

BPABAC-1-2023-VÅR

Bacheloroppgave

Paramedisineres håndtering av situasjoner med voldelige og truende pasienter ved å ta i bruk hensiktsmessige kommunikasjonsteknikker.



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Paramedisin

Stavanger, 26.05.2023

Kandidatnummer: 9400 & 9404

Antall ord: 8785

SAMMENDRAG

Bakgrunn

Vold og trusler rettet mot ambulanspersonell er av økende trend, og voldshendelser som utspiller seg blir stadig grovere. Vi som paramedisinere skal yte helsehjelp selv i truende og voldelige situasjoner, noe som stiller høye krav til paramedisinerens yrkesutøvelse. Vi opplever at det er mangel på svar rundt håndtering av voldelige og truende pasienter. Dette er grunnen til at vi ønsker å undersøke om hensiktsmessig kommunikasjon kan brukes av paramedisinere som deeskalering i møte med pasienter med økt voldsrisiko.

Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å belyse voldssituasjoner prehospitalt og definere dette som et dagsaktuelt problem, og dermed utforske om hensiktsmessig kommunikasjon har en deeskalerende effekt i håndtering av slike situasjoner.

Metode

Vi har valgt litteraturstudie som metode for å besvare vår problemstilling. Fire forskningsartikler publisert etter 2013 er hentet fra databasene CINAHL og PubMed. Pensumlitteratur fra studiet, selvvalgt litteratur og de utvalgte artiklene vil belyse problemstillingen vår.

Resultat/konklusjon

Vi har sett at det oppstår flere spørsmål knyttet til vold på arbeidsplassen i løpet av arbeidet med denne oppgaven. Blant dette har vi funnet at det mangler god nok utdanning og trening på området, at det er underrapportering av vold, og at det ikke er tilstrekkelige retningslinjer og prosedyrer for håndtering av voldelige pasienter i ambulansen. Det er behov for mer forskning rundt emnet og flere prehospitale studier. Basert på resultatene fra de utvalgte artiklene og teorien som presenteres i oppgaven, kan vi si at hensiktsmessig bruk av kommunikasjon kan bidra til at paramedisinere enklere håndterer/deeskalerer situasjoner med pasienter som har økt sannsynlighet for voldsutøvelse.

INNHOLDSFORTEGNELSE

1 INTRODUKSJON	3
1.1 BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA.....	3
1.2 HENSIKTEN MED STUDIEN.....	4
1.3 AVGRENSNING OG PROBLEMSTILLING.....	4
2 TEORI	5
2.1 HVA KJENNETEGNER KONFLIKT I EN ARBEIDSSITUASJON?	5
2.2 ÅRSAKER TIL AGGRESSIV ATFERD.....	6
2.2.1 Rus.....	6
2.2.2 Psykiske lidelser.....	6
2.2.3 Medisinske årsaker.....	7
2.3 HVA ER PROFESJONELL KOMMUNIKASJON?	8
2.3.1 Verbal kommunikasjon som deeskalering	8
2.3.2 Nonverbal kommunikasjon som deeskalering.....	9
2.3.3 Samspillet mellom verbal og nonverbal kommunikasjon.....	10
2.4 BEGREPSAVKLARING.....	11
3 METODE	13
3.1 VALG AV METODE	13
3.2 METODEBESKRIVELSE	13
3.3 SØKEPROSESSEN	14
3.4 INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER.....	17
3.5 KILDEKRITIKK OG KVALITETSSIKRING	17
3.6 DE UTVALGTE STUDIENE	18
3.7 ETISKE OVERVEIELSER	18
4 RESULTATER	19
4.1 VOLD PÅ ARBEIDSPLASSEN	19
4.1.1 Definisjon.....	19
4.1.2 Utbredelse.....	20
4.1.3 Rapportering/underrapportering	20
4.2 DISPONERENDE FAKTORER	21
4.2.1 Pasient.....	21
4.2.2 Paramedisiner.....	22
4.3 STRATEGIER FOR Å REDUSERE VOLDSHENDELSER	23
4.3.1 Kommunikasjon.....	23
4.3.2 Utvikling av prosedyrer og retningslinjer	23

