



Høgskulen på Vestlandet

SK152 - Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	23-05-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	07-06-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sykepleie	Studiepoeng:	15
SIS-kode:	203 SK152 1 O 2019 VÅR FORDE		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 119

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 7000

Egenerklæring *: Ja

**Inneholder besvarelsen
konfidensiell materiale?:** Nei

**Jeg bekrefter at jeg har
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:** Ja

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 1

**Andre medlemmer i
gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Korleis sjukepleiarar kan vera førebudd til
å handtere vald og trugslar på legevakt

Kandidatnummer 119

Stine Marie Indergård

Bachelorutdanning i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitskap (FHS)

Institutt for helse- og omsorgsvitskap

Rettleiar: Liudmila Solenova

Innleveringsdato: 07.06.19

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle

kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Abstract

Title: Nurses' preparation for dealing with violence and threats in the emergency room

Background: Studies show that violence and threats are increasing challenges in the working life, both in Norway and internationally. These issues are especially increasing in the health and care professions. Employees exposed to violence and threats face an increased risk of developing various health problems, which can lead to long-lasting absence from work.

Research question: How can nurses be prepared to handle violence and threats in the emergency room?

Method: A literature study based on existing quantitative and qualitative research, in addition to professional literature and experiential knowledge.

Summary of results and conclusion: In some cases, violence and threats occur because the patient does not feel understood. Because of this, the patient can have a sense of powerlessness. Other contributing reasons for violence and threats can be substance abuse or mental illness. Education and training at the workplace are necessary to ensure nurses an understanding of how to identify such situations and enable them to create a good environment for cooperation when meeting the patient. In order to identify the risk of violence and threats and become acquainted with the safety measures at the workplace, nurses can take advantage of tools such as assessment forms. This way, nurses can be prepared to handle violence and threats in the emergency room.

Keywords: Violence, threats, emergency room, communication, assessment forms

Samandrag

Tittel: Korleis sjukepleiarar kan vera førebudd til å handtere vald og trugslar på legevakt.

Bakgrunn for val av tema: Studiar viser at både i Noreg og internasjonalt er vald og trugslar ein aukande førekomst i arbeidslivet. Vald og trugslar er spesielt høg innanfor helse- og omsorgsyрке. Tilsette som er utsett for vald og trugslar har høg risiko for å utvikle ulike helseplagar, som ofte kan medføre langvarig sjukefråvær.

Problemstilling: Korleis kan sjukepleiarar vera førebudd til å handtere vald og trugslar på legevakt?

Metode: Ein litteraturstudie basert på allereie eksisterande kvantitativ og kvalitativ forskning, samt faglitteratur og erfaringsbasert kunnskap.

Oppsummering av funn og konklusjon: Vald og trugslar på legevakt kan i enkelte samanhengar førekomme grunna pasienten ikkje kjenner seg forstått. Pasienten kan dermed ha ei kjensle av avmakt i situasjonen vedkommande er i. Andre medverkande årsaka til vald og trugslar på legevakt kan vere grunna rusproblematikk og/eller psykisk sjukdom. Sjukepleiarar må difor gjennom utdanning og opplæring på arbeidsstaden få ei forståing for korleis ein kan identifisere dette, samt skape eit godt samarbeidsklima i pasientmøte gjennom god kommunikasjon og pasienthandtering. Hjelpemiddel sjukepleiar kan nytte seg av kan vere kartleggingsskjema for å kunne identifisere faren for vald og trugslar, samt setje seg inn i tryggleikstiltak på arbeidsstaden. På den måten kan sjukepleiarar vere førebudd til å handtere vald og trugslar på legevakt.

Nøkkelord: Vald, trugslar, legevakt, avmakt, kommunikasjon, kartleggingsskjema

Innhald

1	Innleiing	1
1.1	Bakgrunn for val av tema.....	1
1.2	Problemstilling.....	1
1.2.1	Avgrensing til problemstilling.....	2
1.3	Definisjon av omgrep i problemstillinga.....	2
1.4	Korleis oppgåva vidare skal løysast	3
2	Metode	4
2.1	Søke- og utvalsprosessen	4
2.1.1	Søk etter faglitteratur.....	5
2.1.2	Søk etter forskning	5
2.2	Kjeldekritikk	6
2.2.1	Svake sider.....	7
2.2.2	Sterke sider.....	7
3	Teoridel	8
3.1	Pasientar med rusmiddelproblem og psykisk sjukdom.....	8
3.2	Aggresjonens forskjellige ansikt	8
3.3	Travelbee om sjukepleiarrolla i pasientmøtet.....	9
3.4	Kommunikasjon-, relasjon- og handlingskompetanse	9
3.5	Sjukepleiaren sitt moralske ansvar	10
3.6	Tryggleikstiltak og opplæring på arbeidsstaden.....	11
3.7	Arbeidsgjevar sine plikter for eit godt arbeidsmiljø	12
4	Resultat og funn	13
4.1	Artikkel 1.....	13
4.2	Artikkel 2.....	14
4.3	Artikkel 3.....	15

4.4	Artikkel 4.....	15
5	Drøfting	17
5.1	Det første møtet	17
5.2	Sjuepleieren si forståing av avmakt, og aggresjon som kommunikasjonsform	18
5.3	Varsel i journalsystem, kunnskap og opplæring av tilsette.....	20
5.4	Tryggleikstiltak på arbeidsstaden	21
5.5	Bruk av Brøset Violence Checklist på legevakt	22
6	Konklusjon	24
	Referanser	25
	Vedlegg 1.....	29
	Vedlegg 2.....	30

1 Innleiing

1.1 Bakgrunn for val av tema

Statistikk syner at både i Noreg og internasjonalt er vald og trugslar ein aukande førekomst i arbeidslivet (Wedervang-Ressel, Østraat, Haga, Klinkenberg & Berglund, 2017, s. 7). I Statens arbeidsmiljøinstitutt (2018) si levekårsundersøking frå 2016 har totalt 6,6% av dei spurde, om lag 170 000 personar, vore utsett for vald og/eller trugslar om vald det siste året (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2018, s. 77). Ein studie av Melin (1997) gjengitt i Wedervang-Ressel et al. (2018, s. 8) viser at tilsette som er utsett for vald og trugslar om vald på arbeidsstaden har høgare risiko for å utvikle muskel-/skjelett og psykiske helseplager. Desse plagene kan ofte føre til langvarig sjukefråvær, som vil medfører store kostnader for samfunnet.

Eg har sjølv opplevd valdelege hendingar i arbeidslivet. Det har vore både fysisk vald og trugslar om vald. Statistikk viser at førekomsten av vald og trugslar er særleg høg blant helse- og omsorgsyrker (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2018, s. 77). Med bakgrunn i tal frå statistikk og sjølvopplevde hendingar, samt at eg jobbar på ei somatisk sjukehusavdeling og legevakt der eg kan oppleve episodar med utagering både fysisk og psykisk, har eg valgt å ha dette som tema på bacheloroppgåva. Som framtidig sjukepleiar tenkjer eg at det å kunne gå på jobb og vere trygg er ein viktig faktor for å trivst og klare å stå i arbeidslivet. Difor ønskjer eg meir kunnskap om årsakar til at pasientar kan utøve vald og trugslar. På den måten kan eg kanskje forstå pasientane betre, og legge til rette for ei god samhandling i pasientmøte, der ein minskar faren for vald og trugslar.

1.2 Problemstilling

Korleis kan sjukepleiarar vera førebudd til å handtere vald og trugslar på legevakt?

