt opp til å være et ”mixed methods design”, hvor kvantitativ og kvalitativ metode utfyller hverandre. Det er flere varianter av ”mixed methods design”. En undersøkelse kan ha begge metoder, eller man kan kombinere de to metodene på ulik vis. Den sistnevnte forskningstilnærmingen ligner på det som Creswell (2009) omtaler som ”Explanatory mixed methods design”. Eksplorerende design brukes som regel når problemstillingen er uklar eller åpen, det vil si i tilfeller hvor man ikke kan stille opp klare hypoteser. Hvis det således er noe som er uklart (man vet det er noe, men vet ikke helt hva det er), kan det være hensiktsmessig å kombinere ulike metoder. Ulike metoder utfyller hverandre, og det blir stadig vanligere å bruke både kvantitative og kvalitative metoder i samme forskningsprosjekt (jf. Creswell, 2009). Designet er særlig anvendelig i situasjoner hvor man står ovenfor et fenomen man ønsker å vite noe mer, og hvor man ikke har helt klare ideer om hvordan fenomenet eller problemet skal analyseres.

Det ble derfor valgt å utarbeide et semistrukturert spørreskjema til innsamling av data gjennom samarbeid med min medstudent og veileder. Det er noen klare fordeler ved å bruke en spørreundersøkelse sammenliknet med for eksempel et intervju. Først og fremst er det vesentligere enklere og lettere å nå mange. Det er også en fordel at man kan besvare når man har tid og planlegge dette selv.

Innsamlingsmetoden ble gjennomført ved hjelp av et anonymisert semistrukturert spørreskjema - med faste svaralternativer og med åpne spørsmål - inkludert et informasjonsskriv hvor vi redegjorde for hensikten med prosjektet (se vedlegg 2). Mine åpne spørsmål ble formulert ut hva, hvor og hvordan. Før å få tak i rådata til masteroppgaven var det i hovedsak to alternativer. Den ene var å henvende seg til alle på en sykehusavdeling, det andre var å henvende seg til sykepleiere, fortrinnsvis ved to eller flere sykehusavdelinger. Vi valgte det siste alternativet.

Data ble planlagt innsamlet ved å spørre sykepleiere ansatt på akuttpsykiatrisk avdeling ved tre ulike sykehus på Østlandet. Spørreskjemaets kvantitative data fremkom i frekvensfordelinger med mulighet til å komme med egen kommentar etter siste spørsmål. Her kunne respondenten selv skrive inn med egne ord om sine erfaringer og meninger om temaet. På den andre siden vil utbredt bruk av kommentarfelt for det første være en indikasjon på at man ikke har gitt gode nok svaralternativer, og for det andre vil det kunne medføre mye ekstraarbeid i ettertid (Hellevik, 1999). De kvalitative rådataene (tekstfragmenter) ble registrert i tilknytning til sine respektive spørsmål (nr. 18-22). I etterkant ser jeg at enkelte av mine spørsmål var noe like, jf. spørsmål nr. 20 og 21, første del. Det gav lite variasjon i funnene mellom disse to spørsmålene.

Valg av deltakere

Vi valgte kun å inkludere offentlige godkjente sykepleiere i studien. Bakgrunn for dette var å få en mer homogen gruppe med felles bakgrunnsforståelse for temaet vi ville undersøke. Samtidig som vi forsikret oss om at alle inkluderte i studien jobbet direkte pasientrettet og er tilstede sammen med pasientene over en tid. Dersom vi hadde valgt å inkludere miljøterapeuter med ulike 3-årig helse- og sosialfaglig utdanninger og hjelpepleiere med kortere utdanningsforløp, ville dette kunne bidratt til at utvalget hadde blitt mer uklart og mindre uoversiktlig, slik at av den grunn hadde vært vanskeligere å analysere dataopplysningene. Denne oppgaven har spesielt fokus på Brøset Violent Checklist, og det ble hovedsakelig stilt spørsmål om generelle erfaringer med bruk av BVC. Vi valgte å begrense vår målgruppe til sykepleiere som var fast ansatt eller i et fast vikariat på en akuttpsykiatrisk avdeling som hadde innført BVC. Sykepleiere i administrative og

fagutviklingsstillinger ble ikke inkludert. For å ha størst grad av mulighet til å nå fram til de aktuelle sykepleierne, foregikk spredningen av spørreskjemaene ved hjelp av fagsykepleiere ved de respektive avdelingene. Det gjør at det er mulig å gi et nøyaktig anslag over hvor mange skjemaer som ble delt ut, og dermed regne ut svarprosenten.

Man kan kritisere dette utvalget av sykepleiere for ikke å gjenspeile virkeligheten på sengepostene som tilsier at annet miljøpersonal også benytter BVC i arbeidet. Man kunne valgt en slik inkludering med et mer uklart og mindre oversiktlig utvalg, men ville da behøvd en betydelig større populasjon for å kunne gjennomføre statistiske analyser på disse uvalgene. For å sørge for et tilstrekkelig stort nok utvalg til å gjøre statiske tester, valgte vi å gjennomføre en spørreundersøkelse i tre ulike akuttpsykiatriske sykehusavdelinger.

Jo større utvalget er, desto mindre feilmarginen vil være. Ved lavere svarprosent blir sjansene for å få utvalgsskjevheter gjennom frafall større. Dersom frafallet ikke er tilfeldig men avspeiler at visse typer informanter er blitt over- eller underrepresentert, oppstår problemer med representativiteten. Det er ingen statistisk løsning og kan bare håndteres ved empirisk undersøkelse av hvordan de som ikke har svart likner og skiller seg fra de som svarte på undersøkelsen (Bjørndal & Hofoss, 2004).

Praktisk gjennomføring av datainnsamlingen

Her beskrives den praktiske gjennomføringen av spørreundersøkelsen.

Ferdig utarbeidet spørreskjema sammen med informasjonsskriv inkludert samtykkeskjema, ble utarbeidet og oversendt. Personvernombudet for forskning ved Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) 25. februar 2012. Etter behandling mottok vi svarbrev fra NSD datert den 16. april 2012 om at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt iht. personopplysningsloven. Formell tillatelse til å sende ut spørreskjemaene ble til slutt gitt av vår veileder ved Høgskolen i Hedemark. Etter å ha mottatt svarbrev fra NSD om at prosjektet ikke medfører meldeplikt ved de tre ulike akuttpsykiatriske avdelingene, ba vi om tillatelse til å gjennomføre spørreundersøkelsen på deres respektive avdelinger. Vi sendte ut et informasjonsskriv på forhånd til de ulike akuttpsykiatriske sykehusavdelinger (se vedlegg 1).

Vi fikk så tillatelse til å komme på de ulike avdelingene og presentere prosjektet. Etter å ha presentert prosjektet på avdelingen, ble nøyaktig antall spørreskjemaer med tilhørende ferdig adresserte svarkonvolutter utlevert til hver enkelt enhet på de ulike avdelingene. Informantene fikk 14 dagers svarfrist. Svarkonvoluttene var ferdig adressert til de respektive avdelinger sine ekspedisjoner, hvor de ble hentet av oss etter to uker. Deretter kontaktet vi avdelingene på nytt og ba enhetslederne minne på om undersøkelsen og utvidet fristen for de resterende på ytterligere en uke.

Den ene inkluderte avdelingen ba om godkjenning til å informere om prosjektet på avdelingen egen intranettside. Klarer man å formidle spørreskjemaets nytte, og således skape interesse for å svare hos respondenten, vil respondenten mer sannsynlig ta seg bedre til med å svare. På den måten kan man øke validiteten i svarene vi får. De øvrige to avdelingene fulgte ovennevnte prosedyre uten ytterligere markedsføring for prosjektet.

Dersom man i løpet av undersøkelsen finner problemstillingen bør endres, kan man rette på det (Kvale & Brinkmann, 2007). Den endelige problemstillingen for denne masteroppgaven ble til i første del av semesteret, og ble ikke endret underveis. Et kvalitativt forskningsdesign innebærer likevel at forskeren er en aktiv deltaker i kunnskapsutviklingen og denne kunnskapen kan aldri bli fullstendig (ibid).

Svarprosent og beskrivelse av utvalget

Utvalget i undersøkelsen består av tidligere beskrevet av ansatte sykepleiere i tre ulike akuttpsykiatriske avdelinger på Østlandet., med dertil beskrevne inklusjons- og eksklusjonskriterier. Det ble utlevert til sammen 181 spørreskjema og vi fikk inn 79 utfylte skjema. Svarprosenten på de ulike avdelingene var ulik, men utgjorde et samlet gjennomsnitt på 43,7 %. Av de innleverte spørreskjemaene ble to skjemaer ekskludert. Ett på bakgrunn av at informanten ikke hadde vært ansatt i avdelingen mer en måned, og det andre på bakgrunn av at informanten ikke var utdannet sykepleier, slik kriteriet var.

Etter å ha korrigert for ekskluderte skjema fikk vi en korrigert svarprosent som tabell 2 viser:

| Sykehus | Antall skjema | Antall skjema | Svarprosent |
|---------|---------------|---------------|-------------|
|---------|---------------|---------------|-------------|

| | utlevert | mottatt | |
|-----|-----------------|----------------|------|
| A | 95 | 40 | 42,1 |
| B | 29 | 8 | 27,6 |
| C | 55 | 39 | 52,7 |
| Sum | 179 | 77 | 43,0 |

Tabell 2.: Svarprosent på de ulike avdelingene:

Svarprosenten er ganske forskjellig mellom de ulike avdelingene. Årsaken til hvorfor svarprosenten var så vidt forskjellige mellom sykehusavdelingene kan være at avdelingene la ulik vekt spørreskjemaet ovenfor den enkelte sykepleier. På sykehus C ble for øvrig spørreundersøkelsen presentert på avdelings sin intranett. Om svarprosenten hadde vært større eller mindre om forskerne (oss) hadde henvendt seg personlig til den enkelte respondent, er heller ikke lett å svare på. De fleste svarte ut fra sin profesjonelle rolle. Det er ikke undersøkt om hvilke holdninger sykepleierne som ikke deltok hadde til redskapet. Muligens deltok de ikke av praktisk grunner, eventuelt fant de temaet irrelevant. Sett under ett har spørreundersøkelsen forløpt smidig og uten større hindringer.

