

**Hvordan møte aggresjon hos pasienter som er innlagt på en akutt psykiatrisk avdeling for å unngå bruk av tvang? – En kvalitativ systematisk litteratur oversikt.**



---

Universitetet  
i Stavanger

**Fakultet for Helsefag**

**Master i Relasjonsbehandling**

**E-MREMAS Masteroppgave (30 studiepoeng)**

**Studenter: Kine Voll Joakimsen og Ingvil Julie Kristiansen**

**Veileder: Inge Joa, Første Amanuensis UIS**

**Dato: 23. mai 2018**

**UNIVERSITETET I STAVANGER**

**MASTERSTUDIUM I RELASJONSBEHANDLING**

**E-MREMAS MASTEROPPGAVE**

---

**SEMESTER: Vår 2018**

---

**FORFATTER(e)/MASTERKANDIDAT(er):**

**Kine Voll Joakimsen**

**Ingvil Julie Kristiansen**

**VEILEDER: Inge Joa**

---

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

**Norsk tittel: Hvordan møte aggresjon hos pasienter som er innlagt på en akutt psykiatrisk avdeling for å unngå bruk av tvang? – En kvalitativ systematisk litteratur oversikt.**

**Engelsk tittel: How to face aggression in patients admitted to an acute psychiatric ward to avoid using restraints? – A qualitative systematic literature review**

---

**EMNEORD/STIKKORD:** Selvkontroll, sykepleie, aggresjon, empati, litteraturstudie, avmakt, samhandling, kommunikasjon, tvang og tvangsbruk

.....

---

**ANTALL SIDER: 44 sider inkludert artikkel og vedlegg**

**STAVANGER DATO/ÅR: 23. MAI 2018**

## Forord

En utrolig spennende og lærerik tid er over og denne masteroppgaven er avslutningen på vår erfaringsbaserte masterstudie i relasjonsbehandling. Det har vært tre år hvor vi har fått utviklet oss som både sykepleiere og som medmennesker i samfunnet vi lever og arbeider i. Studiet har til tider vært krevende og utfordrende og det er nok nettopp derfor at det nå føles utrolig fint å få levere inn den siste oppgaven som er en oppsummering av mange mindre deler vi har lært gjennom disse årene.

Vi ønsker å rette en stor takk til vår veileder Inge Joa som har vært svært tålmodig og en god støtte gjennom arbeidet med masteroppgaven. Det har vært mange lærerike møter hvor mange gode råd og oppmuntrende ord har blitt sagt som vi har satt stor pris på når arbeidet med oppgaven har føltes ekstra tungt. Vi ønsker også å rette en stor takk til våre familier som har vist oss tålmodighet, gitt oss støtte og hatt troen på oss gjennom denne prosessen.

Vennlig hilsen

Ingvil Julie Kristiansen og Kine Voll Joakimsen

## Sammendrag

Hensikten med denne oppgaven har vært å sette fokus på hvilke forebyggende tiltak en sykepleier kan iverksett for å unngå bruk av tvangsbruk hos en aggressiv pasient. Gjennom en litteraturstudie er det søkt oversikt og innsikt i hva forskning sier om hvilke tiltak som fungerer for å roe ned en aggressiv pasient. Problemstillingen er følgende:

*Hvordan møte aggresjon hos pasienter som er akutt innlagt ved psykiatrisk avdeling for å unngå bruk av tvang?*

Det teoretiske rammeverket har vært Thorgaard, Haga, and Psykiatrisk opplysning (2006) relasjonsverktøy og teori rundt avmakt. Metoden har vært en kvalitativ innholdsanalyse med en systematisk oversiktsartikkel.

Studien har vist at på tross av ulike kulturer og land er det flere fellestrekk ved de tiltak som sykepleierne iverksetter for å unngå bruk av tvang. Blant annet å fokusere på pasientens mestringsstrategier og personalets holdninger og ferdigheter.

<b>FORORD</b> .....	<b>1</b>
<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>2</b>
<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>5</b>
1.1 Tidligere forskning .....	6
1.2 Studiens hensikt og problemstilling .....	6
1.3 Definisjoner .....	6
1.3.1 Forebygging .....	6
1.3.2 Tvang .....	7
<b>2.0 TEORETISK PERSPEKTIV</b> .....	<b>7</b>
2.1 Avmakt.....	8
2.2 Avmakt i hjelpebestrebelsene.....	9
<b>3.0 METODE</b> .....	<b>9</b>
3.1 Valg av metode .....	9
3.2 Forforståelse.....	10
3.3 Innsamling av data.....	10
3.3 Analyseprosessen .....	10
3.4 Validitet .....	12
3.5 Reliabilitet.....	12
3.6 Forskningsetiske vurderinger.....	12
<b>4.0 PRESENTASJON AV FUNN</b> .....	<b>12</b>
4.1 Fjerne utløsende faktorer .....	12
4.2 Samhandle med pasienten .....	14
<b>5.0 DISKUSJON AV STUDIENS FUNN</b> .....	<b>15</b>
5.1 Fjerne utløsende faktorer.....	15
5.2 Samhandle med pasienten .....	16
5.3 Forforståelse.....	17
5.4 Validitet og reliabilitet .....	18

6.0 AVSLUTNING ..... 18

7.0 REFERANSER..... 19

ARTIKKEL

Vedlegg 1: Tabell 1 – PRSIMA Flytskjema

Vedlegg 2: Tabell 2 – CASP skjema oversikt

Vedlegg 3: Tabell 3 – Oversikt over artiklene

Vedlegg 4: Forfatterveiledning til artikkel

Vedlegg 5: Godkjenning av masteroppgave prosjekt

## 1.0 Innledning

Målet med denne oppgaven er et ønske om å se på hvilke faktorer innen relasjonsbehandling som kan være forebyggende i møtet med en aggressiv pasient for å unngå bruk av mekanisk tvang. Oppgaven er en kvalitativ litteraturstudie med utgangspunkt i forskning på temaet og oppsummert i en oversiktsartikkel.

Mekaniske tvangsmidler kan være belter eller remmer for å hindre pasientens bevegelsesfrihet. Andre former for tvang kan være isolasjon, tvangsmedisinering eller fastholding av pasienten (Psykisk-helsevernloven, 2006) . I denne oppgaven er fokuset kun på bruk av mekanisk tvang.

Forfatternes interesse for temaet er relatert til jobben ved ett akutt psykiatrisk mottak hvor man gjennom flere år har stått i utfordringer relatert til aggresjon og tvangsbruk. Opplevelsen er at det til tider kan være ganske tilfeldig hvordan en pasient blir møtt, det finnes liksom ingen klare retningslinjer på hva miljøpersonalet foretar seg dersom pasienten er truende og aggressiv og bruk av tvang truer i bakhånd. Forfatterne undrer seg hva er det som gjør at enkelte sykepleiere ” får det til”, men andre ikke? Hva er det relasjonelle aspektet i slike situasjoner som får pasienten til å roe seg ned? I de siste årene har det vært økt fokus på tvang i mediene. Det har vært skrevet at Stavanger Universitetssykehus særlig har høye statistikker når det gjelder bruk av mekanisk tvang (Norman, Åsebø, & Vågenes, 2016). Det er i den forbindelse blitt dannet en prosjektgruppe bestående av personer med forskjellige profesjoner innad i psykiatrien som skal se på tiltak som kan hjelpe med å redusere den høye statistikken. Man tenker at aggressive pasienter og tvangsbruk skjer ganske hyppig på psykiatrisk sykehus og ønsker derfor å forske på tidligere studier om temaet og finne faktorer som kan forebygge bruken av tvang.

Situasjoner og opplevelser kan gjøre oss frustrert dersom man ikke ser løsningen på problemet. Følelsen som oppstår kan føre til sinne eller aggresjon. Sinne er subjektivt om noe man kjenner inni seg, mens aggresjonen viser seg utad via adferd og handlinger (Lillevik & Øien, 2014, p. 31). Gjennom denne studien vil man bruke tittelen «sykepleier» da forfatterne har rettet studien mot publisering i tidsskriftet «Sykepleien Forskning».

## 1.1 Tidligere forskning

En dansk studie utført i 2008 viser at faktorer innen relasjonsbehandling ligger øverst på en lang liste over fungerende tiltak for forebygging av tvangsbruk. Personalets holdninger, språket, empati, anerkjennelse og fokus på pasientens mestringsstrategier spiller en avgjørende rolle dersom tvang skal unngås (Bak, Brandt-Christensen, Sestoft, & Zoffmann, 2012). Mange av de samme faktorer ble avdekket som de mest brukte i en finsk studie. Her la man vekt på blant annet språket, det å støtte og trøste, gi positiv oppmerksomhet og anerkjenne pasienten. Sykepleierne passet på å ikke legge noen form for press på pasienten, men valgte heller å foreslå aktiviteter de kunne gjøre sammen med pasienten. De fremhevet også det å sette i verk tiltak som pasienten kanskje ikke hadde forventet og lot de få ytre sine ønsker og behov (J., Theo, & Ruud, 1994).

## 1.2 Studiens hensikt og problemstilling

Målet med denne oppgaven er å få en oversikt og innsikt i hva forskning sier om forebyggende tiltak ved aggresjon for å hindre tvangsbruk, og med et ønske om å gi en systematisk oversikt over hvilke faktorer sykepleiere fremhever i møte med en aggressiv pasient slik at tvangsbruk kan unngås.

Studiens hensikt er å bidra til bedre forståelse og økt fokus på refleksjon rundt temaet om forebygging av aggresjon og tvang. Det er forfatterens ønske at våre kolleger på akuttmottaket og organisasjonen som helhet skal kunne opparbeide seg ny kunnskap og ha mere fokus på hvilke utfordringer en står ovenfor i dag.