1.2.1 Avgrensing til problemstilling

I oppgåva vil eg skrive om vaksne pasientar over 18 år, uavhengig av kjønn, med utagerande atferd. Velger å avgrense til vaksne pasientar, grunna valdelege hendingar kan få større konsekvensar når dei er utført av vaksne enn born. Vidare vert oppgåva avgrensa til å gjelde pasientar med rus og/eller psykiatriske utfordringar, som kjem til legevakt. Årsaka til at legevakt er valgt i denne oppgåva er at det er ein arena sjukepleiarar får inn mange pasientar dei har lite eller ingen kjennskap til frå før. Det er ein viktig faktor med tanke på valdsrisiko. Valdelege pårørande er ekskludert i denne oppgåva, då eg vil ha fokus på kva sjukepleiarar bør vera førebudd på i den daglege pasientkontakten på legevakt.

1.3 Definisjon av omgrep i problemstillinga

Vald: Arbeidstilsynet definerer vald som hendingar som har til hensikt å føre til fysisk eller psykisk skade på person. Det vert og definert som vald når arbeidstakar opplever utagerande handlingar der det vert gjort stort skadeverk på inventar og utstyr. (Arbeidstilsynet, u.å).

Trugslar: Arbeidstilsynet definerer trugslar som verbale angrep eller handlingar som tek sikte på å skade eller skremme ein person (Arbeidstilsynet, u.å).

Legevakt: Førland (2016) definerer legevakt som ein samfunnsinstitusjon.

Samfunnsinstitusjonar vert danna for å løyse sentrale oppgåver og utfordringar, som til dømes å ivareta befolkninga si helse (Førland, 2016, s. 25). Legevaktsordninga blei heimla i lov i 1982 og er i dag regulert gjennom helse- og omsorgstenestelova og akutforskrifta (Førland, 2016, s. 26). Kommunen er pålagt å ha ei legevaktsordning som er tilgjengeleg for å vurdere hendendingar frå innbyggerane i tilfelle der dei treng augeblikkeleg helsehjelp ved ulukker og andre akutte situasjonar (Førland, 2016, s. 27).

1.4 Korleis oppgåva vidare skal løysast

Først kjem metodekapittelet som beskriv korleis dei systematiske søka er blitt utført, samt kva vurderingar som er gjort i utvelgingsprosessen. Deretter vert det vist til relevant teori. Teorien omhandlar relasjon- og handlingskompetanse, korleis måten ein kommuniserer på kan påverke situasjonar, kva konsekvensar det kan få å oppleve vald og trugslar på arbeidsstaden, viktigheita av opplæring og kva plikter arbeidsgjevar har med tanke på arbeidsmiljø. I tillegg vert det sett på bruk av kartleggingsverktøyet Børset Violence Checklist. Det er med bakgrunn i eigen erfaring frå arbeidslivet der BVC er teken i bruk hjå ei avdeling på somatisk sjukehus. Når teori og forskning er på plass, skal det drøftast likskap og ulikskap mellom desse. Egne erfaringar vert og teken med i drøftinga. Til slutt skal det konkluderast med korleis sjukepleiarar kan vere førebudd til å handtere vald og trugslar på legevakt.

2 Metode

Denne bacheloroppgåva er ein litteraturstudie. Litteraturstudie betyr bruk av data frå eksisterande fagkunnskap, forskning og teori for å besvare ei problemstilling (Dalland, 2017, s. 207). For å finne dette gjennomfører ein systematiske søk. Deretter sett ein saman teori, fagkunnskap og forskning for å drøfte desse i lys av problemstillinga (Forsberg & Wengström, 2016, s. 30).

Teori frå bøker viser til definisjonar, teoriar og fakta som blir viktig å belyse med tanke på den seinare drøftinga. I denne oppgåva blir det brukt både primær- og sekundærkjelder. Sekundærkjelder kjem ein ofte bort i når ein bruker pensumlitteratur og faglitteratur då forfatterane ofte refererer til kvarandre. Helst skal primærkjelda brukast, men når ein må nytte sekundærkjelder er ein sjølv ansvarleg for å skrive referansane i oppgåveteksten rett (Dalland, 2017, s. 171).

I utvelginga av relevant forskning er det valgt både kvalitative og kvantitative artiklar. Det er på bakgrunn av at artiklar med kvantitativ metode gjev handfaste tal på førekomst av vald og trugslar. Samstundes får dei kvalitative artiklane fram helsepersonell sine egne personlege erfaringar og meiningar om tematikken (Dalland, 2017, s. 52).

2.1 Søke- og utvalsprosessen

Når det var avgjort kva tema oppgåva skulle ha, blei det gjennomført både systematiske og tilfeldige søk. Byrja først med tilfeldige søk i google med søkeord som «vald og trugslar helsepersonell», «vald på arbeidsstaden», «vald mot helsepersonell», «helsepersonell og vald» og «Børset Violence Checklist». Det blei søkt med bokmålsord, då nynorsk kan gje nokre begrensingar.

Søka gav treff på kjelder frå Helsedirektoratet, Arbeidstilsynet, Statens arbeidsmiljøinstitutt og Helsebiblioteket. På Helsedirektoratet og Statens arbeidsmiljøinstitutt sine internettsider blei det funnet kvantitativ forskning som viser til tal for førekomst av vald og trugslar mot helsepersonell/sjukepleiarar. Dette er i hovudsak nytta i innleiing som eit bakgrunn for val av tema.

2.1.1 Søk etter faglitteratur

Det systematiske søket etter faglitteratur blei utført i biblioteket sin database ORIA. Søkjeorda frå det tilfeldige søket blei nytta. Opplevde i søkjeprosessen at ORIA kan vere ein vanskeleg søkjemotor, då ein ofte må ha heilt eksakt tittel for å få treff i enkelte bøker. Ei anna bøying av ord og liknande kan medføre at ein ikkje får treff. Det opplevast som at ein må vite kva ein søker etter, for å stole på at resultatet blir dei relevante treffa ein treng. Til tross for denne opplevinga med ORIA har eg funnet relevante bøker som omhandlar vald og trugslar mot helsepersonell gjennom søk i databasen. Forskinga som omhandlar Børset Violence Checklist fant eg og ved hjelp av ORIA. I tillegg fann eg tips til nyttig faglitteratur gjennom referanselistene til forskning som omhandla vald og trugslar.

2.1.2 Søk etter forskning

I det systematiske søket etter forskning blei det brukt eit PICO-skjema for å finne gode søkjeord. P – står for «pasient/problem», I – står for «intervensjon/tiltak», C – står for «comparison/samanlikning mot noko anna», O – står for «outcome/utfall» (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012, s.33). Brukte deretter SveMed+ og Ordnett.no for å finne engelske søkjeord, då det meste av forskning er skrevet på engelsk.

Dei systematiske søka etter forskning blei gjennomført i Academic Search Elite, Medline og Clinahl med fulltext. Søka blei avgrensa til engelskspråklege artiklar mellom 2012-2019, då det er ønskeleg med mest mogleg oppdatert forskning på området.

Følgjande søkeord blei brukt for å finne relevant forskning om vald og trugslar på arbeidsstaden: Workplace violence, violence*, aggress*, aggressive behavior, workplace violence against nurses, violent behavior, adskilt med «OR». Deretter blei følgjande søkeord brukt for å inkludere artiklar om legevakt: Emergency room, emergency room violence, emergency health services, emergency medical services, adskilt med «OR». Neste steg i søket var å få med sjukepleiaren med følgjande søkeord: Nurse*, registered nurse, nurses, nursing, adskilt med «OR». For å få fram erfaringer og konsekvenser blei søkeorda: Experience, consequences, prevent*, take precaution, adskilt med «OR». Desse søka blei kombinert med «AND», fekk då 305 treff. Etter avgrensing av søket blei det 111 treff. Plukka ut fire artiklar med relevans for oppgåva. Valgte etterkvart vekk to av artiklane, då dei ikkje blei relevant for retninga oppgåva tok.

