

Kandidatnr: 6173/6248

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie



Universitetet
i Stavanger

Pasienters erfaringer med aggressiv atferd på psykiatriske avdelinger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 12.05.2021

Sammendrag

Bakgrunn:

Vold og aggressiv atferd på psykiatriske avdelinger er et økende problem i Norge. Vi har sett at det ofte er en uenighet mellom pasienter og helsepersonell i forhold til hva som er årsakene til aggressiv atferd, og hvor pasientperspektivet i mindre grad blir vektlagt. Sykepleier har en viktig rolle i møte med aggressiv atferd ut ifra et helsefremmende og forebyggende perspektiv.

Hensikt:

Oppgavens hensikt er å øke kunnskapsgrunnlaget for pasienters erfaringer knyttet til aggressiv atferd på psykiatrisk avdeling og rette søkelyset mot sykepleiers rolle i møte med problematikken.

Metode:

Integrativ litteraturoversikt er metoden som er benyttet i oppgaven. Fire kvalitative vitenskapelige artikler har blitt analysert. Resultatene i forskningsartiklene, relevant faglitteratur og teori, samt egne erfaringer utgjør grunnlaget for vår besvarelse.

Resultater:

To hovedtemaer og fem undertema knyttet til pasientenes erfaringer av aggressiv atferd ble funnet. Sentrale årsaker viser til at organisatoriske faktorer, relasjon til sykepleier og pasientens personlige aspekter kan fremme aggressiv atferd. Resultatene viser også at pasienter trekker fram mellommenneskelig kontakt og mestringsstrategier som forebyggende anbefalinger.

Innholdsfortegnelse

1.0	INNLEDNING	5
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	5
1.2	PROBLEMFOMULERING	5
1.3	HENSIKT MED OPPGAVEN	6
1.4	BEGREPSAVKLARING/AVGRENSNING	6
2.0	TEORI OG BAKGRUNNSSTOFF	7
2.1	SYKEPLEIERS HELSEFREMMEDE- OG FOREBYGGENDE FUNKSJON	7
2.2	AVMAKT OG MESTRINGSSTRATEGIER	8
2.3	AGGRESJONSDEMPENDE KOMMUNIKASJON	9
2.4	ETISK- OG JURIDISK FORANKRING.....	9
2.5	ETABLERING AV RELASJONER I SYKEPLEIE	10
3.0	METODE	11
3.1	VALG AV METODE	11
3.2	LITTERATURSØK.....	12
3.2.1	<i>Inklusjon og eksklusjonskriterier</i>	12
3.2.2	<i>Søkeprosessen og valg av dokument</i>	13
3.2.3	<i>Kvalitetsgranskning</i>	14
3.3	ANALYSE.....	15
4.0	RESULTATER	16
4.1	SENTRALE ÅRSAKER TIL AGGRESSIV ATFERD.....	16
4.1.1	<i>Organisatoriske årsaker</i>	16
4.1.2	<i>Relasjonelle årsaker</i>	18
4.1.3	<i>Personlige årsaker</i>	19
4.2	ANBEFALINGER TIL HVORDAN AGGRESSIV ATFERD KAN REDUSERES.....	20
4.2.1	<i>Mestringsstrategier</i>	20
4.2.2	<i>Mellommenneskelig kontakt</i>	21
5.0	DISKUSJON	22
5.1	METODEDISKUSJON	22
5.1.1	<i>Valg av metode</i>	22
5.1.2	<i>Land, arena og årstall for studiene</i>	23

5.1.3 Deltakerne i studiene.....	23
5.1.4 Etske forhold	24
5.2 RESULTATDISKUSJON	24
5.2.1 Regler og begrensninger på bekestning av autonomi og brukervedvirkning	24
5.2.2 Relasjonens betydning for utvikling av aggressiv atferd.....	26
5.2.3 Sykepleiers forståelse av pasienten	29
6.0 KONKLUSJON	30
6.1 IMPLIKASJON FOR PRAKSIS	31
LITTERATURLISTE.....	33
VEDLEGG.....	35

Antall ord: 10586

1.0 INNLEDNING

Tall fra norske akuttpsykiatriske avdelinger viser en økning av skademeldinger på helsepersonell de siste fem årene. Ved Nordlandssykehuset ble det i 2019 registrert 343 tilfeller av vold og trusler mot ansatte, en økning fra 179 tilfeller i 2015 (Dagens medisin, 2020). Sykepleier er en av yrkesgruppene som er mest utsatt for å oppleve vold på arbeidsplassen (Arbeidstilsynet, 2021, s. 3). Vold og aggressiv atferd er ikke kun et problem i Norge. Eriksen & Yifter (2020) viser til at 17% av pasienter ved akuttpsykiatriske avdelinger i I-land har utført minst en voldelig handling på institusjonen (Eriksen & Yifter, 2020, s. 504). Sykepleier må rette mer fokus på det forebyggende arbeidet i møte med vold og aggressiv atferd (Eriksen & Yifter, 2020, s. 505). Økt kunnskap om psykiatriske pasienters erfaringer mener vi vil kunne gi bedre grunnlag for sykepleierfaglig praksis og det forebyggende arbeidet.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vår bakgrunn for valg av tema har kommet fra praksistiden ved psykiatrisk avdeling. Begge opplevde situasjoner hvor pasienter utøvde aggressiv atferd mot sykepleiere og øvrig helsepersonell, medpasienter eller objekter. For at vi skal være best mulig forberedt i møte med aggressiv atferd ønsker vi å styrke kunnskapen vår rundt tema. Vi har sett at det ofte er uenigheter mellom pasienter og helsepersonell i forhold til hva som er årsakene til aggressiv atferd og hvor pasientens perspektiv i mindre grad blir vektlagt. Vi sett hvor viktig det er at sykepleier møter denne pasientgruppen på en måte som forhindrer og forebygger aggressiv atferd samtidig som pasienten føler seg ivaretatt. I denne oppgaven ønsker vi derfor å sette fokus på pasientens perspektiv og erfaringer med disse situasjonene.

1.2 Problemformulering

Som nevnt i innledningen er vold og aggressiv atferd i på psykiatriske avdelinger et omfattende problem som kan medføre fysiske og psykiske konsekvenser for den enkelte pasient, sykepleier og øvrig helsepersonell. For den enkelte virksomhet kan konsekvensene føre til økt sykefravær, økt utskiftning, redusert motivasjon blant arbeidstaker og krevende rekruttering (Arbeidstilsynet, 2021, s. 4). Pasienter innlagt under psykisk helsevern befinner seg i en sårbar posisjon. I denne oppgaven ønsker vi derfor å sette fokus på pasientens perspektiv for å fremme et helhetlig bilde av hvordan pasientgruppen erfarer situasjonen. Økt

kunnskapen rundt problemet kan bidra til å fremme forsvarlig og omsorgsfull sykepleie samt forebygge aggressiv atferd i fremtiden. På denne bakgrunn ønsker vi å reise følgende problemstilling: *“Hvilke erfaringer har pasienter innlagt på psykiatriske avdelinger med aggressiv atferd?”*. Problemstillingen åpner opp for at pasientenes egne meninger skal kunne komme frem om hva som er sentrale aspekter ved aggressiv atferd og sykepleiers rolle i møte med problematikken.

1.3 Hensikt med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å øke vår forståelse for pasientens perspektiv til aggressiv atferd på psykiatriske institusjoner og rette søkelyset mot sykepleiers rolle i møte med problematikken. Økt forståelse for pasientperspektivet tror vi er nødvendig for at sykepleiere skal kunne redusere aggressiv atferd i møte med pasienter med psykisk lidelse.

1.4 Begrepsavklaring/avgrensning

Aggressiv atferd: Vi har valgt å definere aggressiv atferd i oppgaven som “et overordnet begrep for ulike former for selvhevdende atferd, hvor en påfører noen eller noe smerte/skade/ubehag. Dette kan komme til uttrykk både fysisk og psykisk”. Denne definisjonen inkluderer begrepene aggresjon, vold, sinne, og trusler.

Psykisk helsevern: “Med psykisk helsevern menes spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever” (Phvl, 1999, § 1-2).

Psykiske lidelser: “Psykiske lidelser er en samlebetegnelse for sykdommer og tilstander som påvirker tanker og følelser. Psykiske lidelser medfører ofte nedsatt funksjonsevne i dagliglivet og kan skape ubehag som reduserer livskvaliteten” (Malt & Aslaksen, 2019).

Vi har valgt å ikke knytte oppgaven til en spesifikk type psykiatrisk institusjon fordi vi ønsker å få innsikt fra pasienter på tvers av psykiatriske institusjoner og avdelinger. Vi avgrensner oppgaven til pasienter over 18 år med psykisk lidelse som selv har vært involvert, eller vitne til aggressiv atferd på avdelingen. Imidlertid avgrensner vi ikke til en spesifikk psykisk lidelse fordi vi tror aggressiv atferd kan ses i et større bilde enn pasientens sykdom.

Aggresjonsproblematikk og bruken av tvang er nært knyttet opp mot hverandre i psykiatrien. Det vil derfor være naturlig å involvere reaksjoner og erfaringer ved tvang hvor det blir nevnt.

Likevel vil vi presisere at vårt fokus i oppgaven er rettet mot erfaringer av aggressiv atferd, ikke erfaringer knyttet til tvangstiltak.

2.0 TEORI OG BAKGRUNNSSTOFF

Hva kan styrke sykepleieres kunnskaper om pasientgruppens perspektiv på aggressiv atferd? Med utgangspunkt i dette spørsmålet har vi valgt vår teoretiske forankring. Teorien bidrar til å belyse oppgavens problemstilling. Dette vil innebære teori knyttet til sykepleiers funksjonsområde, avmakt og mestringsstrategier, aggresjonsdempende kommunikasjon, etisk- og juridisk forankring og etablering av relasjoner i sykepleien med utgangspunkt i sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee (1999).

2.1 Sykepleiers helsefremmende- og forebyggende funksjon

Vårt valg av tema og problemstilling er forankret i forståelsen av sykepleiers funksjonsområde. “Utgangspunktet for vår virksomhet som sykepleiere er pasientens grunnleggende behov for opplevelser av og reaksjoner på sin situasjon” (Kristoffersen et al., 2016. s 16). Med utgangspunkt i rammeplanen for sykepleierutdanningen (2008), deler Kristoffersen et al. (2016) sykepleiers funksjonsområder inn i åtte punkter:

1. Helsefremmende
2. Forebygging
3. Behandling
4. Lindring
5. Rehabilitering
6. Undervisning og veiledning
7. Organisering, administrasjon og ledelse
8. Fagutvikling, kvalitetssikring og forskning

(Kristoffersen et al., 2016. s 17)

I møte med aggressiv atferd vil sykepleiers helsefremmende og forebyggende funksjonen stå sentralt. Den forebyggende funksjonen tar utgangspunkt i identifisering av problemer. Målet med det forebyggende arbeidet av aggressiv atferd er å hindre at det oppstår. Helsefremming skal øke pasientens livskvalitet gjennom målrettede tiltak og sette pasienten i stand til å få økt kontroll over seg selv (Kristoffersen et al., 2016. s 18).