4.3.3 SIMULERING OG UNDERVISNING.....	24
4.3.4 Selvforsvar	25
4.4 KONSEKVENSER FOR DEN VOLDSUTSATTE	25
5 DISKUSJON.....	27
5.1 RESULTATDISKUSJON.....	27
5.1.1 Vold som del av paramedisineres arbeidshverdag	27
5.1.2 Risikovurdering som hjelpemiddel.....	28
5.1.3 Bruk av hensiktsmessig kommunikasjon.....	29
5.1.4 Utdanning og opplæring rundt deeskalering.....	31
5.2 METODEDISKUSJON.....	32
6 AVSLUTNING	33
7 REFERANSER.....	34

1 INTRODUKSJON

Forekomsten av vold og trusler rettet mot ambulanspersonell er en økende trend, og voldshendelser som utspiller seg blir stadig grovere. Dette forteller Avdelingssjef Snorre Birk Gundersen for ambulanseavdelingen i Vestre Viken. I en nylig undersøkelse gjort av Ambulanseforum, der mer enn 400 har svart på om de har blitt utsatt for vold og trusler i tjenesten, svarer 92,6% at de har blitt utsatt for vold, trusler eller begge deler (Finsrud, 2023b). Videre oppga 37% av de som hadde opplevd vold og trusler at hendelsen ikke ble meldt inn som avvik (Finsrud, 2023a).

I Norge er det ingen klare retningslinjer for hvordan man skal håndtere og hjelpe pasienter med truende/voldelig atferd, og i dag jobber det ambulanspersonell med varierte utdanningsforløp forut for sin karriere. Som pasient har man rett til øyeblikkelig helsehjelp jf. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §2-1b, og helsepersonell plikter å gi helsehjelp som antas å være påtrengende nødvendig, også i tilfeller der pasienten motsetter seg helsehjelp, jf. Helsepersonelloven (1999) §7.

Dette betyr at vi som paramedisinere skal yte helsehjelp selv i truende og voldelige situasjoner. Det stilles høye krav til paramedisinerens yrkesutøvelse, og uten tilstrekkelig kunnskap om kommunikasjonsteknikker kan møte mellom helsepersonell og utagerende pasienter forårsake store negative konsekvenser for begge parter.

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Begrunnelsen for valg av tema tar utgangspunkt i egen interesse og nysgjerrighet rundt emnet. I løpet av studietiden har vi opplevd å være i flere helseforetak i ambulansetjenesten under praksisperioder. Vi har begge hatt deltidsjobber ved klinikk psykisk helsevern voksne, ved Stavanger Universitetssykehus og på denne måten observert flere pasienter med truende og voldelig atferd i møte med helsepersonell. Vi har en felles interesse for rus og psykiatri, og opplever at pasienter med nevnte utfordringer vekker usikkerhet hos ambulanspersonell i møte med disse pasientene. Paramedisinere skal bidra til å utvikle det akuttmedisinske faget også ved å belyse ulike behov innenfor tjenesten. Som studenter i utdanningsforløpet, er vi i en posisjon til å se hvilke sider av tjenesten som får mindre oppmerksomhet. Mangel på god informasjon rundt håndtering av voldelige og truende pasienter, samt om kommunikasjon er

deeskalerende i slike situasjoner, har vekket interesse for å undersøke denne problemstillingen.

1.2 Hensikten med studien

Hensikten med denne oppgaven er å belyse voldssituasjoner prehospitalt og definere dette som et dagsaktuelt problem. Dermed vil vi utforske om hensiktsmessig kommunikasjon har effekt i håndteringen av slike situasjoner. Vi ønsker at oppgaven også skal belyse de forholdene som ligger til grunn for at paramedisinere opplever vold på arbeidsplassen. Vi vil bruke allerede eksisterende forskning, knytte dette opp mot norsk paramedisinsk praksis, og nevne flere viktige forbedringspunkter i ambulansetjenesten. Med dette ønsker vi å bidra til å skape en diskusjon rundt utfordringen med håndtering av voldelige og truende pasienter, og håper dette kan føre til utbedring av kommunikasjonsferdigheter prehospitalt.

1.3 Avgrensning og problemstilling

Problemstillingen inkluderer mange elementer som vi har måttet avgrense, men felles for de alle er at de sees på fra et prehospitalt perspektiv. Kommunikasjonsaspektet i problemstillingen skal ikke inkludere alle former for kommunikasjon, men tar for seg paramedisinerens profesjonelle bruk av hensiktsmessige kommunikasjonsteknikker. Disse teknikkene sees på i sammenheng med pasientkontakt der pasienten har økt sannsynlighet for voldsutøvelse. Problemstillingen definerer hverken alder eller kjønn på pasienten, heller ikke sykdomstilstand. Vi ser også på ulike disponerende faktorer og sykdomstilstander som kan forårsake voldsutøvelse. Det finnes flere typer håndteringsstrategier i møte med voldelige og truende pasienter, og vi har valgt å fokusere på de som omhandler kommunikasjon.