Etterpå blei søket ovanfor kombinert med drug*, alcohol*, substance abuse, substance-related disorders, narcotics*. Fekk 44 treff, men etter avgrensingane blei det 24 treff. Valgte ut ein artikkel som var aktuell for oppgåva.

I utvelginga av relevante artiklar blei først alle overskriftene på dei ulike søkeresultata lest. Deretter blei det gjennomlesing av abstraktet til dei artiklane som opplevdes å vera relevant ut i frå overskriftene. Nokre av artiklane blei valgt vekk grunna dei omhandla vald og trugslar på ein anna arena enn det denne oppgåva handla om. Ut i frå dei abstrakta som var relevant for oppgåva, valgte eg å lese heile artikkelen. Sidan søket blei avgrensa til engelskspråklege artiklar, blei det nytta oversettingsprogram og ordbøker i gjennomlesinga. Dei artiklane som er plukka ut er dei artiklane eg meiner best kan hjelpe med å svare på problemstillinga, og belyse tematikken som er ønskjeleg å formidle.

2.2 Kjeldekritikk

Ein viktig del av det systematiske søket var å finne relevante forskingsartiklar for temaet, samt at dei blei vurdert med tanke på validitet og reliabilitet. Valde difor å sjekke at alle

forskingsartiklane følgjer IMRaD-prinsippet. I – introduksjon, M – metode, R – resultat, a – and, D – diskusjon. Det er på bakgrunn av at det er ein vanleg måte å formidla forskning på (Dalland, 2017, s. 163). I tillegg er det nytta sjekklister frå Helsebiblioteket (2016) for å vurdere den kvantitative og kvalitative forskinga som blei valgt ut til oppgåva.

2.2.1 Svake sider

Eg har nytta sekundærkjelder i oppgåva. Det kan vere ei svak side på bakgrunn av at sekundærkjelda kan innehalde fortolkingar av primærkjelda. Søket etter forskingsartiklar blei avgrensa, men fekk relativt mange treff. Ei svak side kan vere at søket ikkje er spissa skikkelig. Samstundes kan det vere positivt med mange treff, grunna ein får fleire artiklar å velje mellom. Eg valte å bruke to norske artiklar som omhandlar vald og trugslar på legevakt. Ser i ettertid at artiklar frå andre land truleg kunne vore med og gjort omfanget av oppgåva større, med tanke på vald/trugslar i andre kulturar.

2.2.2 Sterke sider

Pensumlitteraturen ser eg på som påliteleg, då den inngår i sjukepleiarstudiet. Av anna faglitteratur som er valgt, les eg i introduksjon i bøkene at forfatterane har relevant utdanning og/eller erfaring med fagområdet dei skriv om. Vurderer difor desse kjeldene til å vere pålitelege. Alle utvalgte artiklar er godkjent av enten Regional komitee for medisinsk forskningsetikk eller av datatilsynet, samt skrevet etter IMRaD-prinsippet.

3 Teoridel

3.1 Pasientar med rusmiddelproblem og psykisk sjukdom

Morken (2016) skriv at sjukepleiarar på legevakt møter både menneske i akutt krise og pasientar med rusproblem, ofte i kombinasjon med psykisk sjukdom (Morken, 2016, s. 119).

Rusmiddelet sin effekt på sentralnervesystemet kan medføre symptom som kranglevorenheit, humørsvingingar, kognitiv svikt, nedsett dømmekraft, atferdsending og forvirring. Inntak av rusmiddel med hallusinogen effekt kan gje symptom som angst, depresjon, mistenksomheit, illusjonar, hallusinasjonar og sanseforstyrringar. Abstinenser av rusmiddel kan gje symptom som søvnevanskar, angst og uro. I møte med pasientar med desse utfordringane kan ein oppleve sinne, irritasjon og uro (Bergem, 2015, s. 96-98).

Psykisk sjukdom som personlegdomsforstyrringar eller psykoser kan og bidra til problematisk atferd. Det kan vere rusbruk, sjølvskading, raseriutbrot, forandra virkelegheitsoppfatning, realitetsbrist, kverulering, vald, angst, og flukt frå ansvar (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, s. 269 & 302).

3.2 Aggresjonens forskjellige ansikt

Det finnast ulike definisjonar på aggresjon. Hummelvoll (2012) definerer det som ein trang til å angripe i retning av forsvar og sjølvhevdning (Hummelvoll, 2012, s. 251). Hummelvoll (2012) viser til Musker (2002) som definerer aggresjon til: «Ein situasjon kor atferd uttrykkes for å frigjere emosjonelt sinne eller frustrasjon med den hensikt å kommunisere desse følelsene til ein sjølv eller andre. Det skjer gjennom å forsterke kommunikasjonen ved handlingar frå trussel til skade» (Hummelvoll, 2012, s. 251).

Aggresjon kan komme til uttrykk grunna ei kjensle av avmakt. Isdal (2018) forklarer at avmakt kjem til syne når ein har mangel på kontroll, forutsigbarheit, oversikt, innflytelse og påverknadmoglegheit i eige liv (Isdal, 2018, s. 109). Når pasienten har ei kjensle av avmakt kan aggresjon komme til uttrykk for å vise at situasjonen ein står i ikkje er tilfredstillande (Lillevik & Øien, 2013, s. 10).

3.3 Travelbee om sjukepleiarrolla i pasientmøtet

Ulike sjukepleiar teoriar er med på å definere korleis ein skal utøve sjukepleie. I denne oppgåva vil eg introdusere Joyce Travelbees teori om sjukepleien sine mellommenneskelege aspekt. Travelbee (gjengitt i Kirkevold, 1998) hevder at for å forstå kva sjukepleie er for noko, må ein forstå kva som skjer i sjølve møtet mellom pasient og sjukepleiar. Samstundes må ein tenkje over korleis den aktuelle interaksjonen kan bli opplevd, og kva konsekvensar den kan ha for pasienten og vedkommande sin tilstand (Kirkevold, 1998, s.113). Teorien sine viktigaste begrep er mennesket som individ, liding, meining, menneske-til-menneske-forhold og kommunikasjon. Travelbee meiner ein må sjå på menneske som eit eineståande vesen, der oppleving av sjukdom kan vera forskjellig frå person til person (Kirkevold, 1998, s. 113). På bakgrunn av dette må ein kommunisere på ein slik måte at ein får forståing for korleis pasienten har det frå sin ståstad for å kunne avhjelpe dei behov pasienten måtte ha (Kirkevold, 1998, s. 119). Vidare seier Travelbee at sjukepleiaren ikkje må samanlikne pasienten med tidlegare pasientmøter. Sjukepleiaren må få auge på det særigne individet «i pasienten». På den måten vil sjukepleiar og pasient kunne etablere eit band når deira identitet og personlegdom kjem til syne for den andre. Sjukepleiaren vil då kunne få ei forståing for pasienten sin situasjon, samt pasienten oppfattar sjukepleiaren som ein person og ikkje ein rolle (Kirkevold, 1998, s. 117).

3.4 Kommunikasjon-, relasjon- og handlingskompetanse

Ein stor del av yrkesutøvinga til sjukepleiarar dreier seg om kommunikasjon, både verbalt og non-verbalt (Eide & Eide, 2017, s. 17). Gode kommunikasjonsferdigheiter inneber blant anna

hjelpemiddel til å kunne forstå pasienten som person, forstå relasjonen, og til å gje hjelp og støtte (Eide & Eide, 2017, s. 39). Måten ein kommuniserer på kan og vere med på å dempe aggresjonen til pasienten, om ein får oversikt over kva pasienten meiner med sinnet og aggresjonen sin (Lillevik og Øien, 2013, s. 31).