2.2 Avmakt og mestringsstrategier

“Bruk av vold er den mest ekstreme formen for maktmisbruk. Generelt kan en si at det finnes makt uten vold, men all vold inneholder makt (Hammerlin 2002)” (Lillevik & Øien, 2014, s. 16). Sitatet nyanserer forholdet mellom, vold, makt og avmakt. Vi mennesker trenger forutsigbarhet, oversikt og en tilstrekkelig grad av kontroll over egen situasjon for å føle oss trygge og i harmoni med oss selv. Dette kalles for egenmakt. Motsatte av egenmakt er avmakt (Lillevik & Øien, 2014, s. 27). Avmakt oppstår når mennesker opplever at sin integritet eller liv blir angrepet eller truet (Lillevik & Øien, 2014, s. 27). Psykose og svikt i realitetstesting trekkes frem som en viktig faktor som kan påvirke følelsen av frustrasjon og avmakt. Pasienter med psykose kan oppleve seg truet for livet, pga. paranoide vrangforestillinger. Manglende evne til realitetsorientering, samt evne til å skille mellom virkelighet og egen tanker, kan ofte være opphav til redsel, avmakt, frustrasjon og aggresjon (Lillevik & Øien, s. 43). “Psykose er en betegnelse på en tilstand der de indre ideene og forestillingene overtar, og der virkeligheten blir mindre vesentlig” (Håkonsen, 2014, s. 349). Tidligere forskning hevder at psykotiske pasienter har økt voldsatferd, men det er usikkerhet knyttet til hvorfor (Urheim, 2019, s. 6).

Tap av objekter, selvbestemmelse eller relasjonsproblemer kan føre til psykiske påkjenninger som overstiger menneskets mestringskapasitet (Håkonsen, 2014, s. 257). Når egne mestringsstrategier ikke strekker til kan mennesker oppleve en krise. Mestringsstrategier kan enten være rettet mot den aktuelle situasjonen i form av problemfokuset mestringsstrategi, eller rettet mot de følelsesmessige problemene (Folkman & Lazarus, 1984, s. 150-154).

Problemfokuserte mestringsstrategier er rettet mot å definere problemet, finne alternative løsninger, velge og til slutt handle. Strategiene er primært rettet mot tiltak i miljøet, men også mot en indre kognitiv rekonstruering (Folkman & Lazarus, 1984, s. 152). Når problemet ikke kan løses må vi lære oss å leve med det eller få hjelp til å komme igjennom. Dette kalles følelsesmessig fokusert mestringsstrategi (Folkman & Lazarus, 1984, s. 150). Følelsesmessig fokusert mestringsstrategi skal hjelpe til å håndtere stress som er forbundet med negative følelser ved å akseptere eller fortolke situasjonen. Eksempelvis kan reformulering av en situasjon som oppleves truende være: “*Jeg bestemmer meg for at det er ting i livet som er viktigere å bry seg om*” (Folkman & Lazarus, 1984, s. 150).

2.3 Aggresjonsdempende kommunikasjon

Aggresjonsdempende kommunikasjon er en miljøterapeutisk praksistilnærming som er relevant for å hjelpe sykepleier i møte aggresjon (Lillevik & Øien, 2014, s. 93).

Miljøterapeutisk tilnærming kan redusere avmakt og være aggresjonsdempende (Lillevik & Øien, 2014, s. 76). Hensikten med aggresjonsdempende kommunikasjon er å hjelpe pasienten til å oppnå selvkontroll gjennom ikke fysisk håndtering av situasjonen. Aggresjonsdempende kommunikasjon tar sikte på samhandling med pasienten i tidlig fase av aggresjonen, for å unngå unødvendig krenkelse og opplevelse av avmakt. Sykepleier må vurdere ulike tiltak for best mulig etisk håndtering (Lillevik & Øien, 2014, s. 107). Det minst inngripende tiltaket er dialog og skal konkret handle om problemet (Lillevik & Øien, 2014, s. 104). Dialog som tiltak kan bidra til å styrke relasjonen mellom sykepleier og pasient. Andre tiltak er å enten trekke seg ut av situasjonen, tilkalle hjelp fra annet personal og fysiske tiltak som er det mest inngripende. Sykepleier må også aktivt senke farten i konflikten, ved å håndtere egne følelser, samt snakke rolig med pasienten (Lillevik & Øien, 2014, s. 109).

2.4 Etisk- og juridisk forankring

“Å respektere pasientens autonome valg innebærer å respektere pasientens eget perspektiv på og opplevelse av sin sykdom” (Kristoffersen et al., 2016, s.107). Autonomi og brukermedvirkning er sentrale begreper som innebærer å fremme pasientens egne ressurser til å mestre, samt involvering i prosesser i sitt eget liv. Sykepleier må styrke opplevelsen av autonomi og brukermedvirkning gjennom å la pasienten ta i bruk sine egne ressurser (Kristoffersen et al., 2016, s.106). Autonomiprinsippet er både nedfelt i sykepleierens yrkesetiske retningslinjer og i lovverket. I NSF (2019) sin definisjon av sykepleiers yrkesetiske retningslinjer beskrives sykepleieren og pasienten: *“Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket”* (NSF, 2019). Pasient og brukerrettighetsloven står sentralt i ivaretagelsen av brukermedvirkning og autonomi: *“Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester”* (pbrl, 1997, §3-1). Også i loven om psykisk helsevern belyses brukermedvirkning. Loven sier at *“Forhold skal legges til rette for at pasienten får delta i utforming av institusjonens daglige liv... anledning til å dyrke private interesser...tilgang til aktivitetstilbud* (phvl, 1997, §4-2). Mulighet til å kunne handle selv, få tilstrekkelig informasjon og ha medansvar til egen behandling er konkrete aspekter som fremmer pasientens evne til egenmestring (Kristoffersen et al., 2016, s. 104).

2.5 Etablering av relasjoner i sykepleie

Sykepleier vil ofte sitte på fagkunnskap om sykdom og behandling som ikke pasienten gjør (Kristoffersen, 2016, s. 109). I utgangspunktet er sykepleier og pasient likeverdige, men med hensyn til kompetanse, krefter og vilje er de ofte ikke likestilte. Dette kan skape en asymmetrisk relasjon mellom partene og kan true relasjonen (Kristoffersen et al., 2016, s. 109). I etableringen av relasjon mellom sykepleier og pasient, er sykepleierens holdning og væremåte svært viktig (Kristoffersen et al., 2016, s. 111). Holdningen kommer til uttrykk i det ordløse, gjennom kroppsspråk, stemmebruk og blikk. Enten om man vil det eller ikke vil holdningene våre alltid være til stede, og som sykepleier har man et ansvar for holdningsmessige reaksjoner. I situasjoner hvor pasienten er psykisk svekket og/eller har manglende selvbestemmelse, er sykepleieren evne til innlevelse og gode holdninger avgjørende (Kristoffersen et al., 2016, s. 111).

Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee (1999) er en tidligere psykiatrisk sykepleier og retter oppmerksomheten mot de mellommenneskelige forholdene ved sykepleien i sin sykepleietenkning. Travelbee (1999) ser på ethvert menneske som et unikt individ og har et eksistensialistisk menneskesyn som bygger på at smerte og lidelse er en uunngåelig del av menneskets liv. Hun definerer sykepleie som en mellommenneskelig prosess der en hjelper pasienten til å mestre, forebygge, eller finne mening ved sykdom og lidelse (Travelbee, 1999, s. 171). Travelbee hevder at sykepleiens mål og hensikt kun kan nås ved å etablere et menneske- til- menneske-forhold og bygges på at sykepleier og pasient deler opplevelser og erfaringer (Travelbee, 1999, s. 177). Et slikt forhold kommer ikke "av seg selv", men er noe som utvikles når sykepleier samhandler med pasienten. Det er derfor avgjørende at sykepleier er bevisst på sine handlinger, samt hva hun tenker og føler (Travelbee, 1999, s. 171).

Travelbee (1999) mener at for å danne et menneske- til- menneske forhold er det avgjørende at pasient og sykepleier går bort fra å betrakte hverandre som roller, men i stedet ser hverandre som to unike individer (Travelbee, 1999, s. 171). Etableringen av et slikt forhold utvikles gjennom 5 faser. Disse er (1) det innledende møtet, (2) framvekst av individer, (3) empati, (4) sympati, og (5) gjensidig forståelse og kontakt. I forhold til oppgavens relevans vil vi presentere empatifasen. Empati defineres som "*evnen til å leve seg inn eller ta del i den andres psykiske tilstand i øyeblikket*" (Travelbee, 1999, s. 193). Empati handler om å «ta del», men samtidig stå utenfor. Travelbee hevder at det er urealistisk for sykepleier å vise empati for alle syke, da en forutsetning for empati er styrt at graden av likhet mellom partene. I

situasjoner hvor en har empati for en annen pasient, vil en oppleve nærhet og kontakt og en vil være i stand til å forutsi andres atferd (Travelbee, 1999, s. 195).

3.0 METODE

“Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap” (Dalland, 2020, s. 53). Dalland beskriver metode som selve redskapet i undersøkelsen. Valg av metode er basert på metodens evne til å belyse problemstillingen. En litteraturoversikt skal søke en helhetsforståelse av et fenomen, hendelse eller problem (Friberg, 2017, s. 141). “Integrativ” innebærer at forfatteren går ett steg til ved å identifisere underliggende mønstre i den samlede data for å se om det kan finnes en rød tråd i teksten (Friberg, 2017, s. 150). En litteraturoversikt åpner for bruk av artikler med utgangspunkt kvantitativ og/eller kvalitativ forskningsmetode (Friberg, 2017, s. 145). Den kvantitative metoden gir data i form av målbare enheter, går i bredden for å skape presisjon og kan defineres som “hard data”. Kvalitativ metode ser fenomenet innenfra, sikter for å fremme en helhet ved å gå i dybden og har en nærhet til feltet (Dalland, 2020, s. 55). Valg av metode, litteratursøk, kvalitetsgranskning og analyse vil bli presentert. Friberg (2017) og Olav Dalland (2020) har vært utgangspunktet i vår metodiske fremgangsmåte.

3.1 Valg av metode

Vårt motiv for valg av metode følger Friberg (2017) sin beskrivelse som er å skape et overblikk over et avgrenset område, danne en beskrivende sammenheng og trene på det strukturerte forskningsarbeidet (Friberg, 2017, s. 144). Pasienters personlige erfaringer på psykiatriske institusjoner er en avgrenset populasjon og område som vi mener krever økt forståelse. I vår oppgave tar vi i bruk en integrativ litteraturbasert metode. I motsetning til en allmenn litteraturoversikt, som er en beskrivende oversikt, vektlegger integrativ litteraturbasert metode i større grad tolkning av analysen og hvilke implikasjoner dette har for praksis (Friberg, 2017, s. 150). Vi ønsket å finne forskning hvor den enkelte pasientens opplevelser og erfaringer ble presentert. Basert på vår problemstilling vil det være hensiktsmessig å involvere kvalitativ forskning i vår litteraturstudie, fordi metoden får frem en dybde og belyser flere aspekter ved deltakernes personlige erfaringer (Dalland, 2020, s. 55)

3.2 Litteratursøk

“*Hvordan den egentlige litteratursøkingen går til må dokumenters nøye*” (Friberg, 2017, s. 45). Vårt tema ble valgt gjennom vår interesse for psykiatri. Vi leste oss opp på tema ved å finne relevant pensum og gjennom innledende søk i google scholar. Hensikten med et innledende søk er å samle tilstrekkelig bakgrunnsinformasjon for å kunne utføre et mer systematisk søk (Friberg, 2017, s. 61). Deretter benyttet vi PICO-modellen som var et viktig verktøy for å starte litteratursøket. Modellen har som mål å hjelpe til å “få fatt” i hva som skal studeres ved å tydeliggjøre oppgavens populasjon, intervensjon og outcome (Friberg, 2017, s. 42). C-en i PICO står for comparison og ble ikke brukt fordi vi valgte å avgrense oppgaven til pasientens erfaringer.

