

Brøset Violence Checklist (BVC) i akuttpsykiatriske avdelinger

En kartlegging av sykepleieres vurdering av instrumentet

Brøset Violence Checklist(BVC) in acute psychiatric wards

A survey of nurses assessment of the instrument

Øyvind Lockertsen



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for folkehelsefag

Mastergradsoppgave i psykisk helsearbeid (MMHC)

HØGSKOLEN I HEDMARK

2012

Forord

Gjennom klinisk praksis har jeg erfart hvordan både pasienter og helsepersonell påvirkes av at pasienter mister kontroll over egne handlinger og fremmer trusler eller utøver vold. Dette har bidratt til økt interesse for problemstillinger og utfordringer i denne mellommenneskelige interaksjonen mellom hjelper og pasient, preget av angst og usikkerhet. For meg har det vært et privilegium å kunne fordype meg i disse problemstillingene slik jeg har fått anledning til gjennom arbeidet med denne studien. Studien er en del av en større spørreundersøkelse gjennomført i samarbeid med medstudent Otto Jacobsen. En takk rettes for godt samarbeid og gode diskusjoner gjennom prosessen med utvikling av felles spørreskjema og innhenting av data.

Jeg vil takke min hovedveileder professor Jan Kåre Hummelvoll og min biveileder førsteamanuensis Kari Kvaal. Dere har begge kommet med viktige refleksjoner, nyttige innspill og støttet meg gjennom prosessen på en god måte. Jeg vil også takke andre lærere ved Høgskolen i Hedmark og mine øvrige medstudenter for nyttig utveksling av kunnskap.

Takk til venner for forståelse for manglende sosial deltakelse det siste året. En takk rettes også til min arbeidsgiver som har vært fleksibel og lagt forholdene til rette for at studiet kunne gjennomføres. Jeg vil også takke informantene i spørreundersøkelsen, som ved å dele av sine erfaringer, har bidratt til at denne studien lot seg realisere.

Sist men ikke minst vil jeg takke mine nærmeste, min kone for en utrettelig tålmodighet og fleksibilitet gjennom et år hvor min oppmerksomhet ofte har ligget til gjennomføringen av denne studien, og min datter som nå snart blir ett år gammel, og endelig kan se frem til at pappa kan ha godt med tid til henne.

Oslo, august 2012

Innhold

FORORD	2
INNHold	3
NORSK SAMMENDRAG.....	6
ABSTRACT.....	8
1. INNLEDNING	10
1.1 PROBLEMMOMRÅDE OG HENSIKT MED MASTEROPPGAVEN.....	10
1.2 BEGREPSAVKLARINGER, DEFINISJONER OG AVGRENSINGER	13
2. TEORETISK UTGANGSPUNKT	16
2.1 VITENSKAPSFILOSOFISK POSISJON OG SYKEPLEIETEORIER	16
2.1.1 <i>Peplaus psykiatriske sykepleieperspektiv</i>	<i>16</i>
2.1.2 <i>Humanisme og sykepleieteorier</i>	<i>17</i>
2.1.3 <i>Perspektiver på psykiatrisk sykepleie i dag.....</i>	<i>18</i>
2.2 AKUTTPSYKIATRISKE AVDELINGER.....	23
2.2.1 <i>Psykiatrisk sykepleie i akuttpsykiatriske avdelinger</i>	<i>25</i>
2.3 AGGRESJON SOM FENOMEN	27
2.3.1 <i>Aggresjon og vold i akuttpsykiatriske avdelinger.....</i>	<i>29</i>
3. METODE	36
3.1 FORSKNINGSDESIGN.....	36
3.1.1 <i>Vitenskapelig innfallsvinkel.....</i>	<i>36</i>
3.1.2 <i>Studiens design.....</i>	<i>38</i>
3.1.3 <i>Kvantitativ metode</i>	<i>38</i>
3.1.4 <i>Bakgrunn for valg av spørreskjema til datainnsamling</i>	<i>38</i>
3.2 UTVALGSSTRATEGI.....	40
3.2.1 <i>Bakgrunn for utvelgelse av informanter.....</i>	<i>40</i>

3.2.2	<i>Praktisk gjennomføring av datainnsamlingen</i>	41
3.2.3	<i>Svarprosent ved de ulike avdelingene</i>	42
3.2.4	<i>Aktuelle dataanalyser basert på utvalgets størrelse og sammensetning</i>	43
3.3	DATAKVALITET	44
3.3.1	<i>Reliabilitet</i>	44
3.3.2	<i>Validitet</i>	45
3.4	FORSKNINGSETISKE VURDERINGER	47
3.4.1	<i>Grunnleggende forskningsetiske prinsipper</i>	47
3.4.2	<i>Godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD)</i>	48
3.4.3	<i>Forskerens rolle</i>	49
4.	RESULTATER	51
4.1	UTVALGETS SAMMENSETNING	51
4.2	ERFARINGER MED AGGRESJON OG VOLD	53
4.3	BRUK AV BVC	53
4.4	BVC VED ULIKE PROBLEMMOMRÅDER	53
4.5	SYKEPLEIERES VURDERING AV INSTRUMENTET BVC.....	55
4.5.1	<i>Videreutdanningens innvirkning på vurdering av BVC</i>	58
4.5.2	<i>Selvopplevd vold og vurdering av BVC</i>	58
4.5.3	<i>Rutinemessig bruk av BVC og vurdering av instrumentet</i>	59
5.	DISKUSJON	60
5.1	OPPSUMMERING AV DE VIKTIGSTE RESULTATENE	60
5.2	DISKUSJON OMKRING SYKEPLEIERES ERFARINGER.....	61
5.2.1	<i>Hyppige møter med aggresjon og vold</i>	61
5.2.2	<i>Opplæring og bruk av BVC</i>	62

5.3	BRUK AV BVC VED ULIKE PROBLEMMOMRÅDER	63
5.4	DISKUSJON OMKRING SYKEPLEIERES VURDERING AV BVC.....	64
5.4.1	<i>Har videreutdanningen innvirkning?</i>	64
5.4.2	<i>Har tidligere erfaringer med vold innvirkning?</i>	66
5.4.3	<i>Har rutinemessig bruk innvirkning?</i>	68
5.5	BVC I FORHOLD TIL DAGENS PERSPEKTIVER PÅ PSYKIATRISK SYKEPLEIE	72
6.	STUDIENS STYRKER OG SVAKHETER	74
7.	KONKLUSJON	76
	LITTERATURLISTE	80
	VEDLEGG.....	I
	VEDLEGG 1: SVARBREV FRA NSD.....	II
	VEDLEGG 2: FORESPØRSEL TIL AVDELINGSLEDERE.....	IV
	VEDLEGG 3: SPØRRESKJEMA MED INFOSKRIV	VI
	 <i>Figur 1 Andel tvangsinnlagte av alle innlagte i punkttellinger fra 1989-2007 (Pedersen & Bjerkan, 2008).....</i>	<i>24</i>
	<i>Figur 2 Ulike måter å kategorisere forvarsler</i>	<i>33</i>
	<i>Figur 3 Svarprosent ved de ulike avdelingene</i>	<i>42</i>
	 <i>Tabell 1 Karakteristikk av utvalget.....</i>	<i>52</i>
	<i>Tabell 2 Prosentueringer for hele utvalget, sykepleiere med og uten videreutdanning, blitt utsatt for vold og ikke, og ulik bruk av BVC, ved psykoser, affektive lidelser, selvskadingsproblematikk og rus</i>	<i>54</i>
	<i>Tabell 3 Tilbakemeldinger på påstander om bruk og nytte av BVC, for hele utvalget, sykepleiere med og uten videreutdanning, blitt utsatt for vold og ikke og regelmessig bruk av BVC</i>	<i>56</i>
	 Antall ord: 21 115	

Norsk sammendrag

Hensikten med denne studien er å undersøke hvilke erfaringer sykepleiere har med bruk av Brøset Violence Checklist (BVC) i akuttpsykiatriske avdelinger, og da spesielt sett i forhold til sykepleiernes ulike erfaringer. Studien tar mål av seg å kartlegge hvorvidt sykepleieres kompetansegrunnlag, tidligere personlige erfaringer med å bli utsatt for vold, samt hvordan BVC brukes, har innvirkning på hvordan sykepleiere vurderer instrumentet.

Studien er del av en større spørreundersøkelse og benytter semistrukturert spørreskjema til datainnsamling. Denne studien er en tverrsnittsstudie som beskriver sykepleieres vurdering av BVC i akuttpsykiatriske avdelinger. Kartleggingsstudien har et deskriptivt design, benytter kvantitativ metode og behandler det kvantitative datamaterialet fra spørreundersøkelsen. Den faktiske populasjonen i studien er tre ulike akuttpsykiatriske avdelinger på Østlandet, hvor datainnsamlingen er gjennomført. Utvalget utgjør 77 sykepleiere, noe som tilsier en svarandel på 43,0 %. Dataopplysningene er registrert i og behandlet med statistikkprogrammet MYSTAT 12.

Resultatene bekrefter at sykepleiere i akuttpsykiatriske avdelinger er betydelig mer utsatte for trusler og vold fra pasienter, enn øvrige sykepleiere. En betydelig andel sykepleiere opplever trusler på jobb som er alvorlige nok til at det går ut over trivselen deres. Sykepleiere synes BVC fungerer ulikt ved forskjellige problemområder. Instrumentet fungerer ikke like godt ved selvskadingsproblematikk som ved psykoser og affektive lidelser. Mer enn 1/4 av sykepleierne oppgir ikke å vite hvordan BVC fungerer ved selvskadingsproblematikk. Sykepleiere med videreutdanning opplever i større grad at BVC bidrar til å avdekke pasienters sårbarhetsområder. De rapporterer også i mindre grad enn sykepleiere uten videreutdanning at BVC bidrar til stigmatisering av pasienter med forhøyet voldsrisiko. Tidligere erfaringer med aggresjon og vold har innvirkning på hvordan sykepleiere opplever bruk og nytte av BVC. Sykepleiere som ikke har vært utsatt for vold opplever i større grad nytte av BVC, sett i forhold til de som ikke har vært utsatt for vold. Sykepleiere som alltid bruker BVC opplever sjeldnere trusler enn sykepleiere som bruker BVC sjelden eller av og til. De som alltid bruker BVC opplever i større grad nytte av instrumentet.

Studiens funn viser at sykepleieres ulike erfaringer har innvirkning på deres opplevde nytteverdi med bruk av BVC. Studien viser at det er inkongruens mellom andelen som har fått opplæring i bruk av BVC og andelen som har brukt instrumentet. Det er også avdekket flere interessante fenomener og problemstillinger som danner grunnlag for videre undersøkelser. At BVC ikke bidrar til hverken økt empati for pasientene, eller bidrar til økt trygghet for sykepleierne kan med fordel undersøkes nærmere. Både problemstillingene som reises i studien, og funnene studien avdekker, er relevante for klinisk praksis, og bidrar til ny kunnskap om sykepleieres opplevde nytteverdi med bruk av BVC.

Nøkkelord:

Brøset Violence Checklist (BVC), psykiatrisk sykepleie, aggresjon, vold, voldsrisikovurdering, akuttpsykiatrisk avdeling, survey

Abstract

The aim of this study is to gain knowledge about nurses experiences with the use of Brøset Violence Checklist (BVC) in acute psychiatric wards, particularly in relation to nurses' various personal experiences. The study aims to investigate whether nurses' knowledge base, past personal experiences of being exposed to violence, and how they use BVC, has impact on how nurses evaluate the instrument.

The study is part of a larger survey and uses a semi-structured questionnaire for data collection. The study is a cross-sectional study describing nurses' assessment of the BVC in acute psychiatric wards. This survey study has a descriptive design, uses qualitative methods, and processes the qualitative data of the larger survey. The actual population of the study, are three acute psychiatric wards in the eastern part of Norway, where data collection is conducted. The sample is 77 nurses, suggesting a response rate of 43,0 %. The data information is registered and analyzed using the statistical program MYSTAT 12.

The results confirm that nurses employed in acute psychiatric wards are significantly more vulnerable to threats and violence by patients, compared to other nurses. A significant proportion of nurses experiences threats at work, severe enough to affect their well-being. Nurses think BVC works differently according to different problems. The instrument does not function as well with self-harm problems, as it does with psychoses and affective disorders. More than 25 % report not knowing how BVC works by self-harm issues. Psychiatric nurses more often believe that BVC helps to reveal patients' areas of vulnerability than ordinary nurses do. They also report more seldom that BVC contribute to stigmatization of patients with increased risk of violence, than ordinary nurses report. Previous exposure to aggression and violence has an impact on how nurses experience the use and benefit of BVC. Nurses who have not been exposed to violence experience a greater benefit of BVC, compared to nurses who have been exposed to violence by patients. Nurses who are always using BVC experience less threats than nurses who use BVC rarely or occasionally. Those always using BVC are experiencing greater advantage of the instrument.

The findings indicate that nurses' different experiences affect their perceived usefulness of using BVC. The study shows that there is a difference between the proportion that have been trained in the use of BVC and the proportion that have used the instrument. Several interesting phenomena and issues are revealed, which should be investigated further. The fact that BVC neither contribute to increased empathy for patients, nor contribute to increased safety for nurses can benefit from further research. The questions raised in the study and the findings are relevant to clinical practice and contribute to new knowledge about nurses' perceived usefulness of using BVC.

Keywords:

Brøset Violence Checklist (BVC), psychiatric nursing, aggression, violence, risk assessment, acute psychiatry ward, survey

1. Innledning

Jeg har som ansatt i akuttpsykiatrisk avdeling i nærmere ti år vært vitne til mange episoder hvor innlagte pasienter har fremmet trusler- eller utøvd vold overfor medpasienter eller helsepersonell. Disse hendelsene har bidratt til en økt interesse for problemstillinger og utfordringer som kan oppstå i denne mellommenneskelige interaksjonen mellom hjelper og pasient preget av angst og usikkerhet. Så mye som 5–6 prosent av norske arbeidstakere har vært utsatt for trusler og vold på arbeidsplassen (Arntsen, 2007; Eiken, 2008), og ansatte som jobber i helse- og sosialsektoren er spesielt utsatt. I en rapport fra Statens arbeidsmiljøinstitutt går det frem at mer enn 20 prosent av de spurte sykepleierne opplevde vold eller trusler om vold på jobb, en eller flere ganger i måneden (Eiken, 2008). Som sykepleier med tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid, er det trist å se at den sykepleie som tilbys i akuttpsykiatriske avdelinger ofte oppleves negativt av pasienten. Når helsepersonell anvender mekaniske tvangsmidler etter lov om psykisk helsevern § 4-8a for å hindre at pasienter skader seg selv eller andre, er det ingen tvil om at pasientene kan oppleve dette som krenkende og som straff (Monahan et al., 1995), noe som kan bidra til en dårlig relasjon til personalet (Meehan, Vermeer, & Windsor, 2000). Ved at helsepersonell har kjennskap til bakgrunn for aggresjon og vold hos psykiatriske pasienter, og gjennomfører strukturert trening på håndtering av disse, kan dette bidra til å redusere antall voldshendelser og bruk av tvang (Whittington & Richter, 2006), noe som igjen vil kunne bidra til økt mestring hos pasientene og økt trivsel blant de ansatte.

1.1 Problemområde og hensikt med masteroppgaven

Kunnskap om vold og psykisk helse er dagsaktuelt, noe som eksemplifiseres gjennom NOU 2010:3 Drap i Norge i perioden 2004-2009 (Olsen, 2010), hvor ett kapittel er viet sammenhenger mellom psykisk lidelse og drap, og et annet omhandler voldsrisikovurdering og voldsrisikohåndtering. I tillegg har hendelsen 22. juli 2011 i Regjeringskvartalet i Oslo og på Utøya, av media blitt knyttet opp mot psykisk helsevern og psykisk helsevernens evne til å fange opp personer med økt risiko for å begå alvorlige voldshandlinger overfor andre.

Helt siden fremveksten av institusjonpsykiatrien har risikovurdering i forhold til vold vært en integrert del av den kliniske virksomheten. Forskning i forhold til denne delen av klinisk virksomhet startet imidlertid ikke opp før på 70-tallet i USA og har utviklet seg til det som i dag omtales som tredjegerasjonsforskning (Bjørkly, 1997; Hartvig & Ostberg, 2007; Olsen, 2010). Denne skiller seg fra første- og andregenerasjonen ved at det er blitt et tydeligere fokus på at risikovurdering må følges av risikohåndtering for at det skal bli meningsfullt. På grunnlag av vurderinger av relevante risikofaktorer dannes det et bilde av risiko, og ut fra beskrivelsen av risikoscenarier formuleres en plan for håndtering av risiko og for hvilken prioritet ulike tiltak bør ha.

Det er etter hvert utviklet flere ulike redskaper til bruk til vurdering av voldsrisiko, og for registrering av voldshendelser. Det finnes både selvutfyllingsskjemaer og observasjonsskjemaer personalet skal fylle ut. Det tilbys i dag også egne videreutdanninger i voldsrisikovurdering og – håndtering ved flere høgskoler i landet. Det er utarbeidet en rekke ulike kartleggingsredskap for å kartlegge aggresjonsforekomst og aggresjonsmønster hos ungdom og voksne, som kan brukes som hjelpemiddel når en gjennomfører voldsrisikovurderinger av psykiatriske pasienter (Bjørkly, 1997; Sosial- & Helsedirektoratet, 2007). Det er også utarbeidet flere ulike redskaper for bruk til registrering av pasienters sårbarhetsområder, forvarsler til vold og til prediksjon av aggresjon og vold. Et dilemma ved risikovurdering ved hjelp av prediksjonsindikatorer, vil likevel kunne være at sykepleieren iverksetter tiltak ut fra en forventet risiko basert på generelle kategorier, løsrevet fra pasienten (Lillevik, 2009). Sosial- og helsedirektoratet har gjennom rundskriv IS-9/2007, Vurdering av risiko for voldelig atferd – bruk av strukturerte kliniske verktøy (Sosial- & Helsedirektoratet, 2007), anbefalt bruk av strukturerte risikoinstrumenter som ledd i arbeidet med å forebygge vold i psykiatriske institusjoner. Rundskrivet anbefaler akuttpsykiatriske avdelinger å benytte følgende strukturerte verktøy:

- V-RISK 10 (Voldsrisiko sjekklister – 10)
- VAFA (Skjema for vurdering av farlig og aggressiv atferd), anbefales tatt i bruk i sikkerhetspsykiatriske enheter, psykiatriske langtidsenheter og fengselshelsetjenesten, men kan også benyttes i akuttpsykiatriske enheter, men forutsetter relativt lang klinisk observasjonstid

- BVC (Brøset Violence Checklist), kan brukes i de fleste psykiatriske døgnenheter for å forutsi voldelig atferd i et kort tidsperspektiv

Av de tre nevnte verktøyene er det kun BVC som retter seg direkte mot sykepleietjenesten i avdelingen, mens V-RISK 10 er rettet mot leger og psykologer, og VAFA fylles ut i et samspill mellom tverrfaglige ansatte. VAFA forutsetter også relativt lang klinisk observasjonstid dersom det skal kunne nyttiggjøres i akuttavdelinger (Sosial- & Helsedirektoratet, 2007). Av de overnevnte instrumentene er det bare BVC som er godt validert i større studier, hvorav to RCT-studier (Abderhalden, 2008; Abderhalden et al., 2008; Almvik, 2008; Almvik & Woods, 1999; Bjorkdahl, Olsson, & Palmstierna, 2006; van de Sande et al., 2011; Woods, Ashley, Kayto, & Heusdens, 2008). V-RISK 10 og VAFA er validert i mindre prosjekter (Bjorkly, 1994; Bjorkly, Hartvig, Heggen, Brauer, & Moger, 2009; Bjorkly, Havik, & Løberg, 1996; Hartvig & Ostberg, 2007; Hartvig, Roaldset, Moger, Ostberg, & Bjorkly, 2011; Roaldset, Hartvig, & Bjorkly, 2011).

BVC, som beskrives nærmere i eget kapittel senere, er som nevnt godt validert. Studiene som har blitt gjort har dreid seg om hvor godt BVC predikerer hendelser med aggresjon og vold, eventuelt utelukker nært forestående hendelser. Det er også gjort studier på hvilke av punktene i sjekklisten som har størst prediktiv verdi. Det er derimot ikke gjort større studier som ser på hvordan sykepleiere eller annet miljøpersonale opplever bruk av BVC, noe jeg med masteroppgaven ønsker å se nærmere på.

Vi er to mastergradsstudenter som ønsker å undersøke hvilke erfaringer sykepleiere har med bruk av BVC. Hensikten med de to masteroppgavene er å se nærmere på sykepleiernes opplevde nytteverdi med bruk av BVC i akuttpsykiatriske avdelinger, og da spesielt sett i forhold til sykepleiernes erfaringer innen psykisk helsearbeid. Felles overordnet problemstilling i masteroppgavene er følgende:

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

Hensikten med denne masteroppgaven er å se nærmere på sykepleiernes kompetanse i forhold til nytteverdien de opplever. I tillegg ønsker jeg å undersøke om sykepleiernes opplevde erfaringer med aggresjon og vold kan ha sammenheng med deres opplevde nytteverdi. Sist men ikke minst vil jeg se på om hvorvidt ulik rutinemessig bruk av instrumentet har innvirkning på opplevd nytteverdi. Jeg ønsker å finne svar som kan ha overføringsverdi til andre avdelinger enn de undersøkelsen ble gjennomført i, og skaffe til veie økt kunnskap om momenter som kan bidra til å forebygge episoder med aggresjon og vold. På bakgrunn av studiens hensikt og overordnede problemstilling, har jeg formulert følgende tre forskningsspørsmål:

- Er nytteverdien med bruk av BVC forskjellig for de sykepleierne som har videreutdanning i psykisk helsearbeid, sett i forhold til de som ikke har videreutdanning?
- Har sykepleiernes erfaringer i møte med aggresjon og vold fra psykiatriske pasienter innvirkning på deres opplevde nytteverdi av BVC?
- Er det sammenheng mellom sykepleiernes opplevde nytteverdi av BVC og hvordan sykepleierne bruker BVC?

1.2 Begrepsavklaringer, definisjoner og avgrensinger

Her følger korte definisjoner av en del sentrale fenomener, begreper og ord i oppgaven.

- Begrepet nytteverdi er sammensatt av ordene nytte og verdi. Synonymer for nytte kan være bruk, fyllest, gagn, gode, hjelp, tjeneste, utbytte, velsignelse, verdi, vits eller zweck (Gundersen & Berulfsen, 2008), mens synonymer for verdi kan være betydning, fortjeneste, nytte eller virkning (ibid.). Nytt og verdi kan altså være synonymer til hverandre. I oppgaven er fenomenet nytteverdi brukt om informantenes subjektive opplevelse av hvordan de drar nytte av BVC.
- Brøset Violence Checklist (BVC) er et korttids predikasjonsinstrument for voldelig atferd blant psykiatriske pasienter. Instrumentet skal hjelpe klinikere til å forutse

voldelig og aggressiv atferd i løpet av de nærmeste 24 timer (Linaker & Busch-Iversen, 1995).

- Akuttpsykiatriske avdelinger er en del av spesialisthelsetjenesten og er de eneste sykehusavdelingene som tar imot pasienter til øyeblikkelig hjelp innen psykisk helsevern (Berg, Eikeseth, Johnsen, & Restan, 2007).

Tilstander som utløser plikten til å yte øyeblikkelig hjelp omfatter i hovedsak:

- Psykotiske tilstander preget av svær uro, eller vold 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
- Deliriske tilstander hvor avrusning ikke er en hovedsak

Øyeblikkelig hjelp-plikten er hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven, helsepersonelloven og forskrift om øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevern (Helse- & Omsorgsdepartementet, 2000; Norge, 2012a, 2012b)

- Benevnelsen videreutdanning i psykisk helsearbeid benyttes i denne masteroppgaven både om den tidlige videreutdanning i psykiatrisk sykepleie og dagens tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid.