Som sjukepleiar kan ein møte desse kommunikasjonsutfordringane og -mogleighetene gjennom relasjons- og handlingskompetanse. Relasjonskompetanse handlar om å forstå og samhandla med menneska ein møter på ein god måte. Ein skal ivareta pasienten sine interesser og ikkje dekke eigne behov på bekostning av den andre (Røkenes og Hansen, 2012, s. 10). Om ein er for kontrollerande og autoritær i veremåten kan det bidra til auka fare for vald, samstundes kan det å vere utydeleg og lite forutsigbar og vera ein trigger for pasienten (Lillevik og Øien, 2013, s. 21). Handlingskompetanse er kunnskap og ferdigheiter til å kunne gjere noko med den «andre» eller for den «andre». Når ein i pasientmøte skal utføre ulike prosedyrer, må ein ha handlingskompetanse til å utføre ulike prosedyrar. Samstundes må sjukepleiaren ha evne til å danne relasjon med pasienten for å kunne utføre handlingane (Røkenes & Hansen, 2012, s. 11).

3.5 Sjukepleiaren sitt moralske ansvar

Verdien i sjukepleie er å gjere det beste for pasienten, det vil seie lindre, respektere pasienten sine val, fremme helse og førebygge sjukdom. I eit etisk perspektiv må handlingane vera gode. Det inneber kva haldningar ein har i pleien, vennlegheita og varsemda ein utøver, korleis ein kommuniserer og omtanken ein viser (Nordtvedt, 2016, s. 48). Nordtvedt (2016) viser til Martinsen (1993) som meiner at relasjonen mellom sjukepleiar og pasient er sjølv fundamentet for moralsk ansvar og handling i sjukepleien (Nordtvedt, 2016, s. 53). Martinsen er oppteken av at ansvaret for pasienten er asymmetrisk, med det meiner ho at sjukepleiaren har eit ansvar for pasienten som pasienten ikkje er forplikta å gjengjelde. Det er sjukepleiaren som sit med den faglærde kompetansen, som skal brukast til pasientens beste. Sjukepleiar er forplikta å hjelpe pasienten med deira helseproblem uansett sosial status, oppførsel og oppfatning pasienten har som sjukepleiaren

ikkje likar. Vidare meiner ho at sjukepleiarar har eit moralsk ansvar for dei sårbare gruppene i samfunnet, som til dømes dei med rus og sosiale problem, samt psykiatri (Nordtvedt, 2016, s. 54).

3.6 Tryggleikstiltak og opplæring på arbeidsstaden

Når sjukepleiarar jobbar i eit miljø der ein vert eksponert for opplevingar med vald og trugslar, kan det på sikt medføre til problem for den det gjeld. Konsekvensar vald/trugslar kan få er at ein kan kjenne på nedsett konsentrasjon, nedsatt evne til tilfredstillande kommunikasjon med pasientane og tankekjør. På sikt vil desse faktorane medføre ein opplevelse av låg jobbtrivsel og redusert livskvalitet (Morken, 2016, s. 118). For å kunne førebygge tilfelle der sjukepleiarar kjem i slike situasjonar, finnes det til dømes tryggleikstiltak av teknisk karakter.

På legevakt kan det til dømes vere eit alarmsystem. Ein viktig faktor er at teknisk utstyr kan vera utan verdi eller gje falsk tryggleik om det ikkje er nokon til stades som kan ta imot beskjedar eller komme til unnsetting om noko skjer. Eit anna tryggingstiltak er at ingen arbeider åleine, og at dei tilsette får opplæring og trening i å handtere valdelege situasjonar (Lystad, 2006, s. 228).

Andre sikringstiltak kan vere opplæring av personalet til å bruke kartleggingsverktøy. Brøset Violence Checklist (BVC) er eit døme på dette. BVC vert presentert å vere eit godt validert skåringsverktøy for å vurdere risiko for nært føreståande vald i løpet av dei neste 24 timane. BVC inneheld seks variablar som ein observerer hjå pasienten. Det er auka forvirring, auka irritabilitet, aukande brautande atferd, hyppigare fysiske trugslar, hyppigare verbale trugslar og hyppigare slag/spark mot inventar. Det skal gjevast ein score på 1 eller 0. 1 skal setjast om atferden er observert. 0 blir satt der det ikkje er forekomst av endra atferd. Maksimalscore er 6 poeng. Sum 0 = liten risiko for vald. Sum = 1-2 er moderat risiko for vald. >2 = høg risiko for vald. Preventive forhåndsreglar må då takast, og plan for korleis ein skal møte eit

eventuelt angrep må leggjast. BVC skal skårast på bakgrunn av atferd som er forsterka frå normalåtferd. Om ein ikkje kjenner pasienten frå før, skal pasienten vurderast og observerast etter dei tilsette sitt eige skjønn og vurdering (Helsebiblioteket, 2015).

3.7 Arbeidsgjevar sine plikter for eit godt arbeidsmiljø

Når tilsette opplever vald og trugslar på arbeidsstaden er det eit arbeidsmiljøproblem. Med heimel i lovverket har arbeidsgjevar eit ansvar for å kartlegge kva risiko for vald og trugslar som finnast. Samt lage planar for å kunne førebyggje og handtere slike hendingar (Morken, 2016, s. 121).

I arbeidsmiljølova (2005) § 1-1, første ledd står det at lovas formål er:

Å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger, og med en velferdsmessig standard som til enhver tid er i samsvar med den teknologiske og sosiale utvikling i samfunnet.

For at arbeidsgivar skal kunne sørgje for eit trygt og forsvarleg arbeidsmiljø er det viktig å ha klare retningsliner for valdshendingar, ulike tryggingstiltak og opplæring av dei tilsette i korleis dei skal handtere vald (Lystad, 2006, s. 226). Opplæring, øvelse og instruksjon er viktig for å kunne ha den nødvendige tryggleiken og viljen til å handle i vanskelege situasjonar på ein best mogleg måte (Lillevik og Øien, 2013, s. 20).

4 Resultat og funn

4.1 Artikkel 1

«*Dealing with workplace violence in emergency primary health care: a focus group study*» av Morken, Johansen & Alsaker (2015). Studien hadde 37 deltakere som deltok i åtte kvalitative fokusgruppeintervju. Formålet med studien var å undersøke korleis legevaktspersonell handterer trugslar og vald frå pårørande og pasientar, med fokus på dei organisatoriske faktorane (Morken et al., 2015, s. 2).

Funn: Fire punkt syner korleis organiseringa på arbeidsstaden påverkar hendingar med vald og trugslar. Den første er å minimere risikoen for å jobbe åleine. I dei tilfella ein må jobbe åleine, gir moglegheita til å tilkalle nokon ved hjelp av alarm ein viss tryggleik. Samstundes avheng responstida kor mykje tryggleik ein alarm gjev. Det andre punktet er å vera førebudd. Det gjeld forhåndsreglane ein tek, når det kjem åtvaring om pasient med kjent valdshistorikk. I tillegg det å vere mentalt klar for dei utfordringane og usikre situasjonane som kan oppstå på legevakt. Nokon av deltakarane gav uttrykk for å vere betre førebudd, grunna dei hadde delteke i undervisning og trening i å handtere trugslar og vald. Det tredje punktet er pasienten sine forventingar. Ofte kan trugslar og vald komme som eit misforhold mellom pasienten sine forventingar og tenesta som vert tilbuddt. Det fjerde punktet er viktigheita av støttande leiarrespons når vald og trugslar skjer på arbeidsstaden (Morken et al., 2015, s. 4-5).