Tabell 1:

P (Population)	Pasienter innlagt på psykiatrisk avdeling
I (Intervention)	Aggressiv atferd
O (Outcome)	Øke forståelsen for pasienters erfaringer

Helsevitenskapelige databaser som ble brukt for å komme frem til våre artikler var “Svemed+” og “CINAHL” Søk ble også utført i databasen “Oria” og “Pubmed”. Vi lagde en tabell for å danne en oversikt over søkehistorikken vår. Tabellen er presentert som vedlegg 1.

3.2.1 Inklusjon og eksklusjonskriterier

Oppgavens tema, problemstilling og hensikt dannet grunnlaget for inklusjon- og eksklusjonskriterier i søkeprosessen.

Tabell 2

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Peer reviewed	Systematic review
Årstall 2011-2021	Årstall før 2011

Psykiatriske institusjoner	Alderspsykiatri, hjemmesykepleie, DPS
Pasientperspektivet	Pårørendeperspektivet
Pasienter over 18 år	Pasienter under 18 år
Kvalitative studier	Kvantitative studier
Språk (engelsk, norsk, svensk og dansk)	Kun sykepleieperspektivet

3.2.2 Søkeprosessen og valg av dokument

Med utgangspunkt i oppgavens definisjon av aggressiv atferd brukte vi søkeordene: “violence”, “aggression”, “aggressive behavior” og “agresjon” i litteratursøket. I starten av søkeprosessen utførte vi et vidt søk for å undersøke hvilken forskning som var tilgjengelig innenfor temaet aggressiv atferd og psykiatri. I CINAHL søkte vi med søkeordene “psychiatric patients” AND “violence”. Den boolske operatoren “AND” vil gi et søketreff som inneholder både søkeord 1 og søkeord 2 (Friberg, 2017, s. 72). Søket gav 457 treff. Vi fikk dermed et inntrykk at det eksisterer forskning innenfor temaet, men at vi måtte avgrense søket. For å trekke pasientperspektivet inn i søket la vi til søkeordet “patient perspective”. Søket resulterte i 3 artikler. Vi valgte å inkludere Lamanna et al. (2016): “Aggression in psychiatric hospitalizations: a qualitative study of patient and provider perspectives”. Artikkelen er fra Canada og belyser hva pasienter og sykepleiere anser som årsaker til aggressiv atferd gjennom kvalitativ metode. Artikkelen tar for seg både sykepleierens- og pasientens perspektiv. Pasientens erfaringer blir i størst grad vektlagt og vi valgte derfor å inkludere artikkelen.

Videre bestemte vi oss for å spesifikt søke etter skandinaviske artikler fordi helsetjenesten i Skandinaviske land har flere kulturelle likhetstrekk. Vi utførte et søk i databasen “Svemed+” med søkeordene “Psykiatri” AND “Aggresjon” AND “Pasient”. Søket resulterte i 8 treff hvor vi valgte å inkludere artikkelen til Einbu & Larsen (2016): “Innenfrakunnskap om årsaker til truende atferd eller aggresjon og alternativer til maktmisbruk”. Artikkelen er fra Norge og er utført på akuttpsykiatrisk avdeling. Vi utførte et nytt søke i CINAHL hvor vi brukte søkeordene “Inpatient experience” AND “aggressive behavior” AND “(Norway OR Sweden OR Denmark OR Finland)”. Den boolske operatoren “OR” utvider søket og gir flere treff (Friberg, 2017, s. 72). Søket resulterte i 1 treff, som vi valgte å inkludere i oppgaven. Olsson

et al. (2015): “Reducing or increasing violence in forensic care: A qualitative study with inpatient experiences” er en artikkel utført ved en svensk rettspsykiatrisk institusjon. Studiene til Einbu & Larsen (2016) og Olsson et al. (2015) har brukt kvalitativ metode hvor hensikten er å få frem pasienters erfaringer.

I arbeidet med å finne en siste artikkel gikk vi gjennom referanselisten til artiklene vi hadde valgt å inkludere i oppgaven. Sekundærsøking innebærer å hente relevant informasjon i bibliografien eller studere referanselisten for anvendbare referanser (Friberg, 2017, s.79). Friberg (2017) skriver videre at sekundær søking er nødvendig for å få frem et bra sluttresultat og at god litteratur kan gå tapt om man ekskluderer en slik søkeprosess. I referanselisten til Lamanna et al. (2016) utførte vi et sekundærsøk og fant dermed vår siste artikkel: Meehan et al. (2006) “*Aggressive behaviour in the high-secure forensic setting: the perceptions of patients*”. Artikkelen er fra Australia og belyser pasienters perspektiv på årsaker og forebygging av aggressiv atferd. Artikkelen er publisert i 2006 og følger ikke oppgavens inklusjonskriterie om krav til nyere forskning. Grunnet at vi likevel anså artikkelen å være relevant for oppgaven var fordi pasientperspektivet ble tydelig belyst gjennom kvalitativ metode. Om årstallet er en svakhet for oppgavens validitet vil bli diskutert i metodediskusjonen.

3.2.3 Kvalitetsgranskning

Det er ikke kun artiklenes resultat som er av interesse, men hvordan og hvor resultatene kommer fra (Friberg, 2017, s. 46). Kvalitetsgranskning har derfor stått sentralt gjennom hele søkeprosessen vår for valg av artikler. Vårt fokus på kvalitetssikring har medført at vi brukte mye tid for å komme frem til artikler som vi anså å ha tilstrekkelig kvalitet. To verktøy ble benyttet i arbeidet med kvalitetsgranskning: NSD (2021) og Helsebibliotekets sjekklister for kvalitative studier:

NSD (2021) står for “Norsk senter for dataforskning” og er et register over vitenskapelige publiseringskanaler og kvalitetsvurderer tidsskrifter, serier og forlag (NSD, 2021). Ved funn av aktuelle artikler søkte vi tidsskriftet opp i NSD ved bruk av ISSN-nummeret. Alle tidsskriftene hvor artiklene i oppgaven vår befinner seg på nivå 1 eller 2 og tilfredsstillt dermed kravet til vitenskapelighet (NSD, 2021).

“Helsebibliotekets sjekkliste er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler” (Helsebiblioteket, 2020). Supplerende til bruk av sjekklisten var to overordnede spørsmål: “Er problemstillingen klart formulert?” og “er artikkelens oppsett egnet for å svare på problemstillingen?” (Helsebiblioteket, 2020). IMRAD er et verktøy som vi tok i bruk for å vurdere artiklens oppbygning og står for: Introduction, method, results, aim og discussion. Vi kom fram til at tre artikler fikk ja-svar på 9/10 punkter i sjekklisten, mens en artikkel ble vurdert til å oppfylle 7/10 krav. Svakheter som kom frem i noen av artiklene var utvalgsstrategi av deltakere, oppbygging av struktur og bakgrunnsforhold som kan påvirke fortolkning av data. Alle artiklene inneholdt en beskrivelse av metode, datainnsamling, etiske forhold og analyse, som tilfredsstilte beskrivelsen til sjekklisten vi brukte. Funnene i artiklene blir klart presentert og tilfører resultater som vi mener kan bidra til å svare på problemstillingen vår. I oppgavens metodediskusjon vil vi drøfte hvilken betydning styrker og svakheter ved artiklene har hatt for validiteten og reliabiliteten for vår oppgave.

3.3 Analyse

Bacheloroppgaven bygger på en integrativ litteraturoversikt, basert på 4 kvalitative forskningsartikler. Analysearbeidet vårt startet tidlig i prosessen hvor det første vi gjorde var å lese artikkelens sammendrag for å danne en oversikt over artiklens innhold. Deretter leste vi artiklene grundig flere ganger for å forstå helheten. Dette gjorde det lettere å se hovedessensen i hver artikkel (Friberg, 2017, s. 148). En vanlig metode for å analysere kvalitative artikler er å bevege seg fra helhet til deler, og deretter til en ny helhet (Friberg, 2017, s. 135). Dette innebærer at en først ser på hver og enkelt artikkel som en egen helhet, for å så se på delene av artiklens resultater som en knytter opp mot hverandre. Deretter sammenfattes dette til en ny helhet. Videre lagde vi en oversiktstabell, med utgangspunkt i Fribergs modell (Friberg, 2017, s. 47). Se vedlegg 2. På denne måten fikk vi god oversikt og struktur over materialet vi skulle analysere. Googletranslate ble brukt til å oversette begreper og deler ved artiklene som vi ikke forstod. For å danne en oversikt over resultatene hadde vi problemstillingen foran oss og brukte markeringstusj for å markere sentrale temaer. I denne prosessen plasserte vi resultater med likhetstrekk, fra hver enkelt artikkel, i egne kategorier. Slik kom det tydelig frem likheter og ulikheter på tvers av artiklene. Å finne tematiske overskrifter som var passende til å inkludere resultatene var krevende. Vi måtte flere ganger reformulere temaoverskriftene og flytte rundt på resultatene. Gjennom analysen fremkommer to hovedtema og fem undertema.

4.0 RESULTATER

I dette kapitlet presenterer vi våre funn. For å belyse deltakernes erfaringer i møte med aggresjon på psykiatrisk avdeling, har vi kommet fram til to hovedtema og fem undertema.

Tabell 3. Oversikt over hovedtema og undertema

Hovedtema	Undertema
Sentrale årsaker til aggressiv atferd	Organisatoriske årsaker Relasjonelle årsaker Personlige årsaker
Anbefalinger til hvordan aggressiv atferd kan reduseres	Mestringsstrategier Mellommenneskelig kontakt

4.1 Sentrale årsaker til aggressiv atferd

4.1.1 Organisatoriske årsaker

I studien til Lamanna et al. (2016) legger deltakerne vekt på fysiske begrensninger på institusjonen som årsak til aggressiv atferd. Fysiske begrensninger oppleves ved avslag på permisjon, turer ut av institusjonen og under skjermingsopphold. Flere av deltakerne forteller at følelsen av fysisk begrensning oppleves som å være “gjæret inne”. En deltaker forteller: “You’re trying to put a gorilla in a small, you know – [forms box with hands]. It makes you go crazy. . . I start kicking the door and trying to break it open” (Lamanna et al., 2016, s. 539). Både i artikkelen til Olsson et. al (2015) og Meehan et al. (2006) uttrykker deltakerne at opplevelsen av å bo tett på andre medpasienter kan være følelsesmessig krevende. Mangel på privatliv blir nevnt å være ugunstig for mange pasienter. “Well, when you’re got up to 25 people living together in one locked up unit, sooner or later sparks are going to fly. If anyone expects anything else they should be locked in here with us” (Meehan et al., 2006, s. 21). Deltakerne i Olsson et al. (2015) forteller at en overfylt avdeling med kontinuerlig ankomst av nye pasienter kan forårsake stress, provokasjon og angst (Olsson et al., 2015).