Aggresjon og vold kan defineres på flere ulike måter. Dette gjennomgås grundigere i eget kapittel om aggresjon som fenomen. I masteroppgaven benyttes følgende definisjoner:

- Aggresjon kan defineres som et samlebegrep for «atferd som et individ med hensikt utfører eller gir eksplisitt verbalt og fysisk uttrykk for å ville utføre, for at et annet individ skal påføres fysisk skade, fysisk smerte eller kroppslig krenkelse» (Bjørkly, 2001, s. 28).
- Vold kan defineres som et faktisk forsøk på, eller trussel om, å skade en eller flere personer. For at en trussel skal kategoriseres som vold, må trusselen om skade må

være klar og utvetydig. Generelt sett bør handlinger som er alvorlige nok til å resultere i strafferettslige sanksjoner, eller som personen vil kunne bli tiltalt for, anses som voldelige (Rasmussen, Jakobsen, & Urheim, 2002).

Masteroppgaven er avgrenset til å omfatte ansatte i akuttpsykiatriske avdelinger. Dersom vi hadde valgt å se på flere deler av psykisk helsevern samtidig, ville de ansattes forutsetninger for å kjenne pasientene vært ulike på den måten at tidsperspektivene på innleggelser i ulike deler av psykisk helsevern kan være svært forskjellige, samtidig som at kanskje pasientene er innlagt i forskjellige faser av sin sykdom på ulike avdelinger. Disse faktorene vil ha innvirkning på grunnlaget for bruk av voldsrisikoinstrumenter (Sosial- & Helsedirektoratet, 2007). Spørreundersøkelsen er også avgrenset til kun å omfatte sykepleiere i akuttpsykiatriske avdelinger. Begrunnelsen for ikke å inkludere andre faggrupper som arbeider i akuttpsykiatriske avdelinger, er beskrevet nærmere i kapitlet som omhandler bakgrunn for utvelgelse av informanter.

2. Teoretisk utgangspunkt

2.1 Vitenskapsfilosofisk posisjon og sykepleieteorier

Før midten av 1800-tallet var sinnssykepleiens historie i Norge lik historien om fattigpleien. I 1848 kom den første «moderne» sinnssykeloven, som med små endringer ble stående helt frem til 1961 da *lov om psykisk helsevern* ble vedtatt (Vold, 1999). Med moderne menes en lov som var vedtatt av stortinget og spesielt skulle ivareta psykisk syke. Med sinnssykeloven fikk legene det overordnede ansvaret for sinnssyke innlagt i asyl (Vold, 1999). Legene forsøkte å innføre «den suksessfulle medisinske modell» som grunnlaget for observasjon og behandling i disse institusjonene. Det er umulig å redegjøre for sykepleiernes historie i psykiatrien uten forståelse for effektene av de medisinsklede institusjonene (Buus, 2009). Den medisinske modell overser betydningen av sykepleieres mellommenneskelige ferdigheter når det kommer til å støtte og fremme pasienters ressurser og velvære (Hummelvoll & Granerud, 2009). Sinnssykepleien var frem til 1950-tallet et praktisk yrke der hovedoppgavene var å tilrettelegge døgnet og skape et så gunstig miljø som mulig (Aanderaa, 2009).

2.1.1 Peplaus psykiatriske sykepleieperspektiv

Hildegard Peplau (1909-1999) blir i USA vanligvis omtalt som «den psykiatriske sykepleies mor» (Buus, 2009) eller opphav til den psykiatriske sykepleie (Marriner-Tomey & Alligood, 2011). Hun innførte begrepet klinisk spesialist i sykepleie (advanced nursing practitioner) (Marriner-Tomey & Alligood, 2011) og fullførte i 1953 en doktorgrad på grunnlag av en avhandling om interaksjonene mellom veileder og student under utdanning i psykiatrisk sykepleie. Hun formulerte den første omfattende og teoretisk begrunnede sykepleieteori siden Nightingale (Buus, 2009). På bakgrunn av psykoanalytisk teori utledet Peplau en deskriptiv teori om de forholdene som spiller inn på hva som foregår i sykepleiesituasjoner: pasientens intrapsykiske opplevelser og utviklingspsykologiske oppgaver (Marriner-Tomey & Alligood, 2011). Peplau understreket at det i sykepleie er et sentralt mål å skape grunnlag for at pasienten opplever sunnhet og sykdom på nye og mer konstruktive måter, samt å skape vekst i

pasientens personlighet med tanke på å lære nye sosiale ferdigheter (Buus, 2009). Hun antar at relasjonen mellom sykepleier og pasient gjennomgår et typisk forløp med fire karakteristiske overlappende faser, hvor fasene skiller seg ut ved at sykepleier og pasient inntar ulike roller og løser forskjellige psykologiske oppgaver (Buus, 2009). Ifølge Peplau følger relasjonen følgende faser:

1. Orienteringsfasen
2. Identifikasjonsfasen
3. Utnyttelsesfasen
4. Oppløsningsfasen

Peplau beskriver ved hjelp av fasene hvordan pasienter på et psykologisk plan forandres fra å være avhengige barn og tenåringer til å bli uavhengige voksne individ, når fasen oppløses. Teorien er lite testet empirisk. Likevel har teorien hatt svært stor innflytelse på psykiatriske sykepleieres profesjonelle for forståelse. Teorien underbygger den utbredte kliniske erfaringen om at interpersonelle forhold til pasienten kan virke terapeutisk på pasientens situasjon (Buus, 2009).

Flere kritiserer hennes detaljert observerende og teoretisk funderte innfallsvinkel, og mener den bidrar til å skape distanse mellom sykepleier og pasient (Callaway, 2002). Buus (2009) beskriver at Peplau utover i forfatterskapet i stigende grad vektlegger rollen som rådgiver, dvs. den terapeutisk rådgivende funksjonen, og at hun dermed i større grad setter fokus på pasienters fenomenologiske erfaringsverden og legger opp til en mer innlevende holdning.

2.1.2 Humanisme og sykepleieteorier

Peplaus teori ble fulgt av flere amerikanske sykepleieteorier som satte fokus på relasjonen mellom pasient og sykepleier. Teoriene er skrevet ut fra humanistisk standpunkt og betegner omsorg som et sentralt element i sykepleien. Humanismen legger vekt på menneskers intensjoner og handlingspotensiale. I sykepleien er humanisme ofte beskrevet som et nødvendig alternativ til naturvitenskapen. De humanvitenskapelige metodene omfatter hermeneutiske og fenomenologiske studier av sosial og kulturell mening og av menneskers

erfarte livsverden (Buus, 2009). Travelbees oppfattelse av sykepleieprosessen, som en interpersonell og teoristyrte prosess, ligger i tydelig forlengelse av Peplau (Krogh, 2005). Hun vektlegger det enkelte menneskes ansvar for å realisere sitt eget liv, og hjelpen er fokusert på å hjelpe pasienter til å finne mening gjennom aktive valg. Hummelvoll (2012) mener at den enkelte sykepleiers verdigrunnlag er avgjørende for hvordan sykepleieren handler sammen med andre mennesker. Buus (2009) hevder at Hummelvoll på samme måte som Travelbee er sterkt inspirert av humanistisk teori og at hans teori redegjør for en holistisk eksistensiell modell for sykepleien. Både Travelbee og Hummelvoll understreker at pasientens opplevelse av sin situasjon må være utgangspunktet for sykepleien som ytes (Buus, 2009).

Sykepleieteoriene som er utviklet i institusjonsarenaen, er preget av lange behandlingsforløp. Dette har endret seg markant de senere år med mye kortere innleggelses, og ved at pasientene har mer akutte lidelsesforløp sett i forhold til hvordan det var tidligere. Sykepleieteoretikere har vært sene til å integrere ny biomedisinsk psykiatrisk kunnskap i sine holistiske modeller (Buus, 2009). Kanskje oppfatter sykepleiere et motsetningsforhold mellom personorientert humanisme og medisinsk empirisme, og at dette begrenser deres åpenhet for å integrere ny empirisk kunnskap i modellene for praksis?

2.1.3 Perspektiver på psykiatrisk sykepleie i dag

I England pågår en debatt mellom representanter for personsentrert tilnærming til psykiatrisk sykepleie og representanter for å evidensbasere praksis. Kevin Gournay er representant for sistnevnte og ønsker å anvende prinsippene for evidensbasert medisin (Buus, 2009). Han mener at systematisk litteraturgjennomgang kan føre til utvikling av kliniske retningslinjer og standarder for å sikre at den kliniske innsatsen er oppdatert. I tillegg må den kliniske effekten av sykepleiernes handlinger evalueres. Ifølge Buus (2009) ønsker fløyen Gournay tilhører å fraskrive seg en entydig psykiatrisk sykepleiefaglig identitet, og oppfatter sykepleiere som en del av et tverrfaglig behandlerkollektiv. De ønsker likeledes å evidensbasere sykepleiernes intervensjoner med redskaper fra den medisinske modellen (Buus, 2009). Phil Barker tilhører gruppen som ønsker å fremheve psykiatriske sykepleieres særegne identitet ved å fokusere på relasjonen til pasienten og evaluere innsatsen med redskaper som vanligvis ikke anvendes i

den medisinske modellen. Barkers tidevannsmoell for psykisk rehabilitering ble utviklet i praksis i perioden 1995-1997 og ble først innført i to akuttpsykiatriske avdelinger i 1998. Interessen for modellen spredte seg raskt til andre akuttpsykiatriske avdelinger i Storbritannia, og har senere spredt seg til Irland og resten av verden. Tidevannsmoellen har blitt tatt godt imot i alle deler av psykisk helsevern, og i 2004 var det nærmere 100 ulike tidevannsmoell prosjekter i gang i ulike deler av verden (Marriner-Tomey & Alligood, 2011). I det følgende beskrives modellen nærmere.

2.1.3.1 *Tidevannsmoellen (The Tidal Model)*

Tidevannsmoellen ble opprinnelig utviklet for å fylle en følelse av tomrom eller mangelfullt fokus innenfor sykepleie i akuttpsykiatriske avdelinger (Barker & Buchanan-Barker, 2010) og inneholder en rekke omsorgs- og recovery-orienterte antagelser som plasserer modellen i en humanistisk og personorientert tradisjon (Barker 2003; Barker & Buchanan-Barker 2009; Barker & Buchanan-Barker, 2010; Barker & Buchanan-Barker 2011a, 2011b; Buus, 2009). Modellen har fokus på menneskers kontinuerlige forandringsprosess og bruker vannmetaforen som illustrasjon (Hummelvoll, 2012). Livet kan ses på som reise på et hav av erfaringer. Skipet kan begynne å ta inn vann og personer kan stå overfor utsikt om forlis og drukning. Personen kan være i behov av å føres til en sikker havn for å gjennomføre reparasjoner før han kan fortsette sin reise på havet. Modellen er en fundamental omfattende og praktisk moell som kan veilede sykepleiere innen psykisk helsevern (Marriner-Tomey & Alligood, 2011). Barker beskriver en interesse for den menneskelige opplevelsen av lidelse som oppfattes i sammenhenger og helheter i stedet for isolerte deler. Han beskriver relasjonen mellom pasient og sykepleier som mye mer gjensidig enn den opprinnelige sykepleier-pasient relasjonen som Peplau beskrev. Tidevannsmoellen understøttes av tre store teoretiske rammer; Peplaus teori om interpersonlige relasjoner, pragmatisk vekt på løsningsfokusert tilnærming og løsningsfokusert terapi (Marriner-Tomey & Alligood, 2011). Barker trekker frem ti grunnleggende forpliktelser som er essensielle i modellen (Barker & Buchanan-Barker 2009; Buchanan-Barker & Barker, 2006). Her beskrives disse nærmere etter inspirasjon fra Hummelvoll (2012):

1. Verdsett personenes stemme

Personens historie er sentral i den hjelpende relasjon. Historien omfatter ikke bare hva personen strever med, men også håpet om en løsning. Tidevannsmoellen søker å

støtte personen i å utvikle sin egen unike fortelling, til forskjell fra helsepersonellens tradisjonelle fortolkning til en redegjørelse i tredjeperson.

2. Respekter personens språk

Det fortellende språket er det ideelle midlet til å illustrere veien til bedring.

3. Utvikle ekte interesse

Den profesjonelle må vise ekte interesse for å forstå historien og personen bak den. En positiv nysgjerrighet kan søke å forstå personens særegne erfaring, til forskjell fra klassifisering eller kategorisering ut fra trekk personen har til felles med andre pasienter.

4. Bli lærling

Den profesjonelle kan lære noe av kraften i personens historie, dersom de med respekt arbeider for å bli oppmerksomme lærlinger.

5. Fremhev personlig visdom

En viktig oppgave for den profesjonelle er å hjelpe personen til å se og verdsette den personlige kunnskapen han har tilegnet seg gjennom sin historie, slik at den kan anvendes videre i bedringsprosessen.

6. Vær åpen

Den hjelpesøkende og den profesjonelle lærlingen blir et team. Den profesjonelle bygger tillit ved å være åpen og hjelpe personen til å forstå hva som skjer og hvorfor.

7. Bruk tilgjengelige verktøy som personen har

Den personlige historien inneholder en rekke eksempler på hva som tidligere har fungert bra, og hva han tenker vil være bra for han fremover. Dette er verktøysettet som skal brukes til å åpne eller bygge opp recovery-fortellingen. I tillegg kommer de profesjonelle verktøy som vanligvis har hjulpet andre, som et alternativ dersom de primære verktøy ikke passer.

8. Forestill deg neste skritt

Den profesjonelle og den hjelpesøkende finner i fellesskap en forståelse av hva som må gjøres først. Å forme neste skritt innebærer at den profesjonelle arbeider med personen der hvor han er i øyeblikket

9. Skjenk tiden som en gave

Gjennom kreativ oppmerksomhet kan profesjonelle ofte finne tid til å gjøre det som må gjøres. All tid brukt sammen kan ses på som en gave som deles av begge parter.

10. Erkjenn at forandring er konstant

Tidevannsmodellen fremholder at forandring er uunngåelig, fordi den er konstant. Avgjørelser og valg må tas dersom vekst skal komme. Den profesjonelles oppgave er å hjelpe personen til å utvikler forståelse for hvordan forandring skjer, og hvordan kunnskap kan brukes for å hjelpe med å styre utenom fare og lise og samtidig holde recovery-reisens rette kurs.

I modellen redegjøres det for tre ulike dimensjoner eller domener i en persons liv (Barker & Buchanan-Barker 2009; Barker & Buchanan-Barker, 2010; Buus, 2009; Marriner-Tomey & Alligood, 2011):

- I. Selv-domenet er den førspråklige del av personens selv, hvor man føler sine erfaringer
- II. Verden-domenet er den reflekterende delen av en person, hvor man forholder seg til sin egen livshistorie
- III. Andre-domenet utgjøres av de relasjoner personen har til andre mennesker.

Selv-domenet er sentralt i akuttpsykiatriske avdelinger. I dette domenet er sykepleieinnsatsen spesielt rettet mot sikkerhet og trygghet i situasjoner hvor personen er i akutt krise, hvor det er risiko for at personen begår suicid, skader seg selv eller er til fare for andre. Innsatsen fører til utarbeidelse av en personlig sikkerhetsplan med tre dimensjoner (Barker & Buchanan-Barker 2009; Buus, 2009; Marriner-Tomey & Alligood, 2011).

- i. Et fokusert intervju med selvmordsrisikovurdering
- ii. En global selvmordsrisikovurdering
- iii. Moniterende vurdering

Det sentrale i verden-domenet er den systematiske, holistiske vurderingen som fokuserer på personens egen historie. Vurderingen forutsetter respekt for pasientens egen selvbiografiske beskrivelse av situasjonen og er sentrert om fire prinsipper (Buus, 2009).

- i. Hva mener eller oppfatter personen er hans nåværende problemer eller behov?
- ii. Hvor store er disse problemene?
- iii. Hvilke aspekter i personens liv vil kunne spille en medvirkende rolle til å hjelpe med å løse disse problemene eller behovene?

- iv. Hva må skje for å skape noe personen oppfatter som positive forandringer?

Denne holistiske vurderingen danner grunnlag for den individuelle behandlingen hvor pasienten støttes i å se forandringer i sin situasjon selv om forandringene kan være svært små (Buus, 2009).

I andre-domenet er intervensjonene rettet mot å reintegrere personen i sitt lokalmiljø. Domenet inneholder tre overlappende dimensjoner.

- i. Den levende verden er stedet hvor man handler og kan finne sosial støtte. Det er derfor viktig å koordinere innsatsen fra ulike instanser
- ii. Støtte til pasientens pårørende og andre viktige personer i nettverket hans
- iii. Monitorering av forandringer hvor det er vesentlig at personen inviteres til koordinerende møter med de ulike samarbeidspartnerne

I andre-domenet er målet å støtte pasienten til å bryte med den stigmatiserende psykiatriske identiteten og kreve en personlig identitet tilbake(dvs reclamation), gjennom en recovery-prosess (Barker 2003; Barker & Buchanan-Barker 2009; Barker & Buchanan-Barker, 2010; Buus, 2009).

Tidevannsmodellen appellerer til institusjoner som er engasjert i personsentrert sykepleie og forskningsbasert praksis. To evalueringsundersøkelser etter innføring av tidevannsmodellen fant begge en økning i antall innleggelser, men en nedgang i lengden på sykehusoppholdet. Innføringen av - modellen bidro til reduksjon av høyeste nivå for observasjon, samtidig som antall voldsepisoder, selvskadingsepisoder og bruk av tvangsmidler gikk ned. Sykepleierne opplyste at modellen bidro til å fremme profesjonell praksis og øke engasjementet i pasientene (Marriner-Tomey & Alligood, 2011). Interaksjonsteoriene kan bidra til å hjelpe sykepleierne med å holde fokus og opprettholde terapeutisk standard i utøvelsen av relasjonsbehandling ved å unngå stereotyper og automatisk samhandling (Krogh, 2005).

I en krise eller på annen måte en akutt fase slik som under innleggelser i akuttavdelinger trenger pasientene emosjonell førstehjelp for å kjenne seg trygge og begynne å forstå hva som

må til for å hjelpe han eller henne tilbake til hverdagen (Barker & Buchanan-Barker, 2010). Dette arbeidet krever kortsiktig fokus slik som livreddere og brannmannskap også må ha, med fokus på å redusere krisen. Viktig i denne fasen vil i tillegg til medikamentell behandling være empatisk støttende behandling og omsorg (Barker & Buchanan-Barker, 2010). En viktig del av behandlingen i akuttavdelinger vil slik sett tilhøre selv-domenet i tidevannsmodellen.

Modellen fungerer ikke av seg selv og det er praktikerer som er instrumentet eller mediet for forandring (Marriner-Tomey & Alligood, 2011). Barkers problem er hvordan han skal kunne forske på løse, strukturerte prinsipper for sykepleie, og hvordan han skal få modellen anerkjent som en forskningsbasert behandlingsinnsats. Når han alene beskriver prinsippene som skal tolkes, er det umulig å måle modellens effekt og dermed anerkjenne den som en forskningsbasert innsats (Buus, 2009).

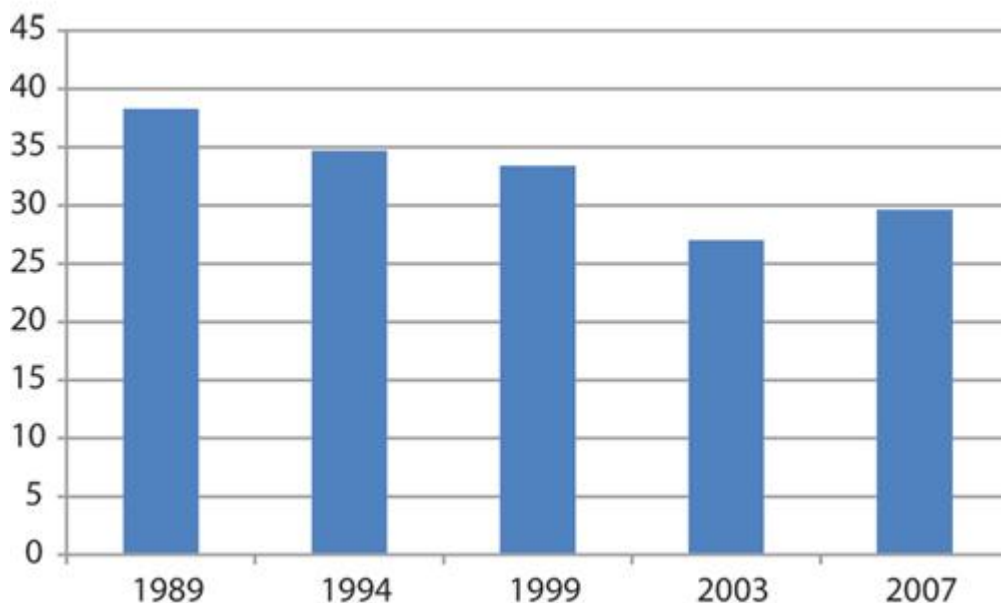
2.2 Akuttpsykiatriske avdelinger

Psykiatriske akuttavdelinger er kjennetegnet ved at innleggelsene skjer til alle døgnets tider, noe som gjør at planlegging av bemanning og rutiner for innsøking blir viktig for en smidig drift. De akuttpsykiatriske sengepostene er fortsatt de eneste avdelingene som tar imot pasienter til øyeblikkelig hjelp for kriser av psykiatrisk-, sosial- og rusmessig karakter (Berg, et al., 2007). Akuttpsykiatrien og spesielt akuttavdelingene i sykehusene er av denne grunn under sterkt press. Ifølge Berg et. al (2007) er dette presset så stort at det overstiger kapasiteten de akuttpsykiatriske avdelingene har. I tillegg hevder forfatterne at Opptappingsplanen for psykisk helse med utbygging av ambulante akutteam ikke reduserer antall innleggelser i akuttavdelingene. Det store presset de akuttpsykiatriske avdelinger er utsatt for, gjør at avdelingene således er kjennetegnet ved store pasienttall, og derfor rask pasientgjennomstrømning (ibid.).

Akuttpsykiatriske avdelinger mottar pasienter til øyeblikkelig hjelp-innleggelser. Innleggelsene skjer både frivillig eller på tvang. I 2009 skjedde 93 prosent av alle

tvangsinnleggelse til sykehusavdelinger, mens de resterende ble ivaretatt av DPS. Dette skyldes at de fleste helseforetakene har ordnet akuttfunksjonen slik at henvisninger om tvang skjer til akuttavdelinger i sykehus mens frivillige innleggelse fra egen bolig ofte skjer til DPS (Bremnes, Pedersen, & Hellevik, 2010). NOU 2011:9 Økt selvbestemmelsesrett og rettssikkerhet ser på omfanget av tvunget psykisk helsevern i Norge (Paulsrud, 2011). De er ikke kjent med at det eksisterer norske undersøkelser av faktisk tvang som er egnet til å gi inntrykk av omfang av tvang i psykisk helsevern i Norge, men referer til rapport fra Helsedirektoratet om bruk tvang i psykisk helsevern for voksne 2009 som sier at andelen tvungne innleggelse i sykehusavdelinger godkjent for tvang i 2009 utgjorde 25 % av innleggelsene (Bremnes, et al., 2010). Fra 1989 til 2007 har antall innlagte i psykisk helsevern sunket, mens antall tvangsinnlagte har sunket noe mer, men ikke i perioden 2003-2007 (Paulsrud, 2011; Pedersen & Bjerkan, 2008)

Figur 1 Andel tvangsinnlagte av alle innlagte i punkttellinger fra 1989-2007 (Pedersen & Bjerkan, 2008)



Hovedtyngden av innleggelsene i akuttavdelingene skjer fra lunsjtider til om lag kl 2000. Om lag halvparten av innleggelsene registreres i kontortiden mens nesten 40 prosent skjer fra kontortidens slutt til kl 0100 (Berg, et al., 2007). Dette må tas hensyn til når en planlegger bemanningen i akuttavdelingene. En akuttavdeling vil preges av både hvor mye som takles uten innleggelse og kapasiteten til allmennpsykiatriske avdelinger, DPS-døgnavdelinger og poliklinikker, samt kommunale tilbud. Dette bidrar til store forskjeller mellom ulike akuttavdelinger i Norge. Siden akuttavdelingene er eneste leddet i behandlingsskjeden som har

øyeblikkelig-hjelp plikt er det en risiko for at avdelingene raskt blir oppfylt og trues av overbelegg (Berg, et al., 2007).