Konklusjon: Studien konkluderer med at det er potensiale for å utvikle betre strategiar for å beskytte legevaktspersonell som står i fare for å oppleve vald på arbeidsstaden (Morken et al., 2015, s. 6).

4.2 Artikkel 2

«*Emergency primary care personnel's perception of professional-patient interaction in aggressive incidents – a qualitative study*». Morken, Alsaker & Johansen (2016). Studien baserer seg på tidlegare innsamla data frå fokusgruppestudien i artikkel 1 (Morken et al., 2016, s. 2). Formålet med denne studien er å undersøkje legevaktspersonellet si oppfatning av kva som kan vere årsak til aggressive situasjonar i pasientmøtet. Studien viser til at i primærhelsetenesta er pasienten ofte ukjend, noko som begrensar bruken av advarsel i journalsystemet (Morken et al., 2016, s. 1).

Funn: Tre hovudtema i samspelet mellom helsepersonell og pasient blei identifisert. Det første er at behovet til pasienten ikke blir møtt. Det medfører auka pasientfrustrasjon og situasjonen kan eskalere til eit verbalt eller fysisk angrep. Det andre var tilfeller av tvungen helseundersøking. Trugslar og vald kan skje i samband med tvungen medisinsk undersøking. Deltakarane påpeikar viktigheten med å bygge allianser med pasienten, samt unngå konflikhtar ved å vera fleksibel i si tilnærming, eller ved å foreslå løysingar som gjenopprettar eller aukar pasienten si verdigheit. Den siste var uønska berøring. Deltakarane har i ettertid sett at slike handlingar med velmeinte berøringar har krenka pasienten eller mogleg utløyst eit tidlegare traume, og dermed ført til utagering (Morken et al., 2016, s. 3).

Konklusjon: Studien viser at det er ei skeivfordeling av makt mellom helsepersonell og pasienten, då helsepersonellet er nøkkelen til noko pasienten treng. Aggresjon frå pasienten kan tolkast som pasienten sin kamp for annerkjenning. Deltakarane tenkjer dette er noko det burde vore meir fokus på under utdanning. Det vil kunne auka merksemda rundt temaet og hjelpe helsepersonell til å reagere på ein meir hensiktsmessig måte (Morken et al., 2016, s. 5).

4.3 Artikkel 3

«*Safety, risk and aggression: Health professionals' experiences of caring for people affected by methamphetamine when presenting for emergency care*». Usher, Jackson, Woods, Sayers, Kornhaber & Cleary (2017) har i ein kvalitativ studie intervjuet ni deltakarar (Usher et al., 2017, s. 439). Studien omhandlar helsepersonell si erfaring med pasientar som er rusa på krystallmetamfetamin (kalla ICE), då dei ofte har behov for akutt helsehjelp.

Funn: For omsorgsgivaren er det forbundet med fare å gje nødvendig helsehjelp grunna det potensielt kan skje situasjonar med utfordrande atferd og aggresjon når pasientane er ruspåverka (Usher et al., 2017, s. 438). Det er på grunn av at ICE kan medføre at pasientane vert paranoid, aggressiv/valdeleg og ikkje forutsigbar (Usher et al., 2017, s. 439).

Konklusjon: Studien konkluderar med at personalet må ha fokus på den negative verknaden ICE har på pasientane si mentale og fysiske helse. I tillegg må helsepersonell etablere og oppretthalde gode tryggleiksrutinar i eigen arbeidskvardag, både for seg sjølv, pasienten og andre tenestemottakarar på legevakta (Usher et al., 2017, s. 443).

4.4 Artikkel 4

«*Sensitivity and specificity of the Brøset Violence Checklist as predictor of violence in forensic psychiatry*». Hvidhjelm, Sestoft, Skovgaard & Bjorner (2014) har undersøkt om bruk av Brøset Violence Checklist kan hjelpe sjukepleiarar til å forutsjå faren for vald. Studien nytta kvantitativ metode. 156 pasientar blei vurdert tre gonger dagleg med BVC i 24 månader (Hvidhjelm et al., 2014, s. 537) Bakgrunn for forskinga er at vald og aggressiv oppførsel innan psykiatrien er eit alvorleg arbeidsmiljøproblem som har negative konsekvensar både for den tilsette og pasienten. I helsesektoren er førekomsten av valdelege episodar ofte så høg at sjukepleiarar ser på det som ein del av jobben (Hvidhjelm et al., s. 536).

Funn: Heile 76 pasientar hadde ein eller fleire voldsame hendingar, og i denne gruppa var det ein høgare andel pasientar med kjent rusmiddelhistorikk (Hvidhjelm et al., s. 538).

Konklusjon: Studien konkluderer med at Børset Violence Checklist viser ein tilfredstillande følsomhet i å forutsjå mogeleg valdshendingar innafor 24 timar (Hvidhjelm et al., s. 541).

5 Drøfting

5.1 Det første møtet

På legevakt vert pasientmøta ofte kort. Ein må difor tenkje over korleis møtet vert opplevd for den som oppsøker helsehjelp. Joyce Travelbee (gjengitt i Kirkevold, 1998, s. 113) seier at for å forstå kva som skjer i sjølve møtet mellom pasient og sjukepleiar, må ein tenkje over korleis den aktuelle interaksjonen vert opplevd og kva konsekvensar den kan ha for pasienten. På den eine sida må difor sjukepleiar vere bevisst på korleis ein opptrer i pasientmøtet. På den andre sida må sjukepleiar ha fokus på kva pasienten har behov for. Om sjukepleiar ikkje er bevisst på korleis ein opptrer i pasientmøtet og ser behova til pasienten, kan ein risikere at samhandlinga mellom pasient og sjukepleiar ikkje vert ei positiv oppleving.

Morken (2016, s. 119) skriv at ein i arbeid på legevakt vil møte pasientar med rusproblem, ofte kombinert med psykisk sjukdom. I den forbindelse kjem Travelbee sin sjukepleiarteori til rette, med tanke på viktigheita av «det første møtet» og kva konsekvensar det kan ha for denne pasientgruppa. Ein årsak til at det er viktig korleis sjukepleiarar handterer pasientmøta grunngjev eg med at pasientane i nokre tilfelle kan sitje inne med negative erfaringar med helsevesenet. Pasientar eg har møtt uttrykker at dei enkelte gonger kan kjenne seg dårleg ivareteken i møte med helsevesenet, og har kjensle av å ikkje bli teken på alvor. Dei opplever fordommar på bakgrunn av det livet dei lever. Med bakgrunn i det vert det viktig at helsevesenet tek imot alle som har behov for helsehjelp på ein best mogleg måte, uavhengig av kva liv ein lever. Dette bekreftar eg Martinsen (gjengitt i Nordtverdt, 2016, s. 53) som seier at relasjonen mellom sjukepleiar og pasient er sjølve fundamentet for moralsk ansvar og handling i sjukepleien. Sjukepleiaren har eit ansvar for dei sårbare gruppene i samfunnet, og er difor forplikta til å hjelpe pasientar med deira helseproblem på tross av sosial status, oppførsel eller oppfatning pasienten har, som sjukepleiaren ikkje likar.