Metode og analyse

Det som skiller de ulike fenomenologiske metoder er dataanalysen. I begynnelsen av 1960-tallet i USA utviklet psykologen van Kaam en fenomenologisk begrepsanalyse. Han forsøkte å få til et tettere et samarbeid mellom fenomenologiske og psykologiske akademiske miljøer. Den mest vesentlig ved van Kaam sin begrepsanalyse er hans forsøk på å kombinere både kvalitet og kvantitet av data i en og samme metode (jf. Hummelvoll, 1995). Den kvalitative innholdsanalysen har likhetstrekk med van Kaams modifikasjon av den fenomenologiske metode.

I det følgende vil gjøre rede for framgangsmetoden som er hentet fra boken *Psykiatrisk sykepleie i et folke helseperspektiv* (Hummelvoll, 1995) og deretter beskrive hvordan jeg anvendte metoden:

1. Gjennomlesning av alle svarene i sin helhet flere ganger.
2. Systematisering av data ved å skrive ned alle respondents svar under det enkelte spørsmål.
3. Gjennomlesning – med henblikk på å finne kategorier som svarene kunne gå inn. Svar som falt under samme kategori ble gitt en bestemt kode.
4. Eliminering av svar som falt utenfor området spørsmålet dreide seg om.
5. Opptelling av antall svar i hver kategori, for å få et inntrykk av hvor framtreddende de enkelte svarreaksjoner var.
6. Rangering og presentasjon av svarene. Det enkelte kategori ble eksemplifisert med respondentutsagn for å visse den meningsvariasjon som kategorien omfatter.
7. Kategoriene ble tolket på bakgrunn av problemstillingen.

Begge forskerne gjennomgikk spørreskjemaene sammen. Etter å ha kontrollert for antall svar og gikk vi i gang med hver vår masteroppgave. I forhold til sykepleierens svar ble analysen gjort av forskeren alene. Et tilfeldig utvalg på rundt 20 % av samlet datamateriale ble valgt. Alle uttrykk som innehold elementer om fenomenet ble valgt ut. Ved eliminering forsøkte jeg å få vekk de elementene som sannsynligvis ikke er knyttet til det aktuelle fenomenet. Svarene ble kategorisert og inndelt tematisk for å gjøre det enklere å trekke linjer til den valgte teori. Dette var en krevende og ufordrende arbeid. Totalt sett, etter å gjennomgått alle skjemaene, er at informasjonen som kommer fram er god og nyansert. Hovedinntrykket er derfor at mange av respondentene gav et godt bilde av deres vurderinger og synspunkter på BVC.

Deretter ble data presentert som kvalitative kategorier. Utrykkene er listet opp både kvalitativt og kvalitativt. Jeg opplevde også hvor vanskelig det var å sette min egen forforståelse til side og ikke søke å få den bekreftet. Det var mange ganger en test i selvdisciplin. Jeg leste alle skjemaene på nytt etter en månedspause fra den beskrevne metodeanalysen. Først i forhold til forskningsspørsmålene, deretter i forhold til temaer fra problemstillingen. Videre ble det forsøkt å innhente statistikk, blant annet fra de ulike sykehusavdelingene, for å prøve å triangulere egne data sett i lys av den utvikling det har vært i forhold til om skaderapporter har sunket etter innføring av BVC. Noe av dette datamaterialet var ikke tilgjengelig, mens de rådataene som var tilgjengelig var ikke særlig bearbeidet og egnet seg derfor ikke til nærmere analyse.

Undersøkelsens validitet, reliabilitet og generaliserbarhet

Generaliserbarhet handler om studiens funn er allmenngyldige (Kvale og Brinkmann, 2007). Begrepet validitet knyttes til gyldighet og relateres til om man virkelig måler det som skal, dvs. om man treffer i forhold til forskningsspørsmålene (Kvale og Brinkmann, 2007).

For at datamaterialet skal høy grad av validitet, må reliabiliteten være høy. Reliabilitet forklares som nøyaktighet. Da får funnene høy grad av gyldighet Olsson og Sörensen, 2009). Ved å følge de syv kvalitative trinnene i analysen mener jeg at studiens funn har betydning også utover det konkrete forskningsfeltet. Datamaterialet gir en forståelse som bidrar til det terapeutiske innholdet i sykepleien synliggjøres og diskuteres. I kvalitativ forskning er pålitelighet og gyldighet en integrert del av forskningsprosessen (Kvale og Brinkmann, 2007).

Våre respondenter (181 stk.) ble valgt ut ved hjelp av avdelingsleder etter våre utvalgsriterier. For å kunne foreta gyldige og pålitelige målinger kreves det at man lykkes å konstruere et spørreskjema som skaper en god kommunikasjonsprosess mellom forskerne (oss) og intervjuobjekt (informanten). Det ideelle ville vært å bruke et velprøvd spørreskjema, som var reliabilitetstestet og validert av flere. Men siden dette er en masteroppgave, så ses utarbeidelsen av spørreskjemaet som en del av læringsprosessen på masterstudiet. For at spørreskjemaet skal oppfylle sin funksjon, kreves det at målingene som foretas både er valide og reliable. Validiteten ble forsøkt styrket gjennom å utarbeide spørreskjemaet i samråd med vår veileder og å rådføre oss med fagsykepleiere ved en sykehusavdeling under arbeidet med å lage spørreskjemaet. En ekstern ekspert på BVC ble også konsultert. At undersøkelsen ble gjennomført nylig øker validiteten i forhold til våre data.

Etiske betraktninger

Det heter i Helsinkideklarasjonen at medisinsk forskning er underlagt etiske standarder som fremmer respekt for alle mennesker og beskytter deres helse og rettigheter. Kvalitative

forskningsmetoder gir møter mellom mennesker, og normer og verdier utgjør viktige elementer av den kunnskapen som utveksles og utvikles (Malterud, 2008).

Forskningsprosjekt er i utgangspunktet et samarbeidsprosjekt mellom to masterstudenter og ble gjennomført etter å ha blitt vurdert av Personvernombudet for forskning ved Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD,), men ikke funnet meldepliktig. Det er likevel viktig at ethvert forskningsprosjekt ivaretar forskningsetiske prinsipper, selv om prosjektet faller utenfor meldeplikten.

Vår introduksjonen av spørreskjemaet var kort og informativt, hvor vi gjorde vi rede for hensikten med prosjektet i en nøytral tone (se vedlegg 2). Anonymisering av data i ettertid ble understreket. Sikring av personvern og anonymitet ble ivaretatt ved at vi heller ikke hadde noen papiroversikt med navnene på de inkluderte sykehusene i informasjonsskrivet som ble sendt ut på forhånd (se vedlegg 3). Etske avgjørelser må tas gjennom hele forskningsprosessen (jf. Kvale & Brinkmann, 2007). Besvarelsen av spørreskjema var basert på frivillig informert samtykke og respondentene ble gitt relativt god tid på å besvare spørsmålene.

Datamaterialet er behandlet konfidensielt. Konfidensialitet innebærer at forskningen ikke skal avsløre informantens identitet. Det betyr at datamateriale som kan komme til å avsløre identiteten til informanten ikke skal offentliggjøres. Vi har vært blant annet vært nøye med å vurdere all informasjon med tanke på faren for identifisering av de tre sykehusavdelingene.

Denne studien kan si noe om hvilken effekt bruk av kliniske redskaper som BVC har for sikkerheten på en akuttpsykiatrisk avdeling. Selv om resultatene kan være til nytte for sykehusavdelingene, da økt kunnskap og kompetanse hos sykepleiere og andre ansatte kan komme pasientene til gode, så skrives ikke denne masteroppgaven på oppdrag for verken arbeidsgiver eller andre. Det eksisterer med andre ord ingen forventninger fra de involverte.

5. RESULTATER FRA UNDERSØKELSEN

Dette kapitlet inneholder en analyse av datamaterialet. En oversikt av funnene presenteres både i tabeller og i kategorier under hvert hovedtema. Denne studien er primært rettet mot de erfaringer og vurderinger som sykepleiere har gjort i forbindelse med bruk av BVC på akuttpsykiatriske avdelinger i Norge. Resultatene er fra følgende lukkede spørsmål: nr. 11-12 & 14-15 og fra følgende åpne spørsmål: nr. 18 til 22 – dvs. totalt fem hovedspørsmål

Respondentene har lagt ned forskjellig arbeid i svarene. Ingen har benyttet mulighetene til svaralternativer med sine egne ord etter siste spørsmål (nr. 23). Ikke alle respondenter har besvart hvert enkelt spørsmål, slik at det faktiske respondenttallet vil variere på hvert spørsmål. Innsamlet datamaterialet for hvert spørsmål varer derfor en del.

Gjennom analysen ble tre tematiske områder og sammenhenger identifisert. Disse er basert på forskningsspørsmålene. Framstillingen av kategoriene presenteres punktvis under hovedtema og understøttes av sitater. Mine kommentarer fungerer som utfyllende refleksjoner og tolkninger relatert til svarene som er gitt.