Akuttpsykiatriske avdelinger benytter hele spekteret av psykiatriske, psykologiske, miljøterapeutiske og sosiale tilnærminger til mennesker i krise. Akuttpsykiatrisk behandling kjennetegnes av basisen i den mediko-psyko-sosiale forståelsesmodellen for psykisk sykdom (Berg, et al., 2007) og er i dag preget av tverrfaglighet mellom en rekke ulike profesjoner (Aanderaa, 2009).

2.2.1 Psykiatrisk sykepleie i akuttpsykiatriske avdelinger

Frem til rundt 1950 ble sinnssykepleien sett på som et praktisk yrke hvor hovedoppgavene var å tilrettelegge døgnet for pasientene i avdelingen og skape et så gunstig miljø som mulig (Aanderaa, 2009) og opplæringen skjedde gjennom yrkesutøvelsen, når en lærte av hverandre. Erfaringene og kunnskapen ble delt i arbeidsfellesskapet og utviklet der. Det var ikke vanlig å legge vekt på reflektering over yrkeshandlinger og opplevelser og følelser knyttet til disse. For å reflektere, føre faglige samtaler og slik sett utvikle faget slik at det kan kommuniseres til andre, er begreper viktige, men uten egen erfaring kan begrepene ofte bli tomme og uforpliktende (Aanderaa, 2009). Etter som det kom nye styrende vilkår og forskrifter, beveget utdanningen seg stadig lengre bort fra praksisundervisning fra 44 uker på femtitallet til mellom seks og tolv uker rundt årtusenskiftet. Krav til teoriundervisning og at denne skulle være forskningsbasert økte, og gjennom de veiledningene sykepleiere og studenter fikk, ble det stadig mer vanlig å uttrykke opplevelser rundt pasientarbeidet og å reflektere rundt disse opplevelsene slik at det stadig kom flere publikasjoner fra psykiatriske sykepleiere utover åtti- og nittitallet. Definisjonen på psykiatrisk sykepleie har således endret seg i takt med ny forskning.

Hummelvoll presenterte sin definisjon på psykiatrisk sykepleie i 1980 (Hummelvoll, 1980). Han beskriver psykiatrisk sykepleie som en planlagt, omsorgsgivende psykoterapeutisk virksomhet. Pleien tar sikte på å styrke pasientens egenomsorg og derigjennom løse eller

reduere hans helseproblem. Gjennom et samarbeidende og forpliktende fellesskap forsøker man å hjelpe pasienten til selvrespekt og til å finne egne holdbare livsverdier. Videre sier Hummelvoll at når pasienten selv ikke er i stand til å uttrykke egne behov og ønsker, skal sykepleieren virke som omsorgsgiver og pasientens talsmann. Utover dette individuelle nivået har sykepleieren medansvar for at individet kan få et liv i et tilfredsstillende sosialt fellesskap. På det samfunnsmessige nivå har sykepleieren en forpliktelse til å påpeke og påvirke forhold som skaper helseproblemer (Hummelvoll, 1980).

Barker forstår sykepleie som en sosial heller enn en faglig konstruksjon. Sykepleie er en menneskelig ytelse som tilbys av en gruppe mennesker til en annen. Barker beskriver sykepleie som en vedvarende menneskelig interpersonlig aktivitet og omfatter et fokus på å fremme vekst og utvikling. Den er til stede kun når vilkårene som er nødvendige for å fremme vekst og utvikling er på plass. Sykepleien er en praktisk oppgave som fokuserer på å identifisere hva personen har bruk for nå, og i fellesskap utforske mulighetene for å oppfylle disse behovene og utvikle passende systemer for omsorg. Sykepleiens rette fokus er det behov personen i omsorg (the person in care) uttrykker, noe som kun kan defineres som en funksjon av forholdet mellom et menneske med behov for sykepleie og et menneske som har oppfylt dette behovet (Barker 1996; Marriner-Tomey & Alligood, 2011).

Både Hummelvoll og Barker tilhører en humanistisk tradisjon. Begge definisjonene har fokus på interpersonlige prosesser. Videre fokuserer begge på å styrke pasientenes egenomsorgsevne og å bidra til vekst og utvikling. Barker fokuserer i større grad enn Hummelvoll på sykepleie som en sosial konstruksjon og reduserer dermed fokus på faglig kvalitet i sin definisjon. Samtidig ligger kravet til faglig kvalitet tydelig til grunn i tidevannsmodellen for psykisk rehabilitering. I tillegg til fokuset på vekst og utvikling savner jeg at de fokuserer på sykepleie som tilrettelegging for at pasienter skal oppleve mestring. Særlig hos Barker, som fokuserer i så stor grad på recovery, synes jeg dette er en liten svakhet i definisjonen. Personlig finner jeg Hummelvolls skisserte definisjon mer presis og fyllestgjørende enn Barkers, men opplever samtidig at Barkers sykepleieteori gir et godt bilde av innholdet i psykiatrisk sykepleie og passer godt til bruk spesielt i akuttpsykiatriske avdelinger.

Stortingsmelding 25 Åpenhet og helhet (Sosial- & Helsedepartementet, 1997) la vekt på at arbeidsoppgavene til psykiatriske sykepleiere var under omforming og forsøkte å bidra til å bygge ned grensene mellom de ulike gruppene med 3-årig høgskoleutdanning slik at en del stillinger innen psykisk helsevern skulle kunne besettes av flere ulike grupper. Som et ledd i nedbyggingen av grensene var utviklingen av videreutdanning i psykiatrisk sykepleie og innføring av den nye tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helsearbeid. Utvalget mente likevel at sykepleierne fortsatt skulle ha en viktig rolle i sykehusene og særlig i de akuttpsykiatriske avdelingene med sin medisinske kompetanse. Spesialsykepleiernes kompetanse innen akuttpsykiatri og medikamenthåndtering skulle fortsatt videreføres i den nye tverrfaglige videreutdanningen (Sosial- & Helsedepartementet, 1997). Samtidig som myndighetene analyserte både behov for tjenestetilbud og – endringer i de ulike utdanningene gikk arbeidet som normalt, og en kan undre seg om disse endringene bidro til å styrke eller svekke deres yrkesidentitet (Aanderaa, 2009). Dersom en skal forsøke å sette Stortingsmelding 25 i sammenheng med dagens perspektiver på psykiatrisk sykepleie, er det nærliggende å tolke at stortingsmeldingen ligger nærmest fløyen i England Gourney tilhører, som ønsker fraskrive seg en entydig psykiatrisk sykepleiefaglig identitet, og oppfatter sykepleiere som en del av et tverrfaglig behandlerkollektiv.

2.3 Aggresjon som fenomen

I dagligtale brukes aggresjon og adjektivformen aggressiv med svært forskjellig betydning. En kan snakke om alt fra en aggressiv alpinist eller aggressiv debattant, til en aggressiv drapsmann. De to første eksemplene dreier seg om det å være dristig og pågående, mens det siste eksemplet omhandler å påføre livstruende fysisk skade (Bjørkly, 1997). Også i faglitteraturen er aggresjonsbegrepet brukt like vidtfavnende og upresist. Psykologisk leksikon refererer til om lag 250 ulike definisjoner av aggresjon innen psykologisk og biologisk faglitteratur (Egidius, 1996), hvor definisjonene spenner seg fra alt mellom skyld og skam til drap og voldtekt. Ulike definisjoner vektlegger betydning av de indre psykologiske prosessene og den observerbare atferden forskjellig (Bjørkly, 1997). De som vektlegger de indre psykologiske prosesser ser ofte på aggresjon som et personlighetstrekk, mens de som vektlegger den observerbare atferden er mest opptatt av situasjonsfaktorer, etter å ha kartlagt foranledninger til den aggressive atferden (ibid.)

En skiller klart mellom sinne og aggresjon. Sinne kan ses på som en positiv følelse på den måten at den står bak sunne handlinger som selvhevdelse, grensesetting, selvmarkering og selvforsvar. Aggressiv atferd kan derimot ses på som negativ på den måten at den kan være krenkende, destruktiv, skadelig og undertrykkende (Isdal, 2000).

En kan dra et skille mellom instrumentell og emosjonell aggresjon hos mennesker. Selv om det å påføre skade er et sentralt element i de fleste definisjonene, forutsetter ikke alle at intensjonen om skade er et mål i seg selv (Bjørkly, 2001). Likevel kan både instrumentell og emosjonell aggresjon være innrettet på måloppnåelse, men bare med forskjellige mål. Instrumentell aggresjon eller vold er gjerne innrettet på å oppnå et gode eller ytre mål, mens emosjonell aggresjon eller vold er rettet mot å fjerne ubehag (Bandura, 1973; Zillmann, 1979). Skillet mellom instrumentell og emosjonell aggresjon kan likevel være vanskelig. Eksempelvis kan noen voldelige ran være utført med en følelsesmessig råskap som går langt utover det som er nødvendig for å tilegne seg et ransutbytte, mens en hevnaaksjon fra en forsmådd elsker kan ta form som grundig planlagt og være et iskaldt gjennomført overfall (Bjørkly, 2001). Ved hjelp av atferdsanalytisk forståelse vil en kanskje kunne undergruppere forskjellige aggresjonstyper ut fra de diskriminative stimuli og forsterkende stimuli som styrer atferden (ibid.)

Til tross for at det finnes et enormt antall studier om aggresjon opplever mange forskere feltet som begrepsmessig frustrerende og uavklart, noe som resulterer i misforståelser og feiltolkninger av andres forskningsresultater (Bjørkly, 2001). Jeg velger kun å forholde meg til fenomenet aggresjon med en operasjonell definisjon av begrepet, dvs. aggresjon som atferd og benytter Bjørklys (2001) definisjon av aggresjon.

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

Vold kan også defineres på ulike måter. Voldsrisikoredskapet HCR-20 (Rasmussen, et al., 2002) har etablert seg som det klart ledende instrumentet i forhold til å analysere voldsrisiko hos mennesker med psykiske lidelser (Olsen, 2010). I HCR-20 manualen defineres vold som «et faktisk forsøk på, eller trussel om, å skade en eller flere personer. Trussel om skade må være klar og utvetydig... Generelt sett bør handlinger som er alvorlige nok til å resultere i strafferettslige sanksjoner, eller som personen vil kunne bli tiltalt for, anses som voldelige» (Rasmussen, et al., 2002, s. 27). Bjørkly (2001) betrakter vold og voldsatferd som en undergruppe i samledefinisjonen aggresjon og får en liknende definisjon som i HCR-20: «Vold og voldsatferd er aggresjon kjennetegnet ved at atferden er innrettet på å påføre offeret alvorlig og/eller livstruende fysisk skade, fysisk smerte eller kroppslig krenkelse» (Bjørkly, 2001, s. 29). Hummelvoll (2012, s. 251) definerer vold som «en form for destruktiv aggressivitet som omfatter handlinger som innebærer et bevisst forsøk på å påføre andre skade (dvs. skade på grunn av tilfeldighet eller uhell er dermed ikke vold) og oppleves av den som utsettes for volden, som skremmende og høyst krenkende».

Som beskrevet over i alle de tre nevnte definisjonene på vold, ligger begrepet nært opptil aggresjonsbegrepet. Hummelvoll (2012) drar i sin definisjon av vold inn et krav om at den som utsettes for volden må oppleve handlingen som skremmende og krenkende. Dette kan innebære forvirringer da en i tillegg til å tolke voldsutøverens intensjoner også må tolke voldsofferets opplevelse av handlingen, før handlingen eventuelt kan kategoriseres som en voldshandling. Bjørkly forholder seg kun til gjerningspersonens intensjon for handlingen og ser bort fra offerets reaksjon, mens definisjonen til HCR-20 manualen er mer operasjonell og enklere å benytte i praksis ved at den benytter mer objektive mål på alvorligheten som handlinger personen kan bli tiltalt for. HCR-20 manualen karakteriserer i tillegg alle seksuelle overgrep som vold, mens denne typen handlinger ikke nødvendigvis kategoriseres som vold hverken av Bjørkly eller Hummelvoll, grunnet at de utelukkende ser på intensjonen om å påføre skade. Dette kan ses på som svakheter i både Bjørklys og Hummelvolls definisjoner.

2.3.1 Aggresjon og vold i akuttpsykiatriske avdelinger

Femten års forskning med bruk av Staff Observation Aggression Scale (SOAS)/ Staff Observation Aggression Scale- Revised (SOAS-R) i akuttavdelinger viser store forskjeller i hyppighet på aggressiv atferd, men med et gjennomsnitt på om lag 9 voldsepisoder pr

sengeplass pr år (Nijman, Palmstierna, Almvik, & Stolker, 2005). For en middels stor avdeling med ti sengeplasser vil det altså utgjøre nitti hendelser hvert år. De fleste hendelsene skjer i grensesettingssituasjoner og ved bruk av tvang fra personalets side (Bjørkly, 1997, 2001; Vatne, 2006; Whittington & Richter, 2006). Dersom masteroppgaven kan bidra til ny kunnskap om momenter som kan bidra til å forebygge episoder med aggresjon og vold, vil dette kunne komme både pasienter og helsepersonell til gode. Tvang medfører økt risiko for aggresjon og kan oppleves som en trussel mot pasientens sikkerhet og selvaktelse (Hummelvoll, 2012). Vanligvis er aggresjon og vold i avdelinger et resultat av eskalerende konflikter og skjer ikke som en plutselig hendelse uten foranledning. De fleste voldshendelsene i akuttavdelingene skjer de første få dagene etter innleggelsene før antall hendelser markant avtar utover i pasientforløpet (Abderhalden, 2008; Whittington & Richter, 2006). I en større studie i Sveits fant de at 25 % av alle episoder med aggresjon og vold, og 33 % av alle fysiske voldsepisoder, fant sted de første tre dager etter innleggelse i akuttavdelinger (Abderhalden et al., 2007). De fleste hendelsene er rettet mot de ansatte i sykepleietjenesten som tilbringer mest tid sammen med pasientene og sjeldnere mot leger og psykologer (Almvik, 2008).

Det er gjort ganske omfattende forskning rundt temaet voldsrisikovurderinger i tidligere studier, men en stor del av denne forskningen skriver seg fra fengsels- og sikkerhetspsykiatriske pasientpopulasjoner, som har andre kjennetegn enn pasientpopulasjonen i en akuttpsykiatrisk avdeling. Denne forskningen er ikke direkte overførbart til en akuttpsykiatrisk pasientpopulasjon, hvor det så langt er gjort sparsomt med forskning. Den største andelen av innleggelse og utskrivelser av psykiatriske pasienter skjer nettopp i akuttpsykiatriske avdelinger, og slike vurderinger er derfor viktige i en 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, og dermed redusere risikoen for voldelige hendelser etter utskrivelse (Hartvig, Alfarnes, Ostberg, Skjonberg, & Moger, 2006; Hartvig, Alfarnes, & Ostberg, 2001; Hartvig & Ostberg, 2007; Roaldset, et al., 2011). En vil ikke ha mulighet til å gjennomføre grundige omfattende voldsrisikovurderinger på alle pasienter som legges inn i akuttpsykiatriske avdelinger. Pasientvolumet og arbeidsbelastningen kan gjøre det utfordrende å finne frem til effektive og gode metoder å gjøre vurderinger på. Dette krever relativt enkle redskaper som er raske og pålitelige å bruke

(Hartvig, et al., 2006; Hartvig, et al., 2001; Hartvig & Ostberg, 2007; Hartvig, et al., 2011; Roaldset, et al., 2011; Sosial- & Helsedirektoratet, 2007).

Voldsrisiko er dynamisk og endrer seg ut fra konteksten personen er i (Whittington & Richter, 2006). Risikofaktorer kan ses på som faktorer som øker risiko for at en person skal begå aggressive eller voldelige handlinger (Bjørkly, 1997). Når det gjelder voldsatferd av typen drap, grov vold, voldtekt etc er menn klart overrepresentert (Malt, Retterstøl, & Dahl, 2003). Ved mildere former for aggressiv atferd er kjønnsforskjellene mer utjevnet (Bjørkly, 1997). Menn er også oftest offer for vold. De fleste studier viser at aggressive pasienter er yngre og at forekomsten avtar markant rundt 40-årsalderen (Bjørkly, 1997; Olsen, 2010). Likevel kan en ikke si at faktorer som hverken kjønn, alder eller psykiatrisk diagnose kan relateres direkte til forekomst av vold (Berring, 2009). Den viktigste risikofaktoren er at personen tidligere har utøvd vold (Hartvig & Ostberg, 2007; Roaldset, et al., 2011; Whittington & Richter, 2006). Noen psykiatriske diagnoser er rapportert assosiert med vold. Dette gjelder schizofreni, bipolar lidelse og lettere psykisk utviklingshemming. Nyere forskning vektlegger i mye større grad rusmisbruk, skader på sentralnervesystemet og dyssosiale personlighetsforstyrrelser (Berring, 2009; Olsen, 2010). Noen studier på kombinasjoner av ulike medisinske diagnoser, som for eksempel angst og depresjon, dyssosial personlighetsforstyrrelse og psykose eller bipolar lidelse, har vist at det tilsier forhøyet risiko. Likevel er konsekvensen av flere lidelser sjelden analysert og en bør være forsiktig med å trekke sikre konklusjoner (Olsen, 2010). Det er beskrevet økt risiko for aggresjon og vold i psykiatriske akuttavdelinger som er preget av overbelegg med stor tetthet av pasienter (Røssberg, 2005). Det er også mer aggresjon og vold i avdelinger med mindre engasjerte ansatte, og hvor de ansatte er dårligere trent i håndtering av aggresjon og vold (Whittington & Richter, 2006).

Risikosituasjoner kan ses på som situasjoner som har vist seg å være nært knyttet opp mot hendelser med aggresjon og vold. Videre kan en se på personers individuelle sårbarhet som en risikoindikator, dvs. individuelle situasjoner eller sammenhenger som øker sannsynligheten for at personen skal vise aggressiv atferd (Bjørkly, 1997). Risikosituasjoner kan være svært forskjellige fra pasient til pasient. Det er derfor hensiktsmessig å kartlegge pasientenes individuelle sårbarhet i ulike situasjoner (Whittington & Richter, 2006). Eksempler på sårbarhetsområder (Bjørkly, 1997):

- Fysisk kontakt
- Grensesetting
- Kommunikasjonsproblem
- Omstillinger
- Samvær med enkeltpersoner eller grupper av personer
- Rusmidler

Forløpet med voldelig atferd kan omtales som en voldsspiral med følgende forløp: fysisk agitasjon (bevegelse av mindre muskelgrupper), tydelig irritabilitet og verbale trusler, nonverbale trusler (mørk i blikket, andre tegn på oppløst personlighet), økende psykotiske symptomer, tydelig preget av angst, høye protester, bevegelse av store muskelgrupper, angrep på inventar og fysisk vold med etterfølgende utmattelse (Benjaminsen, 1991; Berring, 2009). Brøset Violence Checklist er utarbeidet etter liknende prinsipp, med bakgrunn i at voldelige hendelser sjelden opptrer uten forutgående varsels- eller faresignaler.

2.3.1.1 *Forvarsler*

Forvarsler kan 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 nært forestående aggressiv atferd (Bjørkly, 1997). Forvarsler kan deles inn i ulike kategorier. En kan skille mellom generelle forvarsler som gjelder de fleste pasienter, og individuelle/spesielle forvarsler som gjelder for den enkelte pasient. De individuelle forvarslene kan være svært forskjellige (Bjørkly, 1997; Krogh, 2005; Whittington & Richter, 2006). Eksempelvis blir enkelte psykomotorisk urolige før de begår voldshandlinger, mens andre blir psykomotorisk svært rolige, noen blir røde i ansiktet, mens andre blir bleke. Andre måter å dele inn forvarslene på er å skille mellom det som er synlig for andre og det som bare pasienten kjenner til. Dersom helsepersonalet skal bli kjent med personens indre forvarsler som ellers kun er tilgjengelig for han selv, må de kommunisere med personen og sammen med han utforske endringene i hans opplevelse forut for hendelsene (Bjørkly, 1997). Ved å verdsette personens språk og utvikle ekte interesse, som beskrevet i tidevannsmodellen (Barker 2003), kan en bli kjent med hva personen opplever og herigjennom bli kjent med både hans indre- og individuelle/spesielle forvarsler. Dette stemmer overens med Peplaus

krav til at kommunikasjonen med pasienten alltid skal være bevisst og målrettet (Buus, 2009). Det kan også være veldig hensiktsmessig å skille mellom nære og fjerne forvarsler. Nære forvarsler til forventet alvorlige voldshandlinger kan fordre akutte kriterieutløste intervensjoner, mens fjerne forvarsler gir pasienten og helsepersonalet mer tid til sammen å utforske den forestående voldsrisikoen (Bjørkly, 1997). Slike kriterieutløste intervensjoner kan også være utarbeidet som resultat av forståelse av hvordan personens forandring skjer og hvordan kunnskapen kan brukes for å styre utenom fare og lidelse, slik at personen kan oppleve vekst. I det følgende er oppdelingen satt opp oversiktlig for å bedre illustrere forskjellene.

Figur 2 Ulike måter å kategorisere forvarsler

Forvarsler kan deles inn på ulike måter:

Generelle: Gjelder de fleste pasienter(eksBVC)	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 lengre tid før aggresjon/vold(eks 5 timer før)

2.3.1.2 *Brøset Violence Checklist*

Brøset Violence Checklist (BVC) er et korttids predikasjonsinstrument for voldelig atferd blant psykiatriske pasienter. Sjekklisten skal hjelpe klinikere til å forutse voldelig og aggressiv atferd i løpet av de nærmeste 24 timer. I 1994 ble det ved Regional Sikkerhetsavdeling Brøset i Trondheim gjennomført en studie kalt "1000 års erfaring" (Linaker & Busch-Iversen, 1995). Etter en gjennomgang av alle sykepleierapporter fra 1988-1993 for alle pasienter innlagt ved Regional Sikkerhetsavd Brøset (n=92) så man blant annet nærmere på hvilke typer atferd som var typiske/rapporterte like før en utagering fant sted, og av 56 ulike atferdsendringer som ble beskrevet i sykepleiedokumentasjonen ble de 6 mest hyppige til det som i dag heter Brøset Violence Checklist (Almvik, 2008; Almvik & Woods, 1999). Sjekklisten ble først testet ut på akuttavdelinger i Sør- og Midt-Norge før den senere ble prøvd ut over lengre tid i akuttavdelinger, sikkerhetsavdelinger, geriatriske avdelinger og

sykehjem (Almvik, 2008; Almvik, Rasmussen, & Woods, 2006; Almvik, Woods, & Rasmussen, 2007).

De variabler som er representert på sjekklisten er som følger:

- Mer forvirret
- Mer irritabel
- Mer brautende atferd
- Oftere fysiske trusler
- Oftere verbale trusler
- Oftere slag, spark etc mot inventar

Man scorer for tilstedeværelse (1) eller ikke (0) for hvert av punktene i sjekklisten og summerer deretter. En score på 0 tilsier lav risiko. En sum på 1-2 tilsier moderat risiko og preventive forholdsregler bør tas. Score på 3 eller høyere tilsier høy risiko og øyeblikkelige preventive tiltak kreves, med planlegging av hvordan et eventuelt angrep best kan møtes (Woods & Almvik, 2002). Gjennom vurderinger med BVC hver vakt, tre ganger i døgnet med prediksjon for de neste 24 timer, kan se på BVC som en monitorerende vurdering under selvdomenet i tidevannsmodellen (Buus, 2009). Bruk av BVC blir da en monitorerende vurdering av risiko for at personen skal miste egenkontroll og være til fare for andre.