Trass i at ein har eit moralsk ansvar som sjukepleiar, må ein samstundes vera førebudd til å handtere ulike situasjonar i «det første møtet» utan at det nødvendigvis dreier seg om å ha fordommar. I teorien kjem det fram at ein på legevakt kan møte pasientar med rusproblem, ofte kombinert med psyksisk sjukdom (Morken, 2016). Morken et al. (2015) viser til at ein på legevakt må vere mentalt klar for dei utfordringane og usikre situasjonane som kan oppstå. Pasientar som kjem på legevakt er ofte nye og ukjende for oss, og me har difor ingen føresetnad for å veta kven dei er, eller kva liv dei lever. Bergem (2015) viser til ulike symptom som kan komme som følgje av til dømes rusbruk. Det kan vere kranglevorenheit, humørsvingingar, nedsett dømmekraft, atferdsendring, forvirring, søvnevanskar, angst og uro. Skårderud et al. (2010) skriv at psykisk sjukdom kan bidra til problematisk åtferd som rusbruk, raseriutbrot, forandra verkelegheitsoppfatning, realitetsbrist og vald. Med bakgrunn i dette kan ein hevde at det vert viktig at sjukepleiarar har denne kunnskapen i botn. Både med tanke på korleis ein vél å møte pasienten i «det første møtet» for å få til eit positivt samarbeidsklima, men og med bakgrunn i kunnskap om kva førehandsreglar ein bør ta i møte med pasientar som potensielt kan utøve vald og trugslar. Dette bekreftar og Usher et al. (2017, s. 443) som poengterer viktigheten av at personalet er bevisst på den negative verknaden rusbruk kan ha. Både med bakgrunn i atferden rusbruken medfører, samt at det kan gjere pasientmøtet lite forutsigbart.

5.2 Sjukepleiaren si forståing av avmakt, og aggresjon som kommunikasjonsform

Hummelvoll (2012, s. 251) skriv at aggresjon kan komme på bakgrunn av ein trang til å angripe i retning av forsvar og sjølvhevdning. Ein konsekvens av dette vert at pasienten kan sjå på aggresjon og følgjene av den som einaste løysing for å kommunisere kjenslene ein sitt inne med. Det er svært uheldig at pasientar må handle på ein slik måte i håp om å bli høyrte. Av den grunn vert det viktig at sjukepleiarar har kunnskap til å kunne forstå kva årsakar som kan medføra at pasienten vert agitert, og at aggresjon kjem til uttrykk grunna ei kjensle av avmakt. Isdal (2018, s. 109) forklarar at avmakt kjem til syne når ein har mangel på kontroll, forutsigbarheit, oversikt, innflytelse og påverknadsmoglegheit i eige liv. Det står i samanheng med at pasientar med rusproblematikk eller psykisk sjukdom som oppsøker helsevesenet til

dømes kan oppleve ei kjensle av avmakt i møte med systemet. Det kan vere på bakgrunn av at dei ikkje føler seg sett, høyrte eller forstått. Morken et al. (2016) viser til at det er ei skeivfordeling av makt mellom helsepersonell og pasient, då helsepersonell er «nøkkelen» til noko pasienten treng. Det kan resultere i at pasientar på legevakt ikkje opplever at deira behov vert møtt, som kan medføra auka pasientfrustrasjon som igjen kan eskalere til verbalt eller fysisk angrep. Ein konsekvens av dette vert at sjukepleiarar kan oppleve å stå i ubehagelege og skremmande situasjonar. På ei anna side kan sjukepleiarar førebygge avmakt ved å vera sin sjukepleiarkompetanse bevisst, med tanke på korleis ein kommuniserer med pasienten.

Kommunikasjon er ein stor del av yrkesutøvinga til sjukepleiarar. Lillevik & Øien (2013, s. 31) viser til at måten ein kommuniserer på kan dempe aggresjonen til pasienten, om ein får oversikt over kva pasienten meiner med sinnet og aggresjonen sin. Nøkkelen til dette er kommunikasjonskompetanse. Røkenes & Hansen (2012, s. 10) viser til viktigheita av relasjonskompetanse i sjukepleiaryrket. Relasjonskompetanse handlar om å forstå og samhandla med pasientane ein møter på ein god måte. For å gjere det må ein ivareta pasienten sine interesser, og ikkje dekkje egne behov på bekostning av den andre. Dette vert og bekrefta i Travelbee sin teori, som seier at ein må kommunisere med pasienten på ein slik måte at ein får forståing for korleis pasienten har det frå sin ståstad (Kirkevold, 1998, s. 114). Dette viser kor avgjerande det «første møtet» er, og viktigheten av at sjukepleiar kommuniserar på pasienten sine premisser og lyttar til kva vedkommande har behov for.

Eit døme frå praksis: Ein pasient utagerte både fysisk og verbalt, truleg grunna ei kjensle av avmakt i situasjonen vedkommande var i. Politiet måtte tilkallast. Medan ein venta på politiet, roa situasjonen seg noko. Kollegaen min fekk då mogelegheit til å ha ein samtale med pasienten. I staden for at pasienten blei henta av politiet, fekk pasienten bli for å ta imot helsehjelp. Om pasienten måtte blitt med politiet kunne det vore ei bekrefting på at «helsevesenet sviktar, fordi dei ikkje forstår meg». Eg tenkjer at det var svært viktig for pasienten at aggresjonen blei sett på som ei kommunikasjonsform. Sjukepleiaren forstod at det låg noko meir bak, og ved hjelp av kommunikasjons-, relasjons- og

handlingskompetansen klarte sjukepleiar å snu situasjonen slik at den gav moglegheit for eit felles samarbeid.

5.3 Varsel i journalsystem, kunnskap og opplæring av tilsette

Morken et al. (2016) viser til at i primærhelsetenesta kan pasienten ofte vera ukjent, noko som kan begrense bruk av advarslar i journalsystemet. Eg har sjølv erfaring frå spesialisthelsetenesta der det kjem opp varsel i journalsystemet på enkelte pasientar som kan utgjere ein fare grunna tidlegare valdsbruk. På den eine sida kan det for meg som helsepersonell vere nyttig å ha kunnskap om kva ein bør vere observant på i forkant av pasientmøtet. På den andre sida kan eit varsel begrense pasientmøtet, på den måten at ein allereie har satt pasienten i ein bås på bakgrunn av tidlegare hendingar. I den samanheng vert det difor viktig å gjere seg tankar om bruk av varslar i journalsystemet. Kva skjedde i den aktuelle situasjonen, og kor lenge sidan er det varselet blei skrevet? Er det rett at til dømes éin uønska episode for fleire år sida er med på å sette standarden for pasientmøtet her og no?

Trass i dette er varsel i journalsystemet tenkt å vere eit verktøy for at sjukepleiarar og andre skal kunne vere i forkant der det er naudsynt. Difor vert det viktig å vite korleis ein skal førebu seg generelt til tilfelle av vald og trugslar, samt vite kva ein skal gjere om det oppstår. Dette står i samanheng med Morken et al. (2015), Morken et al. (2016) og Usher et al. (2017) som viser til viktigheita av fokus på kunnskap og opplæring. Morken et al. (2015) skriv at nokon av deltakarane følte seg betre førebudd til å handtere vald og trugslar grunna dei har delteke på undervisning og trening for å kunne handtere dette. Medan Morken et al. (2016) viser til at deltakarane ønskjer meir kunnskap om kva som kan vere årsak til aggresjon og kamp for anerkjening. Sidan Morken et al. (2015) og Morken et al. (2016) har teke utgangspunkt i svar frå same fokusgruppestudie, tolkar eg at enkelte deltakarar kjenner seg førebudd til å kunne handtere vald og trugslar, medan andre etterlyser meir kunnskap om årsaka til at det oppstår.