Vi har formulert følgende problemstilling:

Kan bruk av hensiktsmessig kommunikasjon bidra til at paramedisinere enklere kan håndtere/deeskalere situasjoner med pasienter som har økt sannsynlighet for voldsutøvelse?

2 TEORI

I teoridelen gjør vi rede for de temaene som tas opp i problemstillingen; kommunikasjon, konflikt, vold og trusler. Disse emnene belyser forskjellige sider av problemstillingen vår, og skal bidra til å se sammenhenger mellom dem (Grønseth & Jerpseth, 2019, p. 65). Teorien i denne oppgaven er hovedsakelig hentet fra Universitetsbiblioteket i Stavanger, og store deler er pensumlitteratur fra bachelorstudiet i Paramedisin ved Universitetet i Stavanger 2020-2023. Vi har også valgt å bruke annen litteratur som anses som relevant for denne oppgaven.

2.1 Hva kjennetegner konflikt i en arbeidssituasjon?

Ordet konflikt brukes om relasjoner der det oppstår uoverensstemmelser. Begrepet kommer opprinnelig fra det latinske *conflictus* og betyr sammenstøt (Eide et al., 2018, p. 352). Bråten & Falkum (2019) skriver at oppdrag i politiet som omhandler rus og psykiatri, utgjør en stor andel av vold og trusler mot politibetjenter. Dette kan overføres til helse- og sosialsektoren som yter helsehjelp til pasienter i samme kategori (Bråten & Falkum, 2019, p. 61). Det er altså konflikt i arbeidssituasjoner vi skal fokusere videre på.

Konflikter kan deles inn i ulike nivåer, basert på risikoen som forbindes med situasjonen. Bråten & Falkum (2019) har valgt å dele inn konflikter i lavt, moderat og høyt konfliktnivå. Et lavt konfliktnivå vil ha manglende samhandling mellom partene, men yrkesutøveren vil oppleve situasjonen som lite stressende (Bråten & Falkum, 2019). På et moderat konfliktnivå vil man kunne forvente å oppleve et høyere stressnivå, og det krever mer arbeid for å oppnå nødvendig tillit slik at konflikten kan løses (Bråten & Falkum, 2019, p. 120). Høyt konfliktnivå krever kompetanse for å identifisere den reelle risikoen. Situasjoner med høyt konfliktnivå er krevende å håndtere, og den profesjonelle part vil kunne kjenne på høyt stressnivå og frykt. Mentale forberedelser kan redusere forstyrrende reaksjoner som oppstår i situasjonen og dermed bidra til hensiktsmessig konflikthåndtering (Bråten & Falkum, 2019, pp. 133-134).

2.2 Årsaker til aggressiv atferd

2.2.1 *Rus*

Rusmidler deles i to grupper; legale og illegale. Narkotika er en samlebetegnelse for flere illegale stoffer, og deles igjen inn i ulike kategorier avhengig av hvilken effekt stoffet har på hjernen (Bråten & Falkum, 2019, p. 63). Sentralstimulerende stoffer som kokain og amfetamin fjerner blant annet hemninger, noe som kan gjøre brukeren hyperaktiv og full av energi. Pupiller blir unormalt store, reagerer tregt på lys og pulsen blir rask. Dette er fordi sentralstimulerende stoffer påvirker dopamin, serotonin og noradrenalin som er naturlige signalstoffer i kroppen (Bråten & Falkum, 2019, p. 64). Det å gjenkjenne symptomer hos personer som har inntatt sentralstimulerende stoffer vil være hensiktsmessig, da misbruk av disse kan føre til en voldelig og aggressiv atferd hos brukeren. Ofte forekommer det kombinerings av flere rusmidler samtidig, og effekten vil kunne variere og være vanskelig å forutse (Bråten & Falkum, 2019).