Atferdsmessige begrensninger blir beskrevet i Lamanna et al. (2016) som begrensning på personlige eiendeler, rutiner og mulighet for mestringsstrategier (Lamanna et al., 2016, s.

540). Deltakere i studien forteller at atferdsmessige begrensninger kan føre til kjedsomhet og videre lede til aggresjon: “It drives you nuts, it’s so boring. . .you have to have some kind of distraction. Then if you don’t, then you just start getting aggressive. I think that’s what happens with a lot of people”(Lamanna et al., 2016, s. 540). Mestringsstrategier som pasienter selv har utviklet for å håndtere følelser og stress er ofte ikke tilgjengelige på avdelingen. Slike strategier kan være røyk, musikk og rutiner: “This is the only time I’m not allowed to smoke. . .it calms my nerves. Things, if things bother me, I just smoke, that’s all” (Lamanna et al., 2016, s. 540). Ved spørsmål om hvilken betydning restriksjoner av eiendeler har svarer en informant: “It’s about freaking out over an item that I can’t have, because they took away my freedom” (Lamanna et al., 2016, s. 540). Begrensninger i form av å snakke i telefon blir belyst i studien til Einbu & Larsen (2016). Artikkelen trekker frem en historie hvor en pasient ble nektet å ta telefonen og som dermed førte til sinne og utagering (Einbu & Larsen, 2016, s. 29). Deltakeren i Meehan et al. (2006) hevder at frustrasjonen kan oppstå når personalet overstyrer reglene, samt trekker pasientenes privilegier uten en tilsynelatende grunn. “I was on the phone to my girlfriend, and ah I was on there for two minutes and they made me hang up...and I gave them a big heap of abuse” (Meehan et al., 2006, s. 21). En kilde til frustrasjon blant nesten alle deltakerne i Meehan (2006) oppstår når planlagte aktiviteter blir avlyst på grunn av underbemanning eller konflikter på avdelingen. “And they [staff] cancel everything after they’ve had their stupid little meeting in the morning. By the end of the day they’ve cancelled half of it and all you’re left with is smoking, just smoke all day” (Meehan et al., 2006, s 21).

Artiklene til Lamanna et al. (2016), Einbu & Larsen (2016) og Meehan et al. (2006) trekker frem mangel på deltakelse i egen behandling som årsak til aggressiv atferd. Flere av informantene i Lamanna et al. (2016) mener at aggressiv atferd oppstår når pasienten selv ikke blir involvert i behandling, avgjørelser eller dialog med helsepersonell. Kommunikasjon og informasjon relatert til medikamentell behandling blir ikke alltid gitt til pasientene: “She didn’t tell me what kind of pills or nothing, she just said ‘take the pills, you have to take these pills’. I said ‘I’m not taking any pills’, so she called the security guard. . .I’m not going to take something I don’t know” (Lamanna et al., 2016, s. 540). En deltaker i Einbu & Larsen (2016) forteller om en situasjon hvor han blitt gitt en injeksjon mot sin vilje selv om han lå helt rolig i beltesengen. En annen fortelling viser til aggresjon som oppstår når pasient ikke er involvert i behandlingen. “Sprøyten ble satt for å roe meg ned og... Jeg er livredd for sprøyter. Så da kjempet jeg enda mer” (Einbu & Larsen, 2016, s. 30). Deltakere i Meehan et al (2006)

beskriver at de har liten forståelse eller tillit til medisinene. Noen av deltakerne opplever medikamenter som metode for å kontrollere atferd, eller som straff, snarere enn et terapeutisk middel. Det blir også belyst i artikkelen at medikamenter kunne bli endret uten å involvere pasienten “. . . when they [nurses] try to give me something else I say ‘hold on mate that’s not my medication’. I have seen lots of arguments over medications that end up physical . . . you know . . . take-downs, seclusion, the lot” (Meehan et al. 2006, s. 22).

4.1.2 Relasjonelle årsaker

I studien til Meehan et al. (2006) forteller deltakerne at de opplever at helsepersonellet kan ha en “ovenfra og ned” holdning for å håndheve autoritet, i stedet for å vise omsorg. Enkelte informanter opplever at helsepersonellet behandler dem som om de skulle være i varetekt, snarere enn å bli behandlet med omsorg og respekt (Meehan et al., 2006, s. 21). Når helsepersonellet med ovennevnte holdninger er på vakt, mener de at det kan oppstå spenning som kan lede til aggresjon. “Some of them [staff] act as if they’re in a prison, prison guards, walking around all day giving us an ear-full of what we can and cannot do” (Meehan et al., 2006, s. 21). Informantene forteller at deres følelser og behov ikke blir tatt på alvor og hvordan enkelte sykepleiere behandler dem med tydelig mangel på empati (Meehan et al., 2006, s. 21). Negative holdninger i form av mangel på interesse for pasientens situasjon kommer frem i artikkelen til Lamanna et al. (2016). Deltakerne forteller at enkelte sykepleiere fremstår som uinteressert og opptatt når pasienter forsøker å søke kontakt. En deltaker forteller: “That’s what pisses me off, is that some people . . . don’t really have time of the day for you, and they just close the glass like they’re mightier than you”, (Lamanna et al., 2016, s. 539). Noen informanter forteller også at aggressiv atferd er nært knyttet til distansert og uempatisk oppførsel fra ansatte. Noen opplever også å bli mislikt og respektløst behandlet. “I don’t think she likes me . . . she makes you feel miserable. She makes you want to swear at her” (Lamanna et al., 2016, s. 539). Helsepersonellets nonverbale kommunikasjon er viktig for pasientens opplevelse av empatisk støtte i krevende situasjoner (Lamanna et al., 2016, s. 539). Enkelte deltakere i Olsson et al. (2015) opplever at deres følelser og behov ikke blir tatt på alvor fordi sykepleier fremstår som opptatt og har en nonchalant holdning. I intervjuet beskriver en deltaker: “the staff wasn’t exactly calming her down; it was almost as if they were letting her go completely insane, instead of taking her to her room. It would have worked better if they had discussed it in her room” (Olsson et al., 2015, s. 395).

Sykepleiers evne til konflikthåndtering blir belyst i Olsson et al. (2015). En majoritet av deltakerne føler at å diskutere konflikter privat med sykepleier, istedenfor i det offentlige rom, er et viktig aspekt ved konflikthåndtering (Olsson et al., 2015, s. 395). En deltaker argumenterer for at sykepleiere ikke burde svare med samme mynt i en konfliktsituasjon. Ifølge flere deltakere kunne sykepleiere respondere på aggressive atferd med truende utsagn, som for eksempel å overflytte pasienten til en annen avdeling dersom de ikke oppfører seg. “One of the staff said: if you don’t clean it up we’ll take your TV and your computer... that made me angry...they should just tell me to clean it up, the end..” (Olsson et al., 2015, s. 396). Resultatene fra artikkelen viser også at det er kultur for at sykepleiere i mer eller mindre grad kan utøve en manifestasjon av makt mot pasientene ved å ikke forklare regler og forskrifter, hindre tilgang til klinikere, ikke åpne for å gi tilbakemeldinger eller mulighet til å klage formelt. Flere deltakere forteller også at de opplever at sykepleiere velger å tilkalle hjelp fra annet helsepersonell i stedet for å håndtere en sint eller frustrert pasient (Olsson et al., 2015, s. 396). I artikkelen til Einbu & Larsen (2016) forteller fire av deltakerne at regler ofte er meningsløse og provoserende. De forteller at helsepersonell kunne håndheve regler som overstyrende kontrolltiltak, hvor det er lite rom for fatte individuelle situasjonsbestemte avgjørelser (Einbu & Larsen, 2016, s. 29). I artikkelen forteller en pasient at regler blir brukt i møte med konflikter og understreker en tydelig pasient-pleier-relasjon. En deltaker sier at sykepleierne heller håndhever regler enn å vise omsorg. “Det er noen ting med å være en psykiatrisk pasient som gjør deg ekstra liten” (Einbu & Larsen, 2016, s. 30).

4.1.3 Personlige årsaker

I artikkelen til Lamanna et al. (2016) trekkes stress, sykdomsforverring og pasientens innsikt i egen sykdom frem som potensielle årsaker til aggressiv atferd. Stress knyttet til hendelser som foregår utenfor institusjonen og pasientens kontroll defineres som “Major life stressors”. Det kan være relatert til familieforhold eller sosioøkonomiske aspekter. En deltaker forteller: “You don’t know what patients have been through outside the hospital... they check your medical history. Other than that, what do you know?” (Lamanna et al., 2016, s. 538). En annen deltaker forteller: “They thought I was aggravated. No kidding, my mom just had a heart attack, and I am stuck in the hospital. . . I can’t get anybody to get me out of here” (Lamanna et al., 2016, s. 538). Artikkelen trekker frem at aggresjon kan ha årsak i den psykiske lidelsen. Paranoia eller psykose blir nevnt som konkrete symptomer som øker faren for aggresjon. “I was upset, because it’s telling me to follow, but I don’t want to follow. . .the

voice [said] to do this, do that, but I do not want to follow, so I just throw things” (Lamanna et al., 2016, s. 539). Et fåtall av deltakerne uttrykker at det kan være en sammenheng mellom aggresjon og medikamentelle virkninger og bivirkninger. *“I was not able to control my emotions, but... (clinicians are) dealing with somebody that’s been taking medication, and quite a bit, it’s new, my system is a little out of wack”*. (Lamanna et al., 2016, s. 539). Også i Meehan et al (2006) forteller flere av deltakerne at aggresjonen kan ha årsak i sykdommen, snarere enn et ønske om å faktisk være aggressiv mot personalet. *“A lot of the people here, because they have been brain damaged and all that, their brain is not functioning properly. They’re getting the negative thoughts out instead of the positives all the time...”* (Meehan et al., 2006, s. 22). Deltakerne mener at pasienters impulsive og krevende personlighet kan føre til spenning og aggresjon på avdelingen (Meehan et al., 2006, s. 22). Det er en oppfatning blant deltakerne at noen pasienter har kortere lunte og er dermed lettere utsatt for å miste kontrollen. *“... sometimes I’m ready to explode I get so annoyed with some of the patients... and the staff too. It’s not easy to control myself but i have to control it”* (Meehan et al., 2006, s. 22).