Resultatene presenteres i følgende tre kategorier

- Om aggresjon og vold

- Bruk av BVC

- Risikoområder

Det første temaet er aggresjon og vold. Sykepleiere er en av de gruppene i samfunnet som oftest blir utsatt for vold og trusler. Det andre temaet omhandler sykepleierens bruk av BVC i sin kliniske hverdag. Her beskriver sykepleierne sin opplevelse og utfordringer de har erfart med verktøyet. Her er det identifisert flere kategorier. BVC har ellers vært et pågående prosjekt i rundt fem år ved samtlige tre sykehusavdelinger. Det tredje teamet omhandler undersøkelse av bruk av BVC i forhold til ulike de ulike problemområder.

Om aggresjon og vold

Har du selv opplevd å bli utsatt for vold fra pasienter?

| | Antall | Prosent |
|-------|--------|---------|
| Ja | 56 | 73,3 |
| Nei | 20 | 24,7 |
| Total | 76 | 100 |

Kommentar:

Tre av fire respondenter som besvarte dette spørsmålet har opplevd å bli utsatt for vold og trusler. En stor andel av respondentene opplever altså vold og aggresjon i sin hverdag. Dette er en klar indikasjon på at vold og trusler er et faktisk problem med betydning for kvaliteten av arbeidsmiljøet. Dette forholdet kan ha å gjøre med kvaliteten i behandlingsmiljøet og bærekraften i relasjonene. Undersøkelsen bekrefter at aggresjon og vold fortsatt er et aktuelt problem i akuttpsykiatriske avdelinger i dag. Å arbeide i et miljø som er preget av voldelig atferd, kan gi både psykiske og fysiske belastninger. Noe som kan igjen påvirke den ansattes arbeidsevne og dermed deres forutsetninger for å kunne støtte pasientens bedringsprosess.

Har du observert andre medarbeidere som har blitt utsatt for vold fra pasienter?

| | Antall | Prosent |
|-------|--------|---------|
| Ja | 69 | 90,1 |
| Nei | 7 | 9,1 |
| Total | 76 | 100 |

Kommentar:

Ifølge svarprosenten på dette spørsmålet går det fram at over 90 % respondentene har opplevd vold eller trusler om vold på jobb. Vold er en yrkesrisiko når man arbeider med mennesker som er psykisk ustabile. Prediksjon av vold er således et viktig tiltak for å foreberede kvaliteten på omsorgen. Men hvordan kan vold og aggresjon forebygges? I de senere år har flere psykiatriske akuttavdelinger tatt i bruk et nytt verktøy for at helsepersonell

skal bli bedre til å forutsi uønsket atferd, nemlig BVC. Rapportering av vold og trusler kan kanskje reduseres hvis man har klarleggingsredskap som oppleves som meningsfullt og anvendbar i daglig bruk. Som en parentes kan det nevnes at det ikke foreligger noen offisiell rapport eller oversikt fra de ulike sykehusavdelingene om antall episoder med aggresjon og vold har sunket etter innføring av BVC.

Om bruk av Brøset Violence Checklist (BVC)

Har du fått opplæring i bruk av verktøyet BVC?

| | Antall | Prosent |
|-------|--------|---------|
| Ja | 59 | 75 |
| Nei | 18 | 25 |
| Total | 77 | 100 |

Kommentar:

Det som er oppsiktsvekkende er at en fjerdedel av sykepleierne som bruker BVC har ikke fått opplæring i bruk av verktøyet. Dette kan skyldes flere faktorer. Mangel på systematisk og rutinemessig opplæring i bruk av BVC kan handle om sviktende rutiner i avdelingene eller i enhetene, at man ikke har erkjent at bruk av slike redskaper krever informasjon og opplæring, at det kan foreligge manglende interesse hos respondentene for faget og/eller for BVC som arbeidsredskap. En annen faktor kan ligge i respondentens personlig interesse for faget, slik manglende opplæring ikke er relatert til forholdene på arbeidsteden.

Hensikten med opplæring er jo å sikre en tilstrekkelig god kvalitativ standard for bruk av BVC, slik at en felles håndtering av risikosituasjoner blir mer forutsigbare og bidrar til å styrke. Både pasientens og ansattes sikkerhet.

Har du brukt verktøyet BVC?

| | Antall | Prosent |
|-------|--------|---------|
| Ja | 74 | 96,1 |
| Nei | 3 | 3,1 |
| Total | 77 | 100 |

Kommentar:

Så mye som 96 % av respondentene bruker verktøyet i sitt kliniske arbeid. De aller fleste ansatte er altså kjent med praktisk bruk av verktøyet BVC selv om strukturert opplæring mangler for en del av personalet. Hovedformålet med opplæring av bruk av BVC er å få en trent personalgruppe at alle fanger opp de samme symptomene og har en felles forståelse av redskapet. Faren for aggresjon og vold gir sykepleietiltakene en ekstra dimensjon av utfordring i psykiatrisk sykepleie. Hvorvidt og hvordan de tre sykehusavdelingene har organisert sin opplæring i bruk av BVC, er ikke konkretisert i denne studien.

Hvordan brukes verktøyet på ditt arbeidssted? n = 69

- Ved alle innleggelser (62)
- Tilfeldig (6)
- Ingen svar (9)

Kommentar:

69 respondenter besvarte spørsmålet. Hensikten med spørsmålet var å få en oversikt over hvordan verktøyet BVC rutinemessig blir brukt. Variasjon i svarene skyldes ulik praksis for innføring av BVC. Standardprosedyre ved innleggelse hos alle de tre sykehusavdelingene er at pasienter blir tatt i mot av vakthavende lege og sykepleier i en mottaksenhet, hvor det blant annet blir foretatt en voldsriskovurdering i tråd med de nasjonale retningslinjer (jf. IS-9/2007). Dette gjelder uansett hvilken ukedag eller tid på døgnet pasienten blir innlagt.

Innkomststamtalen gir legen og sykepleier et utgangspunkt og et grunnlag for å forstå pasientens situasjon - og ikke minst basert på hva pasienten selv forteller. Registreringen fylles så ut på bakgrunn av opplysninger som framkommer under innkomststamtalen, observasjoner av pasienten, og øvrige tilgjengelig informasjon om pasienten.

Ved to av sykehusavdelingene benyttes BVC som rutine på alle pasienter ved mottak, og ved en av disse sykehusavdelingene følger sjekklisten pasienten under hele sykehusoppholdet. Ved den andre vurderes bruk av BVC på nytt ved intern overflytting. Hvis det ikke er blitt observert fysiske eller psykiske trusler, avsluttes bruk av BVC. Ved den tredje sykehusavdelingen vurderes bruk av BVC ved hver innleggelse. Hvis det foreligger åpenbare tegn på truende atferd under innkomststamtalen, og/eller hvis pasienten har en tidligere historikk om vold og aggresjon benyttes BVC. Dersom vold åpenbart ikke er et problem utelates BVC. At seks av respondentene svarer "tilfeldig" på spørsmålet kan skyldes konsekvensen av at BVC først blir tatt i bruk etter en episode med vold i sykehusavdelingen, slik jeg tolker det.

Hva gjør du ved BVC 2 eller høyere? n = 55

■ Iverksetter generelle tiltak og måler effekten (37)

"Vurderer sammen med kollega eller lege"

"Ekstra oppmerksom på faretruende signaler"

"Avhengig av hvilke punkter pasienten har skåret på og ser an helheten"

■ Ingen strategi / tiltak, kun rapport (18)

"Rapporter til neste vaktskifte"

"Rapporter, ellers ikke noe spesielt"

■ Ingen svar (22)

Kommentar:

22 respondenter besvarte ikke spørsmålet. Av de som svarte, så angir nær halvparten av respondentene at man iverksetter tiltak som deretter vurderes etter nye observasjoner. Mens 18 av respondentene ikke iverksetter noen form for tiltak selv om prosedyren tilsier det. Således fungerer ikke BVC ved første debrifing. Det kan henge sammen med at man ikke

tillegger BVC særlig praktisk verdi, noe som igjen kan ha sammenheng med mangelfull opplæring. Flere beskriver at de ikke gjør noe aktivt, på tross av at instruksjonen som tilsier at man skal gjøre det når BVC er høyere enn to.

Jeg fant ingen signifikant sammenheng mellom de respondentene som ikke hadde opplæring med de 22 som ikke besvarte dette spørsmålet. Selv om det tydeligvis var vanskelig for mange respondenter å gi et svar på hva de gjør ved skåre to eller høyere, så hadde 18 av de 22 respondentene gjennomgått en opplæring i bruk av BVC. Selv om man altså har kjennskap til BVC, så bruker man det likevel i begrenset grad.

Hva er etter ditt syn begrunnelsen for bruk av verktøyet BVC? n = 67

■ Identifisere risikoområder (50)

”For å føre statistikk!”

”Det er et verktøy i forhold til å forutse/forebygge volds risiko for den enkelte pasient”

■ Forebygge voldsepisoder (17)

”Hjelper oss å være mer forberedt på eventuell vanskelige situasjoner på vekten”

”For å kunne forutse aggressiv og voldelig atferd basert på relevant informasjon”

■ Ingen svar (10)

Kommentar:

Tilbakemelding på dette spørsmålet er at de fleste respondentene har kjennskap til hensikten med bruk av BVC. Det er ellers to svaralternativer som går igjen. Respondentens subjektive meninger er i samsvar med intensjonen med redskapet. Den generelle forklaringen på dette kan være at respondentene får lik informasjon om BVC. Det er også verdt å merke seg at ti respondenter ikke markerte noen begrunnelse for bruk av BVC:

Hva er den viktigste fordel og ulempen med bruk av verktøyet BVC?**Fordeler n = 65**

- Raskt og enkelt (35)

"Raskt å fylle ut, enkelt å lære"

"Forenkler kommunikasjon mellom kollegaer!"