Problemstillingen i denne studien er:

*Hvordan møte aggresjon hos pasienter som er akutt innlagt ved psykiatrisk avdeling for å unngå bruk av tvang?*

## 1.3 Definisjoner

### 1.3.1 Forebygging

På latinsk betyr det å forebygge å ”komme foran”. Det er et begrep som brukes når man ønsker å komme i forkjøpet med å gjøre noen tiltak som eventuelt kan redusere eller endre en



uønsket adferd man kan se utvikle seg. Det kan også være at man ønsker å bygge opp under noe man ønsker skal skje og iverksetter ulike tiltak for å nå ønsket mål (Lillevik & Øien, 2014, p. 48)

### 1.3.2 Tvang

I denne oppgaven er fokus rettet mot bruk av mekanisk tvang. Nedenunder er en definisjon på når tvangsmidler kan anvendes i følge loven:

#### **§ 4-8. Bruk av tvangsmidler i institusjon for døgnopphold**

*“Tvangsmidler skal bare brukes overfor pasienten når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre ham i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige”. (Psykisk-helsevernloven, 2006)*

## 2.0 Teoretisk perspektiv

Teorien knyttet til denne studien er basert på relasjonsbehandling med hovedvekt på Thorgaard (Thorgaard et al., 2006) omkring dette med bruk av miljøterapeutiske prinsipper som verktøy. Psykiatriens grunnlag er relasjonsbehandling og dennes tro på muligheten for å ta seg av, forsvare og pleie den syke. Den psykodynamiske teori omhandler i hovedsak hvordan mennesker mentalt sett forholder seg til det som er her og nå, det som tidligere har skjedd og det som mangler. Alle mennesker har et behov for å søke mening og forståelse samt føle at man selv blir forstått for å skape relasjoner som kan ha en positiv karakter. Sykepleieren bør blant annet ha en evne til å vise omsorg, vekke håp i situasjoner som kan virke håpløse, skape forutsigbarhet og uttrykke vennlighet samt respekt ovenfor pasientene. Disse faktorene sammen med evnen til å uttrykke empati og til å anerkjenne pasientene kan være med å skape trygge og gode muligheter for vekst og selvkontroll hos pasientene (Thorgaard, Haga, & Psykiatrisk opplysning, 2014, pp. 42 - 47)

God dialog og samhandling må til for å oppnå kontakt. Dette fører til håp om å finne frem til gode løsninger og rom for bedring for pasienten. Kommunikasjonen og dialogen mellom sykepleier og pasienten kan fort bli ødelagt av et skjevt eller ubetenkt ord. For en pasient som

er i krise, har stor angst eller er i ubalanse kan kontakten fort bli påvirket i feil retning og føre til ett dårlig samarbeid. Våre holdninger, forståelse av pasientens lidelse og evne til empati vil derfor ha stor betydning for relasjonsbyggingen (Wormnes, 2013, p. 21).

Språket er det viktigste verktøyet vi har for å samhandle med pasienten. Måten vi ordlegger oss på er avgjørende for opplevelsen pasienten sitter inne med, det kan skape distanse eller lede til en mulighet for endring (Schibbye, 2012, pp. 39 - 40).

## 2.1 Avmakt

Mennesker trenger oversikt, en viss grad av kontroll over vårt eget liv og forutsigbarhet for å føle oss trygge og i balanse. Det gjør at vi føler at vi har kontroll og makt over oss selv og i livet generelt. Vi kaller det egenmakt. Motsetningen til egenmakt er avmakt. Avmakt kan oppleves når vi føler at vi ikke har kontroll over vårt eget liv. Det kan være seg at vi ikke klarer å se at det er noen løsninger på de utfordringene vi møter eller at det ikke er noen muligheter for å endre på vår egen situasjon. Man opplever også kanskje at man ikke kan motsette seg andres bruk av tvang ovenfor en selv og dette vil da være svært dramatisk for personen som opplever dette. Kort kan man si at avmakt er en tilstand hvor man opplever å være i mangel av kontroll, påvirkningsmuligheter, forutsigbarhet, oversikt og løsningsmuligheter over sin egen person og sitt eget liv. (Lillevik & Øien, 2014, p. 27)

Hvordan kan avmakt komme til syne hos en pasient? En av de mest naturlige følelsene en person ofte vil kjenne på er frustrasjon. Frustrasjon er en følelse som kommer når vi blir på en eller måte forhindret i å oppfylle våre behov som dekker de psykologiske og fysiologiske aspektene i våre liv. I boka som Lillevik & Øien (2014, p.28) har skrevet i forhold til miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon skriver de at ” *Individets trang til å handle for å nå sine ønsker og behov er proporsjonal med behovet for å nå målet, og graden av hindringer for å nå målet vil igjen være utslaget av aggresjon* ”. (Lillevik & Øien, 2014, p. 28).

Andre følelser som er naturlige når man kjenner på avmakt er aggresjon og sinne. Aggresjon er en følelse hvor man har en adferd og et handlingsmønster som vises utad i større grad enn sinne. Sinne er en mer subjektiv følelse som en person kjenner inne i seg selv. Det kan igjen være veldig forskjellig på hvordan vi som mennesker opplever og reagerer på sinne og aggresjon. Det handler om våre individuelle mestringsstrategier. Når man ikke klarer å se at

det noen løsninger på situasjonen man opplever som håpløs vil frustrasjonen øke og det kan da vise seg ved å for eksempel utagere fysisk og verbalt mot seg selv, andre mennesker eller inventar. Eller man kan også resignere helt og lukke seg inne hvor man da også avviser all kontakt med omgivelsene sine. (Lillevik & Øien, 2014, p. 31).

## 2.2 Avmakt i hjelpebestrebelsene

Som en sykepleier er det ofte at man føler at man befinner seg i en situasjon hvor man føler seg maktesløs ovenfor en pasient hvor man ikke kommer til en god løsning eller ikke føler at man kan gjøre noe for å hjelpe pasienten og dette kan da føre til følelser som irritasjon hos sykepleieren. Ideelt sett ville man da som sykepleier hverken benekte eller leve ut sin irritasjon ovenfor pasienten, men heller holde ut følelsen og akseptere at man føler det slik på grunn av at man opplever å føle seg maktesløs i situasjonen med pasienten (Thorgaard, 2006, p. 241).

## 3.0 Metode

### 3.1 Valg av metode

I denne studien er det valgt å bruke en systematisk litteraturoversikt som metode. På engelsk kalt systematic review (SR). Malterud (2017, p. 174) beskriver dette som en metode som er en oppsummering av primærstudier, transparent identifikasjon og seleksjon. Det handler om å identifisere og sammenfatte allerede eksisterende litteratur innen et felt og det kan i tillegg inkludere en reanalyse og vurdering av primærstudiene. Dette kan man da sette sammen på nytt med mulighet for å få noe ny informasjon og kunnskap. Et større bilde av mange små deler. Dette kan man gjøre med både kvalitative og kvantitative primærstudier (Malterud, 2017, pp. 174 - 178).

Dette er en systematisk kvalitativ litteraturstudie med en fenomenologisk tilnærming. Når en søker etter å forstå et fenomen gjennom å beskrive andre menneskers erfaringer og perspektiver så kalles dette for fenomenologi. Det er da viktig å stille seg åpen for andres opplevelser da fenomenologien bygger på en grunnmur som mener at virkeligheten er slik den oppleves av andre. Egne erfaringer som forskere kan derfor være med på å danne et utgangspunkt for forskningen (Thagaard, 2013, p. 40).

### 3.2 Forforståelse

Forfatterens egne erfaringer og kunnskap var med på å skape et utgangspunkt for denne studien. Malterud (2017, p. 44) skriver at vår forforståelse er en viktig motivator for å gjøre forskning rundt et tema som virker interessant. Men at det også kan være negativt for studien da man ofte har en mening og oppfattelse av et tema som det kan vanskelig å se bort i fra når man undersøker dypere. Har man gjort et godt stykke arbeid så skal man sitte igjen med resultater på slutten som ikke er lik utgangspunktet man hadde når man først startet prosjektet (Malterud, 2017, p. 44).

### 3.3 Innsamling av data

I denne søkeprosessen har man tatt utgangspunkt i litteratur som kan søkes etter på biblioteket knyttet opp til Universitetet i Stavanger og Universitetssykehuset i Stavanger. Her har det blitt søkt etter litteratur man finner i de helsefaglige databasene. Forfatterne har søkt bistand av medisinsk faglig bibliotek tilhørende de overnevnte instituttene og har benyttet seg av flere ulike databaser som Medline, Cinahl og PsychInfo. PICO – søkeskjema ble avendt ved de første søkene for å få en forståelse av hvor mye forskning det var tilgjengelig da det er her grunnlaget dannes for videre informasjonssøking (Friberg, 2017, p. 61) Videre søk tok lengre tid da det ikke kom frem noe særlig med søkeordene som først ble benyttet, og en måtte da søke bredere ut for å nå flere områder rundt aktuell problemstilling. Det ble også benyttet manuelle søk (Friberg, 2017, p. 61). Søkehistorikken ble lagret i de ulike databasene for å lettere kunne få kontroll over søkene samt da har det vært lettere å kombinere ulike søkeord for å oppnå best mulig resultat (Friberg, 2017, p. 75).

Utvalget har bestått av søkeord på engelsk for å nå et bredere søk nasjonalt og internasjonalt. Søk innen aggresjon og hvordan man håndtere dette uten bruk av tvang virker til å være et lite forsket område. Da spesielt innen kvalitativ forskning. Inklusjonskriteriene og ekskluderingskriteriene ble brukt for å velge ut relevant data.

### 3.3 Analyseprosessen

Graneheim and Lundman (2004) sin tematiske innholdsanalyse ble brukt som metode for å bearbeide materialet. Det beskrives to måter å utføre en innholdsanalyse på som er manifest og latent innholdsanalyse. Det ble anvendt en manifest innholdsanalyse. «*Analysis of what a text says deals with the content aspect and describes the visible, obvious components, referred to as the manifest content*» (Graneheim & Lundman, 2004).

Manifest innholdsanalyse er i mindre grad tolkende enn hva den latente innholdsanalysen er, med det menes det at man ikke prøver å finne den underliggende meningen i en tekst og deretter prøver å tolke hva det kan bety. Denne metoden har en brukt for å trekke ut meningsbærende enheter i artiklene som består av ord, setninger eller avsnitt som hører sammen gjennom konteksten og innholdet (Graneheim & Lundman, 2004). Forfatterne har deretter kondensert de meningsbærende enhetene ned til mindre enheter, men som fortsatt inneholder essensen i innholdet (Graneheim & Lundman, 2004). Som Graneheim and Lundman (2004) sier i sin studie så kan man anta at en tekst kan bety flere ting og at det vil alltid innebære en del subjektiv tolkning når man arbeider med materialet. Dette er det viktig å være oppmerksom på når det gjelder troverdigheten i arbeidet man gjør i en kvalitativ innholdsanalyse (Graneheim & Lundman, 2004).

Videre har man laget kategorier og sub – kategorier hvor sub – kategoriene ble koblet sammen der hvor betydningen i innholdet formet en helhet og det ble da plassert under en kategori (Graneheim & Lundman, 2004). Nedenunder vil man kunne se slutt resultatet etter analysen prosessen.