En kan kategorisere variablene i sjekklisten som generelle forvarsler da de tar mål av seg å fange opp forvarsler for de aller fleste pasienter. Ved at BVC skal bidra til å forutse voldelig atferd de nærmeste 24 timer kan en også kategorisere variablene som fjerne forvarsler. BVC har benyttet SOAS / SOAS-R til validering av redskapet. SOAS / SOAS-R fylles ut ved enhver verbal eller nonverbal atferd som kan oppfattes som truende (mot seg selv, andre eller gjenstander), eller fysisk atferd som faktisk medførte fysisk skade (Almvik & Woods, 1999; Almvik & Woods, 2003; Woods & Almvik, 2002). SOAS / SOAS-R fanger opp 87-98 % av alle hendelser, i motsetning til rapporter og protokoller som fanger opp 27-53 % (Almvik, 2008). Likevel er det en potensielt signifikant underrapportering av hendelser ifølge SOAS-R kriteriene (Woods, et al., 2008).

Forskning har vist at BVC har en moderat sensitivitet og høy spesifisitet med en tilstrekkelig inter-rater reliabilitet (Almvik, Woods, & Rasmussen, 2000; Woods & Almvik, 2002). Studier konkluderer med at BVC har tilfredsstillende nøyaktighet som korttids prediksjonsinstrument i akuttpsykiatriske avdelinger og egner seg til integrering i daglig klinisk arbeid (Abderhalden et al., 2004).

3. Metode

3.1 Forskningsdesign

Denne masteroppgaven er en del av en større spørreundersøkelse. Spørreundersøkelsen som helhet er inspirert av både kvalitativ og kvantitativ forskningstradisjon og bruk av flermethodedesign. Designet på undersøkelsen som helhet er karakterisert av metodetriangulering. Sammenliknet med rene kvalitative, og kvantitative metoder, er metodetriangulering en forholdsvis ny metode, som fortsatt er under utvikling (Creswell, 2003). Noen forfattere setter likhetstegn mellom metodetriangulering og «mixed methods», mens andre skiller begrepene (Williamson, 2005). Grunnen til at metodetriangulering oppstod forklares forskjellig, der noen hevder metodetriangulering var den intellektuelle kilen som brøt med det metodologiske hegemoniet (Tashakkori & Teddlie, 1998), mens andre hevder at triangulering opprinnelig ble introdusert på 1950-60 tallet som en teknikk for å overvinne svakheter og mangler ved kvalitativ forskning (Williamson, 2005). Metodetriangulering kan ses på som et verktøy til å få økt kunnskap om et fenomen (Røykenes, 2006). Hun mener man risikerer å redusere et fenomen ved å si at det bare er en metode som gjelder, samtidig som man ikke fanger hele kompleksiteten til fenomener ved bare å bruke en metode (ibid.). I spørreundersøkelsen som helhet er det valgt parallell strategi for datainnsamlingen, ved at både de kvalitative og kvantitative dataopplysningene er samlet inn samtidig. Denne masteroppgaven er en av to komparative studier som undersøker den samme overordnede problemstillingen¹. Studiens design er beskrevet i kapittel 3.1.2.

3.1.1 Vitenskapelig innfallsvinkel

Historisk har vitenskapelig kunnskap vært kjennetegnet av tre vesentlige kjennetegn: Vitenskapelig kunnskap er teoretisk, den er sann og den er systematisk (Fjelland & Gjengedal, 1995). I dag har likevel mange aktiviteter status av vitenskap uten at de befatter

¹ To mastergradsstudenter studerer det samme temaet, og har gjennomført datainnsamling i fellesskap. Studentene har hver sin tilnærming til deler av spørreskjemaet.

seg med teoretiske problemer. Platon krevde at for at kunnskap kunne regnes som sann måtte den også kunne begrunnes. Popper fremmet på 1930 tallet et alternativ til induktivismen. Hans alternativ er det som ofte omtales som «hypotetisk deduktiv metode». I stedet for å starte med rene observasjoner, starter man heller med en antakelse, en hypotese. En må ifølge Popper fremsette dristige hypoteser, og søke etter data som kan falsifisere hypotesene. Tesen om enhetsvitenskap bygger på teorien om at det finnes en metode som er felles for alle vitenskaper. I den logistiske positivismen utviklet man ideen om at denne enhetsmetoden, var den metoden som skulle gjelde for alle vitenskaper. Tesen om enhetsvitenskapen er blitt utsatt for sterk kritikk særlig i forbindelse med det som kalles «positivismestriden» (ibid.).

Det har gjennom tidene vært ulike syn på hva kunnskap er og hvordan man kommer frem til ny kunnskap. Innenfor rasjonalismen mente man at fornuften var den sikreste kunnskapskilden. Empirismen fremhevet at det kun var det erfarte man kan ha sikker kunnskap om. Dette ble videreutviklet i positivismen hvor det erfarte dreide seg om det observerbare, konstaterbare og målbare; det som kunne telles, veies og måles (Thornquist, 2003). Den kvantitative forskningstradisjonen har sitt opphav i naturvitenskapen, mens den kvalitative tradisjonen har sitt utspring i humanvitenskapen (Fjelland & Gjengedal, 1995; Thornquist, 2003).

Valg av vitenskapelig innfallsvinkel er viktig for å belyse hvilke fundamentale ontologiske og epistemologiske antakelser som ligger til grunn i en studie, og gir derfor føringer for valg av design og metode (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2009). Det er viktig å stille seg spørsmål som: *Hva er sikker kunnskap? Hvordan gå til verks for å skaffe sikker kunnskap? Hva er tings sanne natur?* Å reflektere over slike grunnlags spørsmål er viktig når man skal drive med forskning (Thornquist, 2003). I dag er det også ganske vanlig å se kvalitativ og kvantitativ metode som komplementære snarere enn motsetninger. Bruk av flermetodedesign (triangulering) er et utslag av dette (Ringdal, 2007). Temaet i denne studien er aggresjon og vold innen psykisk helsevern, og handler om å skaffe kunnskap om sykepleieres erfaringer med bruk av BVC i akuttpsykiatriske avdelinger. Studien har en tradisjonell kvantitativ innfallsvinkel.

3.1.2 Studiens design

Forskningsmetoden som velges må være tilpasset de fenomener en skal undersøke (Thornquist, 2003). Denne masteroppgaven er en tverrsnittsstudie hvor det er benyttet spørreskjema for selvutfylling til datainnsamling. Denne kartleggingsstudien beskriver sykepleieres vurdering av BVC i akuttpsykiatriske avdelinger, der jeg ser spesielt på sykepleiernes utdanning og erfaringer. En kvantitativ forskningsstrategi bygger på at fenomener viser så stor stabilitet at måling og kvantitativ beskrivelse er meningsfylt (Ringdal, 2007). Denne masteroppgaven tar sikte på å beskrive sykepleieres nytteverdi og har et deskriptivt design.

3.1.3 Kvantitativ metode

Kvantitativ forskningsstrategi er gjerne teoristyrte eller deduktive. I kvantitativ forskning er gjerne forskeren fjernt fra det som studeres. Undersøkelsene går gjerne i bredden og registrerer sammenliknbar og strukturert informasjon i et stort utvalg (Ringdal, 2007). Studien benytter kvantitativ metode der sykepleieres nytteverdi med bruk av BVC i akuttpsykiatriske avdelinger beskrives kvantitativt med fokus på sykepleiernes utdanning og erfaringer. Masteroppgavens innsamlede kvantitative dataopplysninger registreres i og behandles med statistikkprogrammet MYSTAT 12. MYSTAT 12 er en forenklet utgave av SYSTAT 12, og inneholder alle funksjoner og statistiske analyser som behøves av studenter til skriving av erfaringsbaserte mastergradsoppgaver. Utvalget i studien beskrives nærmere i eget kapittel.

3.1.4 Bakgrunn for valg av spørreskjema til datainnsamling

En spørreundersøkelse er en systematisk metode for å samle inn data fra et utvalg personer for å gi en statistisk beskrivelse av den populasjonen utvalget er hentet fra (Ringdal, 2007). En slik utspørring er standardisert slik at alle får de samme spørsmålene stilt på samme måte. Spørreundersøkelser kan gjennomføres med tre ulike datainnsamlingsteknikker: besøksintervju, telefonintervju og spørreskjema for selvutfylling (ibid.). Til spørreundersøkelsen ble selvutfyllingsskjema valgt. Selvutfyllingsskjema kan gjennomføres

med ulike teknikker. I dag er fortsatt papirform og postutsending den vanligste utsendingsteknikken, men det er mer og mer vanlig å benytte elektroniske internettskjema som Questback (ibid.). Etter vurdering av hva som var mest hensiktsmessig, falt valget på tradisjonell papirform på spørreskjemaet i undersøkelsen. Valget ble tatt basert på tilbakemeldinger fra sykepleiere om at det i en hektisk hverdag i en akuttpsykiatrisk avdeling ville være enklere å fylle ut deler av skjemaet for så å fortsette på det senere, dersom det var i papirform. På en sengepost er det ikke alltid egne arbeidsplasser med datamaskin til hver enkelt sykepleier på vakt. Ved å ha spørreskjemaet i papirform gis også informantene mulighet til å ta med seg skjemaet til et annet sted hvor de kan sitte og fylle det ut i en rolig periode av vekten.

En fordel ved å benytte selvutfyllingsskjema er at det gir informantene stor svarfrihet. En annen fordel er at man ved bruk av spørreskjema enkelt kan nå en større gruppe informanter og utvalg som er geografisk spredte. Selvutfyllingsskjema er mindre utsatt enn intervju, for at informantene vrir svarene på følsomme spørsmål i retning av det de oppfatter som sosialt akseptabelt. Ved å benytte spørreskjemaer oppnår man også at informantene er anonyme og slik kan kjenne seg tryggere på å svare ærlig uten å ta hensyn til hva som er sosialt akseptabelt. Dette var også et moment i valget av tradisjonell papirform på spørreskjemaet. Største utfordring ved bruk av spørreskjema er frafall. I tillegg gir bruk av spørreskjema få kontrollmuligheter for forskeren (Ringdal, 2007). Selvutfyllingsskjema er avhengig av at informantene har forstått spørsmålene slik forskeren mente. Forskeren har ved bruk av selvutfyllingsskjema heller ikke anledning til å stille utdypende oppfølgingsspørsmål. I invitasjonen til spørreundersøkelsen oppga vi kontaktinformasjon for å sørge for at informantene hadde mulighet til å kontakte oss ved eventuelle uklarheter.

Spørreskjemaet i forskningsprosjektet er semistrukturert hvor de fleste spørsmålene er lukkede med oppsatte svaralternativer. Denne studien behandler de lukkede spørsmålene med oppsatte svaralternativer. Disse antas å dekke de mest dominerende erfaringer og synspunkter blant sykepleiere ansatt i akuttpsykiatriske avdelinger. Studien benytter spørsmålene 1-17 og 22-23 i spørreskjemaet som vises i vedlegg 3. Spørreskjemaet åpner med faktapregede spørsmål, slik at informantene kan motiveres til å fullføre utfyllingen gjennom en grei og

enkel start. De første spørsmålene er generelle før de spisses og blir mer spesifikke. Spørsmålene er satt opp med fokus på ett og ett tema slik at det skal være oversiktlig for informantene.

Den teoretiske populasjonen for studien er sykepleiere ansatt i akuttpsykiatriske avdelinger som benytter BVC. Den faktiske populasjonen i studien er tre ulike akuttpsykiatriske avdelinger på Østlandet, hvor datainnsamlingen er gjennomført. Dataopplysningene er innhentet ved hjelp av spørreskjema fra alle sykepleierne i de tre avdelingene. Bruttoutvalget blir dermed likt den faktiske populasjonen (Ringdal, 2007).

3.2 Utvalgsstrategi

3.2.1 Bakgrunn for utvelgelse av informanter

Siden studien undersøker sykepleieres erfaringer med BVC, forutsettes at informantene i utvalget kjenner BVC og at instrumentet benyttes i de avdelingene utvalget trekkes fra. Potensielle informanter består av sykepleiere ved tre ulike akuttpsykiatriske avdelinger på Østlandet. Alle sykepleierne på de tre avdelingene ble forespurt om å delta i studien. For å forsikre at informantene hadde erfaringer med BVC, var det naturlig å inkludere alle fast ansatte, og sykepleiere ansatt i vikariat av lengre varighet enn tre måneder. Dette kravet skulle sikre at alle informanter på tidspunktet for undersøkelsen, hadde roller i avdelingene av kontinuerlig karakter. Ansatte sykepleiere som hadde vært ansatt kortere enn en måned ble ekskludert. Sykepleiere i lederstillinger, administrative- og fagutviklingsstillinger ble også ekskludert. Årsaken til dette ekskluderingskriteriet var å forsikre at informantene hadde erfaring og kompetanse i direkte pasientrettet arbeid, og at de var minst mulig farget av avdelingenes strategi knyttet til valg av prediksjonsredskap.

Grunnen til å inkludere kun sykepleiere i studien, var å få en mer homogen gruppe med felles bakgrunnsforståelse for temaet vi ville undersøke. Dersom vi hadde valgt å inkludere

miljøterapeuter med flere ulike treårige helse- og sosialfaglige utdanninger og hjelpepleiere med kortere utdanningsløp, ville dette kunne bidratt til at utvalget hadde blitt mer uklart og mindre oversiktlig, slik at det av den grunn hadde vært vanskeligere å analysere dataopplysningene. En kan kritisere dette inkluderingskriteriet for ikke å gjenspeile virkeligheten som tilsier at også andre miljøpersonell benytter BVC i sin hverdag. En kunne valgt en slik inkludering med et mer uklart og mindre oversiktlig utvalg, men ville da ha behøvd et betydelig større utvalg for å kunne gjennomføre analyser på disse utvalgene. For å sørge for et tilstrekkelig stort utvalg til å gjøre statistiske tester, valgte vi å gjennomføre spørreundersøkelsen i tre ulike akuttpsykiatriske avdelinger. Jo større utvalget er, desto mindre blir feilmarginen (Bjørndal & Hofoss, 2004). Ved lavere svarprosent blir sjansen for å få utvalgsskjøvheter gjennom frafall større. Dersom frafallet ikke er tilfeldig, men avspeiler at visse typer informanter er blitt over- eller underrepresentert, oppstår representativitetsproblemet. Det har ingen statistisk løsning og kan bare håndteres ved empirisk undersøkelse av hvordan de som ikke svarte likner og skiller seg fra de som svarte på undersøkelsen (ibid.).

3.2.2 Praktisk gjennomføring av datainnsamlingen

Ferdig utarbeidet spørreskjema sammen med informasjonsskriv inkludert samtykkeskjema, ble utarbeidet og oversendt Personvernombudet for forskning ved Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Etter å ha mottatt svarbrev fra NSD, sendte vi en formell forespørsel til avdelingslederene ved de tre ulike akuttpsykiatriske avdelingene om tillatelse til å gjennomføre spørreundersøkelsen på avdelingene. Vi fikk så tillatelse til å komme på de ulike avdelingene og presentere prosjektet. Etter prosjektpresentasjonene 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 avdelingers ekspedisjoner, hvor de ble hentet av oss etter to uker. Deretter kontaktet vi avdelingene igjen og ba enhetslederene minne om undersøkelsen og ga utvidet frist for de resterende på ytterligere en uke.

Den ene inkluderte avdelingen ba om godkjenning til å informere om prosjektet på avdelingens egen intranettside. De øvrige to avdelingene fulgte overnevnt prosedyre uten ytterligere markedsføring for prosjektet.

3.2.3 Svarprosent ved de ulike avdelingene

Det ble utlevert tilsammen 181 spørreskjema og vi fikk inn 79 utfylte spørreskjema. Svarprosenten på de ulike avdelingene varierte, men utgjorde samlet et gjennomsnitt på 43,7 %. Av de innleverte spørreskjemaene ble to skjemaer ekskludert, ett på bakgrunn av at informanten ikke hadde vært ansatt i avdelingen en måned, og det andre på bakgrunn av at det fremkom at personen ikke var utdannet sykepleier. Etter å ha korrigert for ekskluderte skjema fikk vi en korrigert svarprosent som figuren under viser.

Figur 3 Svarprosent ved de ulike avdelingene

Sykehus	Antall skjema utlevert	Antall skjema mottatt	Svarprosent
A	95	40	42,1
B	29	8	27,6
C	55	39	52,7
Totalt	179	77	43,0

Svarprosenten er ganske forskjellig mellom de ulike avdelingene. I sykehus C ble spørreundersøkelsen presentert på avdelingens intranett. En kan undre seg på om dette kanskje kan være noe av årsaken til at svarraten er høyere enn på de to øvrige avdelingene. Forfatterne av de to masteroppgavene har tilknytning til sykehus A i form av ansettelsesforhold ved avdelingen. Dette vil kunne ha innvirkning på svarraten i avdelingen. Dette fenomenet diskuteres nærmere i kapittel 3.4 Forskningsetiske vurderinger.

Spørreskjemaet skulle besvares anonymt. Med en slik utforming er det ikke mulig å spore tilbake hvem som har svart på undersøkelsen og ikke. Dette problematiserer vurderingen av frafallet i spørreundersøkelsen. Med en svarprosent som beskrevet over tilsier det et frafall på 102 informanter. Når vi ikke kjenner til hvem som har besvart, er det ikke mulig å vurdere om det er skjevheter i utvalget eller ikke.

3.2.4 Aktuelle dataanalyser basert på utvalgets størrelse og sammensetning

Hovedforskjell mellom parametrisk og ikke-parametrisk statistikk er at ikke-parametrisk statistikk bygger på færre og enklere forutsetninger (Ringdal, 2007). Parametriske tester bygger på forutsetning om t-fordelingen og benytter den fullstendige informasjonen som ligger i kontinuerlige variabler, mens ikke-parametriske teknikker bygger på ranger eller frekvenstabeller. Parametrisk statistikk er mer sårbar for ekstreme verdier på variablene enn ikke-parametriske alternativer. De fleste forutsetninger om fordelinger er mest problematiske i små utvalg. Det er også i slike utvalg at ekstremverdier gir størst utslag. I små utvalg under 30 bør derfor ikke-parametriske alternativer vurderes. På den andre siden gjør informasjonstapet ved bruk av ranger at ikke-parametriske tester har mindre teststyrke enn parametriske alternativer. Kjikvadrattesten er den overlegent mest benyttede ikke-parametriske testen i samfunnsvitenskapene, og den er blitt beskrevet som ett av de 20 viktigste vitenskapelige fremskritt i det 20. århundre (ibid.).

De innsamlede dataopplysningene i prosjektet er med få unntak ordinale data. Noen få spørsmål gir nominale data, mens det bare er spørsmålene 5, 8 og 16 der variablene er kontinuerlige. Imidlertid har spørsmålene 6 og 7 underspørsmål der variablene er kontinuerlige. Både nominale og ordinale data er kategorivariabler hvor en, som beskrevet over, må benytte ikke-parametriske tester, ofte kalt rangsumtester (Bjørndal & Hofoss, 2004; Ringdal, 2007). Av denne grunn er alle analysene i masteroppgaven basert på ikke-parametriske tester, hvor Pearsons kji-kvadrat-test, Fishers eksakte test og Mann-Whitney-test er benyttet.

3.3 Datakvalitet

3.3.1 Reliabilitet

Reliabilitetsmålinger omhandler vurdering av spørsmålenes kvalitet som måleinstrument og hvordan målingene som har ledet frem til tallene i datamatriksen er utført. Betegnelsen sikter til nøyaktigheten i de ulike operasjonene i denne prosessen (Hellevik, 1999). Reliabilitet eller pålitelighet går på om gjentatte målinger med samme måleinstrument gir samme resultat (Ringdal, 2007).

En kan skille mellom tre ulike måter å vurdere dataenes reliabilitet på (Ringdal, 2007). Den første er basert på allmenn kildekritikk. En kan se på hvordan spørsmålene er formulert. I tillegg vil reliabiliteten påvirkes av nøyaktighet i dataregistreringen, søking etter feil og retting av disse. Dataopplysningene i prosjektet ble registrert nøyaktig i database som samarbeid mellom to personer. Den ene leste opp variabelen og avkrysset kategori, mens den andre registrerte dette i databasen. Etter at alle data var ferdig registrert, ble hvert fjerde skjema plukket ut og en sjekket for feilregistreringer. Det ble ikke funnet feilregistreringer ved denne gjennomgangen. En annen måte å vurdere reliabilitet på, er test-retest-teknikken som kan benyttes for alle typer mål, der en måler grad av samsvar mellom to gjentatte målinger av samme variabel (ibid.). Når samme forsker gjennomfører den samme målingen på to ulike tidspunkter, kalles dette for en stabilitetstest (Hellevik, 1999). En høy stabilitet viser at vi har tilfredsstillende intrasubjektivitet i målingen (ibid.). I praksis ville det for en spørreundersøkelse innebære å sende spørreskjemaet ut igjen på nytt. Vi har ikke gjennomført spørreundersøkelsen flere ganger da det ville være urimelig å forvente at et utvalg personer skal fylle ut samme skjema to ganger med svært kort tids mellomrom. Dersom en forsker skal gjøre denne type stabilitetstester, kan det være et problem at fenomener kan endre seg i perioden mellom tidspunktene for undersøkelsene (Ringdal, 2007). Dersom to eller flere forskere gjennomfører den samme den samme undersøkelsen samtidig, undersøker man intersubjektiviteten ved hjelp av en ekvivalenstest (Hellevik, 1999). Ved datainnsamling gjennom observasjon er det ikke uvanlig med flere observatører for å kunne kontrollere dette. Den tredje måte å vurdere reliabilitet på vurderer indre konsistens. Det vil si å se på om spørsmål som måler samme egenskap korrelerer med hverandre. En måler grad av intern

konsistens mellom indikatorene som skal inngå i en indeks. Jo sterkere sammenhengen er mellom indikatorene og jo flere de er, desto bedre blir reliabiliteten, målt med Cronbachs alfa (Ringdal, 2007). Høy reliabilitet er en forutsetning for høy validitet.

3.3.2 Validitet

Validitet eller gyldighet går på om en faktisk måler det en vil måle (Ringdal, 2007). Validiteten betegner dataopplysningenes relevans for problemstillingen i undersøkelsen (Hellevik, 1999). Begrepsvaliditet går på om vi faktisk måler det teoretiske begrepet vi ønsker å måle (Ringdal, 2007), og sier på den måten noe om hvor god broen mellom det teoretiske og det praktiske operasjonelle planet er. Samsvaret mellom den teoretiske og den operasjonelle variabelen lar seg sjelden fastslå empirisk, fordi den teoretisk definerte egenskapen ikke er målbar. Mens reliabilitet går på egenskaper ved de målte indikatorene, går validiteten på relasjonen mellom indikatorene og det teoretiske begrepet (ibid.).

Validitet vurderes på en rekke måter og har fått navn som ulike typer validitet. Å undersøke umiddelbar validitet (face-validity), vil ganske enkelt si å gi en skjønnsmessig vurdering av det umiddelbare samsvaret mellom teoretisk og operasjonell definisjon av en variabel, altså om indikatorene fanger inn de begrepene de er ment å fange inn. Dette kan undersøkes ved å sjekke andre meninger og søke en form for ekspertkonsensus. Innholdsvaliditet ser mer presist på om utvalget av indikatorer gir en rimelig dekning av en hypotetisk populasjon av indikatorer, altså om målet dekker de viktigste aspektene av begrepet (ibid.). Sagt på en annen måte, må man spørre seg om de verktøyene en bruker for å få frem kunnskap er egnet til å gi gyldige svar på spørsmålene en stilte (Hellevik, 1999).

En kan skille mellom intern og ekstern validitet. Intern validitet er knyttet til valide slutninger til den studiepopulasjonen utvalget er trukket fra (Laake, Hjartåker, Thelle, & Veierød, 2007). Intern validitet trues av utvalgsskjevhet, informasjonsskjevhet og statistisk validitet. I hvilken grad utvalget reflekterer den faktiske populasjonen kalles representativitet. I kvantitative studier er dette en avgjørende faktor for å kunne vurdere studiens gyldighet (Halvorsen, 2008;

Ringdal, 2007). Informasjonsskjevhet kan oppstå dersom informantene bevisst eller ubevisst oppgir feilaktig informasjon, eksempelvis modererer sine politiske synspunkter til en mer sosial akseptabel karakter. Statisk validitet handler om hvorvidt det er benyttet riktige metoder, riktige effektmål, riktige statistiske tester og at det er justert for riktige konfunderende variabler (Laake, et al., 2007).