Usher et al. (2017) bekreftar og viktigheita av kunnskap blant dei tilsette på legevakt. Særleg med tanke på kva negative verknadar rusmiddel har på pasientane si mentale og fysiske helse. Dette er noko sjukepleiarar bør ha kunnskap om i møte med denne pasientgruppa på legevakt. Eg har sjølv erfart viktigheita av dette i praksis. Pasientar med rusproblem kan i møte med helsevesenet oppleve at rusen tek så stor plass, at det kamuflerer andre symptom som kanskje var årsaka til at vedkommande oppsøkte legevakt i første omgang. Det står igjen i samanheng med kjensla av avmakt pasienten kan oppleve i møte med systemet, og opplevinga av å ikkje få den hjelpa ein treng. Med bakgrunn i dette kan ein hevde at arbeidsgjevar har eit ansvar for å syte for at dei tilsette har tilstrekkeleg kunnskap om ulike pasientgrupper dei møter, då kunnskapen ein sit inne med kanskje kan vere med å førebyggje misforståingar som kan medføre uheldige hendingar. Dette kan setjast i samanheng med at arbeidsgjevar ifølgje Arbeidsmiljølova (2005) har eit ansvar for å sikra at arbeidsmiljøet er trygt slik at ein unngår fysiske og psykiske skadeverknader.

5.4 Tryggleikstiltak på arbeidsstaden

Eit viktig element for å kunne vere førebudd til å handtere vald og trugslar på arbeidsstaden er tilgong på nødvendige prosedyrar og tryggleikstiltak på arbeidsstaden. Morken et al. (2015) viser til at ein må minimere risikoen for å jobbe åleine. Om ein jobbar åleine vil ein kanskje vere mindre rusta til å kunne handtere alvorlege situasjonar som kan oppstå. På legevakt kan det, til tross for at det er mange på jobb, vere mykje åleinearbeid. Ein er til dømes ofte åleine inne på pasientrom. Av den grunn er ofte sjukepleiarar utstyrt med alarm, både med tanke på tilfelle av vald og trugslar, men og for å kunne utløyse ein eventuelt stansalarm. På den eine sida kan alarmsystemet vere ein tryggleik for personalet, med tanke på å kunne tilkalle nokon raskt. På den andre sida må ein vere klar over at teknisk utstyr kan svikte. Lystad (2006) viser at ein konsekvens av dette kan vere at ingen kjem til unnsetning om noko skjer. Difor vert det viktig at ein syter for at slikt utstyr fungerer. Eg har sjølv vore med på at ein under test av eit alarmsystem har oppdaga at alarmsystemet ikkje fungerer. Sjølv om det er flott at dette vert oppdaga, tenkjer eg at det er flaks at det ikkje har vore behov for å utløyse alarm i forkant av testen. Ein kan berre tenkje seg kor skremmande det

kan vere å stå i ein situasjon der ein treng hjelp, og ingen dukkar opp grunna teknologien har svikta.

Med bakgrunn i dette kan ein hevde at ein ikkje må ha full tiltru til teknologien, ein må og ha tiltru til seg sjølv som sjukepleiar. Bruk av kommunikasjon kan og vere ein form for tryggleikstiltak i møtet med pasientar. Då gode kommunikasjonsferdigheiter inneber å kunne forstå pasienten, forstå relasjonen og gje hjelp og støtte (Eide & Eide, 2017, s. 39). Morken et al. (2016) viser korleis til dømes tvungen legeundersøking kan medføre uønska hendingar. Eit viktig tiltak kan vere å førebygge ubehag i samband med dette. Ofte kjem pasientar som skal til tvungen legeundersøking i følgje med politi. På den eine sida kan det vere trygt å ha politiet i nærleiken, om det skulle oppstå ein uønska situasjon. På den andre sida kan politi vere ein trigger for pasienten. Med bakgrunn i dette kan ein førebygge uønska hendingar om ein kommuniserer med pasienten om vedkommande sitt ønske i situasjonen, og ved å eventuelt inngå avtalar med vedkommande. Ei løysing kan vere at politiet står utanfor pasientrommet, på den måten kan ein ivareta tryggleiken og pasienten på ein god måte. Dette bekreftar Morken et al. (2016) som seier at ein kan unngå konflikter ved å vere fleksibel i si tilnærming og foreslår tiltak som kan gjenopprette eller auke pasienten si verdigheit. Travelbee seier òg kor viktig det er korleis den aktuelle interaksjonen vert opplevd, med tanke på konsekvensane den kan gje (gjengitt i Kirkevold, 1998, s. 113). Når sjukepleiaren er fleksibel i si tilnærming kan samarbeidet mellom pasient og sjukepleiar verte betre når pasienten kjenner seg sett og forstått.

5.5 Bruk av Brøset Violence Checklist på legevakt

Morken (2016) viser til at arbeidsgjevar har eit ansvar for å kartleggje risiko for vald og trugslar på arbeidstaden. Eit viktig tiltak i den forbindelse kan til dømes vere å ta i bruk kartleggingsskjema. På den måten kan sjukepleiarar ta i bruk sin handlingskompetanse, som er kunnskap og ferdigheiter til å gjere noko for «nokon» eller med «nokon» (Røkenes & Hansen, 2012, s. 11). Med bakgrunn i det kan ein hevde at handlingskompetansen til sjukepleiarane kan styrkast gjennom å tileigne seg kunnskap og ferdigheiter ved å få

opplæring i bruk av til dømes kartleggingsverktøy. Det kan gjere sjukepleiaren bevisst på å observere atferd og vurdere aktuelle tiltak i pasientmøtet.

Helsebiblioteket (2015) presenterer BVC til å vere eit godt validert skåringsverktøy for å vurdere risiko for nært førestående vald i løpet av dei neste 24 timane. Dette bekreftar òg Hvidhjelm et al. (2014). Sidan BVC er ei kortsiktig kartlegging, der ein ikkje treng å spørje pasienten direkte om noko, kan det vere eit godt verktøy på legevakt. Det står i samanheng med at på legevakt er det ofte korte pasientmøter og ukjende pasientar. Det set ingen begrensingar for bruk av BVC, då ein ikkje treng ha kjennskap til pasienten frå før for å ta i bruk kartleggingsverktøyet. Samstundes må ein vere klar over at kjende pasientar som ein «veit» kan utagere på bakgrunn av tidlegare erfaring, ikkje kan gis poeng på bakgrunn av det. BVC skal skårast med bakgrunn i situasjonen her og no (Helsebiblioteket, 2015). Difor kan pasientar som ein veit har kjend valdshistorikk bli scora til BVC 0. På den eine sida er dette positivt då pasienten ikkje skal verte «dømd» på bakgrunn av tidlegare hendingar. På ei anna side kan det virke mot si hensikt å ikkje identifisere pasientar som har kjent historikk med vald og trugslar gjennom BVC.

Hvidhjelm et al. (2014) fant ut at dei som ofte hadde BVC >0 ved ein eller fleire anledningar var pasientar med kjend rusmiddelhistorikk. Morken (2016) skriv at sjukepleiarar på legevakt møter pasientar med rusmiddelproblem. Med bakgrunn i dette kan ein hevde at bruk av kartleggingsverktøy kan vere eit godt tiltak for å tidleg oppdage fare for vald og trugslar på legevakt, då funn viser at den har ein tilfredstillande følsomheit i å forutsjå valdelege hendingar (Hvidhjelm et al. (2014). Sjukepleiar kan til dømes byrje kartleggingsarbeidet i luka når pasienten skriv seg inn, ved å observere atferd og dokumentere BVC-skåren i pasientjournal. Då kan sjukepleiaren som skal hente inn pasienten få naudsynt informasjon i forkant, som kan gjera vedkommande betre førebudd til å handtere pasientmøtet med tanke på førebygging av uønska hendingar. På den måten kan BVC bidra til at sjukepleiarar kan vera førebudd til å handtere vald og trugslar på legevakt.