Under er en oversikt over kategoriene med sub – kategorier:

Kategorier		Sub - kategorier
1.	Fremme selvkontroll hos pasienten	Motivere pasienten til å bruke egne mestringsstrategier Fjerne utløsende faktorer Kunnskap om pasienten
2.	Sykepleiers holdninger og ferdigheter	Observasjon av pasienten Empatibevarelse hos personalet Samhandling med pasienten

### 3.4 Validitet

Når man først snakker om validitet så handler om gyldigheten av de tolkningene en forsker har kommet frem til. Det handler om at tolkningene skal være så nær virkeligheten som mulig og ikke tillegger funnene informasjon eller egenskaper de ikke har. Det er viktig at man kan være objektiv til det man leser og være bevisst å ikke tolke funn på en måte som gir det mening i forhold til det man personlig ønsker (Thagaard, 2013, p. 204).

### 3.5 Reliabilitet

Reliabilitet eller troverdighet sier noe om kvaliteten på dataene som presenteres i oppgaven er av god kvalitet. En må vurdere kildene våre kritisk for ofte er det flere forskere som har studert det samme fenomenet og ved at resultatene er de samme eller tilsvarende like sier noe om troverdigheten (Thagaard, 2013, p. 201 ) Forfatterne har brukt CASP – skjema for å sikre at studiene som ble undersøkt var av god kvalitet (Singh, 2013).

### 3.6 Forskningsetiske vurderinger

Denne studien er godkjent av Personvernombudet ved Forskningsavdelingen ved Stavanger Universitetssykehus. Denne studien er ikke i direkte kontakt med mennesker og trengs derfor ikke å søke tillatelse fra REK. Det er heller ikke behov for anonymisering av intervjuobjektene i studiene som er inkludert her da dette allerede er gjort i den primære studien. Det er likevel viktig å være oppmerksom på å være tro mot studiene som er valgt ved å ikke tillegge dem ekstra informasjon og å stille seg åpen for det som står skrevet i studiene ("World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects," 2013).

## 4.0 Presentasjon av funn

### 4.1 Fjerne utløsende faktorer

Resultatene som kommer frem her vil være sentrert rundt avmakten som kommer frem hos både personalet og pasientene i studiene vi har valgt til denne oppgaven. Resultatene senterer rundt sub – kategorien «fjerne utløser faktorer».

I studien av Terkelsen and Larsen (2016) kommer det frem at nettene ofte var vanskelige perioder da man ofte ble nektet ting pasientene ba om og at det å bli nektet kunne virke som

veldig provoserende for pasientene. Dette kunne gjelde å bli nektet kaffe, røyk, ta en telefon eller å gå ut. Så det å bli kontrollert ble ofte sett på som en utløser for avmakt hos pasientene. Dette kommer også godt frem i et utsag fra en pasient i denne studien (Terkelsen & Larsen, 2016):

*“... det var det å bli nektet kaffe og sigarettene, og sigarettene for meg reduserte angsten. Å ikke kunne følge mine egne rutiner gjorde at angsten eskalerte dramatisk fordi jeg ikke fikk lov til å røyke ...» (Terkelsen & Larsen, 2016)*

Det samme kom frem i en av de andre studiene skrevet av Moghadam, Pazargadi, and Khoshknab (2013) hvor en sykepleier uttrykker dette:

*“... av og til, så ser jeg at pasienter blir aggressive over en røyk, en kopp med te, et møte som blir utelatt eller over å bli tilkalt ...» (Moghadam et al., 2013)*

Andre utløser faktorer som kom frem i noen av studiene var spesielt rettet rundt strukturene og kulturen på avdelingen. Faktorer som personalet holdninger, mannlige sykepleiere og strenge husregler som faste tider på for eksempel når man fikk drikke te. Det virket til å være de institusjon relaterte faktorene som motarbeidet pasientene sine ønsker og behov som ofte kunne oppleves som uakseptabelt av pasientene. Andre faktorer var for eksempel når man måtte nekte pasienter å forlate avdelingen når familien som hadde kommet med pasienten skulle gå og man da måtte holde igjen pasienten (Moghadam et al., 2013; Terkelsen & Larsen, 2016)

Videre kom det frem i studien gjort av Stevenson, Jack, O'Mara, and LeGris (2015) at begrenset område til å bevege seg i avdelingen eller rom kunne utløse aggresjon og dersom det var et begrenset tilbud på aktiviteter for pasientene. Et utsagn av en sykepleier i studien gjort av Moghadam et al. (2013) illustrerer dette:

*“det er ikke noe moro på avdelingen, vi har bare en TV og ikke noe annet, som for eksempel blader, aviser, bøker eller et treningsrom. Dette kan forårsake agitasjon og aggresjon hos pasientene ... «(Moghadam et al., 2013)*

Stevenson et al. (2015) skriver i sin studie at sykepleierne ofte følte et tap av kontroll som kunne resultere i en avmacts følelse og hjelpeløshet når sykepleierne opplevde å være ikke

klare å forhindre eller håndtere voldelige handlinger utført av pasienter. Dette igjen førte til at flere deltakere i studien oppga at dette blant annet påvirket deres evne til å ta vare på sine pasienter. Flere sykepleiere oppga også at å gå inn i en maktkamp med pasientene som førte til tap av kontroll og makt hos pasientene ofte førte til voldelige handlinger (Stevenson et al., 2015).

#### 4.2 Samhandle med pasienten

Studien viser at det relasjonelle perspektivet som omhandler hvordan sykepleiere kommuniserer og samhandler med pasienten er av stor betydning for gode tiltak som forebygger aggresjon og tvangsbruk. Alle studiene sa noe om måten de profesjonelle møter pasienten på for å skape trygghet og forutsigbarhet. Sykepleiers rolle og ferdigheter var blant annet å informere, diskutere, råd gi og forhandle med pasienten (Mackay, Paterson, & Cassells, 2005).

Å gjenkjenne personen som ett selvstendig individ med alle sine rettigheter det medfører og bry seg om vedkommende betyr at sykepleierne ikke opptrer som forutinntatte, de har ingen stereotype holdninger ovenfor pasienten. Utfallet av måten de profesjonelle møtte pasienten på sammen med de fysiske omgivelsene ble gjenspeilet gjennom enten trygghet og dialog, eller frykt og aggresjon (Terkelsen & Larsen, 2016). Studiene fremhevet profesjonell samhandling med pasientene, at selv om en pasient hadde vært voldelig hadde de krav på å bli behandlet med respekt og verdighet. Profesjonell samhandling vil si å være kompetent, at yrkesutøvelsen som utføres har en viss kvalitet (Skau, 2011, p. 43). De forventet denne type opptreden av både seg selv og sine kollegaer. En sykepleier uttalte:

*” jeg forsøker å starte med blanke ark når jeg møter dem, enkelte pasienter har vært utagerende tidligere men har en annen adferd denne gangen” (Zuzelo, Curran, & Zeserman, 2012).*

De samme funnene viser seg i Terkelsen and Larsen (2016) sin studie hvor de legger vekt på å møte pasienten med respekt og dialog, imøtekomme og lytte, la pasienten føle seg unik, selv om en farlig situasjon skulle inntreffe. Dette kunne forebygge at noen ble skadet og situasjonen kunne få ett langt mer ønskelig utfall. Kommunikasjon ble sett på som nøkkel egenskap når det gjaldt mestring av aggresjon, og oppfattet som den viktigste forebyggende



faktor blant sykepleierne (Terkelsen & Larsen, 2016). Den mest effektive og mest brukte intervensjonen som ble rapportert blant sykepleierne i Hallett and Dickens (2015) var bruken av rolig stemme i møte med en aggressiv pasient. Dette etterfulgt av tilbudet om å flytte seg vekk fra stedet der situasjonen oppstod, for deretter å sette seg ned sammen under fire øyne. De rapporterte videre at ufaglært personell uten denne erfaringen kunne føre til pasient aggresjon (Hallett & Dickens, 2015).

## 5.0 Diskusjon av studiens funn

Denne studiens funn viser at sykepleiers holdninger og ferdigheter samt fokus på selvkontroll hos pasienten er viktig og betydningsfullt for å klare å skape en relasjon til pasienten ved forebygging av aggresjon. Forfatterne av denne oppgaven her i kappen har valgt å gå mer i dybden på sub - kategoriene «Samhandling med pasienten» og «Fjerne utløsende faktorer»:

### 5.1 Fjerne utløsende faktorer

Man vil nå se nærmere på sub – kategorien «Fjerne utløsende faktorer» og spesielt relatert til teorien rundt avmakt. Når det snakkes om utløsende faktorer så snakkes det også om avmakt hos både pasienten og personalet. Alle mennesker trenger en viss grad av kontroll over eget liv som gjør at en føler seg trygg og er i balanse. Når man ikke har kontroll så kan dette føre til en følelse av avmakt (Lillevik & Øien, 2014, p. 27). Denne avmakten kan komme til syne som frustrasjon, sinne og aggresjon. Aggresjon er som sagt en følelse hvor man har en adferd og et handlingsmønster som vises utad i større grad enn frustrasjon og sinne (Lillevik & Øien, 2014, p. 28). Pasienter som kommer til en innleggelse på et psykiatrisk akutt mottak og som da opplever å miste kontrollen over når man for eksempel får mulighet til å ta seg røyk eller en kopp te så kan man anta at dette kan føre til en følelse av avmakt. Moghadam et al. (2013) beskriver et slik scenario i sin studie hvor man ser pasienter bli aggressive over en røyk, en kopp te eller for generelt ikke å få behovene oppfylt (Moghadam et al., 2013). Kan man møte pasienter på en annen måte enn med strenge husregler som muligens gjør vondt verre ved å tvinge disse på mennesker som i utgangspunktet kanskje ikke ønsker å være innlagt så kan man kanskje unngå aggresjon hos pasientene og bruk av tvangsmidler.

Terkelsen and Larsen (2016) sier i sin studie at nettene ofte var en vanskelig tid for pasientene for da var det « nei – tid» der pasienter ble nektet adgang til røyk, kaffe, bruke telefonen eller

muligheten til å gå ut (Terkelsen & Larsen, 2016). Det er klart at man trenger noen regler på enhver avdeling, men kan man være litt mer fleksibel så kan man anta at man da også fjerner faktorer som kan føre til unødvendig følelse av avmakt hos pasienten som igjen kan føre til aggresjon.

J. et al. (1994) fant allerede funn på dette i 1994 hvor sykepleiere oppga grunner for aggresjon hos pasientene som var mangel på privatliv og at pasientene ble tvunget til å følge reglene på avdelingen (J. et al., 1994). Dette samsvarer med tap av kontroll, oversikt og forutsigbarhet som kan føre til en opplevelse av avmakt og igjen aggresjon (Lillevik & Øien, 2014, p. 27).