Forskere ønsker ofte at konklusjonene i studier skal gjelde utover studiepopulasjonen. Ekstern validitet er knyttet til resultatenes generaliserbarhet, altså til hvilken populasjon vi kan generalisere våre konklusjoner. God studiedesign vil kunne redusere tilfeldige og systematiske feil, og dermed øke validiteten og reproduserbarheten i en studie (ibid.).

I studien ble det benyttet et ekspertpanel som vurderte spørreskjemaet i forhold til face-validity og innholdsvaliditet. Dette ekspertpanelet besto av en gruppe ledende spesialsykepleiere i en akuttpsykiatrisk avdeling. Deres vurderinger gikk både på spørsmålenes relevans for problemstillingen, samt spørsmålsformuleringer og de foreslåtte svaralternativer. I tillegg ble spørreskjemaet fremlagt en av pionerene knyttet til utviklingen av BVC, for vurdering av face-validity og innholdsvaliditet. Ingen av informantene i studien kontaktet oss med uklarheter eller i forhold til spørsmålenes innhold eller formuleringer.

Frafallet i prosjektet er problematisert i kapittelet om svarprosent og beskrivelse av utvalget. Slik prosjektet er gjennomført er det derfor vanskelig å vurdere utvalgets representativitet eller mulige skjevhet. Ved eventuell utvalgsskjevhet vil konklusjonene være valide for en annen studiepopulasjon, men det vil ofte være vanskelig å beskrive denne eventuelle populasjonen (Laake, et al., 2007).

3.4 Forskningsetiske vurderinger

3.4.1 Grunnleggende forskningsetiske prinsipper

Helsinkideklarasjonen ble utformet første gang i 1964 og er et eksempel på forskningsetiske retningslinjer som brukes aktivt over hele verden. Deklarasjonen har gjennomgått flere og store revisjoner, siste gang i 2008. Ingen som arbeider med forskningsetikk i dag kan unngå å forholde seg til Helsinkideklarasjonen (Førde, 2009). Sykepleiernes Samarbeid i Norden har gitt ut egne forskningsetiske retningslinjer som bygger på Helsinkideklarasjonen (SSN, 2003). Sykepleieforskning veiledes ifølge disse retningslinjene av fire grunnleggende etiske prinsipper:

- 1) Autonomiprinsippet er utvidet og omfatter verdighet, integritet og sårbarhet. Forsøkspersonene skal selv kunne bestemme om de skal delta i forskningen. Deltakelse bygger på frivillig informert samtykke, og samtykket forutsetter tilstrekkelig og tilpasset informasjon. Autonomiprinsippet omhandler retten til å trekke seg fra et forskningsprosjekt. I tillegg omfatter prinsippet diskresjonsplikt som sikres med blant annet anonymisering av data (ibid.).
- 2) Prinsippet om å gjøre godt innebærer at forskningen skal være til potensiell nytte for den eller de gruppene forskningen retter seg mot. I sykepleieforskning betyr nytte at forskningen har sin berettigelse og bidrar med ny viten i forhold til å fremme og gjenopprette helse, forebygge sykdom og lindre lidelse (ibid.).
- 3) Prinsippet om ikke å gjøre skade omfatter at forskningen ikke må få skadelige virkninger på de personene som deltar. Deltakernes sikkerhet skal garanteres og det kan bli aktuelt å avbryte et forskningsprosjekt dersom det viser seg nødvendig (ibid.).
- 4) Rettferdighetsprinsippet innebærer at forskeren har plikt til å verne om svake grupper og å ha omsorg for at disse ikke utnyttes i forskning (ibid.).

I kravet om informert samtykke ligger det at informasjonen skal være forstått og at alle informantene skal være samtykkekompetente. Allerede før informantene ble kontaktet med forespørsel om deltakelse, innhentet vi tillatelse til å gjennomføre forskningsprosjektet hos de

tre respektive avdelingers ledelse. Informasjonsskrivet til informantene inneholdt informasjon om prosjektet som helhet, at det var behandlet hos Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste og ikke funnet meldepliktig, hva spørsmålene omhandlet og omtrent hvor lang tid det ville ta å svare på spørsmålene. Det informerte videre om hvem som ble invitert til å delta og hva det innsamlede materialet ville brukes til. Dessuten ble det poengtert at alle innsamlede dataopplysninger var anonyme og at deltakelsen var frivillig. Alle informantene i forskningsprosjektet er utdannet sykepleiere og må anses som samtykkekompetente. Forskningsprosjektet rettet seg mot sykepleieres erfaringer med aggresjon og vold fra pasienter, og sykepleiernes erfaringer med bruk av BVC. Vi håpet at prosjektet kunne bidra til kunnskapsutvikling av fagfeltet som helhet og ny kunnskap om bruk av BVC som kan komme både helsepersonell og fremtidige pasienter til gode. Prinsippet om ikke å gjøre skade ble ivaretatt ved at alle informantene var anonyme for oss som forskere. Ingen spørsmål i spørreskjemaet omhandlet sensitive opplysninger. I tillegg ble de innsamlede dataopplysningene forsvarlig oppbevart utilgjengelig for andre. Ingen av informantene i prosjektet tilhører svake grupper slik de er definert. Svake grupper i prosjektet vil være pasientene sykepleierne behandler. Ingen av spørsmålene i spørreskjemaet var utformet på en slik måte at enkeltpasienter kunne identifiseres. Jeg mener, som den korte redegjørelsen viser, at forskningsprosjektet har forholdt seg til Helsinkideklarasjonen og de forskningsetiske retningslinjene til Sykepleiernes Samarbeid i Norden (ibid.) og på den måte overholder kravet til god forskningsetikk.

3.4.2 Godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD)

Siden det ikke var planlagt å samle inn helseopplysninger i forskningsprosjektet, ble det i samråd med veileder vurdert til ikke å være søknads- eller meldepliktig til Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Forskningsprosjektet ble etter vurdering oversendt personvernombudet og forskning ved Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) 25.02.12. Etter behandling i NSD mottok vi svarbrev datert 16.04.12 om at prosjektet var vurdert til å være hverken meldepliktig eller konsesjonspliktig etter personopplysningsloven.

3.4.3 Forskerens rolle

Forskningsetiske prinsipper slik de presenteres i Helsinki-deklarasjonen, og ulike profesjoners forskningsetiske retningslinjer fungerer som veivisere for forskere for å gjennomføre studier på en akseptabel måte. De er likevel ikke tilstrekkelige som konkrete handlingsregler i situasjoner, og må derfor tolkes inn i hvert enkelt konkret prosjekt (Hummelvoll, 2010). Innenfor kvalitativ forskning har forskerens nærvær innflytelse på hvordan datainnsamlingen forløper (Thagaard, 2009). Den kvantitative forskeren kan betegnes som en tilskuer hvor det ikke er direkte kontakt mellom forsker og informant. Informantene vil derfor ikke bli influert av kontakten med forskeren på samme måte som ved kvalitative studier hvor det er direkte kontakt mellom forsker og informant. Men heller ikke innen kvantitativ forskning kan en se bort fra betydningen av forskerens påvirkning. Ved bruk av spørreskjema vil svarene informantene gir være preget av måten spørsmålene er formulert og hvilke svarkategorier informantene må forholde seg til (ibid.). Utformingen av spørreskjemaet og bruk av ekspertgruppe til vurdering av face-validity og innholdsvaliditet er beskrevet tidligere og utdypes av den grunn ikke nærmere her.

Forskerens posisjon i forhold til informantene vil kunne ha innvirkning på hvordan informantene svarer på spørsmålene. Forskjellen mellom ulike studier av samme miljø kan ha sammenheng med at forskerne oppfattes forskjellig av informantene (Thagaard, 2009). Det er derfor viktig at forskerne reflekterer over relasjonene til dem som studeres, og vurderer betydningen disse kan ha for den informasjonen forskeren får. Det faktum at begge masterstudentene som gjennomførte felles datainnsamling er menn vil kunne bidra til at informantene ble påvirket da de skulle svare. Dette ble kanskje ytterligere forsterket ved at informasjonsskrivet ikke bare er underskrevet av mastergradsstudentene, men også av hovedveileder som også er mann.

Det viktigste momentet i prosjektet er kanskje forskernes tilknytning i miljøet. Masterstudentenes arbeidsforhold knyttet til den ene avdelingen undersøkelsen ble gjennomført i vil kunne ha innvirkning på svarene fra informantene i den respektive avdelingen. Studentene er ikke bundet av noe mandat, ut over Høgskolen i Hedmarks

vedtekter og forskrifter, og mottar ingen kompensasjon fra andre private eller offentlige organisasjoner med fagpolitiske interesser innen fagområdet. Masterstudentene har heller ingen forpliktelser fra arbeidsgiver når det gjelder innhold i masteroppgavene. I og med at alle innhentede dataopplysninger er anonymiserte, har ingen mulighet til å identifisere de ulike informantene. Likevel vil kanskje informantene påvirkes av det faktum at de kjenner til forskerne, eller enda viktigere at de opplever at forskerne kjenner til dem. Min rolle i den nevnte avdeling, hvor jeg har ansvar for opplæring og undervisning i håndtering av aggressive og voldelige pasienter, vil ytterligere kunne forsterke dette. Jeg har som tidligere beskrevet om lag ti års erfaring fra arbeid i akuttpsykiatriske avdelinger. Denne erfaringen vil også kunne innvirke på forskningsprosessen. Grunnlaget for å forstå de fenomenene som undersøkes i prosjektet vil øke som følge av tilknytningen til miljøet, samtidig som tilknytningen medfører en økt risiko for å overse det som er forskjellig fra egne erfaringer (Thagaard, 2009). Posisjon i miljøet som studeres gir heller ikke nødvendigvis bedre grunnlag for validitet. Spørsmålet om validitet må heller knyttes til den kritiske leserens mulighet for å vurdere hvordan forskerens ståsted kan ha påvirket tolkningen av resultatene (ibid.).

På bakgrunn av denne vurderingen kan en ikke utelukke at dataopplysningene fra informantene er påvirket av hvordan spørsmålene er formulert og hvilke svaralternativer som foreligger. I tillegg kan de være påvirket av masterstudentenes posisjon som forskere i forhold til informantene, og masterstudentenes tilknytning til miljøet som studeres.

4. Resultater

Studien har avdekket forskjeller mellom menn og kvinners erfaringer med vold fra pasienter og noen forskjeller i bruk og nytte av BVC. Dette er av hensyn til masteroppgavens omfang ikke diskutert ytterligere.

4.1 Utvalgets sammensetning

Svarprosenten for de ulike sykehusavdelingene og for utvalget som helhet er beskrevet i kapittel 3.2.3. Hele utvalget består av 35,1 % menn. For sykehusavdelingene varierer andelen menn fra 31,0 % til 37,5 %. Av hele utvalget har 49,4 % videreutdanning i psykisk helsearbeid. For de ulike sykehusavdelingene varierer andelen fra 37,5 % til 62,5 %. Også aldersfordelingen varierer noe mellom de ulike sykehusavdelingene. Andelen i aldersgruppen 20-29 utgjør for hele utvalget 23,4 %, med en variasjon mellom avdelingene fra 10,3 % til 35,0 %. Andelen i aldersgruppen 30-39 utgjør for hele utvalget 45,5 %, med en variasjon fra 42,3 % til 50,0 % mellom de ulike avdelingene. 31,2 % av hele utvalget er 40 år eller eldre. Her er variasjonene mellom sykehusavdelingene fra 22,5 % til 41,4 %. Oppsummert er utvalgene på de tre avdelingene ikke signifikant forskjellige, og er på den bakgrunn behandlet som ett utvalg.

Resultatene av analysene viste at utvalgets erfaringsgrunnlag er ulikt, både i forhold til for hvor mange år siden de ble utdannet sykepleiere, når de gjennomførte videreutdanning i psykisk helsearbeid og hvor lenge de har jobbet i akuttpsykiatriske avdelinger. Medianen for hele utvalget var utdannet for sju år siden og har jobbet i akuttpsykiatrisk avdeling i fem år. Medianen for de med videreutdanning i psykisk helsearbeid gjennomførte denne for fire år siden.

Om lag halve utvalget har videreutdanning i psykisk helsearbeid. Andelen menn i utvalget er høyere enn blant sykepleiere ellers. For perioden 2000-2011 økte andelen menn blant sykepleiere i Norge fra 8,7 % til 9,9 % (SSB, 2012a) mens hele utvalget i undersøkelsen

består av 35,1 % menn. Andelen menn i utvalget med videreutdanning utgjør 28,9 %, mens andelen menn som tar videreutdanning i psykisk helsearbeid i 2008-2011 var stabil på 17 % (SSB, 2012b). Utvalget består ellers hovedsakelig av sykepleiere i turnusarbeid. 76,6 % arbeider i to- eller tredelt turnus, mens 18,2 % er nattevakter, 2,6 % jobber kun dagtid og 2,6 % jobber kun kveld. Andelen av utvalget som har gjennomført videreutdanning i voldsrisikovurdering utgjør 10,4 %.

Tabell 1 Karakteristikk av utvalget

	Hele utvalget	Sykepleiere med videreutdanning (n=38)	Sykepleiere uten videreutdanning (n=39)	p-verdi ²
Kjønn				
Menn	27	11	16	0,267
Kvinner	50	27	23	
Aldersgruppe				
20 – 29	18	3	15	P<0,001
30 – 39	35	16	19	
40 →	24	19	5	
År siden utdannet				
0 – 4	27	3	24	P<0,001
5 – 9	23	14	9	
10 →	25	20	5	
Antall år arbeidet i akuttpsykiatrisk avd				
0 – 4	29	8	21	0,002
5 – 9	28	15	13	
10 →	19	15	4	

² P-verdier basert på Pearsons kji-kvadrat-tester

4.2 Erfaringer med aggresjon og vold

Et stort flertall har erfaring med aggresjon og vold fra psykiatriske pasienter. Erfaringen gjelder både som ofre og som vitner til kollegaer som har blitt utsatt for aggresjon og vold. Over 3/4 av utvalget har selv blitt utsatt for vold fra pasienter. 90,9 % av utvalget har vært vitne til at medarbeidere har blitt utsatt for vold. I tillegg beskriver 72,3 % av utvalget å oppleve trusler fra pasienter månedlig eller oftere. Av hele utvalget opplever 22,4 % seg så truet på jobb månedlig eller oftere, at det går ut over trivselen.

4.3 Bruk av BVC

Bakgrunnen for utvelgelsen av informanter, og antall avdelinger informantene er hentet fra, er beskrevet i kapittel 3.2. Alle de tre inkluderte avdelingene benytter BVC som del av voldsrisikovurderingene de utfører. Av informantene rapporterer 96,1 % at de har brukt instrumentet, mens en betydelig mindre andel på 75,0 % rapporterer å ha fått opplæring i bruk av det. Hvorvidt dette dreier seg om manglende opplæring eller dårlig kvalitet på opplæringen, er ikke klart. En andel på 59,7 % bruker alltid BVC, 36,4 % bruker BVC av og til, mens under 3,9 % rapporterer å bruke BVC sjelden. Informantene beskriver å bruke ulik tid på å fylle ut BVC for hver pasient hver vakt. Svarene varierer fra mindre enn ett minutt til ti minutter, men ifølge 50-prosentilen bruker informantene gjennomsnittlig to minutter på å fylle ut BVC for hver pasient hver vakt.

4.4 BVC ved ulike problemområder

Studien avdekket at sykepleiere opplever at BVC fungerer ulikt ved ulike problemområder. En stor andel synes BVC fungerer bra eller ganske bra ved psykoser og affektive lidelser (henholdsvis 70,9 % og 66,7 %), ikke fullt så stor andel ved rus (50,7 %) og en betydelig mindre andel ved selvskadingsproblematikk (28,1 %).

Andelen som oppgir at de ikke vet hvordan BVC fungerer ved de nevnte problemområdene er stor. Den er lavest ved psykoser hvor likevel en så stor andel som 9,7 % oppgir ikke å vite hvordan BVC fungerer, mens den er størst ved selvskadingsproblematikk hvor hele 25,4 % oppgir å ikke vite hvordan BVC fungerer.

Tabell 2 Prosentueringer for hele utvalget, sykepleiere med og uten videreutdanning, blitt utsatt for vold og ikke, og ulik bruk av BVC, ved psykoser, affektive lidelser, selvskadingsproblematikk og rus

	Hele utvalget i % (n=77)	Sykepleiere med videreutd i % (n=38)	Sykepleiere uten videreutd i % (n=39)	Blitt utsatt for vold i % (n=58)	Ikke blitt utsatt for vold i % (n=19)	Bruker BVC sjelden eller av og til i % (n=31)	Bruker alltid BVC i % (n=46)
Hvordan BVC fungerer ved psykoser							
Bra	29,2	27,8	30,6	29,1	29,4	13,8	39,5
Ganske bra	41,7	44,4	38,9	36,4	58,8	41,4	41,9
Ganske dårlig	6,9	8,3	5,6	7,3	5,9	6,9	7,0
Dårlig	12,5	5,6	19,4	16,4	0,0	24,1	4,7
Vet ikke	9,7	13,9	5,6	10,9	5,9	13,8	7,0
Hvordan BVC fungerer ved affektive lidelser							
Bra	27,8	33,3	22,2	27,3	29,4	17,2	34,9
Ganske bra	38,9	33,3	44,4	36,4	47,1	34,5	41,9
Ganske dårlig	5,6	8,3	2,8	3,6	11,8	10,3	2,3
Dårlig	15,3	11,1	19,4	18,2	5,9	24,1	9,3
Vet ikke	12,5	13,9	11,1	14,5	5,9	13,8	11,6
Hvordan BVC fungerer ved selvskadingsproblematikk							
Bra	4,2	5,7	2,8	3,7	5,9	0,0	7,0
Ganske bra	23,9	28,6	19,4	22,2	29,4	17,9	27,9
Ganske dårlig	16,9	17,1	16,7	18,5	11,8	21,4	14,0
Dårlig	29,6	17,1	41,7	31,5	23,5	39,3	23,3
Vet ikke	25,4	31,4	19,4	24,1	29,4	21,4	27,9
Hvordan BVC fungerer ved rus							
Bra	26,8	22,9	30,6	27,8	23,5	10,3	38,1
Ganske bra	23,9	31,4	16,7	25,9	17,6	34,5	16,7
Ganske dårlig	11,3	11,4	11,1	7,4	23,5	6,9	14,3
Dårlig	16,9	14,3	19,4	18,5	11,8	31,0	7,1
Vet ikke	21,1	20,0	22,2	20,4	23,5	17,2	23,8

Det er gjort kji-kvadrat-tester for hvert av spørsmålene. Gruppene med og uten videreutdanning er sammenliknet, det samme er gruppene som har blitt utsatt for vold mot de som ikke har det, samt gruppen som alltid bruker BVC mot de som sjelden eller av og til bruker instrumentet. Det er ingen signifikante forskjeller mellom de som har videreutdanning eller ikke, eller mellom dem som har vært utsatt for vold fra pasienter og de som ikke har det. Dersom en ser på de som bruker BVC sjelden eller av og til, i forhold til de som alltid bruker BVC, finner en signifikante forskjeller i hvordan BVC fungerer både ved psykoser og

affektive lidelser³. 81,4 % av gruppen som alltid bruker BVC synes instrumentet fungerer bra eller ganske bra ved psykoser, mens bare 55,4 % av gruppen som bruker BVC sjelden eller av og til synes det samme ($p=0,026$). Ved affektive lidelser opplever 76,8 % av de som alltid bruker BVC at instrumentet fungerer bra eller ganske bra, mens 51,7 % av de som sjelden eller av og til bruker instrumentet opplever det samme ($p=0,015$).

Funnene er viktige og diskuteres i kapittel 5.3 Bruk av BVC ved ulike problemområder. Tabell 2 viser en oversikt over hvordan BVC fungerer ved de ulike problemområdene. Tabellen viser også forskjellene mellom de ulike sub-utvalgene.

4.5 Sykepleieres vurdering av instrumentet BVC

Her er en kort oppsummering av hvordan sykepleiere vurderer BVC. Tabell 3 gir en fullstendig oversikt av sykepleiernes vurderinger. 95,8 % av sykepleierne mener BVC sjelden eller aldri bidrar til økt bruk av tvang. Utvalget mener at instrumentet ikke bidrar til økt empati for pasientene. Mer enn 3/4 beskriver at BVC ofte eller alltid gir økt innsikt i pasientenes voldsrisiko. Sykepleierne er likevel delt i synet på om BVC bidrar til å avdekke pasientenes sårbarhetsområder. Hele 83,4 % oppgir at BVC brukes aktivt i vurderingen av sikkerhetsnivået rundt pasientene. 68,5 % opplever at BVC ofte gjør at de kan forutse voldsepisoder, og 67,6 % mener instrumentet ofte eller alltid bidrar til tidligere intervensjoner. 55,5 % mener likevel at BVC aldri eller sjelden gjør de tryggere på jobb, mens utvalget er delt på midten i synet på om BVC bidrar til færre voldshendelser.

³ Variablenes verdier bra og ganske bra ble slått sammen. Det samme ble verdiene dårlig og ganske dårlig. Dette ble gjort fordi ved ti av tolv spørsmål hadde mer enn 20 % av cellene 5 eller færre i cellene. P-verdier ble deretter testet ved Pearsons kji-kvadrat test.

Tabell 3 Tilbakemeldinger på påstander om bruk og nytte av BVC, for hele utvalget, sykepleiere med og uten videreutdanning, blitt utsatt for vold og ikke og regelmessig bruk av BVC

	Hele utvalget (n=77)	Sykepleiere med videreutd. (n=38)	Sykepleiere uten videreutd. (n=39)	p-verdi ¹	Utsatt for vold (n=58)	Ikke utsatt for vold (n=19)	p-verdi ¹	Bruker BVC sjelden eller av og til (n=31)	Bruker alltid BVC (n=46)	p-verdi ¹
BVC bidrar til økt innsikt i pasientenes voldsrisiko										
Sjelden eller aldri	17	9	8	0,687	17	0	0,008²	11	6	0,009
Oftre eller alltid	57	27	30		39	18		17	40	
BVC bidrar til å avdekke pasientenes sårbarhetsområder										
Sjelden eller aldri	37	13	24	0,014	33	4	0,007²	17	20	0,176
Oftre eller alltid	36	23	13		22	14		11	25	
BVC bidrar til økt empati for pasientene										
Sjelden eller aldri	64	28	36	0,078 ²	50	14	0,211 ²	24	40	1,000 ²
Oftre eller alltid	9	7	2		5	4		3	6	
BVC bidrar til økt stigmatisering av pasienter med forhøyet voldsrisiko										
Sjelden eller aldri	52	29	23	0,050	39	13	1,000	19	33	0,509
Oftre eller alltid	20	6	14		15	5		9	11	
BVC gir stort sett et riktig bilde av pasientene										
Sjelden eller aldri	26	11	15	0,419	22	4	0,157 ²	15	11	0,005
Oftre eller alltid	42	22	20		28	14		10	32	
BVC gjør det enklere å diskutere voldsrisiko med pasientene										
Sjelden eller aldri	43	20	23	0,664	36	7	0,074	19	24	0,154
Oftre eller alltid	29	15	14		19	10		8	21	
BVC gjør meg tryggere på jobb										
Sjelden eller aldri	40	20	20	0,792	32	8	0,273	23	17	P<0,001
Oftre eller alltid	32	15	17		22	10		5	27	
BVC bidrar til tidligere intervensjoner										
Sjelden eller aldri	23	10	13	0,607	22	1	0,007²	15	8	0,001
Oftre eller alltid	48	24	24		32	16		12	36	

¹ P-verdier basert på Pearsons kji-kvadrat-test

² P-verdi basert på Fishers eksakte test

4.5.1 Videreutdanningens innvirkning på vurdering av BVC

Det er signifikante forskjeller mellom sykepleiere med og uten videreutdanning på to av spørreskjemaets 15 påstander om bruk og nytte av BVC. Sykepleiere med videreutdanning opplever i større grad enn sykepleiere uten videreutdanning at BVC bidrar til å avdekke pasienters sårbarhetsområder ($p=0,014$). Sykepleiere uten videreutdanning opplever i større grad enn de med videreutdanning at BVC ofte bidrar til stigmatisering av pasienter med forhøyet voldsrisiko ($p=0,050$). Begge funnene diskuteres i kapittel 5.4.1 Har videreutdanningen innvirkning?