- Kartlegge vold og aggresjon (29)

"Tydeliggjør tvingende behov for ekstra tiltak og/eller bemanning"

- Fokus på sikkerhet (25)

"Kontinuerlig vurdering av sikkerhet"

"Gjør oss mer oppmerksomme"

Kommentar:

Hele 65 respondenter besvarte, hvor de veksler mellom å gi en til tre svar. Respondentene opplever at bruk av BVC legger til rette for å finne ut hvilke situasjoner som øker risikoatferd. Ifølge respondentene er største fordelene med bruk av BVC at man har en mulighet til å forebygge voldelig atferd, at miljøpersonell er mer årvåkne og at BVC bedrer samhandlingen mellom de ansatte. 12 respondenter besvarte ikke spørsmålet.

Ulemper n = 45

- Kan gi et feil bilde av pasienten (29)

"At det gir en falsk trygghet"

"Noe manglende ved mani, der de fleste får kun 1. Men på grunn av behovet for grensesetting så er det økt risiko selv om BVC kun er 1"

- Kan brukes feil ved manglende opplæring (19)

"Hvis ikke opplæring blir gitt kan punktene i skjema lett mistolkes"

"Ikke fått opplæring!"

"Enda et skjema"

- Stigmatisering (9)

"Personale kan forhåndsdomme pasienten på grunn av feil tolkninger"

Kommentar:

Kun 45 respondentene har svart på spørsmålet. 29 respondenter synes blant annet av bruk av BVC gir et feil bilde av pasienten og/eller situasjonen. Dette skyldes flere faktorer, men i hovedsakelig fordi kollegaer bruker redskapet feil, blant annet på grunn av manglende opplæring og at man mangler kunnskap om de ulike varselsignaler. To responder ser ingen nytte i bruk av BVC, tross opplæring i redskapet. Og to de har heller ikke avgitt noen svar på fordeler. Et generelt problem er at skåringen i utgangspunktet er avhengig av den normative, faglige bedømmelsen til den som utfører evalueringen.

Noen respondenter opplever at noen ganger kan risikoen være betydelig, selv om pasienten ikke skårer på høyt på analysen. Et annet dilemma er at man har forskjellige syn på situasjonen eller pasienten, mens andre kollegaer ser noe annet. 19 respondenter beskriver lignende opplevelser. Disse ulempene kan føre til at det sprer seg uttrykk til personalgruppen. Gjennomtenkt og rutinemessig opplæring av personalet således er viktig. En og samme situasjon kan dermed få ulike konsekvenser, både for pasient og sykepleier. De fleste ulempene dreier seg om at det er sykepleierne ikke behersker redskapet. Men det er positivt at respondentene virker å være klar over denne problemstillingen, slik jeg tolker det.

Risikoområder

Hvordan opplever du at BVC fungerer ved ulike problemer områder?

| | Bra | Ganske bra | Ganske dårlig | Dårlig | Vet ikke | (Ingen svar) | |
|-----------------------------|-----|------------|---------------|--------|----------|--------------|-------|
| a) Psykoser | 21 | 30 | 5 | 9 | 7 | (7) | n= 72 |
| b) Affektive lidelser | 20 | 28 | 4 | 11 | 9 | (7) | n= 72 |
| b) Selvskadingsproblematikk | 3 | 17 | 12 | 21 | 18 | (8) | n= 71 |
| d) Rus | 19 | 17 | 8 | 12 | 15 | (8) | n= 71 |

Kommentar: Respondentene ble bedt om å gjøre en vurdering i forhold til en femdelte skala. Av de 79 respondentene som deltok på spørreundersøkelsen, så svarte (krysset av) henholdsvis syv respondenter ikke på kategori a og b. Mens åtte respondenter ikke besvarte på kategori c og d. Derfor er *n* forskjellig i de fire kategoriene.

Over halvparten av respondentene hevder at BVC fungerer bra eller ganske bra på følgende problemområder: nemlig ved psykoser, affektive lidelser og rus. En psykose og mani er et fenomen og tilstand som ofte er preget av tilstander som oppløsning, uro og kaos som er lettere å observere, selv om symptomene kan variere i styrke og omfang.

Ved selvskading svarer 20 respondenter ”dårlig eller ”ganske dårlig”, mens 20 svarer ”vet ikke”. Man kan anta at årsaken blant annet kan være at det er vanskelig å forutse symptomer på å skade seg selv på en pålitelig måte, siden det er et fenomen som ofte preges av dramatiske skiftninger. Når det gjelder rus er det 18 respondenter som svarer ”vet ikke”, mens 15 svarer ”dårlig”. En årsak til det kan være at vurdering av rusmiddelbruk er til tider vanskelig å avgjøre og at rus i seg selv ikke gir poeng på sjekklisten.

Sammendrag av undersøkelsen

Denne (i hovedsak) kvalitative delen av spørreundersøkelsen viser at majoriteten av respondenter bekrefter at de har blitt utsatt for aggresjon og vold i sin kliniske hverdag, og at nesten samtlige har opplevd vold og trusler rettet mot kollegaer. I undersøkelsen kom det fram at det er betydelige individuelle forskjeller når det gjelder opplæring av bruk av BVC. En fjerdedel av respondentene oppgir at de ikke har gjennomført det. Jeg har ikke sett på variasjoner i forhold de tre sykehusavdelingene. Men resultatene tyder på at der er en forskjell på i hvilken grad avdelingene tar utvikling av personlig kompetanse på alvor.

Når det gjelder den praktiske bruken av BVC, uavhengig av opplæring, er det i midlertidig tydelig at ikke alle respondentene opplever at BVC er like hensiktsmessig, muligens fordi redskapet brukes ulikt i bedømming av pasienten. Det eksisterer derfor i varierende grad av usikkerhet rundt skåringene. Punktet som er vanskeligst å skåre på er ”forvirring”. Tre respondenter er utelukkende negative i sin beskrivelse av BVC. Her framstår det klart at den praktiske nytten av BVC beskrives som lite relevant. Årsaken til det er ikke manglende opplæring, siden alle tre respondentene hadde fått det.

Tar man bort ekstremtilfellene er respondentenes svar og kommentarer til bruk av BVC i overveiende grad positive. De fleste respondentene opplever at BVC er et brukervennlig verktøy som muliggjør en bedre oppfølging av pasienten innenfor en akseptabel tidsramme.

Respondentene opplever redskapet raskt og enkelt å bruke, noe som er en fordel på en travel akuttpsykiatrisk avdeling. Sjekklisten fører likevel ikke til at sykehusavdelingene unngår episoder med aggresjon og vold, men de ansatte hevder at de er bedre forberedt på slike (risiko)situasjoner i det daglige arbeidet.

Etiske refleksjoner

Pasient, bruker eller klient? Begrepene er mange, og jeg har tatt et valg i denne masteroppgaven ved å omtale dem det gjelde for pasienter. Grunnen er todelt. Jeg jobber i det daglige på en sykehusavdeling. Der er fortsatt pasientbegrepet rådende. Den andre grunnen er at når man skjelner til lovverket, i alle fall i de fire helselovene, brukes begrepet pasient. *Pasientrettighetsloven* er det tydeligste eksemplet på det. Det betyr ikke at brukerbegrepet devalueres av meg. Begreper som brukarmedvirkning og brukerstyring gjelder selv om jeg bruker pasientbegrepet. Klientbegrepet brukes for det meste i sosialomsorgen.

Helsearbeid innenfor psykisk helsevern reiser en rekke etiske problemer som jeg berører her i forhold til masteroppgavens problemstilling, Som sykepleier vil man alltid stå ovenfor vanskelige situasjoner der normer og verdier kommer i konflikt med hverandre. Det oppleves ofte vanskelig å ta endelig valg, og en hjelp kan være å trekke paralleller til det som er formålet med helsetilbudet, blant annet å forebygge sykdom, fremme helse og føre mennesker tilbake til et liv med best mulig livskvalitet. Hvor mye skal man gripe inn i den psykiske sykes forestillingsverden? Skal man få leve i forhold til egne preferanser, eller skal man ”normaliseres” i størst mulig grad? Dette er en stadig vekkt pågående debatt.

Jeg skal i neste kapitlet diskutere ovennevnte funn fra spørreundersøkelsen og trekke inn relevant litteratur.

6.0 DRØFTNING OG KONKLUSJON

I dette kapitlet vil jeg temaet konkluderes, og problemstillingen og forskningsspørsmålene besvares. Til slutt kommer jeg med betraktninger for praksis og anbefalinger for videre forskning. Hva er effekten av bruk av redskapet BVC som forebyggende tiltak på akuttpsykiatriske avdelinger?

Mine hovedfunn er:

- BVC er en rutinemessig del av sykepleietjenesten på en akuttpsykiatrisk avdeling
- Sykepleierens opplevelse av sikkerhet er økt som følge av bruk av BVC.
- Den individuelle opplæring i bruk av BVC er varierende
- BVC oppleves å være mangelfull ved problemområder som selvskading og rus.

Flertallet av sykepleierne har svart på alle spørsmålene. Tilbakemeldingene er at bruk av BVC er positive, at det er relevant og funksjonelt. Skåringsverktøyet er godt implementert i postens rutiner, og har gjort vurdering av voldsrisiko til en naturlig del av miljøpersonalets daglige rapportering. Felles for svarene er at de beskriver generelle forhold ved bruk av BVC.