Men det er ikke kun pasientene som kan kjenne på en følelse av avmakt. Når man som sykepleier skal hjelpe en pasient som beskrevet i studien gjort av Stevenson et al. (2015) så oppgir sykepleierne i studien at de ofte kjente på en følelse av tap av kontroll når de ikke klarte å avverge situasjoner som førte til utagering. Dette igjen resulterte i en følelse av avmakt og hjelpeløshet og dette påvirket hvordan sykepleierne tok seg av pasientene sine (Stevenson et al., 2015).

I følge Thorgaard et al. (2006, p. 241) så skal man som hjelper akseptere at disse følelsene vil komme når man føler seg maktesløs overfor en pasient, men ideelt sett ikke leve ut sin frustrasjon på pasienten som igjen påvirker arbeidet man gjør med pasienten (Thorgaard et al., 2006, p. 241).

## 5.2 Samhandle med pasienten

Ordet samhandling er ett relasjonsord på linje med samvær, samarbeid og samtale. Disse ordene beskriver hvor fokuset bør ligge når det gjelder psykiatrisk behandling og innsats (Thorgaard et al., 2006, pp. 32 - 33).

Funn viser at dersom man tilnærmer seg pasienten med dialog kan det bidra til større forståelse for hva en ny relasjon kan bety for både pasient og sykepleier. Å skape trygghet og forutsigbarhet for pasienten ved å fokusere på en "pasient relatert dialog" i stedet for en "profesjonell relatert dialog", kan forebygge at en situasjon eskalerer. (Terkelsen & Larsen, 2016). Terkelsen and Larsen (2016) fremhever videre at en viktig faktor er å imøtekomme pasientens ønsker og behov med dialog slik at den hverdagslige talen og måten å opptre på er preget av ett språk som pasienten forstår (Terkelsen & Larsen, 2016). Thorgaard et al. (2006) viser til at "relasjonen er det bærende element for at vi skal få lov til å hjelpe" (Thorgaard et

al., 2006) s.217), og at pasienten trenger å føle seg både hørt, forstått, akseptert og godt mottatt for at en relasjon skal dannes. Blant de høyeste rangerte tiltakene i en studie av Bak et al. (2012) fant de at minst mulig bruk av kontroll og tvang måtte til for å redusere antallet belteleggelser. Omsorgsfull holdning fra sykepleierne, samhandlingen og kommunikasjonen var faktorer som viste seg til det beste pasientene (Bak et al., 2012).

I studien til Terkelsen and Larsen (2016) uttalte en sykepleier:

*” jeg ønsket mye heller å gå i dialog med pasienten og bruke mere tid på han enn å ta i bruk beltesengen” (Terkelsen & Larsen, 2016).*

En slik tilnærming belyser hvor viktig det er å ”tune inn” på pasienten og ha et ønske om å få mere kunnskap om bakgrunn for innleggelsen. Ett av Thorgaard et al. (2014) relasjonsverktøy er Livsstolpen. Den brukes som gjennomgang av pasientens liv fra fødsel av, med alle viktige hendelser, tap, traumer og vonde opplevelser som har satt sine spor (Thorgaard et al., 2014, pp. 105 - 107). Denne type refleksjoner fører til nysgjerrighet, vi ser sammenhenger i pasientens liv, og en mere empatisk tilnærming oppstår (Strømstad, Torbjørnsen, & Aasland, 2016, pp. 92 - 93). En motsats til dette beskrives i studien til Zuzelo et al. (2012) der sykepleierne uttaler at enkelte pasienter har fått ”et stempel” på bakgrunn av tidligere omstendigheter, adferd og erfaringer. Språket og måten vi omtaler pasientene på betyr mye for bedringsprosessen er med på å bestemme utfallet av en uønsket situasjon. Språkbruken røper våre holdninger og vi identifiserer pasienten som en sykdom isteden for hvem som er bak sykdommen. Omtaler vi pasienten som en med ”høy voldsrisiko” legger vi automatisk til rette for frykt og redsel blant de ansatte. Vi utelukker at pasienten kan være i bedring og fremme håp for utvikling hos vedkommende (Strømstad et al., 2016, p. 23).

### 5.3 Forforståelse

Forfatterne i denne studien er to sykepleiere som begge har arbeidet flere år i psykiatrien og har i den forbindelse jobbet tett opp mot problemstillingen i denne studien. Man har flere ganger møtt aggresjon hos pasienter på jobb og har da måttet bruke tvangsmidler for å ta vare på sikkerheten for både pasienter og personal. Man har måttet være bevisst på ens egen bakgrunn og erfaringer når man har beveget seg igjennom denne prosessen av litteratursøk,

analyse og diskusjon av funn slik at vi har kunnet være så objektive som mulig gjennom denne studien (Malterud, 2017, p. 44).

#### 5.4 Validitet og reliabilitet

Forfatterne av denne studien har i så stor grad som mulig gjengitt resultatene som kom frem i de forskjellige studiene så nær virkeligheten som mulig. Man har vært bevisst på å ikke tolke eller legge til informasjon som kan føre til at man ikke er tro mot funnene som er gjort i primærstudiene. Når det gjelder reliabilitet så har man vurdert hver enkelt primær studie opp mot et CASP – skjema for å øke denne studiens troverdighet (Thagaard, 2013, pp. 201 - 206)

#### 6.0 Avslutning

Denne studien viser at sub – kategoriene «Fjerne utløsende faktorer» og «Samhandle med pasienten» har gjennomgående størst fokus og det er det sykepleierne legger størst vekt på av forebyggende tiltak i forhold til aggresjon hos pasienten. Ved å ha fokus på hva som kan være en utløsende faktor for aggresjon og relatere dette til følelsen og opplevelsen av avmakt vil man også i større grad forstå pasientens adferd og man kan lettere komme i forkant med å for eksempel ikke være spesielt streng med tanke på «husreglene» på avdelingen. Da kan heller den pasienten som vil ta seg en røyk på natta gjøre dette og man kan se det på som en måte å bevare egenmakten til å ta den avgjørelsen selv.

Måten vi omtaler pasienten på, måten vi snakker til pasienten på viser seg å ha stor betydning for relasjonsbygging. For at aggresjon og tvang skal kunne unngås må tiltakene være rettet mot å skape en dialog først og fremst. Pasientene ønsker ett språk de kan forstå gjennom samhandling slik at deres behov blir sett, hørt og respektert.

For å implementere denne forståelse videre vil kunne være behov for veiledning og intern undervisning for personal i større grad enn det er i dag og det ville være ønskelig med mer forskning på dette området for å utvide forståelsen og erfaringene som sykepleierne har gjort seg i sitt arbeide for å bedre kunne hjelpe pasienter innlagt på en akutt psykiatrisk avdeling unngå unødvendig aggresjon og bruk av tvangsmidler.

## 7.0 Referanser

- Bak, J., Brandt-Christensen, M., Sestoft, D. M., & Zoffmann, V. (2012). Mechanical Restraint—Which Interventions Prevent Episodes of Mechanical Restraint?—A Systematic Review. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48(2), 83-94. doi:10.1111/j.1744-6163.2011.00307.x
- Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats : vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Hallett, N., & Dickens, G. L. (2015). De-escalation: A survey of clinical staff in a secure mental health inpatient service. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(4), 324-333. doi:10.1111/inm.12136
- J., F. E., Theo, D., & Ruud, H. (1994). Aggression in psychiatry: a qualitative study focusing on the characterization and perception of patient aggression by nurses working on psychiatric wards. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1088-1095. doi:doi:10.1111/j.1365-2648.1994.tb01192.x
- Lillevik, O. G., & Øien, L. (2014). *Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Mackay, I., Paterson, B., & Cassells, C. (2005). Constant or special observations of inpatients presenting a risk of aggression or violence: nurses' perceptions of the rules of engagement. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(4), 464-471. doi:10.1111/j.1365-2850.2005.00867.x
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Moghadam, M. F., Pazargadi, M., & Khoshknab, M. F. (2013). Iranian Nurses Experiences of Aggression in Psychiatric Wards: A Qualitative Study. *Issues in Mental Health Nursing*, 2013, Vol.34(10), p.765-771, 34(10), 765-771. doi:10.3109/01612840.2012.737893
- Norman, M. G., Åsebø, S., & Vågenes, H. (2016, 26.04.2016). Her legges flest i belter. . VG. Retrieved from <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/tvang-i-psykiatrien/her-legges-flest-i-belter/a/23668115/#xtor=CS4-1>
- Psykisk-helsevernloven. (2006). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern loven*. LOV 30 juni 2006, nr 45. . Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2006-06-30-45>.
- Schibbye, A.-L. L. (2012). *Relasjoner : et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi* (2. utg., 2. oppl. [i.e. ny utg.]. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Singh, S. (2013). Endovista 2016 report. *Journal of Pharmacology and Pharmacotherapeutics*, 4(1), 76-77. doi:10.4103/0970-7212.184348
- Skau, G. M. (2011). *Gode fagfolk vokser : personlig kompetanse i arbeid med mennesker* (4. utg. ed.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Stevenson, K. N., Jack, S. M., O'Mara, L., & LeGris, J. (2015). Registered nurses' experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units: an interpretive descriptive study.(Clinical report). *BMC Nursing*, 14(1). doi:10.1186/s12912-015-0079-5
- Strømstad, J. V., Torbjørnsen, A. B., & Aasland, A. M. K. (2016). *Hvem er du? : miljøterapi som terapeutisk relasjonsarbeid*: Hertervig forl.

- Terkelsen, T. B., & Larsen, I. B. (2016). Fear, danger and aggression in a Norwegian locked psychiatric ward. *Nursing Ethics*, 23(3), 308-317. doi:10.1177/0969733014564104
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (4. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Thorgaard, L. (2006). *Empatiens bevarelse i relationsbehandlingen i psykiatrien*. Stavanger: Hertervig forl. Stiftelsen psykiatrisk opplysning.
- Thorgaard, L., Haga, E., & Psykiatrisk opplysning, S. (2006). *Gode relationsbehandlere og god miljøterapi* (Vol. B. 1). Stavanger: Hertervig forl. Stiftelsen psykiatrisk opplysning.
- Thorgaard, L., Haga, E., & Psykiatrisk opplysning, S. (2014). *Gode relationsbehandlere og god miljøterapi* (3. utg. ed. Vol. B. 1). Stavanger: Hertervig forl.
- World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. (2013). *JAMA*, 310(20), 2191. doi:10.1001/jama.2013.281053
- Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker : relasjonens, alliansens og kontekstens betydning*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Zuzelo, P. R., Curran, S. S., & Zeserman, M. A. (2012). Registered Nurses' and Behavior Health Associates' Responses to Violent Inpatient Interactions on Behavioral Health Units. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 18(2), 112-126. doi:10.1177/1078390312438553

Hvordan møte aggresjon hos pasienter som er akutt innlagt ved psykiatrisk mottak for å unngå bruk av tvang? – en kvalitativ litteraturstudie

Artikkel

Ingvil Julie Kristiansen, sykepleier, Akutt psykiatrisk mottak SUS

Kine Voll Joakimsen, sykepleier, Akutt psykiatrisk mottak SUS

Antall ord: 2910

Antall sider: 12

Antall tabeller: 3

### **Sammendrag**

Bakgrunn: I media har det vært stort fokus på mye bruk av tvangsmidler i den spesialiserte psykiske helsetjenesten de siste årene og sykehusene har blitt kritisert for de høye tallene som statistikken viser til.