6 Konklusjon

Gjennom denne litteraturstudien har eg forsøkt å svare på korleis sjukepleiarar kan vere førebudd til å handtere vald og trugslar på legevakt. I pasientmøte fant eg ut at ein må ha fokus på pasienten sine behov, samt vere bevisst på måten ein kommuniserer på, då det kan ha mykje å seie for utfallet av pasientmøtet for begge partar. Pasienten kan få ei kjensle av anerkjenning når ein vert sett, høyrte og forstått. Det kan medverke til at frustrasjonsnivået vert lågare, og ein kan på den måten førebyggje tilfelle av vald og trugslar. Det vert difor viktig å kunne bygge relasjonar og utføre sjukepleie på ein god måte. For å oppnå dette kan sjukepleiarar gjennom opplæring, trening og auka kunnskap førebu seg til å kommunisere på ein god måte i pasientmøte, forstå korleis aggresjon kan vere ein form for kommunikasjon, ivareta pasientar med rusrelaterte utfordringar og/eller psykisk sjukdom, samt tidleg oppdage fare for vald og trugslar. Når sjukepleiar tileignar seg desse ferdigheitene, kan ein over tid få auka kompetanse som vil kunne gje betre evne til å handtere utfordrande situasjonar på arbeidsstaden.

Arbeidsgjevar har og ei viktig rolle med å leggje til rette for at sjukepleiarar skal kunne vere førebudd til å handtere vald og trugslar på arbeidsstaden. Det kan gjerast gjennom utforming av omgivnadane, opplæring og trening, samt bruk av til dømes teknisk tryggleiksutstyr. Om arbeidsgjevar har fokus på tryggleiksrutinar og naudsynt opplæring, vil det kunne gje sjukepleiarane gode føresetnadar for å vere førebudd til å handtere, samt førebyggje vald og trugslar på legevakt. Det kan bidra til at det vert ein tryggare arbeidsstad, som igjen kan gje lågare sjukefråvær, auka trivsel og eit godt arbeidsmiljø.

Referanser

Arbeidsmiljøloven. Lov 17. juni 2005 nr. 62 om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.

Arbeidstilsynet. (u.å). Vold og trusler. Henta 29.04.19 frå

<https://www.arbeidstilsynet.no/tema/vold-og-trusler/>

Bergem, A. K. (2015). *Forstå: God kommunikasjon for folk i førstelinjen*. Bergen: Fagbokforlaget.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. utg.). Stockholm: Natur & kultur.

Førland, O. (2016). Legevakten som samfunnsinstitusjon. I E. Holm Hansen & S. Hunskaar (Red.), *Legevaktarbeid: En innføringsbok for leger og sykepleiere*. (s. 25-30) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helsebiblioteket. (2015, 3. februar). Lær å bruke Brøset Violence Checklist: BVC brukerveiledning. Henta 16.05.19 frå <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/aktuelt/laer-a-bruke-broset-violence-checklist>

Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). Kunnskapsbasert praksis: Sjekklistene. Henta 09.04.2019 frå <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistene>

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hvidhjelm, J., Sestoft, D., Skovgaard, L. T. & Bjorner, J. B. (2014). Sensitivity and specificity of the Brøset Violence Checklist as predictor of violence in forensic psychiatry. *Nordic journal of psychiatry*, vol.68, 536-542. <https://doi.org/10.3109/08039488.2014.880942>

Isdal, P. (2018). *Meningen med volden* (2. utg.). Oslo: Kommuneforlaget

Kirkvold, M. (1998). *Sykepleierteorier: Analyse og evaluering* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Lillevik, O. G. & Øien, L. (2013). *Tiltak mot vold i helsetjenesten: En håndbok om forebygging, håndtering og oppfølging*. Oslo: Medlex Norsk helseinformasjon.

Lystad, A. M. (2006). *Håndbok i konflikthåndtering*. Oslo: Akribe AS.

Morken, T. (2016). Trygg legevakt. I E. Holm Hansen & S. Hunskaar (Red.), *Legevaktarbeid: En innføringsbok for leger og sykepleiere*. (s. 118-124). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Morken, T., Johansen I. H. & Alsaker, K. (2015). Dealing with workplace violence in emergency primary health care: A focus group study. *BMC Family Practice*, 2016(16:51), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0276-z>
- Morken, T., Alsaker, K. & Johansen, I. H. (2016). Emergency primary care personnel's perception of professional-patient interaction in aggressive incidents: A qualitative study. *BMC Family Practice*, 2016(17:54), 1-6. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0454-7>
- Nordtvedt, P. (2016). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nordtvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Akribe AS.
- Røkenes, O. H. & Hansen, P-H. (2012). *Bære eller bryte: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken: Sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Statens arbeidsmiljøinstitutt - STAMI. (2018). *Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2018: Status og utviklingstrekk* (Årgang 19, nr 3). Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt.
- Usher, K., Jackson, D., Woods, C., Sayers, J., Kornhaber, R. & Cleary, M. (2017). Safety, risk and aggression: Health professionals' experiences of caring for people affected by

methamphetamine when presenting for emergency care. *International Journal of Mental Health Nursing* (vol. 26, issue 5), 437-444. <https://doi.org/10.1111/inm.12345>

Wedervang-Resell, A., Østraat, I. E., Haga, M., Klinkenberg, E. & Berglund, K. (2017). *Kartlegging av vold mot helsepersonell og medpasienter* (IS-2618). Oslo: Helsedirektoratet

Vedlegg 1

Søkehistorikk

SØK	ORD	ANTALL TREFF	ANTALL LESTE ABSTRAKT	ANTALL LESTE ARTIKLAR	UVALGTE ARTIKLAR
S1 OR	Workplace violence, violence*, aggress*, aggressive behavior, workplace violence against nurses, violent behavior	630715			
S2 OR	Nurs*, registered nurse, nurses, nursing	2073716			
S3 OR	Emergency room, emergency room violence*, emergency health services, emergency medical services	139919			
S4 OR	Experience, consequences, prevent*, take precaution	6663064			
S5 OR	Drug*, alcohol*, substance abuse, substance-related disorders, narcotics*	8819669			
S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4	305			
S7	S1 AND S2 AND S3 AND S4. LIMIT TO: 2012-2019. PEER REVIEWED. ENGLISH	111	15	9	Morken et al. 2015; Morken et al. 2016; Usher et al. 2017
S8	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5	44			
S9	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5. LIMIT TO: 2012-2019. PEER REVIEWED.	24	4	3	Usher et al. 2017

Vedlegg 2

BRØSET VIOLENCE CHECKLIST (BVC)

1 = Atferden er observert

0 = Ingen forekomst

BVC atferd	Definisjon
Forvirring	Oppfører seg åpenbart forvirret og desorientert. Kan hende er pasienten ikke orientert for tid og sted samt person.
Irritabilitet	Pasienten blir lett irritert; tåler dårlig andres tilstedeværelse
Støyende atferd	En åpenbart støyende og brautende væremåte; f.eks. slamrer med dører, roper i stedet for å snakke osv.
Fysisk truende	Viser med tydelig kroppsspråk at hensikten er å tru en annen person, f.eks. en aggressiv kroppsholdning, tar i en annen persons klær, løfter og hytter med knyttet neve, simulerer skalling retning en annen osv.
Verbalt truende	Ett verbalt utbrudd som er mer enn å bare heve stemmen og har til hensikt å ydmyke eller skremme en annen person.
Angrep på ting eller gjenstander	Ett direkte angrep på ting eller gjenstander og ikke en person; slå på eller knusing av vindu, slår eller skaller en gjenstand eller slå i stykker ett møbel.

SUM = 0	Liten risiko for vold
= 1-2	Moderat risiko for vold. Preventive forholdsregler bør taes.
> 2	Høy risiko for vold. Preventive forholdsregler skal tas og planer for hvordan møte et eventuelt angrep legges.

Kjelde: Helsebiblioteket (2015). Henta frå: <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/aktuelt/slik-bruker-du-brosset-violence-checklist-bvc> BVC-brukarveiledning.