4.5.2 Selvopplevd vold og vurdering av BVC

Det er flere signifikante forskjeller i hvordan de som har blitt utsatt for vold fra pasienter opplever nytten av BVC i forhold til de som ikke har blitt utsatt for vold. Av spørreskjemaets 15 påstander knyttet til bruk og nytte av BVC er det signifikante forskjeller mellom gruppene på fem av påstandene. Ved alle de fem påstandene svarer de som ikke har vært utsatt for vold fra pasienter at de har større nytte av BVC enn hva de som har vært utsatt for vold svarer. Tabell 3 viser alle påstandene mens jeg her kort kommenterer de med signifikante forskjeller. Alle de som ikke har vært utsatt for vold fra pasienter synes at BVC bidrar ofte eller alltid til økt innsikt i pasientenes voldsrisiko, mens 77,0 % av de som har vært utsatt for vold synes det samme ($p=0,008$). Av de som ikke har vært utsatt for vold synes 77,8 % at BVC ofte eller alltid bidrar til å avdekke pasientenes sårbarhetsområder, mens 40,0 % av de som har vært utsatt for vold opplever det samme ($p=0,007$). Hele 93,1 % av de som ikke har vært utsatt for vold mener at BVC ofte eller alltid bidrar til tidligere intervensjoner, mens 59,2 % av de som har blitt utsatt for vold mener det samme ($p=0,007$). En andel på 88,9 % av de som ikke har vært utsatt for vold opplever at BVC gjør at de ofte eller alltid kan forutse voldsepisoder, mens 61,8 % av de som har vært utsatt for vold opplever det samme ($p=0,041$). 88,9 % av de som ikke har vært utsatt for vold synes at BVC 0 ofte eller alltid tilsier svært lav risiko for vold, mens 60,4 % av de som har vært utsatt for vold synes det samme ($p=0,039$).

4.5.3 Rutinemessig bruk av BVC og vurdering av instrumentet

Det er også forskjeller mellom de som alltid bruker BVC og de som sjelden eller av og til bruker redskapet. På åtte av spørreskjemaets 15 påstander om bruk og nytte av BVC er det signifikante forskjeller. Her presenteres de åtte kort. En andel på 86,9 % av de som alltid bruker BVC synes instrumentet ofte eller alltid bidrar til økt innsikt i pasientenes voldsrisiko mens 60,7 % av de som sjelden eller av og til bruker BVC synes det samme ($p=0,009$). Nesten 3/4 (74,4 %) av de som alltid bruker BVC synes BVC ofte eller alltid stort sett gir et riktig bilde av pasientene, mens bare 40,0 % av de som bruker BVC sjelden eller av og til synes det samme ($p=0,005$). En større andel av de som alltid bruker BVC (60,3 %) synes BVC ofte eller alltid gjør dem tryggere på jobb, enn andelen av de som sjelden eller av og til bruker instrumentet (17,9 %) synes ($p<0,001$). Hele 81,8 % av de som alltid bruker BVC mener at BVC ofte eller alltid bidrar til tidligere intervensjoner, mens bare 44,4 % av de som sjelden eller av og til bruker BVC synes det samme ($p=0,001$). En andel på 78,3 % av de som alltid bruker BVC synes instrumentet ofte eller alltid gjør at de kan forutse voldsepisoder, mens 51,9 % av de som sjelden eller av og til bruker BVC synes det samme ($p=0,019$). 38,1 % av de som alltid bruker BVC synes instrumentet ofte eller alltid gir et dårlig bilde av hvor mye støttende tiltak enkeltpasienter behøver, mens hele 73,0 % av de som sjelden eller av og til bruker BVC synes det samme ($p=0,005$). 76,1 % av de som alltid bruker BVC synes en skåre på BVC = 0 ofte eller alltid tilsier svært lav risiko for vold, mens 52,0 % av de som sjelden eller av og til bruker BVC synes det samme ($p=0,038$). 62,5 % av de som alltid bruker BVC mener at instrumentet ofte eller av og til fører til færre voldshendelser, mens bare 29,6 % av de som sjelden eller av og til bruker BVC synes det samme ($p=0,008$).

5. Diskusjon

5.1 Oppsummering av de viktigste resultatene

Studien har avdekket flere interessante funn. Studien bekrefter at sykepleiere i akuttpsykiatriske avdelinger er utsatte for trusler og vold fra pasienter. En betydelig andel sykepleiere opplever også trusler på jobb som er alvorlige nok til at det går ut over trivselen deres. Det er inkongruens mellom andelen sykepleiere som bruker BVC og andelen som har fått opplæring i bruk av instrumentet. 96,1 % av sykepleierne har brukt BVC mens bare 75 % har fått opplæring.

Sykepleiere opplever at BVC fungerer ulikt ved forskjellige problemområder. De synes ikke BVC fungerer like godt ved selvskadingsproblematikk som ved psykoser og affektive lidelser. Et vel så viktig funn er at andelen som rapporterer ikke å vite hvordan BVC fungerer ved ulike problemområder, er høy. Mer enn 1/4 av sykepleierne oppgir ikke å vite hvordan BVC fungerer ved selvskadingsproblematikk.

Sykepleiere med videreutdanning opplever i større grad enn sykepleiere uten videreutdanning at BVC bidrar til å avdekke pasienters sårbarhetsområder. Sykepleiere med videreutdanning rapporterer også i mindre grad enn sykepleiere uten videreutdanning at BVC bidrar til stigmatisering av pasienter med forhøyet voldsrisiko.

Tidligere erfaringer med aggresjon og vold har innvirkning på hvordan sykepleiere opplever bruk og nytte av BVC. Det er signifikante forskjeller på 5 av 15 påstander om bruk og nytte av BVC, mellom de som har vært utsatt for vold fra pasienter og de som ikke har det. Sykepleiere som ikke har vært utsatt for vold opplever i større grad nytte av BVC, sett i forhold til de som ikke har vært utsatt for vold.

Sykepleiere som alltid bruker BVC opplever sjeldnere trusler enn sykepleiere som bruker BVC sjelden eller av og til. Det er signifikante forskjeller på 8 av 15 påstander om bruk og nytte av BVC, mellom de som alltid bruker BVC og de som bruker instrumentet sjelden eller av og til. De som alltid bruker BVC opplever i større grad nytte av BVC sett i forhold til de som bruker BVC sjelden eller av og til.

5.2 Diskusjon omkring sykepleieres erfaringer

5.2.1 Hyppige møter med aggresjon og vold

Hele utvalget har i større grad enn sykepleiere ellers vært utsatt for vold fra pasienter. Studien viser at mer enn 3/4 av sykepleierne har vært utsatt for vold fra pasienter. I tillegg rapporterer 72,3 % at de opplever trusler fra pasienter månedlig eller oftere, mens hele 28,9 % oppgir å oppleve trusler ukentlig. Hele 22,3 % oppgir at de månedlig eller oftere kjenner seg så truet at det går ut over trivselen på jobb. Dersom en sammenlikner tallene med siste gjennomførte levekårsundersøkelse om arbeidsforhold og arbeidsmiljø i 2009, viser denne at 19 % av forespurte sykepleiere hadde vært utsatt for vold siste 12 måneder. Tallene for trusler som var så alvorlige at sykepleierne ble reddet samlet var 14 % (SSB, 2012b).

Det er ikke overraskende at sykepleiere i akuttpsykiatriske avdelinger er hyppigere utsatt for trusler og vold enn andre sykepleiere. Dette er «gammelt nytt» for helsepersonell som arbeider innen psykisk helsearbeid, hvor mer enn 90 % av leger og sykepleiere som arbeider i noen europeiske sykehus rapporterte å ha vært ofre for voldelige pasienter i løpet av sine yrkeskarrierer (Benjaminsen & Kjaerbo, 1997). En kanadisk studie fant at sykepleiere ansatt i psykiatriske avdelinger er spesielt utsatt og har høyest antall skader forårsaket av fysiske overgrep rapportert per 100000 arbeidstimer, sammenliknet med resten av pleiepersonalet i et stort sykehus (Yassi, 1994). Tallene er likevel høyst relevante for medarbeiderundersøkelser og -samtaler, og en kan tenke seg at verneombud må ha sentrale posisjoner i akuttpsykiatriske avdelinger. I tillegg er dette viktig for akuttavdelingenes organisering av undervisning om aggresjon og vold, og prosedyrer og retningslinjer for opplæring av ansatte og trening på håndtering av aggressive og voldelige pasienter. Kanskje

viser tallene at akuttavdelingene bør prioritere i enda større grad, at sykepleiere bør få tilbud om videreutdanning i voldsriskovurdering og voldsriskohåndtering.

Barker beskriver i sin definisjon at sykepleie omfatter et fokus på å fremme vekst og utvikling, og at sykepleien er tilstede kun når vilkårene som er nødvendige for å fremme vekst og utvikling er på plass (Marriner-Tomey & Alligood, 2011). Pasienters i sinne og raseri makter gjerne ikke å kontrollere raseriet og kan da utsette andre for vold (Hummelvoll, 2012). Å stimulere til vekst og utvikling for pasienten, kan i denne situasjonen være å hjelpe pasienten å kontrollere sine handlinger. Sykepleierens verdigrunnlag vil også kunne komme til syne basert på hvordan sykepleieren handler i situasjonen. Sykepleierens menneskesyn og fordommer kan bli tydelige i situasjoner hvor sykepleieren kjenner seg truet og redd. Dersom sykepleieren ser til Barkers grunnleggende forpliktelser, kan hun bruke pasientens unike historie og aktivt bruke de tilgjengelige verktøyene pasienten har (Buchanan-Barker & Barker, 2006). Sykepleieren kan gjennom pasientens historie ha blitt kjent med hva som tidligere har hjulpet han til å kontrollere sin atferd, og kan utnytte denne kjennskapen for å bidra til at pasienten ikke skal velge å utøve vold nå. En kan på samme måte utnytte kjennskap til pasientens sårbarhetsområder (Bjørkly, 1997), og hjelpe pasienten til å unngå situasjoner som øker risikoen for at han skal miste kontrollen over egne handlinger. Ved på denne måte aktivt å bruke pasientens historie og hans verktøy vil sykepleieren kunne bidra til nettopp å fremme vekst og utvikling, slik at pasienten opplever mestring av vanskelige situasjoner.

5.2.2 Opplæring og bruk av BVC

Nesten alle sykepleierne (96,1 %) har brukt BVC, mens bare 75 % rapporterer å ha fått opplæring i hvordan instrumentet skal brukes. Det er vanskelig å si noe om årsak til forskjellene, men det kan se ut som at opplæringen ikke er tilstrekkelig slik den nå praktiseres. Å bruke et instrument uten opplæring vil kunne ha innvirkning på de vurderingene en gjør. Når sykepleiere vet at en stor andel ikke har fått opplæring i hvordan man bruker BVC, vil kanskje dette ha innvirkning på hvordan man tolker troverdigheten og holdbarheten av de vurderingene som er gjort. Når en i tillegg vet at hverdagen tilsier at sannsynligvis ikke bare fast ansatte sykepleiere eller sykepleiere i vikariat bruker

instrumentet, men også både faglærte og ufaglærte vikarer, kan den andelen som ikke har fått opplæring utgjøre en langt større prosentandel sett i forhold til de som bruker instrumentet. Forskningen viser moderat sensitivitet og høy spesifisitet med en tilstrekkelig inter-rater reliabilitet. Kanskje burde det gjøres studier som undersøker inter-rater reliabilitet på BVC mellom personer som har mottatt opplæring i bruk av BVC og personer som ikke har mottatt opplæring? Et nytt tilbud som forenkler opplæringen i bruk av BVC kom vinteren 2012, da et eget e-læringskurs ble publisert, og som er offentlig tilgjengelig (SIFER, 2012). Dette kan bidra til at en større andel får opplæring i bruk av BVC i fremtiden, enn hva denne studien viser. Gjennomføring av en ny oppfølgende tverrsnittsstudie, etter ett år eller to, ville eventuelt kunne kartlegge det.

5.3 Bruk av BVC ved ulike problemområder

BVC er utviklet for å anvendes på alle pasienter. Dette betyr samtidig at instrumentet er utviklet med tanke på bruk ved alle pasienters problemområder i psykiatriske avdelinger. Det er ikke slik at BVC er spesielt laget for en type problemområde. Funnene i spørreundersøkelsen avdekker likevel at sykepleiere opplever at BVC fungerer ulikt ved forskjellige problemområder. Sykepleierne rapporterer at BVC fungerer bedre ved psykoser og affektive lidelser enn ved rus, og spesielt ved selvskadingsproblematikk. De fleste hendelsene med aggresjon og vold i akuttavdelinger er resultat av eskalerende konflikter og skjer ikke som en plutselig hendelse uten foranledning (Whittington & Richter, 2006). Selvskading er mer vanlig hos pasienter med borderline personlighetsforstyrrelser enn hos andre pasienter (Evang, 2003). Impulsive voldshandlinger utført av personer med borderline personlighetsforstyrrelse kan oppstå dersom den andre nekter å la seg kue og blir brukt som redskap for utålelig selvtilstand (Bateman & Fonagy, 2007). Kanskje er sykepleiernes opplevelser preget av erfaringer med impulsstyrte voldshandlinger hos pasienter med selvskadingsproblematikk, mer enn ved andre problemområder. Barker beskriver interessen for opplevelsen av lidelse i sammenhenger og helheter i stedet for i isolerte deler (Barker 2003), mens han omtaler viktigheten av å fremheve pasientenes personlige visdom slik at denne kan komme til nytte i bedringsprosessen (Barker & Buchanan-Barker, 2004; Buchanan-Barker & Barker, 2006). Det er mulig at økt innsikt i lidelsen pasientene med borderline personlighetsforstyrrelse opplever, kan bidra til at sykepleieren i mindre grad

føler seg brukt som redskap for den utålelige selvtilstanden pasienten opplever, og i større grad bidrar til utvikling og vekst. En synergieffekt av dette vil i så fall kunne være at sykepleierne opplever at BVC fungerer bedre ved selvskadingsproblematikk.

Andelen som ikke vet hvordan BVC fungerer er større ved rus og selvskadingsproblematikk, enn ved psykoser og affektive lidelser, og så høy som 25,4 % ved selvskadingsproblematikk. At over 1/4 sier de ikke vet hvordan BVC fungerer ved selvskadingsproblematikk, kan indikere at sykepleiere ikke diskuterer problemstillingen i så stor grad. En kan spørre seg om instrumentet brukes bevisst og strategisk, eller om det brukes uten å reflektere rundt hva en skårer på de ulike pasientene. Kanskje bidrar også uforutsigbarheten og sykepleiernes opplevelse av å bli brukt som redskap for utålelig selvtilstand til at det er vanskeligere å svare på hvordan BVC fungerer ved denne type problemer. Det kan være en sammenheng mellom at så mange ikke vet hvordan BVC fungerer og den rapporterte manglende opplæringen sykepleiere får. Den store andelen som ikke vet hvordan instrumentet fungerer ved ulike problemområder indikerer at kvaliteten på opplæringen ikke er tilfredsstillende. Dette er fundamentale uavklarte spørsmål som denne studien ikke besvarer, og som forskere behøver dybdekunnskap om, dersom det skal kunne kartlegges.

5.4 Diskusjon omkring sykepleieres vurdering av BVC

5.4.1 Har videreutdanningen innvirkning?

Det er ulikheter i hvorvidt sykepleiere opplever å ha fått opplæring i bruk av BVC. Hele 34,2 % av sykepleiere med videreutdanning opplyser at de ikke har fått opplæring i bruk av instrumentet, mens 15,8 % av sykepleierne uten videreutdanning opplyser om det samme ($p=0,064$). Forskjellene er store men ikke signifikante. BVC er et relativt ungt prediksjonsredskap som fortsatt er under innføring i enkelte akuttavdelinger. Sykepleiere med videreutdanning har jobbet lengre i akuttavdelingene enn de som ikke har videreutdanning. Forskjellen kan være basert på det faktum at opplæringen har fokus på nyansatte, mens erfarne sykepleierne ikke har fått tilstrekkelig opplæring. En annen grunn kan være at sykepleierne med videreutdanning gjennom sitt økte kompetansegrunnlag har

utviklet bedre kritisk blikk på hva opplæringen bør inneholde og derfor stiller høyere krav til innholdet i opplæringen.

Sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid opplever i større grad enn sykepleiere uten videreutdanning at BVC bidrar til å avdekke pasienters sårbarhetsområder ($p=0,014$). Pasienters sårbarhetsområder kan ses på som risikoindikatorer eller individuelle risikosituasjoner (Bjørkly, 1997) hvor risikoen for aggresjon og vold er forhøyet. Kjennskap til pasienters risikosituasjoner kan brukes aktivt miljøterapeutisk ved at en hjelper pasienten til å få innsikt i egen sårbarhet, noe som reduserer risikoen for at en pasient skal utøve aggresjon eller vold (Whittington & Richter, 2006) og kan øke hans opplevelse av mestring. Sentrale behandlingsmål vil være personlig vekst, ansvarliggjøring, samhandling og atferdskontroll (Bjørkly, 1997).

Sykepleiere uten videreutdanning opplever i større grad enn de med videreutdanning at BVC bidrar til stigmatisering av pasienter med forhøyet voldsrisiko ($p=0,050$). 37,8 % av de uten videreutdanning mener at BVC ofte bidrar til økt stigmatisering, mens 17,1 % av de med videreutdanning mener det samme. Dette kan ha sammenheng med at videreutdanningen bidrar til å styrke sykepleiernes kliniske blikk, og at en dermed blir mer bevisst hva en observerer hos pasientene mens de er innlagt i akuttavdelingene. På denne måten vil BVC i større grad kunne falle naturlig inn som et relevant og nyttig verktøy og dermed ikke bidra til stigmatisering, slik en større andel sykepleiere uten videreutdanning opplever at BVC gjør. Kanskje bidrar også videreutdanningen til økt fokus på sykepleierens egen relasjonskompetanse, slik at hun blir enda mer bevisst samspillet og samarbeidet mellom sykepleier og pasient. Ved å styrke samarbeidet slik Barker beskriver, vil sykepleieren bli bedre i stand til sammen med pasienten å forme det neste skritt og møte pasienten der han eller hun er i øyeblikket. Årsaken til at de uten videreutdanning i større grad mener at BVC bidrar til stigmatisering kan også være at de enda ikke er blitt tilslørt av videreutdanningens fokus på ulike psykiatriske modeller og teorier, og fortsatt innehar den alminnelige kritiske anskuelsen. Funnet kan således være et resultat av at videreutdanningen bidrar til at sykepleiere får redusert sitt kritiske syn på nye vitenskapeliggjorte modeller og instrumenter til bruk i arbeidet.

Sykepleiere uten videreutdanning oppgir å bruke noe kortere tid på å fylle ut BVC for hver enkelt pasient enn sykepleierne med videreutdanningen, men forskjellene er ikke signifikante ($p=0,074$). Hele 69,2 % av sykepleierne uten videreutdanning oppgir å alltid bruke BVC mens 50,0 % av sykepleierne med videreutdanning oppgir det samme ($p=0,057$).

5.4.2 Har tidligere erfaringer med vold innvirkning?

Sykepleiere reagerer ulikt på å bli utsatt for vold fra pasienter. En studie i Sverige gjennomført i to psykiatriske avdelinger over en periode på 18 måneder fant en signifikant forskjell i de følelsesmessige reaksjonene hos kvinner og menn som ble utsatt, hvor menn oftere ble skremt mens kvinner hadde en tendens til å bli overrasket. Felles var at de ansatte følte seg både fornærmet og sinte (Omerov, Edman, & Wistedt, 2002). En langt større andel av de som har blitt utsatt for vold (36,2 %) beskriver å oppleve trusler fra pasienter ukjentlig eller oftere, enn andelen av de som ikke har opplevd vold fra pasienter (5,6 %). Forskjellene er store men ikke signifikante ($p=0,061$). En signifikant større andel ($p=0,040$) av de som har vært utsatt for vold (28,1 %) kjenner seg så truet på jobb månedlig eller oftere at det går ut over trivselen, enn de som ikke har vært utsatt (5,3 %). Forskjellene kan tyde på at de som har vært utsatt for vold enten ikke har blitt tilbudt - eller takket ja til tilstrekkelig oppfølging i etterkant av episodene, og at disse i stor grad fortsatt preger sykepleierne. Kanskje er de i behov av ytterligere oppfølging med tanke på hvordan de opplever trivselen på jobb. Dersom sykepleierne fortsatt er preget av tidligere voldshendelser kan relasjonene de inngår med pasientene i større grad bli preget av at sykepleierne lettere går i forsvar dersom pasientene skårer høyere på BVC og viser tegn til at de holder på å miste egenkontroll. Samtidig kan en tenke seg at tallene er et utslag av et realistisk syn på risikoen det kan utgjøre å arbeide i en akuttpsykiatrisk avdeling, mens de som ikke har blitt utsatt for vold kan være naive med tanke på de ansattes sikkerhet.

Det er signifikante sammenhenger mellom å ha vært utsatt for vold fra pasienter og fem av 15 påstander knyttet til bruk og nytteverdi av BVC i spørreskjemaet. Ved alle de fem påstandene svarer de som ikke har vært utsatt for vold fra pasienter at de har større nytte av BVC enn hva de som har vært utsatt for vold svarer. Dette indikerer at det er klar sammenheng mellom sykepleiernes erfaringer i møter med aggresjon og vold fra pasienter

og deres opplevde nytteverdi av BVC. I det følgende går jeg gjennom forskjellene ved de relevante påstandene. Hele utvalget opplever at BVC ofte eller alltid bidrar til økt innsikt i pasientenes voldsrisiko, men de som ikke selv har vært utsatt for vold opplever dette i enda større grad enn de som har vært utsatt ($p=0,008$). BVC skal som kjent predikere kommende aggresjon og vold de neste 24 timer. En kan tenke seg at en sykepleier som har blitt utsatt for vold automatisk får redusert tilliten til et instrument som skal predikere dette, særlig dersom sykepleieren også benyttet instrumentet da voldshendelsen fant sted. Det faktum at langt flere av de som ikke har vært utsatt for vold (88,9 %) opplever at BVC ofte eller alltid bidrar til at en kan forutse voldsepisoder, sett i forhold til de som ikke har vært utsatt for vold (61,8 %), styrker denne teorien ($p=0,041$). Det kan være at de som selv har blitt utsatt for vold er mer bevisst når de arbeider med pasienter med forhøyet voldsrisiko, og derfor fokuserer mer på å avdekke pasienters individuelle sårbarhetssituasjoner og forvarsler og ikke kun de generelle forvarslene slik BVC fanger opp.

Av de som har vært utsatt for vold opplever kun 40,0 % at BVC ofte eller alltid bidrar til å fange opp sårbarhetsområder, mens hele 77,8 % av de som ikke har blitt utsatt for vold opplever det samme ($p=0,007$). Sykepleiere som ikke har vært utsatt for vold fra pasienter opplever større tiltro til BVC. Hele 93,1 % av de som ikke har vært utsatt for vold mener at BVC bidrar til tidligere intervensjoner mens de som har blitt utsatt for vold er mer delt og bare 59,2 % mener det samme ($p=0,007$). 88,9 % av de som ikke har vært utsatt for vold synes at BVC 0 ofte eller alltid tilsier svært lav risiko for vold, mens 60,4 % av de som har vært utsatt for vold synes det samme ($p=0,039$). Dette kan ha sammenheng med tidligere erfaringer med BVC. Dersom en tidligere har opplevd å bli utsatt for vold, uten at dette i forkant ble predikert av BVC vil det være naturlig at en ikke i så stor grad stoler på instrumentet i fremtiden.