Hensikt: Denne studien ønsker å belyse de miljøterapeutiske og relasjonelle faktorene som kan være med å redusere bruk av tvang i møte med aggresjon hos pasienter som er innlagt på en psykiatrisk avdeling.

Metode: Studien er en systematisk kvalitativ litteraturstudie der det er anvendt en tematisk innholdsanalyse.

Resultat: I studien ble det inkludert seks studier. Analysen avdekket to hovedkategorier med tre sub – kategorier under hver. Selvkontroll hos pasienten samt sykepleiers holdninger og ferdigheter blir angitt som de to hoved kategoriene.

Konklusjon: Studien viser blant annet at det er viktig som miljøpersonale å ha fokus på pasientens egne mestringsstrategier, å kunne observere og samhandle med pasienten og inneha empatiske evner i møte med aggresjon hos pasienten for å unngå bruk av tvangsmidler.

Nøkkelord: Selvkontroll, sykepleie, aggresjon, empati, litteraturstudie.

## **Introduksjon**

Mediene og til dels politikerne har de siste årene kritisert den spesialiserte psykiske helsetjenesten for altfor stort omfang av tvangsbruk i forhold til personer med psykiske lidelser. Sykehusene på Vestlandet med Stavanger Universitetssykehus (SUS) i spissen har særlig fått kraftig kritikk (1). Mekaniske tvangsmidler kan være belter eller remmer for å hindre pasientens bevegelsesfrihet. Andre former for tvang kan være isolasjon, tvangsmedisinering eller fastholdning av pasienten (2). Ved utøvelsen av (mekanisk) tvang er aggresjon som oftest tilstede i forkant. Aggresjon er en følelse som uttrykkes utad ved for eksempel å skrike, slå i vegger eller sparke i dører (3). Pasienter som legges inn etter tvunget psykisk helsevernloven (2) opplever ofte en følelse av avmakt, de har blitt fratatt kontroll og påvirkningsmuligheter, de har mistet oversikten over situasjonen (3). Sykepleiers rolle i en akutt situasjon er å møte pasienten på en empatisk, støttende og tillitsvekkende måte. Å trygge pasienten, ha bakgrunnsinformasjon om pasienten, å opprettholde empati selv i krevende situasjoner, samt kommunisere og samhandle må til for å skape en relasjon (4). Empati beskrives som evnen til å forestille seg hvordan det oppleves å være den andre personen, å være lydhør for hva den andre sier både verbalt og non verbalt (5). Miljøterapi er behandlingsmodellen pasienter oftest tilbys når de er tilknyttet en psykiatrisk behandlingstilstand. Det relasjonelle aspektet ved miljøterapi er betydningsfullt for at sykepleierne skal respektere pasienten, bruke tid sammen med dem og legge til rette for et terapeutisk miljø. Det fremheves at relasjonen mellom pasienten og sykepleier har stor betydning for hvordan pasienten mestrer sine livsutfordringer (5, 6). Tidligere forskning med fokus på mulig reduksjon av tvang under opphold har vist til 27 tiltak som kan forebygge tvangsbruk. Studien viste at kognitiv miljøterapi, brukermedvirkning, voldsrisikovurdering, identifikasjon av faktorer som kan føre til voldelig adferd, undervisning for personal og personalets holdninger lå blant topp ti på listen (7).

For å kunne bedre kunnskapsgrunnlaget i klinisk praksis for våre kollegaer er det et behov for å gjennomføre en oppsummering og gjennomgang av hvor feltet står i dag.

Hensikten med denne studien er å beskrive sykepleieforskning knyttet til det relasjonelle perspektivet i møtet med aggressive pasienter med det mål å kunne bidra til redusert bruk av tvang.



## Metode

Denne studien er en systematisk kvalitativ litteraturstudie (8). Forfatterne er to sykepleiere ved Stavanger Universitets Sykehus. Data er samlet inn i perioden fra desember 2017 til februar 2018. Det er gjennomført søk i følgende databaser som Cinahl, Medline og PsychInfo. Det er også benyttet supplerende manuelle søk. Utvalget har bestått av engelske søkeord og alle artiklene gjennomgått har vært skrevet på engelsk. Søkeord som «inpatient», «aggression», «causes», «psychiatric nursing» og «managment» ble brukt for å finne artikler. Søket ble begrenset til å ha fokus på kvalitative primære studier, og i studier hvor både kvalitative og kvantitative metoder ble brukt, så ble kun de delene med fokus på kvalitativ metode benyttet. Studier fra 2005 og eldre ble ekskludert, alder på inkluderte pasienter i studien var fra 16 år +. Språket ble begrenset til engelsk, norsk, dansk og svensk. Alle studier som ikke omhandlet direkte sykepleier – pasient kontakt og studier som kun hadde pasient perspektivet ble også ekskludert.

PRISMA skjema (Tabell 1) med oversikt over søket (9).

-----Sett inn tabell 1 omtrent her -----

Etter en gjennomgang av inkluderingskriteriene så ble studiene avgrenset til ti studier som ble fordelt likt mellom forfatterne og ble lest gjennom separat. CASP – skjema (Tabell 2) ble brukt for å kunne kvalitetssikre de artiklene som man hadde funnet frem til. Fire studier ble ekskludert her på grunn av at de ikke møtte inkluderings kriterier etter en nærmere gjennomgang i en felles diskusjon mellom forfatterne (10).

-----Sett inn tabell 2 omtrent her -----

Det ble til slutt endelig inkludert seks artikler i studien.

----- Sett inn tabell 3 omtrent her -----

Graneheim og Lundman (11) sin tematiske innholdsanalyse modell ble brukt som metode (11). I analyse prosessen leste forfatterne nøye igjennom de seks artiklene hver for seg og begynte å trekke ut gjennomgående temaer som dukket opp i artiklene. Etter flere møter og

diskusjoner mellom forfatterne ble det brukt tid på å diskutere de ulike temaene som dukket opp i studiene, ble det funnet frem til to hovedkategorier med tre sub – kategorier på hver.

Erfaringene sykepleierne i studien hadde oppgitt som en måte for å møte aggresjon uten bruk av tvangsmidler ble ansett som de meningsbærende enhetene. De meningsbærende enhetene ble deretter kondensert ned til grupper som delte samme mening eller utsagn. Flere alternativer ble diskutert av forfatterne for å komme frem til enighet om hvordan sortere og til slutt sette navn på de ulike kategoriene (11).

Studien er godkjent av Personvernombudet ved Forskningsavdelingen ved Stavanger Universitets Sykehus.

## **Resultat**

Her presenteres resultatene i to hoved kategorier med tre sub – kategorier under hovedkategori:

Fremme selvkontroll hos pasienten

- Motivere pasienten til å bruke egne mestringsstrategier
- Fjerne utløsende faktorer
- Kunnskap om pasienten

Sykepleier holdninger og ferdigheter

- Observasjon av pasienten
- Empatibevarelse hos personalet
- Samhandling med pasienten

### **Fremme selvkontroll hos pasienten**

Det kom frem flere punkter hvor sykepleierne refererte til metoder brukt for å hjelpe pasienten til å bevare selvkontrollen i vanskelig situasjoner. Nedenunder er de delt inn i 3 sub – kategorier presentert her:

### Motivere pasienten til å bruke egne mestringsstrategier

To av studiene (12, 13) tok for seg det å motivere pasienten til å bruke egne mestringsstrategier som metode for å unngå utagerings situasjoner. Hallett og Dickens (12) beskriver dette temaet under kategorien om taktikk for å si noe om metoder brukt for å de – eskalere en mulig utagerings situasjon. Her kommer det frem at å støtte pasientene til å bruke sine egne mestringsstrategier var med å kunne redusere aggresjon og utagering (12). I studie fire beskriver Stevenson et al. (13) noe av det samme under temaet som omhandler makt og kontroll. Her kommer det frem at flere av dem som ble intervjuet hadde erfart at å gå inn i en makt kamp ofte resulterte i en utageringssituasjon og at man da heller som strategi bevisst forsøkte å gi noe av kontrollen eller makten tilbake til pasienten ved å gi valg muligheter til pasienten og følget da en sykepleiefokusert modell som bygger opp under det å la pasienten sitte i «førersetet». Men det kom også frem at sykepleiere ofte hadde vanskelig med å gi fra seg kontrollen på grunn av sin egen frykt for at det skulle utløse utagering og vold (13). Nedenunder er et sitat fra en sykepleier for å beskrive et eksempel på mestringsstrategi hos en pasient:

*«... bruke pusteteknikker for å roe ned» (13).*

### Fjerne utløsende faktorer

I tre av studiene (12, 14, 15) viser til at det å fjerne eller respondere på potensielt kjente utløser faktorer var sett på som viktig for å forhindre aggresjon og utagering. Mackay et al. (14) skriver at sykepleierne selv viser til viktigheten av å tidlig identifisere varsel signaler for aggresjon hos pasientene og at sykepleierne selv sa at de var klar over at aggresjon ofte ikke kommer ut av ingenting, men at det er ofte er noen utløser faktorer tilstede i forkant av en utagering. Å kunne respondere og eventuelt da fjerne disse utløser faktorene var sett på som viktig for å kunne de – eskalere en situasjon (14).