4.2 Anbefalinger til hvordan aggressiv atferd kan reduseres

4.2.1 Mestringsstrategier

I artikkelen til Olsson et al. (2015) beskriver deltakerne hvordan egen innsikt og handlinger kan bidra til å håndtere egen sykdom og unngå aggressiv atferd (Olsson et al., 2015, s. 396). Deltakerne vektlegger at aksept for situasjon de befinner seg i og aktiv behandling av sykdom er viktig for å redusere sannsynligheten for aggressiv atferd. Under intervjuet beskriver deltakerne hvordan en indre dialog med seg selv har en positiv effekt. En slik dialog kan være med å øke selvtilliten, samt hjelpe den enkelte til å akseptere situasjonen (Olsson et al., 2015, s. 396). Flere deltakere forteller at de har lært å identifisere egne advarselstegn eller hos medpasienter som kan lede til aggressive atferd. Advarselstegn kan være symptomforverring relatert til psykisk lidelse, blant annet hallusinasjoner og vrangforestillinger. *“I have learned through my years in psychiatric care to be attentive to warning signs. It may be that patients are talking to themselves, start argue with the staff or they go into a fantasy world. Then it’s best to keep away.”* (Olsson et al., 2015, s. 396). En historie om hvordan pasienten selv håndterer symptomforverring og aggressiv atferd fortelles slik: *“I was aggressive and wasn’t feeling well at all, I was suffering from psychosis... that really made me try to think, write down what to do every single day and make up schedules. Try to take my meds and go to*

therapy. Try to keep myself together...” (Olsson et al., 2015, s. 396). I artikkelen beskriver deltakerne hvordan deres bidrag og involvering på avdelingen skaper et varmt og rolig miljø. For eksempel forteller en deltaker om en hendelse hvor en pasient hjalp en ansatt med å roe ned en opprørt og urolig medpasient. Denne pasienten bidro også til å skape harmoni på avdelingen ved å tilby søtsaker til andre medpasienter, samt spørre hvordan andre pasienter hadde det (Olsson e al., 2015, s. 397). En liknende involvering av pasienter i avdelingsmiljøet blir foreslått i Meehan et al. (2006) hvor deltakerne forteller at å tildele ansvar til pasienter for å holde ro og orden kunne føre til mindre aggresjon på avdelingen. “Well, most of the staff probably don’t know how it started... something will just spark up and you know if there is another patient there to help out, like a sort of ‘go-between’ (Meehan et al., 2006, s. 23).

4.2.2 Mellommenneskelig kontakt

Mellommenneskelig kontakt står sentralt i artikkelen til Einbu & Larsen (2016). Deltakerne vektlegger hvordan det å bli møtt som et likeverdig menneske bidrar til å dempe avmakt og unngå bruk av tvang. Bruk av tvang blir fremstilt av deltakerne som en reaksjon på sorg, angst og frustrasjon. To av deltakerne forteller: “Å snakke med folk er viktig, for det løser mange problemer” og at “det mest angstdempende middelet du kan ha, det er en klem” (Einbu & Larsen, 2016, s. 30-31). Opplevelsen av sykeliggjøring blir også trukket fram: “Det går an å snakke med oss fordi om vi er psykisk syke. Vi er mennesker for det. (...) å lytte til som en person, ikke bare en gjenstand” (Einbu & Larsen, 2016, s. 31). I studien til Lamanna et al. (2016) forteller deltakere at helsepersonell som bruker tid sammen med pasientene og har en åpen holdning blir ansett å være mer tilgjengelige. Relasjoner preget av varme, empati, respekt og støtte nevnes av deltakerne som aggresjonsdempende: “It was just a bad moment. . . They were really sweet to me. . . I really appreciated their concern for me” (Lamanna et al., 2016, s. 539). Olsson et al. (2015) belyser at positive interaksjoner vil redusere risiko for aggresjon ved at pasientene følte seg mer avslappet og respektert. “A majority of the participants described how having respectful and friendly relationships with the nursing staff helped them to accept the boundaries... and reflect on their aggressive thoughts and behaviors” (Olsson et al., 2015, s. 395). Når sykepleiere og pasienter har positive interaksjoner, bidrar dette til harmoni på avdelingen og pasientene føler seg trygge. Et flertall av deltakerne i artikkelen sier at dersom de blir ansett som likeverdige, er dette med å øke selvtilliten og deres verdighet. “The factor that contributes most to this being the best ward... it’s because the staff treats you like a human being, with dignity... it’s a sympathetic environment...” (Olsson et al., 2015, s. 397). Også deltakere i Meehan et. al. (2006) forteller

at sykepleier må snakke med pasienten for å forstå situasjonen: “Talk it through with them first to figure out exactly what has happened” (Meehan et al., 2006 s. 22).

5.0 DISKUSJON

5.1 Metodediskusjon

I metodekapittelet har vi forsøkt å gi en detaljert beskrivelse av arbeidet vårt som ledet frem til resultatene. I dette kapittelet vil vi diskutere i hvilken grad valgene vi har gjort har svekket eller styrket resultatene i oppgaven vår. Arbeidet vi har gjort i metodekapitlet har vært krevende. En svakhet med vår studie er at vi er uerfarne med søk i vitenskapelige databaser. Vi ser også at arbeidet med å kvalitetssikre artikler krever endel metodekunnskap. Mer metodekunnskap ved inngang til arbeidet kunne ført til en grundigere kvalitetssjekk av artiklene. Dette kan ha bidratt til å svekke studiens validitet. Relevante artikler kan ha blitt utelukket. Å samle data fra et større antall artikler enn fire kunne bidratt til å ytterligere styrke validiteten til våre funn.

5.1.1 Valg av metode

Vårt ønske om å sette pasientperspektivet i søkelyset har bakgrunn i valg av metode. Dalland (2020) skriver at sårbare pasientgrupper ofte er vanskelig å intervju, grunnet etiske spørsmål knyttet til anonymitet og personvern (Dalland, 2020, s. 80). Vi støtter en slik vurdering fordi det finnes begrenset mengde forskning gjort rundt aggresjon sett fra et pasientperspektiv innenfor psykiatri. Å anvende litteraturstudiet som metode mener vi derfor har vært hensiktsmessig for å besvare vår problemstilling. Dette er fordi metoden gir tilgang til informasjon vi sannsynligvis ikke hadde hatt mulighet til å samle ved empiriske undersøkelser som bachelorstudenter. Ulempene ved å anvende en slik litteraturoversikt, er at en velger artikler basert på hvilke som vil besvare problemstillingen på best mulig vis. Seleksjonen kan dermed påvirke resultatene.

Ett av punktene i helsebibliotekets sjekklister for kvalitativ metode spør om metoden er hensiktsmessig for å svare på problemstillingen (Helsebiblioteket, 2020). Artiklene har tatt i bruk kvalitativ metode utført ved semi-strukturerte intervjuer og fokusgrupper. Ettersom at hensikt og problemstilling i artiklene retter seg mot å finne innenfor kunnskap om pasienters opplevelser, synspunkter og meninger, mener vi at metoden er hensiktsmessig. Dersom

hensikten i oppgaven hadde vært å kartlegge andelen psykiatriske pasienter som opplevde seg urettmessig behandlet, ville forskning utført med kvantitativ metode vært mer hensiktsmessig å ta i bruk.

5.1.2 Land, arena og årstall for studiene

Vi gjorde et bevisst valg om å inkludere forskning utført i vestlige land for å ekskludere artikler hvor vi anså at kulturforskjellen var for stor til å være relevant for norsk praksis. Studiene vi har valgt å inkludere i oppgaven ble utført i Norge, Sverige, Canada og Australia. Imidlertid har vi lite kjennskap til lovverk og praksisutøvelse ved psykisk helsevern utenfor Norge, som kan ha påvirket resultatene. Grunnet begrenset mengde forskning knyttet til vår problemstilling endte vi opp med forskning utført ved retts- og akuttpsykiatrisk avdeling og høysikkerhetssykehus. Det at pasientene befinner seg på ulike typer psykiatriske institusjoner kan på en side være en svakhet, med tanke på at pasientene vil oppleve forskjellige regler og rutiner på avdelingen. På den andre siden kan denne variasjonen gi tilgang til pasienterfaringer som ikke ville kommet frem ved forskning utført på kun en type institusjon. Tre av artiklene ble publisert fra 2015-2016, mens en artikkel er fra 2006. Argumentet for å bruke forskning utgitt de siste 10 årene er at psykiatri er et fagfelt som er i stadig utvikling hvor sykepleiefaglig praksis er i endring. Tidligere praksis er dermed ikke nødvendigvis gjeldende i dag. På tross av dette argumentet valgte vi likevel å inkludere en artikkel fra 2006, da vi anså at pasienterfaringene var relevant for problemstillingen og fremsto oppdatert til moderne praksis.

5.1.3 Deltakerne i studiene

Et strategisk utvalg blir brukt i alle artiklene for å finne populasjonen. Deltakerne fra artiklene til Einbu & Larsen (2016) ble rekruttert fra en brukerorganisasjon for mennesker som har opplevd tvangsbehandling under psykiatrisk behandling. Utvalget i artikkelen til Olsson et al. (2016) og Lamanna et al. (2016) ble valgt ut av sykepleiere. I Meehan et al. (2006) ble et informasjonsskriv hengt opp på avdelingen som informerte om undersøkelsen. Strategisk utvalg kan sees på som en svakhet for resultatet fordi utvalget kan ha forutsatte holdninger som ikke representerer hele populasjonen. På den andre siden ser vi et strategisk utvalg kan være nødvendig for å få tilgang til populasjonen forfatterne ønsker å intervju. Dalland (2020) skriver at det ikke er noe i veien for å oppsøke populasjonen du vil intervju og at dette er en vanlig metode for å henvende seg til deltakere ved kvalitativ metode (Dalland, 2020, s. 59). Vi anser derfor ikke utvalget i artiklene som en svakhet for oppgavens resultater. Det er også

viktig for oss å presisere at begrepet “staff” blir brukt i artiklene som innebærer flere profesjoner enn kun sykepleier. Vi anser dette som en potensiell svakhet fordi resultatene kunne sett annerledes ut hvis pasientene kun omtalte interaksjoner med sykepleier. Samtidig mener vi at det alltid vil være et tverrfaglig miljø på psykiatriske avdelinger der flere yrkesgrupper er involvert i situasjoner hvor aggressiv atferd kan oppstå. Som nevnt i oppgavens innledning har vi ikke avgrenset oppgaven til en bestemt psykisk lidelse. Denne avgjørelsen gjorde vi på bakgrunn av at vi ikke fant forskning på aggressiv atferd knyttet spesifikk diagnose. Populasjonen i artiklene varierer fra 5 til 27. Etersom at kvalitativ metode handler om å gå i dybden, er det ikke nødvendig at antall informanter er stort (Dalland, 2020, s. 54). Vi vurderer derfor at den totale populasjon i oppgaven å være tilstrekkelig for å svare på problemstillingen.

5.1.4 Etske forhold

Oppgaven vår er litteraturbasert. Vi har trukket inn egne erfaringer fra praksis som vi bevisst har anonymisert. Alle artiklene er godkjent av etiske komiteer. En slik godkjenning anser vi som en forsikring om at etiske forhold rundt undersøkelsen og deltakerne er ivaretatt. Tre av fire artikler skriver at deltakerne er informert og godkjenner de etiske forholdene til undersøkelsen. Kun to av artiklene redegjør for forfatterens “conflict of interest” for å klargjøre eventuelle egeninteresser eller påvirkninger forfatteren har i forhold til forskning. Forfatterne i Einbu & Larsen (2016) oppgir at de begge har jobbet innenfor akuttpsykiatri og at dette kan påvirke deres forståelse. I Meehan et al. (2006) oppgir forfatterne at den intervjupersonen ikke har noen involvering i helsetilbudet til deltakerne. Begrenset redegjørelse av forfatterens bakgrunn kan være en svakhet for validiteten av vår oppgave fordi forfatterne kan ha personlige interesser som kan ha innflytelse på resultatene.