Dersom en setter resultatene i sammenheng med Barkers (2003) tidevannsmodeLL kan en tenke seg at sykepleiere bruker pasientenes personlige historier med eksempler på hva som tidligere har fungert bra. Sykepleierne kan da ha kartlagt pasientens tilgjengelige verktøy og aktivt brukt disse. BVC kan da ses på som et profesjonelt verktøy som benyttes når pasientens egne verktøy ikke passer. Handlingsrommet til de sykepleierne som opplever

mindre nytteverdi av BVC vil da bli mindre ved at de ikke opplever dette instrumentet som like godt. Etter en episode med aggresjon eller vold er det viktig at sykepleierne bruker tid på å analysere episoden. På den måten kan personalet høste erfaringer fra det som skjedde, for om mulig å håndtere situasjonen bedre ved en senere anledning (Hummelvoll, 2012). En kan kanskje også involvere pasienten i dette, men det vil kreve at sykepleieren evner å møte pasienten uten egne fordommer eller forutinntatthet. Å diskutere voldsrisiko med pasienter krever at en åpner opp for andre måter å tolke situasjonene og hendelsesforløpet som foranlediget hendelsen. Dersom en selv har blitt utsatt for vold fra pasienter og derigjennom har blitt både fornærmet og sint, kan det være vanskeligere å være åpen for andre tolkninger. En større andel (58,8 %) av de som ikke har vært utsatt for vold opplever at BVC gjør det enklere å diskutere voldsrisiko med pasientene, enn andelen av de som har vært utsatt for vold synes (34,5 %). Forskjellene er betydelige men ikke signifikante ($p=0,074$). Dette sier likevel ikke noe om hvor vanskelig det er å diskutere risikoen med pasientene.

Oppsummert ser vi at alle områdene hvor det er signifikante forskjeller mellom de som har blitt utsatt for vold og ikke, viser at de som ikke har blitt utsatt for vold har større tiltro til og nytteverdi av BVC. Det kan tyde på at tidligere personlige erfaringer med å bli utsatt for aggresjon og vold fra pasienter bidrar til noe redusert nytteverdi og tillit til BVC. Det er ikke overraskende at sykepleiernes erfaringer med aggresjon og vold har innvirkning, på samme måte som pasienters erfaringer virker inn på deres personlige kunnskap. Det kan være problematisk å bli utsatt for aggresjon, og det er nødvendig at sykepleiere blir oppmerksom på hvordan de selv som oftest reagerer på angst, truende situasjoner og på sinne (Hummelvoll, 2012). Resultatene i studien viser likevel at de som har vært utsatt for vold fra pasienter, også i stor grad har nytte av og tillit til instrumentet.

5.4.3 Har rutinemessig bruk innvirkning?

Sykepleiere som alltid bruker BVC rapporterer jevnt over at instrumentet fungerer bedre ved de undersøkte problemområdene, enn hva de som sjelden eller aldri bruker instrumentet synes. Det er signifikant sammenheng mellom rutinemessig bruk av BVC og opplevelse av hvordan det fungerer ved psykoser og affektive lidelser. De som alltid bruker instrumentet opplever at det fungerer signifikant bedre enn hva de som sjelden eller av og til bruker BVC

opplever. Ved selvskadingsproblematikk og rus er forskjellene ikke signifikante. Kanskje er forskjellene mellom de som alltid bruker BVC og sjelden eller av og til bruker instrumentet innlysende, og at årsaken til at en del sykepleiere bare av og til eller sjelden bruker instrumentet nettopp ligger i deres reduserte tillit til- og opplevde nytte av BVC. Sykepleiere som alltid bruker BVC synes altså BVC fungerer bedre enn de som sjelden eller av og til bruker instrumentet, men på samme tid er det en større andel av de som alltid bruker BVC som ikke vet hvordan det fungerer ved selvskadingsproblematikk og ved rus. En mulig årsak kan være at de som alltid bruker BVC i mindre grad reflekterer rundt bruken av instrumentet, eller kanskje årsaken ligger i at de som alltid bruker BVC ser at det er vanskelig å evaluere hvordan det fungerer ved disse problemområdene. Ved psykoser og affektive lidelser er det annerledes, og de som alltid bruker BVC rapporterer i mindre grad at de ikke vet hvordan det fungerer.

Sykepleiere som alltid bruker BVC opplever signifikant sjeldnere å få trusler fra pasienter enn sykepleiere som sjelden eller av og til bruker BVC. 22,2 % av de som alltid bruker BVC beskriver å oppleve trusler ukentlig, mens 38,7 % av de som sjelden eller av og til bruker BVC beskriver det samme ($p=0,008$). Dette kan ses på som en klar indikasjon på at instrumentet har verdi for sykepleiere ved at det reduserer risikoen for å bli utsatt for trusler.

Langt flere (81,8 %) av de som alltid bruker BVC mener instrumentet ofte eller alltid bidrar til tidligere intervensjoner, mens bare 44,4 % av de som sjelden eller av og til bruker BVC synes det samme ($p=0,001$). Dette kan tyde på at de som alltid bruker BVC er flinkere til å iverksette intervensjoner på bakgrunn av skåringene, eller kanskje legger de som sjelden eller av og til bruker BVC mer vekt på andre observasjoner når de iverksetter intervensjoner for å hjelpe pasienter med å beholde kontrollen og dermed oppleve mestring.

Ved 8 av spørreskjemaets 15 påstander om bruk og nytte av BVC var det signifikante forskjeller mellom de som alltid bruker BVC og de som sjelden eller av og til bruker instrumentet. En signifikant større andel ($p=0,009$) av de som alltid bruker BVC (86,9 %) synes instrumentet bidrar til økt innsikt i pasientenes voldsrisiko enn andelen av de som

sjelden eller av og til bruker BVC (60,7 %). Dette reflekterer kanskje bakgrunnen for hvorfor den ene gruppen alltid bruker BVC, mens den andre gruppen sjelden eller av og til bruker instrumentet. Dersom en opplever at instrumentet bidrar til økt innsikt i pasientenes voldsrisiko, stigmatiserer kanskje dette til å bruke instrumentet oftere, på samme måte som det ikke vil stigmatisere til videre bruk dersom en opplever at det ikke bidrar til økt innsikt i pasientenes risiko.

De som alltid bruker BVC opplever i større grad at instrumentet gir et riktig bilde av pasientene. Om lag 3/4 av de som alltid bruker BVC synes BVC ofte eller alltid gir et riktig bilde av pasientene, mens bare 40,0 % av de som sjelden eller av og til bruker BVC synes det samme ($p=0,005$). Dette henger kanskje sammen med at 38,1 % av de som alltid bruker BVC synes instrumentet ofte eller alltid gir et dårlig bilde av hvor mye støttende tiltak enkeltpasienter behøver, mens hele 73,0 % av de som sjelden eller av og til bruker BVC synes det samme ($p=0,005$). Dersom en opplever at BVC gir et riktig bilde av pasientene er det naturlig at en også tenker at BVC også gir riktig bilde av hvor mye støttende tiltak pasienten behøver. De som alltid bruker BVC er som beskrevet mer positive til instrumentet og opplever i større grad at BVC gir både riktig bilde av pasientene og indikerer hvilke støttende tiltak pasientene trenger. BVC er ikke laget for å beskrive hvilke støttende tiltak pasientene behøver, og en kan spørre seg om det er en risiko for at BVC kan ses på som et verktøy som ivaretar større områder enn det er utviklet for å gjøre. Dersom det er tilfelle er det en risiko for at et slikt syn skal bidra til at selv-domenet i Barkers tidevannsmoell får stor plass i forhold til de to øvrige domenene, at vokterrollen får stor plass og at den monitorerende vurderingen blir dominant. I så fall reduseres gjensidigheten i sykepleier-pasient relasjonen, og samlet vil dette kunne bidra til å forlenge sykehusoppholdet og forlenge recovery-prosessen.

Hele 88,8 % av de som alltid bruker BVC mener instrumentet ofte eller alltid brukes aktivt i vurderingen av sikkerhetsnivået rundt pasientene, mens 74,1 % av de som sjelden eller av og til bruker BVC synes det samme ($p=0,102$). Mer enn 3/4 av de som alltid bruker BVC synes en skåre på BVC = 0 ofte eller alltid tilsier svært lav risiko for vold, mens litt over halvparten av de som sjelden eller av og til bruker BVC synes det samme ($p=0,038$). BVC er

laget for å predikere kommende aggresjon og vold slik at en kan iverksette tiltak ved forhøyet skåre. Resultatene viser at en stor andel bruker BVC til vurdering av sikkerhetsnivået, og at en større andel av de som alltid bruker BVC opplever at det bidrar til å utelukke kommende vold. Tidligere forskning viser at BVC fungerer best til å utelukke kommende vold, med målt spesifisitet på om lag 92-97 % (Abderhalden et al., 2006; Abderhalden, et al., 2004; Almvik, et al., 2000; Woods, et al., 2008), slik de som alltid bruker BVC også opplever. En forutsetning er likevel at det iverksettes intervensjoner ved skåre for tilstedeværelse på flere av punktene i BVC. Tredjegerasjons voldsrisikovurdering innebærer at avdekket voldsrisiko må følges opp av voldsrisikohåndtering for at det skal gi mening. Av dette følger at dersom en bruker BVC til å avdekke risiko og predikere kommende aggresjon og vold, må en også iverksette tiltak for å håndtere risikoen. Mer enn 3/4 (78,3 %) av de som alltid bruker BVC synes instrumentet ofte eller alltid gjør at de kan forutse voldsepisoder, mens litt over halvparten (51,9 %) av de som sjelden eller av og til bruker BVC synes det samme ($p=0,019$). Dette bekrefter på samme måte som for flere av de øvrige påstandene at de som alltid bruker BVC opplever bedre hjelp av instrumentet enn de som sjelden eller av og til bruker det. I underkant av halvparten (43,9 %) av de som alltid bruker BVC synes instrumentet ofte eller alltid bidrar til bedre tverrfaglig samarbeid, mens en mindre andel (25,9 %) av de som sjelden eller av og til bruker BVC synes det samme ($p=0,113$). Tverrfaglig samarbeid fremheves i andre-domenet til Barker. Dersom BVC bidrar til bedre tverrfaglig samarbeid vil relasjonene pasienten har til andre mennesker kunne styrkes. En mulig måte BVC kan bidra til bedre tverrfaglig samarbeid på, er ved å bidra til et felles språk på tvers av profesjonene.

En langt større andel av de som alltid bruker BVC opplever at bruken av det gjør dem tryggere på jobb. En så stor andel som 60,3 % av de som alltid bruker BVC synes instrumentet ofte eller alltid gjør dem tryggere på jobb, mens bare 17,9 % av de som sjelden eller av og til bruker BVC synes det samme ($p<0,001$). Forskjellene er også store når det gjelder synspunktet på om BVC bidrar til færre voldshendelser eller ikke. Dette er som tidligere nevnt godt dokumentert gjennom tidligere forskning. Så mye som 62,5 % av de som alltid bruker BVC mener at instrumentet ofte eller av og til fører til færre voldshendelser, mens bare 29,6 % av de som sjelden eller av og til bruker BVC synes det samme ($p=0,008$).

Oppsummert opplever de som alltid bruker BVC større nytteverdi av instrumentet enn de som ikke bruker instrumentet på alle pasientene. Samtidig rapporterer sykepleiere som alltid bruker BVC at de signifikant sjeldnere mottar trusler fra pasienter, enn sykepleiere som sjelden eller av og til bruker BVC. Såfremt sykepleierne definerer vold og trusler likt viser dette at BVC har effekt og bidrar til færre episoder med aggresjon og vold. Et interessant aspekt er likevel spørsmålet om hvorfor de som bruker BVC av og til eller sjelden ikke opplever den samme nytteverdien av instrumentet. Relevante spørsmål å stille seg i så henseende vil være hva som ligger til grunn for bruk av BVC de gangene de benytter instrumentet. Dersom BVC blir tatt i bruk som en intervensjon etter en hendelse med aggresjon og vold, vil kanskje sykepleierne være fornærmet og preget av eget sinne som følge av voldshendelsen, slik at de ikke opplever verdi med å bruke instrumentet. Den økte forekomsten av trusler denne gruppen opplever i forhold til de som alltid bruker BVC kan tyde på at dette noen ganger er tilfelle. Dersom voldsrisikovurderinger eller andre vurderinger ligger til grunn for hvorvidt man bruker BVC eller ikke på enkeltpasienter, kan dette tyde på at vurderingene ikke er gode nok.

5.5 BVC i forhold til dagens perspektiver på psykiatrisk sykepleie

Datamaterialet som ligger til grunn for utviklingen av BVC er omfattende. Sykepleiejournalene for alle innlagte pasienter i en sikkerhetspsykiatrisk avdeling for er tidsperiode på fem år dannet dette grunnlaget. Det kan tolkes som at tradisjonell evidensbasert medisin på denne måten ligger til grunn for utarbeidelsen av instrumentet. Dersom en utelukkende ser på skåringene som gjøres med BVC, automatiserer og standardiserer hvilke tiltak som iverksettes ved skåre på to eller høyere, kan dette bidra til evalueringer av sykepleieres standardiserte iverksatte intervensjoner eller handlinger. En slik evaluering av klinisk praksis vil i så fall støtte gruppen som representerer synet om å evidensbasere sykepleiens praksis slik beskrevet i kapittel 2.1.3 Perspektiver på psykiatrisk sykepleie i dag. Barker og andre tilhengere fra den personsentrerte fløyen kritiserer standardiseringen av sykepleieintervensjonene, siden intervensjonene er karakterisert av at

de skal hjelpe unike individer (Buus, 2009). Denne gruppen fjerner seg fra den personsentrerte tilnærmingen som har vært rådende innen psykiatrisk sykepleie.

En kan også se på BVC som et instrument til bruk sammen med profesjonelle verktøy, slik Barker beskriver i sine ti grunnleggende forpliktelser i tidevannsmodellen (Buchanan-Barker & Barker, 2006). BVC vil i da kunne være et instrument som forteller sykepleieren i hvilken grad pasientens egne primære verktøy passer eller ikke, eller om de profesjonelle verktøyene som vanligvis hjelper må benyttes som alternativ. De profesjonelle verktøyene, prinsippene for hvordan best møte aggressiv atferd, er beskrevet av flere ulike forfattere. Selv-domenet i tidevannsmodellen er sentralt i akuttpsykiatriske avdelinger (Barker 2003). Utarbeidelsen av den personlige sikkerhetsplanen ivaretar den monitorerende vurderingen av både suicidrisiko og voldsrisiko. BVC vil stå sentralt i dette domenet i modellen. I andre-domenet som fokuserer på å reintegrere personen i lokalmiljøet skal forandringer overvåkes og pasienten inviteres til koordinerende møter med ulike samarbeidspartnere. Også her passer BVC til ivaretagelse av monitoreringen. BVC er jo i utgangspunktet laget for å registrere endringer i atferd fra pasientenes vanlige atferd. All endring i atferd kan ses på som et mulig forvarsel, ikke nødvendigvis et tegn på forestående aggresjon og vold men likevel som grunnlag for utforskende samtaler med pasientene med tanke på å få økt innsikt i pasientens personlige historie. Tidligere har to evalueringsundersøkelser etter innføring av tidevannsmodellen begge funnet at innføring av modellen bidro til reduksjon i antall voldshendelser og bruk av tvangsmidler (Marriner-Tomey & Allgood, 2011). Dette kan være eksempler på at tidevannsmodellen vil ha innvirkning på BVC. Dersom både BVC og tidevannsmodellen bidrar til reduksjon i antall voldshendelser og bruk av tvang, kan en tenke seg at begge deler vil bidra til at sykepleiere sjeldnere føler seg så truet at det går ut over trivselen og arbeidsmiljøet på jobb. En samtidig innføring av BVC og tidevannsmodellen i avdelinger som ikke bruker disse, vil likevel skape vansker med å måle effekten av innføringene, da de ser ut til å ha noen like effekter i avdelinger.

Som den korte beskrivelsen over viser, kan det argumenteres for at BVC støtter opp under begge sider i debatten som pågår i England, men også i noe mindre skala i Norge, om perspektivene på psykiatrisk sykepleie.

6. Studiens styrker og svakheter

Denne studien er gjennomført i tre store etablerte akuttavdelinger i samme region av landet. Utvalgene fra de ulike avdelingene er tilstrekkelig like til at de kan behandles som ett utvalg. Utvalgets størrelse gjør likevel at det kan gjennomføres noe begrensede analyser på de innsamlede dataene. Den manglende innsikt i frafallet er en av studiens svakheter. Den manglende innsikten gjør at det er vanskelig å vurdere studiens validitet for sykepleiere i akuttpsykiatriske avdelinger. Konklusjonene kan være valide for en mindre populasjon av sykepleiere. Av samme årsak er det vanskelig å vurdere den eksterne validiteten på studien. Bruk av ekspertpanel, og kontakt med ekstern ekspert under utarbeidelse av spørreskjemaet, bidrar til å øke spørreskjemaets validitet. Ellers er studiens validitet og reliabilitet omtalt i egne kapitler. De innsamlede dataene er ikke behandlet samlet, noe masteroppgaven kan kritiseres for. Dataopplysningene fra de åpne spørsmålene er behandlet for seg i en annen masteroppgave, mens de kvantitative dataopplysningene ligger til grunn for analysene i denne masteroppgaven. Bakgrunnen for denne kunstige oppdelingen av dataopplysningene er Høgskolen i Hedmarks studieplan for mastergradsstudiet i psykisk helsearbeid med krav til individuelle separate oppgaver. En kan også kritisere inkluderingskriteriet med valget om kun å inkludere sykepleiere i studien for ikke å gjenspeile virkeligheten, som tilsier at også andre miljøpersonell benytter BVC i sin hverdag. Bakgrunnen for dette valget er kommentert i kapittel 3.2.1 Bakgrunn for utvelgelse av informanter. Å gjennomføre forskning i egen avdeling er en annen svakhet. Utfordringene dette medfører er allerede omtalt i eget kapittel tidligere. Valg av kvantitativ metode, og datainnsamling med selutfyllende spørreskjema, gjør det vanskelig å innhente tilleggsinformasjon der studien beskriver interessante funn som krever ytterligere informasjon dersom en skal kunne gjøre dybdeanalyser.

Studien er oversiktlig og gir et realistisk bilde av hvordan sykepleiere vurderer bruken av BVC i akuttpsykiatriske avdelinger. I kvantitative studier har informantene mindre muligheter til å påvirke dataene som samles inn. Dette gjelder også denne oppgaven. Dette faktum, sammen med at dataopplysningene er behandlet med anerkjente analyseverktøy er en styrke for masteroppgaven. Denne masteroppgaven bidrar til å sette lys på sykepleieres erfaringer med aggresjon og vold og beskriver hvordan sykepleiere vurderer BVC. Både problemstillingene som reises i studien, og funnene studier avdekker, er relevante for klinisk

praksis, og bidrar til ny kunnskap om sykepleieres opplevde nytteverdi med bruk av BVC. Dette er ny forskning på et tidligere ikke undersøkt område, og kan ses på som en form for pilotprosjekt. Studiens nybrottsarbeid kan bidra til ytterligere validering av BVC ved at den kommer med sentrale nyttige innspill knyttet til bruk av BVC i akuttavdelinger. Studien gir informasjon om hvordan BVC brukes i akuttavdelinger og hvordan sykepleieres kompetansegrunnlag, erfaringer med vold og bruk av BVC gir innvirkning på hvordan sykepleiere vurderer BVC. Studien setter lys på et dagsaktuelt tema sett i samfunnsmessig perspektiv. Kartleggingsstudien beskriver hvordan sykepleierne vurderer bruken av instrumentet, og har avdekket flere områder som kan undersøkes nærmere dersom en ønsker å forstå fenomenene bedre. At BVC ikke bidrar til hverken økt empati for pasientene, eller bidrar til økt trygghet for sykepleierne kan med fordel undersøkes nærmere. Kunnskap om sykepleiernes hyppige møter med aggresjon og vold, og hvilken innvirkning den personlige erfaringen har for sykepleierne på kort og lang sikt, er også viktig for sykepleierne selv, avdelingsledelse og den helsepolitiske ledelse, som gjennom lovverk og økonomiske tildelinger skaper rammene for norske psykisk helsevern. Funnene i studien er relevante for videre forskning, både på prediksjon av vold og bruk av BVC i akuttpsykiatriske avdelinger, samt BVC i forhold til andre ulike instrumenter til bruk ved voldsrisikovurderinger innen psykisk helsevern.

7. Konklusjon

Jeg ønsket i denne masteroppgaven å undersøke hvilke erfaringer sykepleiere i akuttpsykiatriske avdelinger har med bruk av BVC. I den forbindelse var det spesielt tre ulike områder jeg ønsket å undersøke. For det første ønsket jeg å se nærmere på sykepleieres kompetanse i forhold til nytteverdien de opplever. En naturlig måte å gjøre det på var å sammenlikne sykepleiere som har gjennomført videreutdanning i psykisk helsearbeid med sykepleiere som ikke har denne videreutdanningen, og se om det er forskjell mellom de to gruppene. For det andre ønsket jeg å finne ut om sykepleieres erfaringer med aggresjon og vold kan ha sammenheng med hvordan de opplever nytteverdien av instrumentet. Dette kunne utføres ved å sammenlikne sykepleiere som har vært utsatt for vold fra pasienter med sykepleiere som ikke har vært utsatt for vold og se om det er forskjell mellom gruppene. Til sist ønsket jeg også å undersøke om hvordan instrumentet brukes har innvirkning på nytteverdien sykepleiere opplever. Jeg ønsket å undersøke om det er forskjell mellom de som alltid bruker BVC og de som bruker BVC av og til, enten etter vurderinger eller som av andre årsaker kun bruker BVC på utvalgte pasienter. Jeg ønsket å finne svar som kunne ha overføringsverdi til andre avdelinger enn der undersøkelsen ble gjennomført, og valgte på denne bakgrunn å gjennomføre en kartleggingsstudie med et deskriptivt design. På denne bakgrunn valgte jeg å benytte kvantitativ metode til masteroppgaven. I det følgende går jeg gjennom hvert enkelt forskningsspørsmål.

- I. Er nytteverdien med bruk av BVC forskjellig for de sykepleierne som har videreutdanning i psykisk helsearbeid, sett i forhold til de som ikke har videreutdanning?

Studien viser at det er forskjell på hvordan sykepleiere med og uten videreutdanning i psykisk helsearbeid opplever nytteverdien av BVC. Sykepleiere med videreutdanning opplever i større grad enn de uten videreutdanning at BVC bidrar til å identifisere pasienters sårbarhetsområder. En større andel av sykepleiere uten videreutdanning, enn sykepleiere med videreutdanning opplever at BVC bidrar til stigmatisering av pasienter med forhøyet voldsrisiko.

-
- II. Har sykepleiernes erfaringer i møte med aggresjon og vold fra psykiatriske pasienter innvirkning på deres opplevde nytteverdi av BVC?

Nytteverdien med bruk av BVC er forskjellig mellom de som har vært utsatt for vold fra pasienter og de som ikke har det. En større andel av de som har vært utsatt for vold fra pasienter beskriver å oppleve trusler fra pasienter enn de som ikke har blitt utsatt for vold. De som tidligere har blitt utsatt for vold kjenner seg også oftere så truet at det går ut over trivselen. BVC bidrar ikke til hverken økt empati for pasientene, eller økt trygghet for sykepleiere. Det virker med andre ord ikke inn på erfaringene sykepleiere har med aggresjon og vold. Svarforskjellene mellom de som har blitt utsatt for vold og ikke, viser at de som ikke har blitt utsatt for vold har større tiltro til og nytteverdi av BVC. Dette kan tyde på at tidligere erfaringer med aggresjon og vold fra pasienter bidrar til noe redusert nytteverdi og tillit til BVC. Samtidig tilsier tallene for de som har vært utsatt for vold fra pasienter, at også de i stor grad har nytte av og tillit til instrumentet.

- III. Er det sammenheng mellom sykepleiernes opplevde nytteverdi av BVC og hvordan sykepleierne bruker BVC?

Sykepleiere som alltid bruker BVC opplever sjeldnere å få trusler fra pasienter, enn sykepleiere som sjelden eller av og til bruker BVC. Oppsummert opplever de som alltid bruker BVC større nytteverdi av instrumentet enn de som ikke bruker instrumentet på alle pasientene. Dette understøtter tidligere forskning som har vist at BVC bidrar til færre trusler og voldshendelser og skader på ansatte. Studien avdekket også at sykepleiere opplever at BVC fungerer forskjellig ved ulike problemområder. Sykepleiere opplever at BVC fungerer bra eller ganske bra ved psykoser og affektive lidelser, ikke fullt så bra ved rus og dårligere ved selvskadingsproblematikk.