Det er ikke oppdaget klare motstridende funn i studien. Imidlertid er det tydelig av den gjennomgående konklusjonen er at BVC i all hovedsak har en god funksjonalitet hos de ansatte sykepleierne. Den reelle innvirkningen er at av bruk av BVC virker forbyggende – dvs. at selve vurderingsarbeidet – og samtalen med kollegaer som følger ved hvert vaktskifte i seg selv virker bevisstgjørende og dermed kan forebygge utvikling av situasjonene med vold og aggresjon. Et dilemma som nevnes er mangelfull opplæring og/eller instruksjon kan føre til en svikt i rapporteringen. Vold skjer uten tilsynelatende forvarsel, men forvarslene har sannsynligvis vært til stede, selv om de har vært kortvarige og uttrykt i beskjedne grad. Forvarsler kan derfor være vanskelig å registrere for sykepleiere som mangler systematisk opplæring i prosedyren og/eller hos miljøpersonell som mangler en relevant utdanning og erfaring fra feltet.

Om vold og aggresjon

For det første vil dette alltid være en risiko i vårt yrke. Dette problemet kan ses igjen i sammenheng med funksjonen til akuttpsykiatriske sykehusavdelinger. Utgangspunktet er at pasienter som oppsøker behandlingsapparatet og ber om frivillig innleggelse bør legges inn frivillig, dersom det er indikasjon for det. En stor andel av pasientene på akuttpsykiatriske avdelinger legges inn mot sin vilje noe som kan oppleves som tap av personlig frihet. Noen pasienter som kommer inn under tvungen behandling/observasjon, eller som på en eller annen måte mottar tvungen helsehjelp eller annen bistand under tvang, rettfærdiggjør voldshandlinger med at de er i et tvangsregime (jf. Norvoll, 2008). Dersom det oppstår et behov for akuttpsykiatrisk hjelp vil inngangsporten til dette som regel gå gjennom fastlege eller legevakt.

En akutt tvangsinnleggelse kan være traumatisk både for pasienten og utfordrende for sykehusavdelingen. Det er en liten gruppe av pasienter med alvorlig psykisk lidelse hvor bruk av tvang kan være nødvendig for å sikre forsvarlig behandling i den første kritiske fasen av sykehusoppholdet. For eksempel ved manglende sykdomsinnsikt og hvor pasienten er lite kommuniserbar, og det forligger ellers få eller ingen alternativer til øyeblikkelig hjelp. I slike situasjoner hvor pasienten viser tegn til aggresjon kreves det at sykepleier er i stand til å vurdere om man skal vise til pasientens eget ansvar eller frita pasienten for ansvar. Det betyr at personalets evne til å danne en god relasjon til pasienten, holdninger, evnen til empati og kunnskaper om psykiske lidelser, er med på å bestemme om et opphold blir vellykket (jf. Hummelvoll, 2012).

Er man i utgangspunktet innlagt på tvang på en sykehusavdeling kan pasienten allerede føle seg krenket. Man skal ha forståelse for at tvang oppleves som svært ubehagelig, men vold kan aldri aksepteres. Desto viktigere er det å tilrettelegge for brukermedvirkning i alle situasjonene der det er mulig, for pasienter som er innlagt på TPH. Samtidig er det mulig å redusere risikoen, og dette blir forsøkt gjort i dag på akuttpsykiatriske sykehusavdelinger, blant annet ved bruk av BVC.

Om bruk av BVC

Respondentens evner – altså deres potensial for å opparbeide kunnskaper er selvfølgelig vanskelig å måle. Basert på det man kan trekke ut fra datamaterialet later det likevel til mange av respondentene bruker sykepleieprosessen – dvs. å kartlegge og måle effekten av intervensjonene. Sykepleierprosessen faser vurdering, planlegging, gjennomføring og evaluering benyttes som overbyggende struktur. En viktig oppgave for den psykiatriske sykepleier er å identifisere faktorer som bidrar til psykiske problemer og sette i gang tiltak i forhold til utsatte grupper. Tidlig intervensjon er spesielt viktig i forhold til å hindre utvikling av frustrasjon og aggresjon atferd før det oppstår en negativ sirkel (Hummelvoll, 2012). Mange av pasientens handlinger er ikke lett å forstå ut fra alminnelig logikk. Hvis man som sykepleier ikke forstår meningen med pasientens atferd – dvs. ikke forstår hvorfor pasienten handler slik eller slik – så kan sykepleieren i mange tilfeller utvikle egne forforståelsesrammer. Disse antakelsene kan være enkle og basere seg på de umiddelbare forutsetninger man har for å forstå handlingene.

En faglig analyse av forutsetningene for pasientens handlinger er viktig. Ved skåring på 1-2 skal det foretas utvidet vurdering i henhold til veiledningen, og tiltaket skal iverksettes hvis vurderingen til sier dette. Mye av personalets interaksjon beskrives som fortløpende reaksjoner på grunnlag av oppståtte situasjoner. En tidligere interaksjon kan således forhindre utagerende situasjoner. Bruk av BVC vil således ikke i vesentlig grad øke antall intervensjoner (eksempelvis: tilstedeværelse, realitetsorientering, avledning, forordning og administrering av medisiner etc.) og begrensninger, men forhåpentligvis målrette disse i forhold til den relevante pasientgruppe. Forskning viser for eksempel at det ikke er diagnoser innen psykospekteret som i seg selv medfører risiko, men snarere hvilke symptomer en har, og hvor sterkt de virker inn på den aktuelle personen (jf. NOU, 2012: pkt. 9.2).

Vi må altså vite hvordan bruk av BVC skal gjennomføres og hva som må observeres. Men en slik forståelse av psykiatrisk sykepleie forenes det tekniske og det menneskelige. Og de fleste respondentene som benytter BVC aktivt, opplever det som et godt redskap. Men ikke alle respondentene har rutiner hvis skåre er høyere enn to. Noen forklarer det med at det er avhengig av hvilken variabel det skåres på. For eksempel så vektlegges ikke variabelen ”forvirring” like mye som de andre fem variablene. En respondent forklarer manglende tiltak med at man allerede har avtalt at pasienten skal flyttes til en annen enhet. I en

akuttpsykiatrisk avdeling kan det være utfordrende å bygge en god relasjon med pasienten, især i akuttfasen og fordi pasienten ikke er lenge på enheten.

At det ikke er rutinemessig tiltak, for eksempel samtaler, kan handle om usikkerhet fra personalets side. Bjørkly (1997) understreker at det bør være rutinemessig samtaler med pasienten etter en aggressiv episode og at samtalene har som formål å gå igjennom med pasienten hva som skjedde og hva som kunne vært gjort annerledes. Hva er det som gjør at sykepleiere ikke påtar seg å ha rutinemessig tiltak, for eksempel i form av samtaler? Er det noe som kanskje er bedre egnet når pasienten er overflyttet til en annen enhet? Når tiltakene uteblir, er det fort gjort å tenke seg at bruk av BVC framstår som nyttesløst.

Hva oppfatter sykepleiere som sentrale ulemper ved bruk av BVC?

Når det gjelder ulemper, så har respondentene har gitt varierte beskrivelser av ulemper med BVC. Det er tydelige opplevelsen varierer etter hvem som bruker redskapet. Det later til å eksitere en større grad av usikkerhet ettersom kompetansen til hver ansatt er varierende. Flere respondenter beskriver ulemper med bruk av BVC i situasjoner hvor de hevder sjekklisten ikke strekker til, ved: *"motorisk uro"*, *"anspenhet"*, *"lettere irritert"* og *"mistenksomhet"*.

Her vil jeg trekke inn Bjørklys og Hummelvolls beskrivelser av forvarsler/varselsignaler. I slike situasjoner kunne kunnskap om forvarsler bidratt positivt i behandlingen av aggressive pasienter. Selv om man må erkjenne at det er så godt som umulig å skaffe sikre mål og observasjoner innen dette kompliserte området, så bør man en likevel analysere slike indre foranledninger så presist så mulig. Heller det enn å utelukke dem fra det kliniske bildet. Utfordringen ligger ført og fremst i å finne ytre observerbare tegn på at den aktuelle pasienten eksempelvis hører stemmer eller styres av paranoide vrangforestillinger. For å forebygge vold så langt som mulig, må man altså kjenne til hvilke signaler som kan tyde på risiko for vold. Studier viser at blir nesten alltid gitt signal før voldsepisoder (Almvik 2004 og Clark et. al. 2010). Det kunne likevel ha vært interessant å se nærmere på effekten av bruk av BVC i forhold til forskjellige diagnostiske typer av sykdom.