5.2 Resultatdiskusjon

I følgende kapittel gjør vi oppgavens problemformulering til gjenstand for diskusjon: “Hvilke erfaringer har pasienter innlagt på psykiatriske avdelinger med aggressiv atferd?”.

Hovedfunnene vil drøftes i tre temaer ved bruk av teori, faglitteratur og egne erfaringer.

5.2.1 Regler og begrensninger på bekestning av autonomi og brukermedvirkning

Retten til medbestemmelse er en del av Norsk Sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2019). Sykepleiers ansvar til å ivareta brukermedvirkning og autonomi er nødvendig i arbeidet med å fremme pasientens egne ressurser og verdighet (Kristoffersen et al., 2017, s.

104). I Norge har vi en helselovgivning som skal fremme medvirkning og autonomi. Medvirkning innebærer at pasienten selv skal være med på utforming av helsetilbudet, så langt det lar seg gjøre (pbrl, 1999, §3-1). Nødvendig informasjon skal gis for å fremme pasientens innsikt (pbrl, 1999, §3-2). I artiklene vi har inkludert i vår litteraturstudie (Lamanna et.al., 2016; Einbu & Larsen, 2016; Meehan et. al., 2006; Olsson et. al., 2015) blir regler og begrensninger på institusjonen belyst som direkte årsak til aggressiv atferd. Når et menneske ikke føler seg informert om regler og behandling, og heller ikke får tilfredsstilt fysiske og sosiale behov, oppleves følelsen av avmakt (Lillevik & Øien, 2014, s. 27-28). “Helsefremmende arbeid omfatter prosesser som setter personer i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse...” (Kristoffersen et al., 2017, s. 18). Sykepleiers arbeid til å ivareta brukermedvirkning og autonomi mener vi derfor er en sentral del at det helsefremmende arbeidet.

Resultatene viser at atferdsmessige- og fysiske begrensninger oppleves som urettferdig og provoserende blant deltakerne. Historier hvor pasienter ikke fikk prate i telefonen, røyke, få tilgang til permisjon eller fysisk aktivitet kan være årsak til aggressiv atferd. Liten plass på avdelingen og mangel på privatliv blir også nevnt som frustrerende. I lov om psykisk helsevern skal pasientens integritet sikres gjennom aktivisering, utforming av hverdag og mulighet til private interesser (phvl, 1999, §4-2). Mangel på brukermedvirkning i egen behandling blir belyst i tre av artiklene (Lamanna et al., 2016; Einbu & Larsen, 2016; Meehan et al., 2006) gjennom forskjellige situasjoner. Tilgang til dialog med helsepersonell, informasjon om medikamentell behandling og mangel på involvering i miljøet svekket pasientens opplevelse av autonomi. Molven (2016) viser til at individet må selv være med på avgjørelser som angår en fysisk eller psykisk. At et menneske har fått tildelt pasientstatusen endrer ikke på dette prinsippet (Molven, 2014, s. 157). Lillevik & Øien (2014) skriver at egenmakt krever kontroll over situasjonen og forutsigbarhet (Lillevik & Øien, 2014, s. 27). Historiene som blir fortalt hvor pasientene opplever begrensninger og mangel på involvering mener vi kan tolkes som en mangel på egenmakt som kan resultere i avmakt.

De yrkesetiske retningslinjene som viser til sykepleiers faglige, etiske og personlige ansvar for egen handling (NSF, 2019), mener vi belyser et behov for at sykepleier må vurdere konkrete forhold ved institusjonen og behandlingen. En slik vurdering kan gjøres ved å spørre: Er pasienten informert, er reglene rettferdige og er personlige meninger tatt i betraktning ved avgjørelsen? Slike vurderinger krever bruk av sykepleiers faglige skjønn hvor

handling er basert på forståelse av situasjonen (Kristoffersen et al., 2017 s. 169). Aktiv involvering av pasienten i helsetilbudet kan oppleves som mer arbeid og tungvint fordi det krever diskusjon og åpenhet for pasientens ønsker og alternativer. Tilrettelegging for autonomi og brukermedvirkning mener vi derfor krever et arbeidsmiljø som arbeider målrettet sammen. Fra praksis har vi sett at det kan være lett å gå fast i gamle spor og tenke: “dette er måten vi alltid har gjort det på”. Meehan et al. (2006) og Olsson et al. (2015) trekker frem pasienten selv som en ressurs og positivt bidrag på avdelingen. Pasientene forteller at de løftet humøret til medpasienter samt støttet ansatte til å berolige andre pasienter. Vi tror at en slik ansvarsfordeling til pasienter kan være en positiv faktor for å forebygge aggressiv atferd. Samtidig tror vi det krever nøye vurdering og klare retningslinjer for at det ikke skal oppstå hierarki blant pasientene og usikker rollefordeling mellom pasient og pleier.

På tross av pasientens opplevelse av aggressiv atferd som en reaksjon på redusert brukermedvirkning og autonomi er det viktig å stille kritiske spørsmål. “Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker” (pbrl, 1999, §3-1). Lovteksten kan diskuteres fra to sider. Fra praksis har vi opplevd flere situasjoner hvor pasienters handlingsalternativer nøye må vurderes. Enkelte pasienter har behov for tydelig grensesetting fra sykepleier for å selv ha kontroll over egen situasjon. Regler og bestemmelser som oppleves provoserende av pasienten kan derfor være nødvendig for å forebygge skade. Samtidig ser vi at i situasjoner hvor begrensninger er nødvendig for å fremme pasientens helse, står behovet for autonomi og brukermedvirkning like sentralt. Et eksempel på nødvendigheten av autonomi under tvangstiltak trekkes frem i Lamanna et al. (2016) hvor en pasient ikke ble informert om sin medikamentelle behandling og dermed nektet å ta medisinerne. Vaktene ble tilkalt. Historien viser at selv innenfor gitte begrensninger vil pasienten ha behov for å handle selv, få informasjon og ha medansvar så langt det er mulig.

5.2.2 Relasjonens betydning for utvikling av aggressiv atferd

Historiene fra deltakerne i artiklene (Lamanna et al., 2016; Einbu & Larsen, 2016; Meehan et al., 2006; Olsson et al., 2015) viser til at relasjonen til sykepleieren har stor betydning for utvikling av aggressiv atferd. Sykepleiers holdninger og evner til konflikthåndtering er faktorer som går igjen i artiklene, som kan styrke eller svekke relasjonen mellom pasient og sykepleier. “Relasjon kan forstås som de følelsene og holdningene bruker og hjelper har for hverandre” (Lillevik & Øien, 2014, s. 83). Resultatene fra alle artiklene vektlegger betydningen av sykepleiers holdninger for utvikling av aggressiv atferd. Holdningene som

fremmet aggresjon bar preg av mangel på interesse, tilgjengelighet og forståelse. I Olsson et al. (2016) ble provoserende holdninger ansett ved at sykepleier viste nonchalans og likegyldighet overfor pasienter som trengte hjelp og oppmerksomhet. En liknende historie kommer frem i Meehan et al. (2006) hvor en deltaker forteller at han ble ignorert når han forsøkte å få kontakt fra sykepleier. Holdninger fra sykepleier, som vist i eksemplene, mener vi både kan forstås og forklares med en travel hverdag med mange pasienter og oppgaver å ta stilling til. Likevel er det en balanse hvor det er viktig at sykepleier ikke fremstår avvisende og uinteressert i møte med pasienter. Ifølge faglitteraturen har sykepleiere ansvar for sine holdninger og hvordan man møter pasientene. Holdninger kommer til uttrykk gjennom stemmebruk, kroppsspråk og blikk (Kristoffersen et al., s. 11). Travelbee (1999) hevdet at sykepleiere alltid vil gjøre opp sine egne meninger i møte med en pasient, og at en «ikke-dømmende» holdning nærmest er umulig. Imidlertid hevdet hun at sykepleier skal så langt det lar seg gjøre ikke la disse negative vurderingene gå på bekostning av omsorgen overfor pasienten (Travelbee, 2018, s. 198).

Travelbee (1999) la vekt på at sykepleier må se pasienten som et eget individ med følelser, tanker og opplevelser for å vise anerkjennelse (Travelbee, 1999, s. 171). I etablering av et menneske til menneske-forhold er det avgjørende at rollene “sykepleier” og “pasient” forkastes (Travelbee, 1999, s.171). I studien til Olsson et al. (2015) og Einbu & Larsen (2016) kommer det frem en tydelig maktbalanse mellom pasient og sykepleier, hvor deltakerne forteller at det var kultur for at sykepleiere i mer eller mindre grad utøvde en manifestasjon av makt. Denne maktbalansen strider imot Travelbees sykepleietenkning rettet mot de mellommenneskelige forholdene ved sykepleien. I studien til Einbu & Larsen (2016) understreker deltakere en tydelig pasient- og pleier- relasjon, hvor sykepleiere håndhevet regler snarere enn å vise omsorg. Deltakers opplevelse av relasjon til sykepleier kan gjenkjennes i faglitteraturen hvor det står at forholdet mellom pasient og sykepleier sjeldent vil være symmetrisk, da sykepleier vil sitte på kunnskap og erfaringer pasienten ikke har. Pasienter vil direkte eller indirekte være avhengig av sykepleiers kompetanse (Kristoffersen et al., 2016, s.109). Å danne et likeverdig menneske- til menneskeforhold mener vi er avgjørende for at pasienten skal føle seg ivaretatt og blir belyst i Olsson et al (2015) hvor deltakerne i artikkelen sier at å bli ansett som likeverdige økte følelse av selvtillit og verdighet.

For at sykepleier skal fremstå interessert og forståelsesfull overfor pasienten er det avgjørende at relasjonen er basert på empati (Travelbee, 1999, 171). Opplevelse av mangel på empati kommer frem i studien til Lamanna et al. (2016) hvor deltakere forteller at deres følelser og behov ikke ble tatt på alvor. Vi ser fra historien at å ha empati for pasienten er avgjørende for at sykepleier skal leve seg inn i pasientens situasjon. I situasjoner hvor empati utøves vil en oppleve nærhet og kontakt (Travelbee, 1999, s. 193). Imidlertid sier Travelbee at en forutsetning for å utvikle empati er at begge partene har samme erfaringsgrunnlag. Det vil si at det er lettere å utvikle empati for et menneske som en kan relatere sine erfaringer til. Hun mener det kan være utfordrende å forstå eller forutsi noe en selv ikke har erfart (Travelbee, 1999, s. 195). Derfor mener vi at sykepleier må bevisst bruke sine tidligere livserfaringer og erfaringer fra møte med ulike pasienter for å kunne danne en relasjon preget av empati. Relasjonens betydning for sykepleiers forebyggende arbeid kommer frem i Olsson et al. (2016) hvor deltakerne forteller at vennlige og respektfulle relasjoner hjelper dem å akseptere grenser og reflekterer over egen atferd.