Hallett og Dickens (12) beskriver at distraksjons teknikker som å tilby pasienten noe å drikke, tilby å lese avisa eller å foreslå å spille for eksempel sjakk var metoder sykepleiere brukte for å distrahere pasientens oppmerksomhet over på noe annet enn det som forårsaket aggresjonen. Det kom også frem at det å skape rom rundt pasienten var en måte på å redusere sannsynligheten for utagering (12). Moghadam et al. (15) skriver kort at for å forhindre utageringer så prøvde sykepleierne å endre situasjonen som hadde oppstått eller å fjerne faktorene som forårsaket aggresjonen hos pasienten. En sykepleier gir et eksempel på dette:

*“... noen ganger ser vi en pasient som blir aggressiv over en røyk. Da prøver vi å møte ønskene til pasienten for å roe ned situasjonen” (15).*

### Kunnskap om pasienten

I tre av studiene (12, 14, 16) ble det beskrevet at sykepleierne var oppmerksom på å ha kunnskap om pasienten. I Mackay et al. (14) fortalte sykepleierne at det å ha kunnskap om pasienten, innleggelsesårsak og pasientens bakgrunn var viktig for å kunne identifisere mulige faktorer som kunne utløse aggresjon og utagering. Også i studien skrevet av Hallett og Dickens (12) brukte sykepleierne kunnskapen de hadde om pasienten og pasientens familie historie til å få til en dialog med pasienten for å kunne komme i posisjon til en mer positiv rettet dialog. Begge studiene begrunnet dette med at det da ville bli lettere å fange opp mulige utløser faktorer som kunne være med å bidra til økt aggresjon og situasjoner med utagering (12, 14).

I Zuzelo et al. (16) kom det frem at sykepleierne sa at det var vanskelig å kjenne igjen oppførsel hos nye eller ukjente pasienter som kunne gi informasjon om hvordan man kunne unngå situasjoner med vold og utagering og at det av den grunn var viktig å kjenne pasienten. En sykepleier beskrev hvordan den hadde opplevd pasienter komme inn til innleggelse hvor pasienten fremsto fiendtlig ovenfor personalet, men at sykepleier sa at han trodde det var på bakgrunn av tidligere erfaring eller fra miljøet de kom fra utenfor sykehuset (16).

Det ble også fremmet et eksempel på hvor en pasient ble innlagt der man trodde at det ville bli utagering, men at da en sykepleier kom til som pasienten kjente fra før så roet situasjonen seg og at man da unngikk utagering og videre bruk av tvang (16).

*“... En sykepleier kjente henne igjen, og pasienten husket sykepleieren. Pasienten unngikk ikke bare bruk av tvang, men trengte heller ikke medisiner.” (16).*

### Sykepleiers holdninger og ferdigheter

I flere av studiene fra utvalget var det et stort fokus på at sykepleiers holdninger og ferdigheter var avgjørende for utfallet i møte med aggressive pasienter. De vektla hvordan de samhandlet med pasienten og at empatibevarelsen hos personalet var forebyggende tiltak for reduksjon av aggresjon. Her presenteres det i 3 sub – kategorier:

### Observasjon av pasienten

Fem av studiene (12-16) beskrev viktigheten av å observere pasienten og hele tiden vurdere for og imot vedrørende hans mentale tilstand som viser seg gjennom kroppsspråk og ansiktsuttrykk (12). Flere fokuserte på å holde seg på en viss fysisk avstand særlig dersom de ikke kjente pasienten. Funn viste at det å rådføre seg med kolleger eller andre på avdelingen som også hadde vurdert pasienten var med på å forebygge en uønsket hendelse. Ett aspekt ved profesjonell vurdering er å opptre objektiv og «la tvilen komme pasienten til gode» (16). Stevenson et al. (13) poengterte betydningen av godt utdannede sykepleiere og deres ferdigheter når det gjelder å kunne observere underliggende aggresjon hos en pasient. Å observere pasienten er basert på den profesjonelle sykepleiers avgjørelser og hvilke tidligere erfaringer og utenforstående faktorer som spiller inn (14).

*” jeg tror vi må håndtere aggressive pasienter på lik linje med rolige pasienter” (14).*

### Empatibevarelse hos personalet

Å møte pasienten med empati eller det å fortsatt klare” å bry seg om” pasienten er faktorer som er beskrevet i tre av artiklene (12, 16, 17). Terkelsen og Larsen (17) mener avdelingene bør tilstrebe en empatisk atmosfære slik at pasientene blir møtt med vennlige holdninger fra personalet. Å fjerne utløsende faktorer som man vet pasientene vil reagere negativt på og fokusere på en” ny måte å tenke på” hos personalet kan føre til nye relasjoner mellom pasient og sykepleier. Studien til Zuzelo et al. (16) uttrykte at det var lettere å vise omsorg for pasienten dersom han viste anger etter en utagerende episode. De mente videre at det å ha empati for pasientene var nødvendig uavhengig av ubehagelige episoder eller utagerende adferd, sykepleierne uttrykte:

*”.... det er en del av jobben og man kan ikke gå rundt å ha negative følelser ovenfor pasientene” (16).*

Hallet og Dickens (12) fremhevet også bruk av humor og empati som faktorer for de-eskalering. Utfra funnene i studien til Terkelsen og Larsen (17) fant de ut at sykepleierne hadde to ulike fremtoninger når det kom til å håndtere aggresjon. Den ene ble beskrevet som en” ballett danser” som signaliserte en omsorgsfull fremtoning og gjorde ett forsøk på å” sette

seg i pasientens sko”. Motsatt som en ”bulldoser” som ønsket å ha mest mulig kontroll over pasienten. De trakk også frem viktige element som omhandlet det å sette seg grundigere inn i pasientens historikk (17).

### Samhandle med pasienten

En faktor som gikk igjen i alle seks artiklene (12-17) var hvordan sykepleierne kommuniserte med pasientene. Å gi informasjon og samhandle med pasienten og dermed la han føle seg delaktig skapte trygghet og kontroll hos pasienten (13). Kommunikasjons strategier som ble nevnt hos flere var å tilby pasienten en til en samtale. Her for å komme til bunns i hva problemet er og forhandle seg frem til løsninger som kan gjøre situasjonen bedre for pasienten (14). En sykepleier sa:

*” vi får informasjon fra pasienten og vi informerer tilbake, man forsøker å få pasienten til å føle seg trygg og la de få sjansen til å uttrykke hva de føler” (14).*

Å forsikre pasienten at vi er der for han og være støttende på vegne av det han sliter med gikk igjen som faktorer for forebygging av tvang og aggresjon. Hallett og Dickens (12) fremhevet måten man snakket til pasienten på, med rolig stemme og ha øyekontakt med vedkommende og ha en avslappet kroppsholdning som viktige faktorer ved de-eskalering (12). Mackay et al. (14) mente videre at det å ikke snakke, men kun være tilstede sammen med pasienten kunne være det som trengtes der og da for å la situasjonen roe seg. I motsatt fall var det å identifisere og observere pasienten om kanskje tausheten var et tegn på aggresjon som bygget seg opp (14).

## **Drøfting**

Hensikten med studien var å undersøke og finne forebyggende tiltak som sykepleierne iverksetter når det oppstår aggresjon hos pasienter for å unngå bruk av tvangsmidler.

Her presenteres funnene i to hoved kategorier:

### Fremme selvkontroll hos pasienten

Hovedfunnene under denne kategorien her sirkulerer rundt det å fremme selvkontroll hos pasienten. Dette er også tidligere bekreftet i en studie av Finnema et al. (18) i 1994 hvor sykepleiere oppga å bruke distraksjons metoder for å redusere aggresjon hos pasienter som å lede pasienten til et mer rolig sted og forslag om å gjøre aktiviteter som var sett på som positive (18). Bak et al. (7) kom blant annet frem til at identifikasjon av utløser faktorer var et viktig tiltak som ble rangert høyt på listen over ulike tiltak for å redusere bruk av tvang (7). Thorgaard (5) har for blant annet utviklet et skjema som skal fremme selvkontroll hos pasienter. Dette er et verktøy som kan brukes av sykepleiere sammen med pasienten for å komme frem til tiltak som pasienten selv har gitt uttrykk for hjelper i situasjoner hvor ting kan føles vanskelig og utfordrende (5).

### Sykepleiers holdninger og ferdigheter

Studien har vist at sykepleiers holdninger og ferdigheter spiller en avgjørende rolle i møte med aggressive pasienter. Erfaringene handler om hva som har formet oss gjennom oppvekst og i møte med andre. Vi har tilegnet oss verdier, holdninger, tenkesett og en væremåte som preger den vi er i dag (19). Det å møte pasienten på en empatisk måte, informere og samhandle var andre funn som ble avdekket i artiklene (14, 16). Refleksjon av egne holdninger bør være en fortløpende prosess da det uttrykkes gjennom kroppsspråk, tonefall og grad av tilstedeværelse for pasienten (6) . Studien fremhevet betydningen av utdannet og erfarent personal som har trening i å vurdere underliggende aggresjon hos en pasient (15). Borg og Topor (20) beskriver trygghet hos utdannede sykepleiere som ”å ha kart over ulendt terreng”, det viktigste er ikke hvilken metode men å tro på at den man velger kan være den beste løsningen for pasienten. En artikkel fra 1994 kom frem til funn som underbygger studien. De viste til at faktorer som å vise empati, trygge pasienten, kommunisere på en omsorgsfull måte og at erfarne sykepleiere spilte en nøkkelrolle når det gjaldt forebygging av aggresjon (18).

### Styrker og svakheter

Svakheter i studien er at det er lite forskning på dette området som fokuserer på sykepleier – pasient relasjon og at det kun finnes mindre avsnitt i større studier som handler om hvordan man håndterer aggressive pasienter uten bruk av tvang. Andre svakheter kan være at studiene som er funnet kommer fra forskjellige land hvor kultur og holdninger spiller en stor rolle i hvordan man møter pasienter og at disse er forskjellige fra land til land. Noen av studiene var heller ikke særlig utfyllende rundt akkurat dette temaet.

Styrker i denne studien er at det er to sykepleiere som har lest igjennom studiene og gjennom diskusjon kommet frem til en enighet om resultatet.

### **Konklusjon**

Denne studien viser til at å fremme selvkontroll hos pasienter samt sykepleiers holdninger og ferdigheter spiller en vesentlig rolle i møte med aggresjon hos pasienter for å unngå bruk av tvangsmidler. Dette kommer frem på tvers av studiene med kultur og fra forskjellige land. Funnene oppsummerer erfaringsbasert kunnskap hos miljøpersonalet i møte med aggresjon hos pasienter. Denne studien viser at mer forskning på dette området er nødvendig for å få et bredere kunnskapsfelt der man kan se nærmere på flere konkrete sykepleie tiltak som har god effekt for å unngå bruk av tvangsmidler i møte med aggresjon hos pasienter innlagt på en psykiatrisk avdeling.