Om man nyanser bemanningsfaktoren ytterligere, finner man dessuten at en del av respondentene trekker fram at mange ansatte stoler mer på sine intuitive ferdigheter, og dermed er kanskje mer lydhør ovenfor pasientens atferd. Mange som jobber ved psykiatriske avdelinger kan etter hvert "sans" at noe er på gang, men det er ikke alltid et godt ok

argument for eksempel å tilkalle ekstra assistanse eller iverksette tiltak som kan forebygge vold. Og når pasientene er nye og ukjente i posten, har jeg ofte erfart at de nødvendige og hensiktsmessige tiltakene ikke blir satt i verk tidlig nok, eller at de er for løse. Personalet prøver seg gjerne litt fram, og at de gjerne mener har mer kontroll enn det som er reelt. Almvik (2004) understreker likevel at man ikke skal se på bort fra klinisk skjønn sunt vett og personalets erfaringer selv om man har tatt i bruk BVC. Høy risiko for vold og opplevelse av å være i fare takles trolig bedre av ansatte som har vært lenge på slike sykehusavdelinger. Flere nasjonale studier tilsier dette (jf. Norvoll, 2008). I all hovedsak kan voldelige episoder være avhengig av situasjon eller konteksten, der særlig verbal og/eller fysisk grensesetting fra personalet har betydning (Hummelvoll, 2012). Samvær og kommunikasjon er sentralt for sykepleierens møte med pasientene på sykehusavdelinger. Det er derfor et dilemma at sikkerhetstiltak kan være en utløsende faktor til aggresjon og vold. Det handler ikke om å ta ansvar fra pasienten, men at det kan være en årsak at samspillet påvirker pasientens opplevelse av personlig integritet. Ifølge Buss (2009) kan uklare rammer eller rigide regler gi økt risiko for voldelige og truende hendelser. Det samme gjelder store utskiftninger av miljøpersonell. I tillegg kan kontrollerende atferd fra de ansattes side også kunne øke faren for voldelig atferd. Hummelvoll (2012) framhever at viktige årsaker til avmakt er blant annet mangel på innflytelse og det å bli sett og forstått. Avmakt hos pasienten kan reduseres ved å sikre individets selvbestemmelse og deltagelse (ibid).

Når disse reservasjonene er lagt tilside, tror jeg at enkle sjekklister vil være til nytte for alle som er berørt av risiko for aggresjon og vold.

Risikoområder

Flere typer symptomer og lidelser kan skape akuttpsykiatriske situasjoner (Cullberg, 2003). Eksempler er psykoser, selvmordsplaner eller selvmordsforsøk, rusavhengighet (dobbeldiagnose pasienter), vold og betydelige endringer i atferd. Forekomsten av vold ved forskjellige diagnostiske typer av psykisk lidelse og avvik er av betydning for vurdering av risiko. Både definitivt psykisk sykdom, for eksempel psykoser, og avvik (personlighetsforstyrrelser), gir økt tendens til voldsutøvelse (Bjørkly, 1997). Ledsages rusmisbruk hos de to ovennevnte typer, så er det en særdeles uheldig forsterkende faktor. Sykepleierens evne til å gjenkjenne og skille mellom årsakene til tilstandene blir således viktig i en innleggelsessituasjon.

Manglende kunnskap om diagnoser kan føre til at viktige forhold blir oversett, noe pasienten ikke er tjent med. For å hindre at personalet agerer ut fra overføring av pasients fortvielse, sinne og avmakt med en sammenblanding av personlige erfaringer og egen dagsform, er det nødvendig med grunnleggende faglige kunnskaper, regelmessig veiledning. Det betyr at hele personalet til enhver tid må ha fagkunnskaper om behandling om de forskjellige diagnoser. Dette er lettere sagt enn gjort, men dette er noe som vi sykepleiere må strebe mot.

En svakhet ved studien er at man ikke tar hensyn til de ulike sengepostene i avdelingene. Ved alle de tre sykehusavdelinger fordeles pasientene etter hvilken diagnose, problem og/eller tilstand pasienten er i. Eksempelvis har respondenter antydnet at bruk av BVC er lite relevant for deres enhet, da de stort sett har ”rolige” pasienter med lite aggresjon. En forklaring på manglende svar på dette spørsmålet kan derfor være at en større del av respondentene ikke bruker BVC på hver vakt, eller på sin enhet.

I forhold til dette kan man forsøke å utøve autonomi tilpasset den enkelte. En like stor utfordring er imidlertid å gjøre det på en slik måte at pasienten ikke opplever seg selv som en taper. For å møte disse utfordringene kreves det at man har evnen til nytenkning og at tiltakene fremmer helse for individ - og samfunn.

Svar på forskningsspørsmålene

Mange som jobber på psykiatriske institusjoner kan merke at noe er på gang, men respondentens svarprosent (om aggresjon og vold) indikerer at dette ikke alltid er godt nok. Alt dette innebærer at det er viktig å starte med systematiske tiltak for å redusere trusler og vold. Forutsetningen er at de seks variablene i sjekklisten blir brukt som bevisste, planlagte handlinger og ytringer der pasientens optimale helse er målet. Jeg vet ikke om frekvensen av voldsepisoder er blitt lavere på de ulike akuttpsykiatriske sykehusavdelingene, men denne undersøkelsen gav følgende resultater:

- Respondentene vurdering er at BVC oppleves som et nyttig verktøy for å sette fokus på pasientens risikoområder.
- Respondentene synes det er praktisk mulig å bruke sjekklisten i den daglige drift.
- Bruken av sjekklisten BVC øker opplevelsen av trygghet på jobb.

Veien videre

Dette studien kan ses på som et pilotprosjekt for videre praksis og forskning.

Det vil også ha vært av stor interesse å framskaffe førstehåndskunnskap fra pasienter som opplever effekten av BVC. Det kan være andre faktorer og aspekter som er essensielle. Ved direkte å benytte seg av pasienter som respondenter/informanter kunne man fått et bedre innblikk i dette. Videre undersøkelser som anbefales er å se på bruk av BVC ulike typer enheter ved samme akuttpsykiatrisk sykehusavdeling, sammenligning mellom situasjonsvariabler og vold, hvilke intervensjoner som ble hyppigst iverksett ved skåre fra 2 eller høyere, og om det er forskjeller i bruk av BVC mellom ulike yrkesgrupper.

En fjerdedel av sykepleierne i denne undersøkelsen mangler opplæring i BVC. Det kan skyldes varierende grad av motivasjonen blant sykepleierne, den ofte begrensede innvolvingen fra andre kollegaer, kompleksiteten i sykepleiesituasjonen., viktigheten av riktig evaluering og tilbakemelding, er det således viktig å sikre at de ansatte gjennomfører opplæring, øvelse og instruksjon som er nødvendig. En kortfattet standardisert manual med beskrivelser av de seks punktene, kriterier, anbefalte intervensjoner samt ankepunkter som skal benyttes, tror jeg kan bidra til å heve kvaliteten på bruk av BVC. Kompetanse i seg selv er ikke tilstrekkelig til å endre holdninger og handlinger, men når kompetansen er etterspurt gir den mening og kommer til anvendelse. Å utvikle et bedre undervisningsopplegg kan således sikre en bedre forståelse av redskapet. I tillegg er det viktig at opplæringen både blir obligatorisk og gjentas regelmessig. Dette for å fange opp uklarheter som oppstår rundt de tolkningsforskjellene som alltid oppstår. Kort sagt så krever innføring av redskaper som BVC en vedvarende investering i tid og krefter, men vil kunne bidra til å øke kompetansen samt endre holdninger hos miljøpersonalet.

I de yrkesetiske retningslinjer for vårt arbeid (NSF, 2011) står det blant annet at vi er pliktig til å holde våre kunnskaper ved like og stadig sørge for ny kunnskap, slik at vi kan yte best mulig sykepleie. Slik jeg tolker det, betyr det at vi må anvende relevant forskning på området.

Man kan for eksempel gå videre med kvalitative case-studie og/eller fokusgruppe intervju for å få tak i mer dybde kunnskap om tema og problemstilling. En casestudie (Kvale og Brinkmann, 2007) er lagt opp slik at oppmerksomheten rettes mot helsepersonell med

forskjellige fagtilhørighet og som har hovedsakelige sitt virke i samhandling og behandling av pasienter. Gjennom individuell intervjuer åpnes det opp for større grad av mangfoldighet og nyanser. Casestudier kan være den rette metoden når fenomener som studeres ikke kan betraktes løsrevet fra den konteksten de opptrer i (ibid). Hensikten er ikke å trekke generaliserte slutninger, ettersom man ved casestudier i liten grad kan gi generell viten. Begrepsmessig evaluering er ikke ment å påvirke området direkte, men mer å rydde opp i feltet og åpne for alternativer.

Evaluering handler altså om å vurdere virkningen av planlagte (sykepleie)tiltak som er tenkt til endring. Metoden er funksjonell for å tilpasse relevant teori til empirien, slik at størst mulig grad av samsvar oppnås (ibid). En utfordring ved casestudier vil blant annet være store mengder data som skal systematiseres og forstås ved hjelp av det teoretiske rammeverket (Malterud, 2008). Fokusgrupper er også godt egnet hvis man vil lære av erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø der mange individer samhandler.

En svakhet ved studien er at dataene er innhentet fra et relativt avgrenset geografisk område. Studien kunne ha vært utført med flere informanter. På en annen side vil et større utvalg av informanter krevde større ressurser. Og rådata fra større utvalg, med ulik grad av deltagelse og intervensjon, kan innebære store mengder informasjon som kan være krevende håndtere og tolke på en systematisk måte. Men høgskolens krav om individuelle oppgaver gjorde ikke dette mulig.

Tidligere i år ble det lansert St. Olavs Hospitals (Avdeling Brøset) på sine nettesider et elektronisk krus for bruk av BVC. Det er uvisst om noen av respondentene kjente til dette kurset, da dette ikke et tema under arbeidet med spørreskjemaet.

For den interessert: [Brøset Violence Checklist - BVC](#)

Lykke til!