Resultatene i Olsson et al. (2015), Einbu & Larsen (2016) og Meehan et al. (2006) viser at sykepleiers holdninger preger kommunikasjonen og håndteringen av konflikter. I studien til Einbu & Larsen (2016) forteller deltakerne at de blir møtt med regler istedenfor omsorg i konfliktsituasjoner. I Olsson et al. (2016) forteller deltakeren at flere unødvendige konflikter kunne vært unngått dersom sykepleieren hadde bedre kommunikasjonsferdigheter. I møte med konflikt skriver Lillevik & Øien (2014) at sykepleier må vurdere det minst inngripende tiltaket først som er dialog. Hensikten med konflikthåndteringen er å hjelpe pasienter til å gjenvinne kontroll, uten at sykepleier fysisk må håndtere situasjonen. Gjennom dialog vil pasientens tanker, behov og følelser komme frem og sykepleier vil få anledning til å justere handlingene sine (Lillevik & Øien, 2014, s. 107). En slik forebyggende side ved dialog kommer frem i Meehan et al. (2006) hvor en deltaker forteller at sykepleier må snakke med pasienten for å forstå hva som faktisk har skjedd. Dialog kan ofte være krevende å få til og vi har erfart at sykepleier ofte trekker seg unna eller tilkaller hjelp på grunn av egen frykt (Lillevik & Øien, 2014, s. 106-107). Fra praksis har vi erfart at i noen situasjoner vil også mer inngripende tiltak enn dialog være nødvendig for å beskytte seg selv eller håndtere konflikten. Samtidig ser vi fra resultatene i Einbu & Larsen (2016) at inngripende tiltak kan svekke relasjonen mellom sykepleier og pasient. Historier hvor sykepleier svarer pasienten med "samme mynt" og kommer med truende utsagn kunne føre til en videre eskalering av

situasjonen (Olsson et al., 2016). En viktig faktor ved konflikthåndteringen er derfor at sykepleier må opptre på en rolig måte i møte med konflikt (Lillevik & Øien, 2014, s. 109).

5.2.3 Sykepleiers forståelse av pasienten

Et spennende tema som kommer frem ved å se på resultatene er deltakernes vektlegging av symptomer ved psykisk lidelse som årsak til aggresjon. Symptomer kan blant annet være vrangforestillinger, hallusinasjoner eller følelsesmessige forstyrrelser. Stemmer i psykotisk tilstand kan oppleves befalende og truende, som kan skape følelsesmessig uro (Håkonsen, 2014, s. 354-355). En deltaker i Lamanna et al. (2016) beskriver forverring av sykdom i form av stemmer. Hun ble fortvilet og begynte å kaste ting (Lamanna et al., 2016). En oppfatning om at sykdommen kan være årsak til aggresjon belyses blant deltakerne i Meehan et al. (2006). Symptomer ved psykisk lidelse som årsak til aggressiv atferd er tema for diskusjon i Lamanna et al. (2016). At pasienter i mindre grad enn sykepleier vektlegger sykdom som årsak til aggressiv atferd kan sees i tidligere forskning (Lamanna et al., 2016). Selv har vi erfart fra praksis at aggressiv atferd gjerne forklares med utgangspunkt i symptomer på pasientens psykiske lidelse. Som nevnt i teorien skriver Urheim (2019) at forskning hevder psykotiske pasienter har økt fare for aggressiv atferd, men at det er usikkerhet til hvorfor (Urheim, 2019, s. 6). For sykepleier å stille spørsmålet til nettopp “hvorfor” en pasient med psykose utøver aggressiv atferd, mener vi krever evne og vilje til å se flere aspekter ved pasientens situasjon. Et viktig spørsmål er om resultatene gir et korrekt bilde av sammenhengen mellom sykdom og aggressiv atferd. Kan mangel på innsikt, benektelse eller skam påvirke pasientens opplevelse av situasjonen? Det kan tenke seg at alvorligheten av en situasjon kan oppleves forskjellig mellom sykepleier og pasient. En slik misforståelse av alvorlighet tror vi kan føre til at sykepleier reagere på en måte som pasienten opplever som krenkende og ufølsom.

Sosioøkonomiske og familiære forhold utenfor pasientens kontroll blir definert som “major life stressors” i Lamanna et al. (2016). Deltakerne beskriver en hjelpeløshet når de opplever sykdom i familien eller fratakelse av barn uten å selv kunne gjøre noe med det. Slike hendelser kunne resultere i aggressiv atferd. En deltaker trekker frem at helsepersonell ikke vet hva pasienten har vært gjennom, utenom hva som står skrevet i journalen (Lamanna et al., 2016, s. 538). Deltakerens erfaring støttes i Kristoffersen et al. (2017) som skriver at vi som sykepleier aldri helt kan forstå hva et annet menneske føler fordi man aldri vil få en direkte tilgang til andres erfaringer (Kristoffersen et al., 2017, s. 110). Tap av objekter eller

mennesker, tap av selvstendighet eller relasjonsproblemer er psykiske påkjenninger som kan utløse kriser (Håkonsen, 2014, s. 257). Resultatene fra Lamanna et al. (2016) setter søkelyset på et behov om at sykepleier må hjelpe pasienten mestre situasjonen. “Møte med mennesker i krise stiller store krav til både faglig innsikt og personlige egenskaper” (Håkonsen, 2014, s. 258). Resultatene i Lamanna et al. (2016) mener vi setter fokus på at tid, oppmerksomhet og forståelse til pasientens totale situasjon er nødvendig for å fremme mestring. Fra praksis har vi erfart at dette kan gjøres ved å lese grundig gjennom anamnese og gjennom direkte dialog med pasienten. I Olsson et al. (2016) trekker deltakerne frem betydningen av indre mestringsstrategier for å forebygge aggresjon. Deltakernes egne mestringsstrategier kan gjenkjennes i beskrivelsen til Lazarus & Folkman (1984) som “følelsesmessig- og problemfokuset mestring”. For å håndtere frustrasjon og forverring av sykdom forteller deltakere i Olsson et al. (2016) at de jobbet med å akseptere egen situasjon, samt søke støtte hos helsepersonellet. Sykepleier må aktivt prøve å identifisere problemene sammen med pasient og vurdere tiltak for å tilrettelegge for problemløsning. Hvis det ikke er mulig å endre på problemet eller situasjonen rundt pasienten må mestringsstrategien rettes mot å fremme følelsesmessig forsoning (Lazarus & Folkman, 1984, s. 151). De to mestringsstrategiene kan aktivt brukes i samarbeid med hverandre (Lazarus & Folkman, 1984, s. 151). Eksempelvis kan en indre dialog (følelsesmessig mestringsstrategi) føre til at pasienten søker støtte hos sykepleier (problemfokuset mestringsstrategi). I møte med pasientens sykdomssymptomer og opplevelse av stress tror vi at et bevisst forhold til både kriser samt problemfokuset- og følelsesfokuset mestring er nødvendig for å forebygge aggressiv atferd.

6.0 KONKLUSJON

Hensikten med oppgaven har vært å øke vår forståelse for pasientens perspektiv rundt aggressiv atferd, og rette søkelyset mot sykepleiers rolle i møte med problematikken. Ved integrativ litteraturbasert metode, hvor fire artikler er utvalgt, har problemstillingen blitt belyst. Oppgaven har åpnet for at pasientens egne meninger om hva som er sentrale aspekter ved aggressiv atferd kommer frem. I artiklene har vi identifisert sentrale årsaker til aggressiv atferd og anbefalinger til hvordan det kan reduseres.

På et organisatorisk nivå kan opplevelsen av begrensinger på institusjonen og mangel på brukermedvirkning fremme aggressiv atferd. Sykepleiers ansvar for tilrettelegging av pasientens autonomi gjennom økt medvirkning, involvering og informasjon kommer frem.

Avmakt og aggresjon reduseres når pasienten selv blir aktivt involvert i sin egen hverdag og behandling. Relasjonsbygging og mellommenneskelig kontakt kan ha betydning for hvordan konflikter håndteres på institusjonen. Først og fremst ser vi at sykepleiers holdninger kan øke eller redusere risikoen for aggressiv atferd. Holdninger som bærer preg av mangel på interesse, tilgjengelighet og forståelse kan fremme aggressiv atferd. Derimot kan økt mellommenneskelig kontakt preget av varme, empati og respekt blir ansett å være aggresjonsdempende. Positive interaksjoner kan føre til en harmoni på avdelingen hvor pasientene føler seg avslappet og respekterte. Til slutt blir det vurdert hvilken betydning stress og symptomer ved psykisk lidelse har for pasientens atferd. Vår studie viser til et behov om at sykepleier må se hele mennesket for å fremme mestring av følelser og situasjonen.

6.1 Implikasjon for praksis

Som nevnt innledningsvis i oppgaven er aggressiv atferd i psykiatri et økende problem. Oppgaven har gjort oss enda mer bevisst på områder ved sykepleieutøvelsen som står sentralt i aggresjonsproblematikken og at pasientens meninger må bli hørt. Vi ønsker at vår studie skal være til nytte for praksisutøvelsen på psykiatriske avdelinger og at våre funn skal bidra til å redusere antall aggressive hendelser. Vi vil nå legge fram konkrete forslag vi mener vil optimalisere praksis.

Våre forslag er som følgende:

- Personlige rutiner og aktivisering skal i større grad bli prioritert på avdelinger i form av eget kartleggingsskjema ved innkomst. Ved bruk av skjemaet skal pasienten kunne formidle sine daglige rutiner og forhold til aktivitet. Skjemaet må i etterkant diskuteres mellom sykepleier og pasient for å klargjøre hva som er mulig og hva som er urealistisk å gjennomføre.
- Ledelsen skal til enhver tid tilstrebe tilstrekkelig bemanning på avdelingen, slik at alle pasienter opplever at de blir satt av tid til, samt at aktiviteter blir prioritert. Avdelingen skal legge til rette for økt tilbud av aktiviteter på avdelingen.
- Arrangering av jevnlig tilbakemeldingsmøter sammen med pasientene for å lytte til deres opplevelse av å være innlagt. Møtene skal være strukturerte for å unngå at

pasientene ikke opplever å lande i en debatt med helsepersonell. Dette skal være med å øke sykepleiere og behandleres forståelse.

- Månedlige fagutviklingsdager hvor ansatte får opplæring og kurs iblant annet håndtering av aggressiv atferd, mestringsstrategier, sykdomsforståelse og farmakologi.

LITTERATURLISTE

Arbeidstilsynet, (2021, 11. mai), *Vold og trusler*

<https://www.arbeidstilsynet.no/tema/vold-og-trusler/pageAsPdf?showAsImage=true>

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

Einbu, M. & Larsen, I.B. (2016). Innenfrakunnskap om årsaker til truende atferd eller aggresjon og alternativer til bruk av tvangsmidler. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 13 (1-2), 24-33. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2016-01-02-04>

Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats* (3. utg.) Lund: Studentlitteratur

Gulliksen, S. (2020, 5. Mai). *En dobling av vold og trusler mot ansatte*. Dagensmedisin.no <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/05/11/en-dobling-av-vold-og-trusler-mot-ansatte-i-klinikken/>

Helsebiblioteket (2016, 3. juni). Sjekklistor. Hentet fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Håkonsen, K.M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. (5. Utgave.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H. (2016). *Grunnleggende sykepleie bind 1* (2. utg). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kunnskapsdepartementet (2008, 25. januar). *Rammeplan for sykepleierutdanning*.