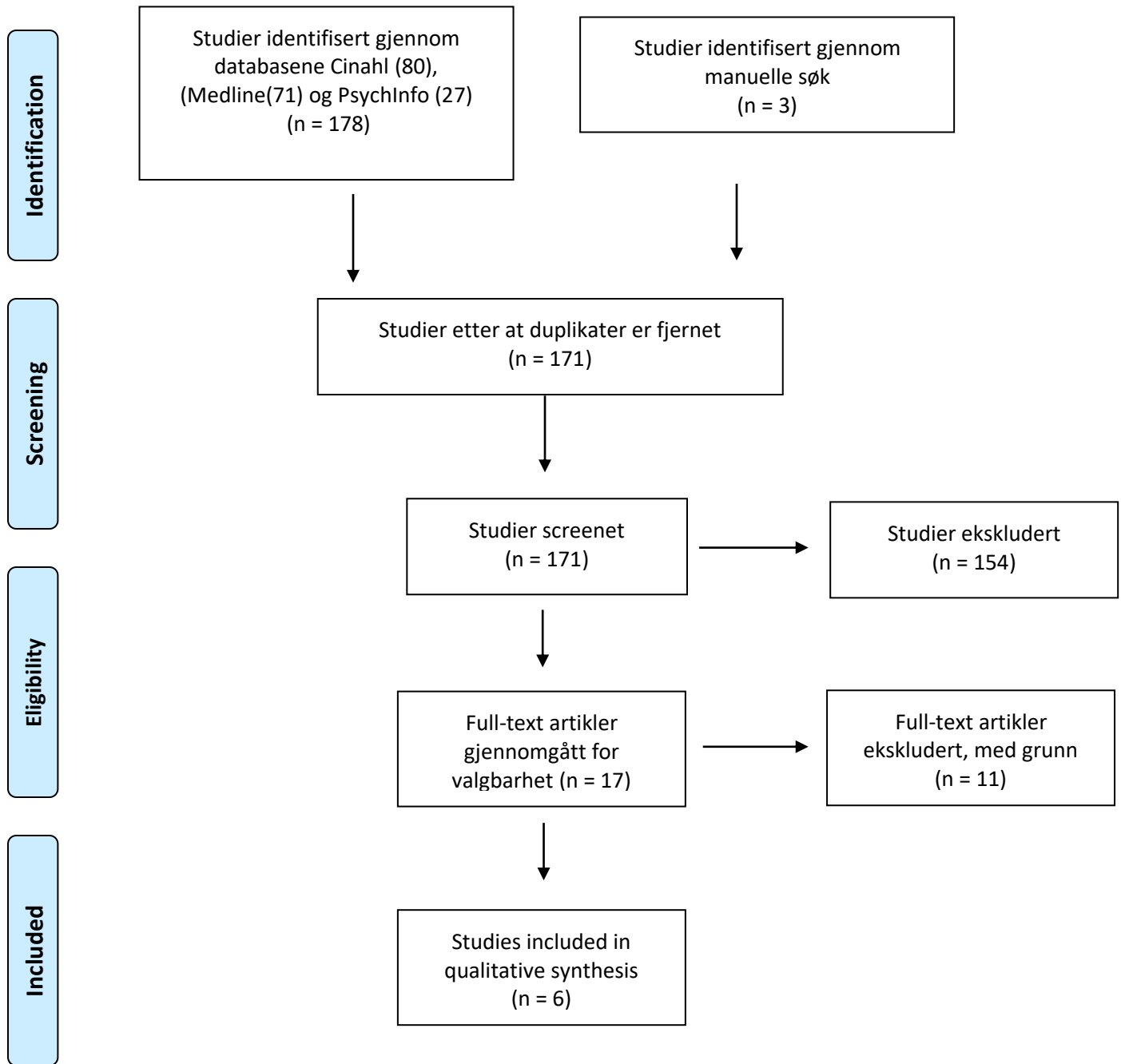
## Referanser

1. Norman MG, Åsebø S, Vågenes H. Her legges flest i belter. . VG. 2016 26.04.2016. <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/tvang-i-psykiatrien/her-legges-flest-i-belter/a/23668115/#xtor=CS4-1>
2. Psykisk-helsevernloven. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern loven. LOV 30 juni 2006, nr 45. . 2006. <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2006-06-30-45>
3. Lillevik OG, Øien L. Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon. Oslo: Gyldendal akademisk; 2014.
4. Schjødt T, Heinskou T. Miljøterapi på dynamisk grunnlag. København: Reitzel; 2007.
5. Thorgaard L, Haga E, Psykiatrisk opplysning S. Gode relationsbehandlere og god miljøterapi. Stavanger: Hertervig forl. Stiftelsen psykiatrisk opplysning; 2006.
6. Strømstad JV, Torbjørnsen AB, Aasland AMK. Hvem er du? : miljøterapi som terapeutisk relasjonsarbeid: Hertervig forl.; 2016.
7. Bak J, Brandt-Christensen M, Sestoft DM, Zoffmann V. Mechanical Restraint—Which Interventions Prevent Episodes of Mechanical Restraint?—A Systematic Review. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2012;48(2):83-94.
8. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. ed. Oslo: Universitetsforl.; 2017.
9. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Annals of internal medicine*. 2009;151(4):264.
10. Singh S. Endovista 2016 report. *Journal of Pharmacology and Pharmacotherapeutics*. 2013;4(1):76-7.
11. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24(2):105-12.
12. Hallett N, Dickens GL. De-escalation: A survey of clinical staff in a secure mental health inpatient service. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2015;24(4):324-33.
13. Stevenson KN, Jack SM, O'Mara L, LeGris J. Registered nurses' experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units: an interpretive descriptive study.(Clinical report). *BMC Nursing*. 2015;14(1).

14. Mackay I, Paterson B, Cassells C. Constant or special observations of inpatients presenting a risk of aggression or violence: nurses' perceptions of the rules of engagement. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2005;12(4):464-71.
15. Moghadam MF, Pazargadi M, Khoshknab MF. Iranian Nurses Experiences of Aggression in Psychiatric Wards: A Qualitative Study. *Issues in Mental Health Nursing*, 2013, Vol34(10), p765-771. 2013;34(10):765-71.
16. Zuzelo PR, Curran SS, Zeserman MA. Registered Nurses' and Behavior Health Associates' Responses to Violent Inpatient Interactions on Behavioral Health Units. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2012;18(2):112-26.
17. Terkelsen TB, Larsen IB. Fear, danger and aggression in a Norwegian locked psychiatric ward. *Nursing Ethics*. 2016;23(3):308-17.
18. J. FE, Theo D, Ruud H. Aggression in psychiatry: a qualitative study focusing on the characterization and perception of patient aggression by nurses working on psychiatric wards. *Journal of Advanced Nursing*. 1994;19(6):1088-95.
19. Skau GM. Gode fagfolk vokser : personlig kompetanse i arbeid med mennesker. 4. utg. ed. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2011.
20. Borg M, Topor A. Virksomme relasjoner : om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser. 3. rev. utg. ed. Oslo: Kommuneforl.; 2014.



## PRISMA 2009 Flow Diagram



Vedlegg: Tabell 2 - CASP – skjema oversikt

Forfatter	2. Er formålet med studien klart formulert?			3. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?			3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?			4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?			5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?		
	Ja	Uklart	Nei	Ja	Uklart	Nei	Ja	Uklart	Nei	Ja	Uklart	Nei	Ja	Uklart	nei
no															
1.Mackay	x			x			x			x			x		
2.Terkelsen	X			X			X			X			x		
3.Hallett	X			X			X			X			x		
4.Stevenson	X			X			X			X			x		
5.Moghadam	X			X			X			X			x		
6. Zuzelo	X			X			X			X			x		

Forfatter	6. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?			7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?			8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?			9. Er etiske forhold vurdert?			10. kommer det klart frem hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?		
	Ja	Uklart	Nei	Ja	Uklart	Nei	Ja	Uklart	Nei	Ja	Uklart	Nei	Ja	Uklart	nei
no															
1.Mackay	x			x			x				x		x		
2.Terkelsen	X			X			X			X			x		
3.Hallett	X			X			X			X			x		
4.Stevenson	X			X			X			X			x		
5.Moghadam	X				X			X		X			x		
6.Zuzelo	X				X			X		X			x		

Vedlegg: Tabell 3 – Oversikt over artiklene

	Forfatter/År/Land	Tittel	Avdeling	Personal	Mål	Metode	Resultat
12	Hallett & Dickens. 2015. Storbritannia	De – escalation: A survey of clinical staff in a secure mental health inpatient service.	Spesial sikkerhets post for døgnbehandling.	72 totalt. Sykepleiere	Målet med denne studien var å utforske synet til forskjellige personal angående de – eskalering.	Mixed – methods. Åpne spørsmål i et spørreskjema.	Kommunikasjon, selvkontroll og empati viser igjen i resultatene i denne studien.
13	Stevenson et al. 2015. Canada	Registered nurses` experience of patient violence on acute care psychiatric inpatient units: an interpretive descriptive study.	Akutt psykiatrisk avdeling.	12 sykepleiere.	Å identifisere kunnskap og ferdigheter hos sykepleiere og potensielle barrierer på nåværende kliniske og organisatoriske nivåer.	Kvalitativ studie. Individuelle semi – strukturerte intervjuer.	Resultatene her viser til metoder for selvkontroll hos pasienten og sykepleiers ferdigheter relatert til observasjon og vurdering av pasienten.
14	Mackay et al. 2005 Scotland	Constant or special observations of patients presenting a risk of aggression or violence: nurses` perception of the rules of engagement	Akutt psykiatrisk mottakspost x 3 og psykiatrisk intensiv avdeling x 1.	6 psykiatriske sykepleiere	Hva er reglene for involvering for en sykepleier som har ansvar for en pasient som er i risiko for utagering eller aggresjon?	Kvalitativ studie. Ustrukturert individuelle dybde intervju.	Denne studien har fokus på kommunikasjon, selvkontroll og observasjon.

\*tallene i tabellen (12 – 17) henvises til referanseliste i artikkel.