Konklusjon

I dette avsnittet vil jeg presentere en konklusjon på diskusjonene rundt problemstillingen jeg har reist: *Hvilken nytteverdi har sykepleiere ved bruk av BVC i akuttpsykiatriske avdelinger?*

Sykepleierne i denne studien har belyst en rekke utfordrende opplevelse hvor nytte og effekt av bruk av BVC har vært sentralt. BVC medfører at det blir satt mer fokus på sikkerhet, både i avdelingen, og i forhold til neste behandlingsledd. Datamaterialet fra undersøkelsen viser likevel at mangel på fagkompetanse og bruk av ufaglærte personer utgjør et dilemma i forhold til kompleksiteten i pasientens problemstillinger som ligger i bruk av sjekklisten BVC. En svakhet ved bruk av BVC er at den er basert på miljøpersonalets observasjoner og dermed avhengig av at vedkommende har nødvendig den fagkompetansen.

Et spørsmål vil være om avdelingene gir de ansatte den nødvendige opplæring og tar annen relevant kompetanse tilstrekkelig på alvor. For eksempel at man har felles forståelse av voldsrelaterte begreper og at man har en generell utarbeidet tiltaksliste for forebygging av voldelig atferd som er kjent for personalet. Sjekklistene på dette fagområdet har antakelig kommet for å bli, men denne studien viser at forbedring både i prosedyre og praksis er påkrevet.

Konklusjonen er at sykepleiere ved tre akuttpsykiatriske sykehusavdelinger opplever større grad av sikkerhet ved bruk av Brøset Violent Checklist.

7. LITTERATURLISTE

Abderhalden C., Needham I., Dassen T., Halfens R., Fisher J. E. og Haug H-J. (2007). Frequency and severity of aggressive incidents in acute psychiatric wards in Switzerland. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 3, 30. doi: 10.1186/1745-0179-3-30.

Alfarnes, SA (2001). Strukturerte kliniske vurderinger av valdsrisiko. Prosjektrapport 2001. Molde/Oslo: Fylkessjukehuset i Molde & Aker sykehus.

Allen, J. (1997). Assessing and managing risk of violence in the mentally disordered. *Psychiatric Ment Health Nurs*, 4, 369-378.

Almvik, R. & Woods, P. (1998): The Brøset Violence Checklist and the prediction of inpatient violence – some preliminary results. *Psychiatric Care* 5 (6) 208-211.

Almvik, R. & Woods P. (1999). Predicting inpatient violence using the Brøset Violence Checklist (BVC). *International Journal of Psychiatric Nursing Research* 4 (3) 489-497.

Almvik, R., Abderhalden C., Needham I., Miserez B., Dassen T., Haug HJ., Fischer JE., (2004). Predicting inpatient violence in acute psychiatric wards using the Brøset-Violence-Checklist: a multicentre prospective cohort study. *Journal of Psychiatric Mental Health Nur.* 4 (3) 489-497.

Antonovsky, A. (2000 [1987]). Hålsans mysterium. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.

Aas, C. (red). (2010). Om tvang og menneskeverd i psykiatrien. Oslo: LPP - Norge for erfaringskunnskap (www.lpp.no).

Barker P. & Stevenson C. (2002). *The Tidal Model: the healing potential of metaphor within a patient's narrative*. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health services. 40 (7): 42-50.

Berg, J. E. (2007). Akuttpsykiatri for leger og sykepleiere. Stavanger: Hertevig Forlag.

Berring L. (2006). Sygeplejestrategier i mødet med voldelige og truende psykiatriske patienter. Nordisk Forlag: Klinisk sygepleje: 20 (3): 70-78.

Bjørkly, S. (1997). Aggresjon og vold: teori, analyse og terapi. Oslo: Tano Forlag.

Bjørndal, A og Hofoss, D. (2006). Statistikk for helse- og sosialfagene. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Borg, M. og Topor, A. (2007). Virksomme relasjoner – Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser. Oslo: Kommuneforlaget AS

Buus, N. (red. 2009). Psykiatrisk sygepleije. København: Nordisk Forlag.

Clark, D.E., Brown, A., Griffith, P. (2010). The Brøset Violent Checklist: clinical utility in a secure psychiatric intensive care setting. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 2010, 17 614-620.

Cullberg, J. (2003). Dynamisk psykiatri. Oslo: Tano Aschehoug.

Creswell, J.W. (2009). Qualitative. Quantitative and mixed methods approaches. London: Sage Publications.

Dalland, O. (2007). Metode og oppgaveskriving for studenter. 4 utg. Oslo: Gyldendal.

Delaney, K. & Johnson, ME. (2006). Keeping the unit safe: Mapping psychiatric nursing skills. *Journal of American Psychiatric Nurses Assosiation*. 2006: 12 (4), 198-207.

Eide, H. og Eide, T. (2007). Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk. Oslo: Gyldendal.

Hart, S.D. (1998). The role of psychopathy in assessing risk for violence behaviour. *Psychiatric Serv*, 48 (9), 1168-1176.

Hartvig P., Alfarnes S., Østberg B. (2001). Risikovurdering for voldelig atferd - bruk av sjekklister. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 29, 3431-3434.

Hartvig P., Roaldset J.O., Moger T.A., Ostberg B. & Bjørkly S. (2011). The first step in the validation of a new screen for violence risk in acute psychiatry: *Eur Psychiatry*. 26(2):92-9 (2011).

Halvorsen, K. (2004). Forskningsmetode for helse- og sosialfag – en innføring i samfunnsvitenskapelig metode. Oslo: Cappelen Akademisk.

Hanssen, I. (2005). Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Hellevik, O. (1999). Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap. Oslo: Universitetsforlaget

Helse og omsorgsdepartementet (2009). Lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven).

Helse og Omsorgsdepartementet (2010). NOU 2010:3 Drap i Norge i perioden 2004-2009.

Helse Sør-Øst (2011). Regional plan for økt frivillighet i psykisk helsevern. HSØ.

Hummelvoll, J. K. (1990). Dagavdelingen er et variert og moderne psykiatrisk behandlingstilbud. Oslo: Gyldendal.

Hummelvoll, J. K. (1995). Psykiatrisk sykepleie i et folkehelseperspektiv. Göteborg: The Nordic School of public health.

Hummelvoll, J. K. (2008). Etske problemstillinger i handlingsorientert forsknings-samarbeid med mennesker med psykiske problemer og funksjonshindringer. *Tidsskrift for Psykisk helsearbeid*, 5 (2), 131-142.

Hummelvoll, J. K. og Granerud, A. (2010). Teoretiske og ideologiske innflytelser på utviklingen av psykiatrisk sykepleie etter 1960 – en litteraturgjennomgang. *Vård i Norden* 4/2010. NO. 98 VOL. 30 NO. 4 PP 37–42.

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt*. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Høyen, G. (2008). Trenger bedre forskning om tvang. Rådet for psykisk helse: Nr. 3: 34-5.

IS-9/2007. Vurdering av risiko for voldelig atferd – bruk av kliniske strukturerte verktøy. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Jacobsen, O. (2004). Schizofreni og livsstilsintervensjon. Ernæring, kosthold og fysisk aktivitet. Høgskolen i Oslo; Fordypningsoppgave i TVIP.

Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion (www.kompetansesenteret.no).

Kristoffersen, N. (1999). Generell sykepleie, bind 1. Oslo: Universitetsforlaget.

Kringlen, E. (2000). Individ og psykiatri. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Krogh, von G. (2002). Begreper i psykiatrisk sykepleie – sykepleiediagnoser, ønsket pasientstatus og sykepleieintervensjoner. Bergen: Fagbokforlaget.

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal.

- Lillevik, O. (2009). *Arbeidsmiljø: Tiltak mot trusler og vold. Sykepleien 9/2009. PP 62-64.*
- Linaker O.M. og Busch-Iversen H. (1995). Predictors of imminent violence in psychiatric inpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 92 (4), 250-254.*
- Lorensen, M. (1998). Spørsmålet bestemmer metoden. *Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Løkensgard, I. (1997). *Psykiatrisk sykepleie.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges and guidelines. *The Lancet Vol 358 (9280), 483-488.*
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening, 2002: 122:24688-72.*
- Malterud, K. (2008). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2004). *Omsorg, sykepleie og medisin. 2 utg.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen K. (2009). Evidens – begrensende eller opplysende. I: Martinsen K. og Eriksson, K. (red.) *Å se og innse. Om ulike former for evidens.* Oslo: Akribes.
- McNiel D. E. og Binder R. L. (1991). Clinical assessment of the risk of violence among psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry, 148 (10), 1317-1321.*
- Nijman, H., Evers, C., Merckelbach, H., & Palmstierna, T. (2005). Assessing aggression severity with the revised staff observation aggression scale. *J Nerv Ment. 190(3), 198-200.*
- NOU (2011:9). *Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet.* Oslo.
- Norvoll, R. (2002). *Samfunn og psykiske lidelser. Samfunnsvitenskapelige perspektiver en introduksjon.* Gyldendal Akademisk.
- NSF (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere - ICNs etiske regler.* Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Olsson, H., & Sørensen, S. (2003). *Forskningsprosessen. Kvalitative og kvantitative perspektiver.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Peplau H.E. (1955). Loneliness. *American Journal of Nursing*, 55 (12): 1476-1481. 5 s.

Roaldset, JO (2010). Risk assessment of violent, suicidal and self-injurious behavior in acute psychiatry – a bio-psycho-social approach. *Doctoral theses at NTNU, 2010:248*.

SINTEF Helse (2007). Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, 2003 og 2005. Hva kan forklare institusjons- og avdelingsforskjellene? Rapport nr.: A686.

Strand, T. (1990). Fra kaos mot samling, mestring og helhet. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Thornquist, E. (2004). Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori - for helsefag. Bergen: Fagbokforlaget.

Topor, A. (2006). Hva hjelper? Veier til bedring fra alvorlige psykiske problemer. Oslo: Kommuneforlaget.