Implikasjoner for praksis

Studien har avdekket at sykepleieres erfaringer har innvirkning på deres opplevde nytteverdi med bruk av BVC. Studien bekrefter at sykepleiere i akuttpsykiatriske avdelinger er betydelig mer utsatt for trusler og vold enn øvrige sykepleiere. Dette sammen med den

avdekkede inkongruensen mellom andelen som har fått opplæring i bruk av BVC og andelen som har brukt instrumentet, viser at akuttavdelinger må se på hvordan de organiserer kompetanseutviklingen i avdelingene. Det kan tyde på at både undervisning om aggresjon og vold, prosedyrer og retningslinjer for opplæring av ansatte, og trening på håndtering av aggressive og voldelige pasienter må styrkes ytterligere. Dette er også kunnskap som er viktig og relevant for vernetjenesten, og for ivaretagelse av sykepleierne gjennom medarbeidersamtaler og medarbeiderundersøkelser.

Studien har også vist at det er forskjeller mellom kvinnelige og mannlige sykepleiere, både i forhold til hvilke personlige erfaringer de har med å bli utsatt for aggresjon og vold, og hvordan de vurderer BVC. Det kan dermed se ut til at kjønnsperspektivet er relevant og interessant for videre undersøkelser.

Videre forskning

Det er avdekket flere interessante fenomener og problemstillinger som er interessante å undersøke grundigere. Sykepleieres vurdering av BVC ved ulike problemområder bør undersøkes nærmere. Det samme bør den store andelen som angir å ikke vite hvordan BVC fungerer. BVCs innvirkning både på empati for pasientene og sykepleieres trygghet på jobb bør undersøkes grundigere. En mulig måte å undersøke funnene videre på kan være ved å gjennomføre en kvalitativ studie hvor en bruker flerstegs fokusgruppe intervju til å drøfte de avdekte fenomener og problemstillinger.

Ellers har jeg allerede nevnt ny kartlegging av opplæring etter nytt e-læringsprogram for BVC, eventuelle videre undersøkelser av inter-rater reliabilitet for sykepleiere som har fått opplæring i bruk av BVC og ikke. I tillegg gir det helhetlige datamaterialet rom for flere re-analyser. En kan benytte ulike modeller for mixed methods til mer helhetlige analyser av de allerede innsamlede dataopplysningene.

Det kunne også vært interessant å ta forskning på BVC ett steg videre, og undersøke pasientenes opplevelse med bruk av BVC. Kanskje ville faktorer som økt innsikt i egen aggresjonsdynamikk, egne sårbarhetsområder og økt mestring av egen aggresjon være aktuelle temaer for undersøkelsene.

Litteraturliste

- Aanderaa, I. (2009). Noen utviklingslinjer i norsk psykiatrisk sykepleie 1950-1998. In G. B. Vråle, B. Karlsson & J. K. Hummelvoll (Eds.), *Psykiatrisk sykepleie i tverrfaglighetens tid: Selvføståelse, praksis og forskning* (pp. 19-40). Elverum: Høgskolen i Hedmark.
- Abderhalden, C. (2008). *The systematic assessment of the short-term risk for patient violence on acute psychiatric wards*. Universitaire Pers Maastricht. Retrieved from <http://arno.unimaas.nl/show.cgi?did=12919>
- Abderhalden, C., Needham, I., Dassen, T., Halfens, R., Fischer, J. E., & Haug, H. J. (2007). Frequency and severity of aggressive incidents in acute psychiatric wards in Switzerland. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 3, 30. doi: 10.1186/1745-0179-3-30
- Abderhalden, C., Needham, I., Dassen, T., Halfens, R., Haug, H. J., & Fischer, J. (2006). Predicting inpatient violence using an extended version of the Broset-Violence-Checklist: instrument development and clinical application. *BMC Psychiatry*, 6, 17. doi: 10.1186/1471-244x-6-17
- Abderhalden, C., Needham, I., Dassen, T., Halfens, R., Haug, H. J., & Fischer, J. E. (2008). Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 193(1), 44-50. doi: 10.1192/bjp.bp.107.045534
- Abderhalden, C., Needham, I., Miserez, B., Almvik, R., Dassen, T., Haug, H. J., & Fischer, J. E. (2004). Predicting inpatient violence in acute psychiatric wards using the Broset-Violence-Checklist: a multicentre prospective cohort study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(4), 422-427. doi: 10.1111/j.1365-2850.2004.00733.x
- Almvik, R. (2008). *Assessing the risk of violence: development and validation of the Brøset Violence Checklist*. 2008:34, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim.
- Almvik, R., Rasmussen, K., & Woods, P. (2006). Challenging behaviour in the elderly-monitoring violent incidents. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(4), 368-374. doi: 10.1002/gps.1474
- Almvik, R., & Woods, P. (1999). Predicting inpatient violence using the Broset Violence Checklist (BVC). *Int J Psychiatr Nurs Res*, 4(3), 498-505.

-
- Almvik, R., & Woods, P. (2003). Short-term risk prediction: the Broset Violence Checklist. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *10*(2), 236-238.
- Almvik, R., Woods, P., & Rasmussen, K. (2000). The Brøset Violence Checklist. *Journal of Interpersonal Violence*, *15*(12), 1284-1296. doi: 10.1177/088626000015012003
- Almvik, R., Woods, P., & Rasmussen, K. (2007). Assessing risk for imminent violence in the elderly: the Broset Violence Checklist. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *22*(9), 862-867. doi: 10.1002/gps.1753
- Arntsen, O. (2007). *Ny uførestønning og ny alderspensjon til uføre: utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 5. august 2005 : avgitt til Arbeids- og inkluderingsdepartementet 16. mai 2007* (Vol. NOU 2007:4). Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- Bandura, A. (1973). *Aggression: a social learning analysis*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
- Barker , P. (1996). Chaos and the way of Zen: psychiatric nursing and the 'uncertainty principle'. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *3*(4), 235-243.
- Barker , P. (2003). The Tidal Model: psychiatric colonization, recovery and the paradigm shift in mental health care. *Int J Ment Health Nurs*, *12*(2), 96-102.
- Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2004). Experts without a voice. *Nursing Standard*, *18*(50), 22-23.
- Barker , P., & Buchanan-Barker , P. (2009). En søgen efter personen: tidal-modellen og holistisk assessment. In N. Buus (Ed.), *Psykiatrisk sygepleje* (pp. 212-231). København: Dansk sygeplejeråd.
- Barker , P., & Buchanan-Barker, P. (2010). The tidal model of mental health recovery and reclamation: application in acute care settings. *Issues in Mental Health Nursing*, *31*(3), 171-180. doi: 10.3109/01612840903276696
- Barker , P., & Buchanan-Barker , P. (2011a). Mental health nursing and the politics of recovery: a global reflection. *Archives of Psychiatric Nursing*, *25*(5), 350-358. doi: 10.1016/j.apnu.2011.03.009
- Barker , P., & Buchanan-Barker , P. (2011b). Myth of mental health nursing and the challenge of recovery. *Int J Ment Health Nurs*, *20*(5), 337-344. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00734.x
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2007). *Mentaliseringsbasert terapi av borderline personlighetsforstyrrelse: en praktisk veiledning*. [Oslo]: Arneberg forlag

-
- Benjaminsen, S. (1991). [Violent behavior among hospitalized psychiatric patients. 2. The significance of the functioning of the department and the reactions of the staff]. *Ugeskrift for Læger*, *153*(32), 2221-2225.
- Benjaminsen, S., & Kjaerbo, T. (1997). [The staff's experience of patient violence in a psychiatric department]. *Ugeskrift for Læger*, *159*(12), 1768-1773.
- Berg, J. E., Eikeseth, P. H., Johnsen, E., & Restan, A. (2007). *Akuttpsykiatri for leger og sykepleiere*. Stavanger: Hertervig forlag.
- Berring, L. (2009). Sygeplejefaglige interventioner i opkørte situationer. In N. Buus (Ed.), *Psykiatrisk sygepleje* (pp. 260-280). København: Dansk sygeplejeråd.
- Bjorkdahl, A., Olsson, D., & Palmstierna, T. (2006). Nurses' short-term prediction of violence in acute psychiatric intensive care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *113*(3), 224-229. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00679.x
- Bjørkly, S. (1994). The Scale for the Prediction of Aggression and Dangerousness in Psychotic Patients (PAD). *Criminal Justice and Behavior*, *21*(3), 341-356. doi: 10.1177/0093854894021003004
- Bjørkly, S. (1997). *Aggresjon og vold: teori, analyse og terapi*. Oslo: Cappelen Akademisk forlag.
- Bjørkly, S. (2001). *Aggresjonens psykologi: en analyse av psykologiske aggresjonsteorier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bjørkly, S., Hartvig, P., Heggen, F. A., Brauer, H., & Moger, T. A. (2009). Development of a brief screen for violence risk (V-RISK-10) in acute and general psychiatry: An introduction with emphasis on findings from a naturalistic test of interrater reliability. *Eur Psychiatry*, *24*(6), 388-394. doi: 10.1016/j.eurpsy.2009.07.004
- Bjørkly, S., Havik, O. E., & Løberg, T. (1996). The Interrater Reliability of the Scale for the Prediction of Aggression and Dangerousness in Psychotic Patients (PAD). *Criminal Justice and Behavior*, *23*(3), 440-454. doi: 10.1177/0093854896023003002
- Bjørndal, A., & Hofoss, D. (2004). *Statistikk for helse- og sosialfagene*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bremnes, R., Pedersen, P. B., & Hellevik, V. (2010). *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2009: Samdata analyse*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Buchanan-Barker, P., & Barker, P. J. (2006). The ten commitments: a value base for mental health recovery. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, *44*(9), 29-33.

-
- Buus, N. (2009). Sygeplejersker i psykiatrien. In N. Buus (Ed.), *Psykiatrisk sygepleje* (pp. 23-42). København: Dansk sygeplejeråd.
- Callaway, B. J. (2002). *Hildegard Peplau: psychiatric nurse of the century*. New York: Springer Pub. Co.
- Creswell, J. W. (2003). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Egidius, H. (1996). *Psykologisk leksikon*. [Oslo]: Tano Aschehoug.
- Eiken, T. E. (2008). *Psykososialt arbeidsmiljø: [delrapport]* (Vol. 11/2008). Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt.
- Evang, A. (2003). *Utvikling, personlighet og borderline*. [Oslo]: Cappelen akademisk forlag.
- Fjelland, R., & Gjengedal, E. (1995). *Vitenskap på egne premisser: vitenskapsteori og etikk for helsearbeidere*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Førde, R. (2009). "Helsinkideklarasjonen" (Sist oppdatert: 22. desember 2010). Retrieved from <http://www.etikkom.no/no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen> website:
- Gundersen, D., & Berulfsen, B. (2008). *Fremmedord og synonymer blå ordbok*. Oslo: Kunnskapsforlaget.
- Halvorsen, K. (2008). *Å forske på samfunnet: en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen Akademisk forlag.
- Hartvig, P., Alfarnes, S., Ostberg, B., Skjonberg, M., & Moger, T. A. (2006). Brief checklists for assessing violence risk among patients discharged from acute psychiatric facilities: a preliminary study. *Nord J Psychiatry*, 60(3), 243-248. doi: 10.1080/08039480600780532
- Hartvig, P., Alfarnes, S. A., & Ostberg, B. (2001). [Risk assessment in connection with violent behavior--use of check lists]. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*, 121(29), 3431-3434.
- Hartvig, P., & Ostberg, B. (2007). [New screening tool for violence risk assessment]. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*, 127(19), 2557.
- Hartvig, P., Roaldset, J. O., Moger, T. A., Ostberg, B., & Bjorkly, S. (2011). The first step in the validation of a new screen for violence risk in acute psychiatry: The inpatient context. *Eur Psychiatry*, 26(2), 92-99. doi: 10.1016/j.eurpsy.2010.01.003
- Hellevik, O. (1999). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget.

-
- Helse-, & Omsorgsdepartementet. (2000). *Forskrift om øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet*. [Oslo]: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Hummelvoll, J. K. (1980). *Innsikt: en kilde til liv : artikler i psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Tanum-Norli.
- Hummelvoll, J. K. (2010). Praksisnær forskningsetikk *Etiske utfordringer i praksisnær forskning* (pp. S. 17-32). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt : Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hummelvoll, J. K., & Granerud, A. (2009). Ideologiske og teoretiske inspirasjoner i psykiatrisk sykepleie. In G. B. Vråle, B. Karlsson & J. K. Hummelvoll (Eds.), *Psykiatrisk sykepleie i tverrfaglighetens tid: Selvforståelse, praksis og forskning* (pp. 41-74). Elverum: Høgskolen i Hedmark.
- Isdal, P. (2000). *Meningen med volden*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Krogh, G. v. (2005). *Begreper i psykiatrisk sykepleie: sykepleiediagnoser, ønsket pasientstatus og sykepleieintervensjoner*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Laake, P., Hjartåker, A., Thelle, D., & Veierød, M. B. (2007). Epidemiologisk og klinisk forskning *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder* (pp. [33]-[44]). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lillevik, O. G. (2009). Tiltak mot trusler og vold. *Tidsskriftet sykepleien*, 97(9), 62-64. doi: 10.4220/sykepleiens.2009.0047
- Linaker, O. M., & Busch-Iversen, H. (1995). Predictors of imminent violence in psychiatric inpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92(4), 250-254.
- Malt, U. F., Retterstøl, N., & Dahl, A. A. (2003). *Lærebok i psykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Marriner-Tomey, A., & Alligood, M. R. (2011). *Sygeplejeteoretikere: bidrag og betydning i moderne sygepleje*. København: Munksgaard.
- Meehan, T., Vermeer, C., & Windsor, C. (2000). Patients' perceptions of seclusion: a qualitative investigation. *Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 370-377.
- Monahan, J., Hoge, S. K., Lidz, C., Roth, L. H., Bennett, N., Gardner, W., & Mulvey, E. (1995). Coercion and commitment: understanding involuntary mental hospital admission. *International Journal of Law and Psychiatry*, 18(3), 249-263.

-
- Nijman, H. L., Palmstierna, T., Almvik, R., & Stolker, J. J. (2005). Fifteen years of research with the Staff Observation Aggression Scale: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *111*(1), 12-21. doi: 10.1111/j.1600-0447.2004.00417.x
- Norge. (2012a). *Helsepersonelloven (1999)*. Oslo: MEDLEX norsk helseinformasjon.
- Norge. (2012b). *Spesialisthelsetjenesteloven (1999)*. Oslo: MEDLEX norsk helseinformasjon.
- Olsen, A.-K. (2010). *Drap i Norge i perioden 2004-2009: utredning fra utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 24.april 2009 : avgitt til Helse - og omsorgsdepartementet 3. mai 2010* (Vol. NOU 2010:3). Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Informasjonsforvaltning.
- Omerov, M., Edman, G., & Wistedt, B. (2002). Incidents of violence in psychiatric inpatient care. *Nord J Psychiatry*, *56*(3), 207-213. doi: 10.1080/080394802317607192
- Paulsrud, K. (2011). *Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet: balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern : utredning fra utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 28. mai 2010 : avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 17. juni 2011* (Vol. NOU 2011:9). Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- Pedersen, P. B., & Bjerkan, A. M. (2008). *Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse: supplerende analyser innen spesialisthelsetjensten, Delrapport 3* (Vol. SINTEF A7588). Trondheim: SINTEF.
- Rasmussen, K., Jakobsen, D., & Urheim, R. (2002). *HCR-20: vurdering av voldsrisiko*. Trondheim: Psykologisk institutt, Norges teknisk-naturvitenskapelige Universitet.
- Ringdal, K. (2007). *Enhet og mangfold Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Roaldset, J. O., Hartvig, P., & Bjorkly, S. (2011). V-RISK-10: validation of a screen for risk of violence after discharge from acute psychiatry. *Eur Psychiatry*, *26*(2), 85-91. doi: 10.1016/j.eurpsy.2010.04.002
- Røssberg, J. I. (2005). *Evaluations of inpatient units with emphasis on the ward atmosphere scale*. no. 245, Unipub, Oslo.
- Røykenes, K. (2006). Metodetriangulering, from <http://www.google.no/url?sa=t&rct=j&q=metodetriangulering%20mixed%20methods&source=web&cd=1&ved=0CEwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.betaniensykpleierhogskole.no%2Ffou%2Fessay%2FMetodetriangulering.pdf&ei=mGfKT8fEIOzP4QTphsjCCA&usg=AFQjCNGOVcbBGEIoAXXHznSIAZIfdKJNOW>

-
- SIFER. (2012). E-læring BVC Retrieved 29.04.2012, 2012, from <http://sifer.no/undervisning/detalj/e-laering-bvc-e-learning-bvc>
- Sosial-, & Helsedepartementet. (1997). *Åpenhet og helhet: om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* (Vol. nr 25 (1996-97)). Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- Sosial-, & Helsedirektoratet. (2007). *Vurdering av risiko for voldelig atferd: bruk av strukturerte kliniske verktøy*. [Oslo]: Sosial- og helsedirektoratet, Avdeling psykisk helse.
- SSB. (2012a). Personer med helse- og sosialfaglig utdanning, etter kjønn og alder Retrieved 23.07.2012, 2012, from http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selectvarval/define.asp&Tabellid=05740
- SSB. (2012b). Videreutdanninger for personer med helse- og sosialfaglig utdanning, etter videreutdanning, alder, kjønn, tid og statistikkvariabel Retrieved 20.07.2012, 2012, from http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selecttable/MenuSelS.asp&SubjectCode=06
- SSN. (2003). *Ethical guidelines for nursing research in the Nordic countries*. [Oslo]: Sykepleiernes Samarbeid i Norden.
- Tashakkori, A., & Teddlie, C. (1998). *Mixed methodology: combining qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. [Bergen]: Fagbokforlaget.
- van de Sande, R., Nijman, H. L., Noorthoorn, E. O., Wierdsma, A. I., Hellendoorn, E., van der Staak, C., & Mulder, C. L. (2011). Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 473-478. doi: 10.1192/bjp.bp.111.095141
- Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne: relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vold, B. (1999). Den store institusjonsoppbyggingen: psykiatriens historie i Norge, del 1 *Samfunnsspeilet* (Vol. 13(1999)nr 1, pp. S. 7-14). Oslo: Statistisk sentralbyrå.

- Whittington, R., & Richter, D. (2006). *Violence in mental health settings: causes, consequences, management*. New York: Springer.
- Williamson, G. R. (2005). Illustrating triangulation in mixed-methods nursing research. *Nurse Res, 12*(4), 7-18.
- Woods, P., & Almvik, R. (2002). The Broset violence checklist (BVC). *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*(412), 103-105.
- Woods, P., Ashley, C., Kayto, D., & Heusdens, C. (2008). Piloting violence and incident reporting measures on one acute mental health inpatient unit. *Issues in Mental Health Nursing, 29*(5), 455-469. doi: 10.1080/01612840801981207
- Yassi, A. (1994). Assault and abuse of health care workers in a large teaching hospital. *CMAJ, 151*(9), 1273-1279.
- Zillmann, D. (1979). *Hostility and aggression*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

Vedlegg

Vedlegg 1: Svarbrev fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Jan Kåre Hummelvoll
Institutt for sykepleie og psykisk helse
Høgskolen i Hedmark
Postboks 400
2418 ELVERUM

Vår dato: 16.04.2012

Vår ref:30021 / 3 / MSI

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 28.02.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

30021

Aggresjon og vold i akuttpsykiatriske avdelinger. Hvilken nytteverdi har sykepleiere med bruk av Brøset Violence Checklist?

Behandlingsansvarlig

Høgskolen i Hedmark, ved institusjonens øverste leder

Daglig ansvarlig

Jan Kåre Hummelvoll

Student

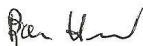
Odd-Øyvind Lockertsen

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Marte Sivertsen

Kontaktperson: Marte Sivertsen tlf: 55 58 33 48

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Odd-Øyvind Lockertsen, St. Jørgensvei 77, 0662 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrresvarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 30021

Viser til telefonsamtale med Lockertsen 13.04.12. Basert på de opplysninger vi har mottatt om gjennomføringen av prosjektet, kan personvernombudet ikke se at det behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Formålet er å undersøke hvilken nytteverdi sykepleiere har med bruk av Brøset Violence Checklist. Utvalget består av ca 200 sykepleiere. Data innhentes ved spørreskjema som besvares på papir. Det er oppgitt at verken sykehus, avdeling eller enhet registreres på PC. Personvernombudet legger til grunn at man ved overføring av data til PC, ikke registrerer opplysninger som gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner, verken direkte eller indirekte. Alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet må være anonyme.

Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte gjennom navn eller personnummer, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler eller bakgrunnsvariabler eller gjennom kode og navneliste/koblingsnøkkel.

Vedlegg 2: Forespørsel til avdelingsledere

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 parring 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 3: Spørreskjema med infoskriv

Elverum 24.04.12

Informasjon om spørreskjema til sykepleiere ved akuttpsykiatriske avdelinger

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et forskningsprosjekt om aggresjon og vold i akuttpsykiatriske avdelinger. Vedlagte spørreskjema omhandler sykepleieres erfaringer med dette, og bruk av verktøyet Brøset Violence Checklist(BVC). Vi vil gjennom forskningsprosjektet undersøke sykepleieres nytteverdi med bruk av BVC og har følgende overordnet problemstilling:

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

For å undersøke dette nærmere inviterer vi sykepleiere ved tre ulike akuttpsykiatriske avdelinger til å delta i en spørreundersøkelse. Spørsmålene omhandler dine erfaringer med aggresjon og vold fra pasienter, hvordan du opplever nytteverdien med bruk av BVC og hvilken plass BVC har i din arbeidshverdag. Det tar om lag 10-15 minutter å fylle ut spørreskjemaet.

Det innsamlede datamaterialet skal benyttes i to ulike masteroppgaver i psykisk helsearbeid(MMHC) ved Høgskolen i Hedmark og til eventuelle artikler i vitenskapelige tidsskrifter. Vi håper også at prosjektet kan bidra til kunnskapsutvikling av fagfeltet psykisk helsearbeid.

Forskningsprosjektet er vurdert av Personvernombudet for forskning ved Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste(NSD) og ikke funnet meldepliktig. Alle innsamlede dataopplysninger er anonymisert og vil bli behandlet konfidensielt. Ingen enkeltpersoner, enheter eller avdelinger vil kunne gjenkjennes i de ferdige mastergradsoppgavene. De anonyme opplysningene oversendes etter oppgavens avslutning til NSD for arkivering i henhold til deres retningslinjer.

Det er frivillig å delta i undersøkelsen. Ved å svare på det vedlagte spørreskjemaet samtykker du til deltakelse.

Dersom det er noe du lurer på kan du kontakte oss på telefon, Øyvind Lockertsen tlf. 92662469 eller Otto Jacobsen tlf. 90769471. Du kan også kontakte vår veileder, professor Jan Kåre Hummelvoll, Høgskolen i Hedmark, Avdeling for folkehelsefag tlf..62430214.

Otto Jacobsen

Masterstudent

Øyvind Lockertsen

Masterstudent

Jan Kåre Hummelvoll

Veileder

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:

- Kjønn:
 Mann Kvinne
- Alder:
 20-29 30-39 40-49 50-59 60->
- Stillingsforhold:
 Fast ansatt Vikariat
- Arbeidstid:
 To- eller tredelt turnus Bare dag Bare aften Bare natt
- Hvor mange år er det siden du ble utdannet sykepleier? __ år
- Har du videreutdanning i psykisk helsearbeid/psykiatrisk sykepleie?
 Ja Nei
Dersom du svarte ja, hvor mange år siden er det du fullførte denne? __ år
- Har du videreutdanning i voldsrisikovurdering?
 Ja Nei
Dersom du svarte ja, hvor mange år siden er det du fullførte denne? __ år
- 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 innleggelser, 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	Oft	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.