Vedlegg: Tabell 3 – Oversikt over artiklene

15	Moghadam et al. 2013. Iran	Iranian Nurses` Experience of Aggression in Psychiatric Wards: A qualitative study.	Akutt psykiatrisk avdeling.	12 sykepleiere.	Mål om å undersøke opplevelsen av pasient aggresjon på en avdeling fra et sykepleiers perspektiv.	Kvalitativ studie. Semi - strukturerte intervjuer.	Her vises til resultater som handler om kommunikasjon og metoder relatert til selvkontroll.
16	Zuzelo et al. 2012. USA.	Registered Nurses` and Behavior Health Associates` Responses to Violent Inpatient Interactions on Behavioral Health Units.	Akutt psykiatrisk avdeling og en private psykiatrisk instutisjon.	19 totalt. Sykepleiere og adferds terapeuter.	Denne studien utforsket sykepleiers individuelle og gruppe respons når det gjelder voldelige episode utført av pasienter mot personalet.	Kvalitativ studie. Gruppe intervjuer. 4 – 6 stk i hver gruppe.	Denne studien viser til empati hos sykepleier og viktigheten om kunnskap rundt pasienten.
17	Terkelsen & Larsen. 2014. Norge	Fear and danger in a Norwegian locked psychiatric ward: Dialouge and ethics of care as contribution to combating difficult situations.	Lukket psykiatrisk avdeling.	22 totalt. Mix av psykiatriske sykepleiere, sykepleiere og helsefagarbeidere.	Mål om å si noe om hva som skjer når farlige situasjoner oppstår og hvordan de blir håndtert.	Kvalitativ studie. Individuelle intervju og spontane samtaler.	Her kommer det frem informasjon om utløser faktorer og empati.

\*tallene i tabellen (12 – 17) henvises til referanseliste i artikkel.

## Vedlegg 4 – Forfatterveiledning til artikkel

### Forfatterveiledning fra Sykepleien Forskning

Hvordan skrive artikkelen

Artikkelmanuskript med alle vedlegg sendes elektronisk i Microsoft Word-programmets doc-form.

All tekst skrives med teksttypen Times New Roman, skriftstørrelse 12.

Overskriftene markeres med fet skrift.

Linjeavstand skal være 1,5.

Høyre marginal skal ikke jevnes ut.

Fotnoter skal ikke brukes.

Figurer og tabeller fremstilles på separate sider.

Bruk av fremmedord skal begrenses. Fremmedord skal forklares, og forkortelser forklares første gang de forekommer i teksten.

Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort, klar, informativ og lett forståelig. Unngå bruk av undertittel. Husk at flere og flere leser artiklene på mobiltelefon, slik at titlene bør tilpasses de nye formatene.

Sykepleien Forskning språkvasker antatte artikler, men forfatterne må sørge for at manuskriptet er korrekturlest før innsending.

Antall ord er maksimalt 3000 (ikke iberegnet sammendrag, figurer, tabeller og referanser).

### **INNHold I MANUSKRIPtET SOM SENDES INN:**

**På nettsiden har vi beskrevet forventninger til struktur og innhold i de ulike delene av vitenskapelige artikler som vi publiserer under overskriften Skrivetips. Artiklene struktureres etter IMRAD-prinsippet.**

## Vedlegg 4 – Forfatterveiledning til artikkel

Hovedmanuskriptet (main document) som lastes opp i ScholarOne, skal ha følgende innhold:

### 1. Tittelside:

Tittel på manuskriptet (maksimalt 75 tegn inkludert mellomrom). Sykepleien Forskning kan endre tittelen for at den skal tilpasses nettformatet bedre og nå ut til et bredere publikum.

- forfatterens/forfatterens navn, stilling og arbeidssted

Hvis det er flere forfattere av et artikkelmanuskript, presenteres i tillegg kontaktpersonens

- for- og etternavn
- postadresse
- e-postadresse
- telefonnummer

I tillegg skal det fremkomme:

- antall tegn inkludert ordmellomrom og antall ord (ikke medregnet tittel, sammendrag eller referanser)
- antall figurer og tabeller

### 2. Sammendrag

Forfatteren/forfatterne fremstiller et norsk sammendrag. Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet og struktureres etter følgende overskrifter:

- bakgrunn
- hensikt
- metode
- resultat
- konklusjon

Lengde: maksimalt 300 ord eller 1 500 tegn inkludert mellomrom. Oppgi tre–fem nøkkelord som du enten kan velge fra listen som kommer opp i ScholarOne, eller legge til dine egne. Angi minst ett som viser anvendt forskningsdesign.

Sykepleien Forskning sørger for oversetting av sammendraget til engelsk sammen med hele artikkelen.



## Vedlegg 4 – Forfatterveiledning til artikkel

### Tekstsider

Generelle regler for vitenskapelig tekstproduksjon etterstrebes, og disposisjonen beror på artikkelmanuskriptets karakteristika.

Overskriftene (mellomtitlene) i den løpende teksten skal være korte og tydelige og markeres med fet skrift.

Språket i artiklene bør ha en aktiv fremfor en passiv setningsoppbygging:

Eksempel på aktiv setning: Sykepleieren delte ut medisiner. (Subjektet utfører handlingen – sykepleieren deler ut ...)

Eksempel på passiv setning: Medisinene ble utdelt av sykepleiereb. (Subjektet deler ikke ut – medisinene blir utdelt ...)

Du finner gode tips til skriving i det grønne feltet nederst på Sykepleien Forsknings hjemmeside, kalt Skrivetips.

Se også redaktørens leder: Slik skriver du gode forskningsartikler

### Oppbygging av selve artikkelen

Til artikkelmanuskripter som er basert på empiriske studier, anbefaler vi følgende struktur:

*Introduksjon* til emnet/tematikken, som avsluttes med: «Hensikten med studien er å ...»

*Hensikt* med studien og problemstilling(er).

*Metodedel*. Her beskrives forskningsdesign og metoder samt datainnsamlingsmetode, gjennomføring (inkludert hvilken tidsperiode og år dataene ble samlet inn, bearbeiding og analyse av dataene, godkjenning av REK, eventuelt Personvernombudet, og andre relevante instanser. Metodedelen skal være kortfattet og tilpasset Sykepleien Forsknings målgruppe.

*Resultater*. Her presenteres resultatene som besvarer studiens problemstilling i en logisk rekkefølge og uten diskusjon. Resultater som fremstilles i tabeller, skal ikke gjentas i teksten. Hver tabell/figur skal ha en henvisning i teksten som viser til tabellen/figuren. Vi anbefaler at forfattere som bruker kvantitativ metode, får studien vurdert av en statistiker før den sendes inn.

## Vedlegg 4 – Forfatterveiledning til artikkel

*Diskusjon* (validitetsdiskusjon skal inkluderes i den generelle diskusjonen over studiens resultat). Studiens resultater drøftes i relasjon til problemstillingen og annen internasjonal relevant forskning. Studiens begrensninger/svakheter angir hvilke konsekvenser disse har for tolkning av funnene.

*Konklusjon*. Implikasjoner for sykepleiepraksis, videre forskning og eventuelt teoriutvikling. Konklusjonen må fullt ut underbygges av funnene som er gjort.

### Figurer og tabeller

Artikkelen kan ha til sammen maksimalt fem figurer og tabeller (tre tabeller og to figurer). Disse kan lastes opp som en del av hoveddokumentet (på egne sider etter referansene) eller som egne dokumenter. Figurer og tabeller skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig.

Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten.

Figurene og tabellene skal ha en kort og informativ overskrift. Mer spesifikk informasjon skrives under figuren/tabellen.

Figurer og tabeller bør tåle forminsking til ulike nettfomater, som nettbrett og mobiltelefon.

### **Referanser**

Referanser angis etter Vancouver-systemet. Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i litteraturhenvisningen. Antall referanser bør ikke overstige tretti.

Alle referanser som finnes på internett, skal ha oppgitt korrekt nettadresse samt nedlastingsdato. Tilleggsinformasjon, som «red.» og «utg.», skrives på norsk, ikke engelsk.

Eksempler på korrekt føring av referanser:

1. Lindhardt T, Hallberg IR, Poulsen I. Nurses' experience of collaboration with relatives of frail elderly patients in acute hospital wards: a qualitative study. *Int J Nurs Stud.* 2008 mai;45(5):668–81.

2. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.* 9. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2012.

#### Vedlegg 4 – Forfatterveiledning til artikkel

3. Brenne AT, Estenstad B. Hjemmedød. I: Kaasa S, Loge H, red. Palliasjon: nordisk lærebok. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. s. 161–71.

4. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Oslo; 2012. IS-1948. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf> (nedlastet 08.11.2017).

5. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-064-008.html> (nedlastet 30.03.2017).

6. Humerfelt K. Brukermedvirkning i arbeid med individuell plan. (Doktoravhandling.) Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap; 2012.

7. Melbye L, Ådnes M, Kasteng F. Sykepleiere i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Trondheim: SINTEF; 2017. SINTEF Rapport A28053.

8. NOU 2011: 11. Innovasjon i omsorg. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2011.

9. Meld. St. nr. 29 (2012–2013). Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.

10. Bufdir. Foreldreveiledning i grupper (ICDP) [internett]. Oslo: Bufdir; 08.04.2015 [oppdatert 22.11.2017; sitert 08.12.2017]. Tilgjengelig fra: [https://www.bufdir.no/Familie/veiledning\\_til\\_foreldre/foreldreveiledning\\_landsoversikt/](https://www.bufdir.no/Familie/veiledning_til_foreldre/foreldreveiledning_landsoversikt/)

## Vedlegg 5: Godkjenning av masteroppgave

**Til:**

Kine Voll Joakimsen og Ingvil Julie Kristiansen

**Fra:**

Fagsjef Kirsten Lode

**Kopimottakere:**

Klinikkjef Helle Kristine Schøyen, Juridisk rådgiver Ina Trane

**Dato:** 01.12.2017

**Arkivref:** 2015/5683

---

### Godkjennelse masterprosjekt – MA139

Masterprosjektet: «Å forebygge bruk av mekanisk tvang fra et relasjonelt perspektiv»

Det vises til søknad vedrørende oppstart av ovennevnte masterprosjekt. Prosjektet er vurdert av forskningsansvarlig og registrert i vår database med intern id: MA139.

De nødvendige tillatelser foreligger og basert på disse og forskningsprotokollen godkjennes oppstart av masterprosjektet.

Som ved alle forskningsprosjekter minner vi om at:

- Ved endringer må endringsmelding sendes Forskningsavdelingen.
- Data skal slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt.

Dersom prosjektet ikke starter og/eller blir avbrutt må melding sendes til Forskningsavdelingen. En kort rapport med sluttdato sendes [forskning@sus.no](mailto:forskning@sus.no) når prosjektet er avsluttet.

Tillatelsen gjelder bruk av data i utarbeidelse av mastergrad. Ved eventuell publisering av prosjektet, ber Forskningsavdelingen om at medforfatterskap fra SUS vurderes i de tilfeller hvor sykehuset har vært bidragsyter til prosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker lykke til med gjennomføring av prosjektet.