Vaglun, P. (2006). Må vi alltid bry oss om relasjonene i psykiatrisk arbeid? En introduksjon. I: Opjordsmoen, S., Vaglun, P. og Thorsen, G-R.B. (red.). Oss imellom. Om relasjonenes betydning for mental helse. Stavanger: Hertervig Forlag.

Vatne, S. (2006). Korrigere og anerkjenne – Relasjonenes betydning i miljøterapi. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vråle Bruland G., Karlsson B. og Hummelvoll, J. K. (red.). Psykiatrisk sykepleie i tverrfaglighetens tid. Selvfølgelig, praksis og forskning. Elverum: Høgskolen i Hedemark: Rapport nr. 14 – 2009.

Vaaler, A.E., Iversen, V., Morkem, G., Fløvig J., Palmstierna, T. & Linaker, O. Short-term prediction of threatening and violent behaviour in an Acute Psychiatric Intensive Care Unit based on patient and environment characteristics. *BMC Psychiatry* 11 (44):1-7 (2011).

Whittington, R. & Wykes, L. (1994). An observational study of associations between nurse behavior and violence in psychiatric hospitals. *Journal of Psychiatric and Mental Nursing* (1): 85-92.

World Health Organization (2002). World report on violence and health. Geneva, Switzerland: WHO Press.

VEDLEGG 1: INFORMASJONSSKRIV

Til Avdelingsleder

Forespørsel om å få gjennomføre en spørreundersøkelse om sykepleiepersonalets erfaringer med aggresjon og vold fra pasienter, og deres bruk av BVC

Vi er to masterstudenter i psykisk helsearbeid(MMHC) ved Høgskolen i Hedmark og er nå i gang med våre avsluttende masteroppgaver. Temaet for oppgavene er Brøset Violence Checklist (BVC), hvor vi ønsker å undersøke hvilke erfaringer sykepleiere har med bruk av BVC. Hensikten med masteroppgavene er å se nærmere på deres opplevde nytteverdi med bruk av redskapet, hvilke tiltak som eventuelt iverksettes og som kan bidra til å forebygge episoder med aggresjon og vold. Vår felles overordnede problemstilling er:

Hvilken nytteverdi har sykepleiere med bruk av Brøset Violence Checklist i akuttpsykiatriske avdelinger?

For å undersøke dette nærmere forespør vi sykepleiere ved tre ulike akuttpsykiatriske avdelinger på Østlandet til å delta i en spørreundersøkelse. Hvilke sykehus spørreundersøkelsen gjennomføres ved vil ikke komme frem i masteroppgavene. Vi vil inkludere alle fast ansatte og vikarer ansatt lengre enn tre måneder i undersøkelsen – med unntak av sykepleiere i administrative og fagutviklingsstillinger. Alle innsamlede dataopplysninger anonymiseres og vil bli behandlet konfidensielt. Forskningsprosjektet er vurdert av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste(NSD) og funnet ikke meldepliktig. Se vedlegg for ytterligere beskrivelse.

Spørsmålene i undersøkelsen omhandler sykepleiernes erfaringer og synspunkter omkring bruk av BVC i den daglige virksomhet. Som del av masteroppgavene, vil vi se nærmere på de forskjeller og likheter i bakgrunn og bruksmåter som eventuelt kommer fram.

Dette er en type beskrivende spørreundersøkelse der sykepleierne aktivt kan bidra med sine synspunkter på BVC gjennom både lukkede og åpne spørsmål.

Vi vil gjerne komme og gi kort informasjon om forskningsprosjektet. Spørreskjemaene vil deretter bli delt ut på hver enkelt enhet etter nærmere avtale med den enkelte enhetsleder. Svarfrist vil bli satt til 14 dager, med en puring etter ytterligere en uke. Med hvert enkelt spørreskjema følger en svarkonvolutt med adresse til de respektive sykehus interne psykiatriske ekspedisjoner. Der vil de så bli hentet av oss etter nærmere avtale.

Hvis du ønsker ytterligere informasjon om forskningsprosjektet kan du kontakte oss: Øyvind Lockertsen, tlf: 926 62 469 eller Otto Jacobsen, tlf: 907 69 471.

Du kan også kontakte vår veileder professor Jan Kåre Hummelvoll ved Høgskolen i Hedmark, Avdeling for folkehelsefag, tlf: 62 43 02 14.

Elverum 24.04.12

Med vennlig hilsen

Otto Jacobsen

Masterstudent

Øyvind Lockertsen

Masterstudent

Jan Kåre Hummelvoll

Veileder

Vedlegg 1: Svarbrev fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste datert 16.04.12

Vedlegg 2: Spørreskjema til bruk i spørreundersøkelsen

VEDLEGG 2:

Spørreskjema om aggresjon og vold i akuttpsykiatriske avdelinger

Dette spørreskjemaet inneholder utsagn om trusler og vold, i tillegg til spørsmål og utsagn knyttet til din opplevde nytteverdi av Brøset Violence Checklist (BVC).

Vi ønsker at du svarer på spørsmålene ut fra dine egne erfaringer med trusler og vold – og hvordan du selv opplever bruk av BVC på ditt arbeidssted. Dette vil trolig avhenge av den situasjonen du arbeider i, og av hvilke pasientgrupper dere mottar til behandling. Det er derfor ikke noe svar som er rett eller galt.

Bakgrunnsinformasjon:

1. Kjønn:

Mann Kvinne

2. Alder:

20-29 30-39 40-49 50-59 60->

3. Stillingsforhold:

Fast ansatt Vikariat

4. Arbeidstid:

To- eller tredelt turnus Bare dag Bare aften Bare natt

5. Hvor mange år er det siden du ble utdannet sykepleier? __ år

6. Har du videreutdanning i psykisk helsearbeid/psykiatrisk sykepleie?

Ja Nei

Dersom du svarte ja, hvor mange år siden er det du fullførte denne? __ år

7. Har du videreutdanning i voldsrisikovurdering?

Ja Nei

Dersom du svarte ja, hvor mange år siden er det du fullførte denne? __ år

8. Hvor lenge har du jobbet i akuttpsykiatrisk avdeling? __ år

Om aggresjon og vold:

9. Hvor ofte opplever du trusler fra pasienter i din arbeidshverdag?

Sjelden/aldri Månedlig Ukentlig Daglig

10. Hvilke pasienter opplever du flest trusler fra?

Menn Kvinner Ingen forskjell

11. Har du selv opplevd å bli utsatt for vold fra pasienter?

Ja Nei

12. Har du observert andre medarbeidere som har blitt utsatt for vold fra pasienter?

Ja Nei

13. Hvor ofte kjenner du deg så truet på jobb at det går utover trivselen din?

Sjelden/aldri Månedlig Ukentlig Daglig

Om bruk av Brøset Violence Checklist (BVC)

14. Har du fått opplæring i bruk av verktøyet BVC?

Ja Nei

15. Har du brukt verktøyet BVC?

Ja Nei

Dersom du svarer nei, gå til spørsmål 18

16. Hvor lang tid bruker du på å fylle ut BVC pr pasient pr vakt? __ _ minutter

17. Hvor ofte bruker du verktøyet BVC?

Sjelden Av og til Alltid

18. Hvordan brukes verktøyet BVC på ditt arbeidssted (ved alle innleggelses, etter systematiske vurderinger, etter hendelser, tilfeldig etc.)?

19. Hva gjør du ved BVC høyere enn to?

20. Hva er etter ditt syn begrunnelsen for bruk av verktøyet BVC?

21. Hva er de viktigste fordelene og ulempene med bruk av verktøyet BVC?

Fordeler (maks tre ulike):

Ulemper (maks tre ulike):

22. Hvordan opplever du at BVC fungerer ved ulike problemområder? Sett kryss i den ruten som passer best for hvert -område.

| | Bra | Ganske bra | Ganske dårlig | dårlig | Vet ikke |
|-----------------------------|-----|------------|---------------|--------|----------|
| a) Psykoser | | | | | |
| b) Affektive lidelser | | | | | |
| c) Selvskadingsproblematikk | | | | | |
| d) Rus | | | | | |

23. Nedenfor er det listet opp en del påstander om BVC. Sett kryss i den ruten som passer best for hver enkelt påstand.

| | Aldri | Sjelden | Oftre | Alltid |
|---|-------|---------|-------|--------|
| a) BVC bidrar til økt innsikt i pasientenes voldsrisiko | | | | |
| b) BVC bidrar til å avdekke pasientenes sårbarhetsområder | | | | |
| c) BVC bidrar til økt empati for pasientene | | | | |
| d) BVC bidrar til økt stigmatisering av pasienter med forhøyet voldsrisiko | | | | |
| e) BVC gir stort sett et riktig bilde av pasientene | | | | |
| f) BVC gjør det enklere å diskutere voldsrisiko med pasientene | | | | |
| g) BVC gjør meg tryggere på jobb | | | | |
| h) BVC bidrar til tidligere intervensjoner | | | | |
| i) BVC bidrar til bedre tverrfaglig samarbeid | | | | |
| j) BVC gjør at jeg kan forutse voldsepisoder | | | | |
| k) BVC gir et dårlig bilde av hvor mye støttende tiltak enkeltpasienter behøver | | | | |
| l) BVC 0 tilsier svært lav risiko for vold | | | | |
| m) Bruk av BVC gir mer bruk av tvang | | | | |
| n) BVC brukes aktivt i vurderingen av sikkerhetsnivået rundt pasientene | | | | |
| o) Bruk av BVC fører til færre voldshendelser | | | | |

Takk for hjelpen ved at du fylte ut spørreskjemaet. Dersom du har noe mer som er viktig for temaet kan du gjerne skrive det på baksiden av arket.