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Lamanna, D., Ninkovic D., Vijayaratnam, V., Balderson, K., Spivak, H., Brook, S. & Robertson, D. (2016). Aggression in psychiatric hospitalizations: a qualitative study of patient and provider perspectives. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 25(6), 536-542. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1207222>

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publisher Company, Inc.

Lillevik, O. G. & Øien, L. (2014). *Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon*. (1. utgave). Oslo: Gyldendal akademisk.

Malt, U. & Aslaksen, P. (2019, 10. oktober). Psykiske lidelser. Hentet fra:

https://sml.snl.no/psykiske_lidelser

Meehan, T., Mcintosh, W. & Bergen, H (2006). Aggressive behavior in the high-secure forensic setting: the perceptions of patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(1), 19-25. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2006.00906.x>

Molven, O. (2016). Sykepleie og jus. (utg.5). Oslo: Gyldendal juridisk.

Norsk senter for forskningsdata (2021) Hentet fra:

<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Norsk sykepleierforbund. (2019) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Olsson, H., Auduly, Å., Strand, S. & Kristiansen, L. (2015). Reducing or increasing violence in forensic care: A Qualitative Study of Inpatient Experiences. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(6). 393-400. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.009>

Salzmann- Erikson, M. & Yifter, L. (2020). Risk Factors and Triggers That May Result in Patient- initiated Violence on Inpatient Psychiatric Units: An Integrative Review. *Psychiatric Nursing research*, 29(7). 504-520. <https://doi.org/10.1177/1054773818823333>

Travelbee, J. (1999). Mellommenneskelige forhold i sykepleien (1. Utgave). Gyldendal Akademisk.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1997), *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra: <https://lovdata.no/pro/lov/1999-07-02-63>

Psykisk helsevernlov. (1999), *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. (LOV-1999-07-02-62). Hentet fra: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-62>

Urheim, R. (2019). *Aggresjonsforståelse*. Hentet fra: <https://sifer.no/wp-content/uploads/2021/02/MAP-Kapittel-1.pdf>

VEDLEGG

VEDLEGG 1. OVERSIKT OVER SØKEHISTORIKK

Data-baser	Søke-nummer	Søkeord og kombinasjoner	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Artikler inkludert
CHINAL	1	Psychiatric patients AND violence	457	10	0	
CINAHL	2	Psychiatric patients AND violence AND nurse*	33	13	8	
CINAHL	3	Psychiatric patients AND (violence OR aggression) AND (patient perspective)	3	1	1	1
Pubmed	4	Psychiatry AND nurs* AND (violence OR aggressive behavior)	35	4	2	

Pubmed	5	Psychiatry AND (patient perspective OR patient view) AND (aggression OR violence)	89	6	2	
Svemed +	6	Psykiatri AND aggresjon AND pasient perspektiv	0	0	0	
Svemed+	7	Psykiatri AND aggresjon AND pasient	8	1	1	1
CINAHL	8	(Inpatient experience) AND violence AND (Norway OR Sweden OR Denmark OR Finland)	1	1	1	1
Oria	9	Aggressiv atferd AND psykiatri AND pasient perspektiv	16	2		

VEDLEGG 2. OVERSIKTSTABELL OVER ANALYSERTE ARTIKLER

Artikkel 1	
Tittel	Aggression in psychiatric hospitalizations: a qualitative study of patient and provider perspective
Tidsskrift	Journal of mental health (2016)
Forfattere	Lamanna, D., Ninkovic, D., Vijayaratnam, V., Balderson, K., Spivak, H., Brook, S. & Robertson, D.
Perspektiv	Pasient- og sykepleieperspektiv
Problem	Når aggresjon oppstår på psykiatriske avdelinger kan det medfører skader på enkeltpersoner og juridiske og økonomiske problemer for sykehuset. Aggresjon har vært knyttet til inneliggende, kliniske og miljømessige egenskaper. Imidlertid ser en at det mest av forskning er knyttet til sykepleierperspektivet og sjeldent pasientperspektivet.
Hensikt	Hensikten med studien er å utforske og sammenlikne perspektivene til pasient og sykepleiere på faktorer til hva som fører til fysisk og psykisk aggresjon fra psykiatriske inneliggende pasienter.
Metode	Denne studien brukte et fortolkende teoretisk rammeverk og kvalitative intervjuer på en psykiatrisk enhet i Toronto i Canada. . Alle intervjuene var individuelle, personlige og semi-strukturerte med en varighet på 14-140 minutter. Intervjuene ble lydinnspilt og transkribert ordrett i ettertid. For å være kvalifisert til å delta må pasienten ha vært involvert i en voldelig hendelse, enten fysisk eller verbal det siste året. 14 inneliggende pasienter deltok, samt 10 helsepersonell hvorav 7 av disse var sykepleiere, og 3 psykiatere.
Resultater	Resultatene blir identifisert på personlig og organisatorisk nivå. Personlige faktorer som kan bidra til økt aggresjon var stress utenfor institusjonen i form av “major life stressor”, opplevelse av sykdom og mellommenneskelige forbindelser med klinikerne. Organisatoriske faktorer som bidrar til økt

	aggresjon var følelsen av fysisk og atferdsmessige begrensninger knyttet til å være innlagt og mangel på deltakelse i behandlingsbeslutninger.
--	--

Artikkel 2	
Tittel	Reducing or increasing violence in forensic care: A qualitative study with inpatient experiences
Tidsskrift	Archives of Psychiatric Nursing 29 (2015)
Forfattere	Olsson, H., Audulv, Å., Strand, S. & Kristiansen, L.
Perspektiv	Pasientperspektivet
Problem	Vold og trusler er en realitet i hverdagen for pasienter og personell i rettspsykiatriske avdelinger. Det har tidligere vært gjort lite forskning på denne pasientgruppen med fokus på pasientens perspektiv.
Hensikt	Utforske meningene til rettspsykiatriske pasienter og forstå deres meninger på hva som kan bidra til å øke og redusere risiko for aggressiv atferd.
Metode	En kvalitativ metode utført ved en induktiv tilnærming for en tolkende beskrivelse. Semi-strukturerte intervjuer med varighet på 22 - 66 minutter. Data ble samlet ved en maksimal sikkerhet rettspsykiatrisk sykehus i Sverige. Inklusjonskriteriene var at pasientene var innlagt, vurdert med redusert voldsrisiko og ansett av personalet som motiverte for behandling.
Resultater	<p>Resultatene blir presentert i tre overordnede temaer. Første tema beskriver hvilken påvirkning personalet har på utvikling av aggressiv atferd. Positive og negative holdningers betydning, tilgjengelighet, respekt og konflikthåndtering trekkes frem.</p> <p>Tema to viser til pasientens egen innsikt og handlinger til å mestre følelser, triggere og sykdomstegn som kan føre til aggresjon. Siste tema belyser brukermedvirkning, avmakt og miljøet som faktorer i aggresjonsproblematikk.</p>

Artikkel 3	
Tittel	Innenfrakunnskap om årsaker til truende atferd eller aggresjon og alternativer til maktmisbruk
Tidsskrift	Tidsskrift for psykisk helsearbeid (2016)
Forfattere	Einbu, M. & Larsen, B, I.
Perspektiv	Pasientens perspektiv
Problem	Brukerorganisasjoner kritiserer bruken av tvang i psykisk helsevern. Det etterlyses økt grad av brukermedvirkning og frivillighet i behandlingen av utagerende pasienter. Lite forskning er blitt gjort på brukers erfaring på opplevelsen tvangstiltak som reaksjon på vold og aggresjon.
Hensikt	Fremskaffe innenfrakunnskap om hva mennesker som har vært tvangsinnlagt i en akuttpsykiatrisk avdeling, selv mente førte til at de var truende/utagerende, og hvordan tvangsmiddelbruk relatert til dette kunne vært unngått.
Metode	<p>Oppgaven har brukt en kvalitativ metode. Studien har et eksplorativt, deskriptivt og tolkende design.</p> <p>Data ble samlet med individuelle dybdeintervju og bruk av en semistrukturert intervjuguide. Hvert intervju hadde en varighet på 45 minutter og ble tatt opp på diktafon.</p> <p>Deltakere ble rekruttert fra bruker og interesseorganisasjonen WSO (we shall overcome) samt psykiatriske dagsentre. Inklusjonskriteriene var voksne mennesker som hadde vært innlagt i akuttpsykiatriske avdelinger i Norge, og som hadde erfaring med at de var blitt benyttet tvangsmidler fordi de hadde blitt oppfattet som truende/utagerende.</p>
Resultater	På spørsmålet om hva som var årsaker til truende atferd eller utagering ble regler og provoserende hjelpetiltak trukket frem som to sentrale årsaker. Regler om hva som ikke var tillatt ble beskrevet som provoserende og

	<p>meningsløse. Pasienter mente at reglene ble brukt for rigid av helsepersonell og understreket en pasient-pleier-situasjon og at det ble brukt regler i stedet for omsorg. Provoserende hjelpetiltak i form av skjerming, tvangsmedisinering og isolering opplevdes som provoserende og kunne være årsak til trusler og utagering. Skjerming og isolering hindret pasienter å utføre daglige aktiviteter. Deltakerne trekker frem økt mellommenneskelig kontakt mellom pasient og helsepersonell som en konkret anbefaling for å unngå tvangsmidler.</p>
--	--

Artikkel 4	
Tittel	Aggressive behavior in the high-secure forensic setting: the perceptions of patient
Tidsforskrift	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing (2006)
Forfattere	Meehan, T., Mcintosh, W. & Bergen, H.
Perspektiv	Pasientperspektivet
Problem	Vold mot helsearbeidere opptrer ofte i psykiatriske helsetjenester. Tidligere kvantitativ forskning på helsepersonells meninger har belyst mellommenneskelige forhold, miljøfaktorer og interne årsak assosiert med aggressiv oppførsel. Det er et behov for å fremme pasientenes oppfatning og opplevelse av aggressive hendelser.
Hensikt	Hensikten med studiet er at økt innsikt i pasientens perspektiv vil føre til en bedre forståelse av interne og eksterne faktorer som bidrar til økt aggressiv atferd.
Metode	Studiet ble utført ved en høy-sikkerhets rettspsykiatrisk avdeling i Australia. 22 menn og 5 kvinner deltok. En kvalitativ metode ble tatt i bruk hvor pasientene ble delt inn i fem fokusgrupper. Spørsmålene som ble stilt fulgte

	<p>en semistrukturert intervjuguide, men det var åpenhet for spontane ytringer blant deltakerne. Gruppe intervjuene varte i 35-70 minutter.</p>
Resultater	<p>Det var en gjennomgående enighet blant deltakerne om årsaker til aggresjon. Miljøet, mangel på aktiviteter, interaksjoner med helsepersonell, medisiner og individuelle egenskaper ved pasienten ble diskutert som sentrale faktorer til aggressiv atferd. Deltakerne mente at rettferdig behandling, tidlig intervensjon, aktivisering og brukermedvirkning er sentrale strategier for å håndtere/forebygge aggresjon.</p>