Alkohol, som er et legalt rusmiddel, kan gi lav puls, snøvlete tale og nedsatt impuls kontroll. Man kan se likheter ved alkohol- og narkotikamisbruk, som nedsatt evne til å motta og tolke informasjon rundt seg (Bråten & Falkum, 2019, pp. 62-63). Internasjonale studier viser at personer som er påvirket av narkotika eller alkohol, særlig i kombinasjon, utgjør en vesentlig større risiko for å utøve vold (Bråten & Falkum, 2019, p. 62). Grunnen til dette er at bruk av rusmidler kan redusere evnen til å sanse, oppfatte og vurdere, derav resultere i aggresjon eller truende og voldelig atferd mot seg selv eller andre (Bråten & Falkum, 2019, p. 62).

2.2.2 *Psykiske lidelser*

Psykiske lidelser er et samlebegrep og omfatter en rekke ulike sykdommer. Blant de vanligste finner vi angstlidelser, personlighetsforstyrrelser og psykoselidelser (Bråten & Falkum, 2019, p. 65). Å identifisere tegn og symptomer vil være avgjørende for å kunne vurdere hvilke tilstander som erfaringsmessig har økt sjans for voldelig og truende atferd. Sannsynligheten for at personer med psykiske lidelser blir utsatt for vold er større enn at de selv utøver vold

(Bråten & Falkum, 2019, p. 65). Bråten & Falkum (2019) beskriver tre tilstander, som basert på erfaring oftere medfører voldelig og aggressiv atferd, sammenlignet med andre. Disse tilstandene er hørselshallusinasjoner og vrangforestillinger, samt psykose, der samtidig bruk av narkotika øker volden betraktelig.

I alderspsykiatri forekommer ofte diagnoser som demens og delir, som gir psykiske plager hos eldre. (Aarre, 2018, p. 241). Depresjon, angst, aggresjon og psykotiske symptomer i form av hallusinasjoner og vrangforestillinger er blant de vanligste symptomene som viser seg ved demens (Aarre, 2018, p. 246). Parkinsons sykdom er en nevrologisk sykdom som også kan gi demens og dermed psykiske plager (Aarre, 2018, p. 241). Delir er en samlebetegnelse for akutte forstyrrelser i hjernefunksjonen, og skyldes som vanligst bruk av medikamenter, feilernæring, ubalanse i sentralnervesystemet eller metabolismen, infeksjoner, hypoksi eller bruk av rusmidler (Aarre, 2018, pp. 251-252). Symptomer som nedsatt bevissthet, forstyrrelser i døgnrytme og aktivitetsnivå, kognitiv svikt og hallusinasjoner er vanlig, og gjør det derfor vanskelig å skille delir fra demens (Aarre, 2018, pp. 249-251).

2.2.3 Medisinske årsaker

Det finnes flere ulike medisinske tilstander der symptomer som aggresjon og endret adferd kan opptre. Endret adferd kan forekomme som symptom etter eksempelvis en hodeskade, infeksjoner, hypoksiske tilstander, og hyper- eller hypoglykemi (National Association of Emergency Medical Technicians, 2021, pp. 197, 198, 297). Dette er sykdommer som kan påvirke den mentale statusen, og hvert enkelt individ vil kunne reagere ulikt på skader og sykdom. Aggresjon kan oppstå som følge av ubalanse i sentralnervesystemet mellom inhibitoriske og eksitatoriske impulser (National Association of Emergency Medical Technicians, 2021, p. 385). Det er viktig å kunne gjenkjenne aggresjon som et mulig symptom, og undersøke bakenforliggende årsaker (National Association of Emergency Medical Technicians, 2021, p. 31). Den bakenforliggende årsaken kan hjelpe oss med å bestemme hvilke tiltak som er best for å løse situasjonen (National Association of Emergency Medical Technicians, 2021, p. 385). Det er ikke unormalt at en pasient kjenner på en rekke følelser i en krisesituasjon. Følelser som redsel, frustrasjon og forvirring er normalt og kan være med på å utløse voldelig atferd hos pasienter (Hansen & Hunskår, 2020, p. 121).

2.3 Hva er profesjonell kommunikasjon?

Uønskede hendelser skyldes ofte kommunikasjonssvikt, og for å styrke pasientsikkerheten er det viktig å utvikle gode kommunikasjonsferdigheter (Eide et al., 2018, p. 39).

Kommunikasjonsferdighetene vi skal gjøre rede for vil være en viktig forutsetning for å oppdage risiko, og kunne handle etter situasjonens krav (Eide et al., 2018, p. 40).

Kommunikasjon er et begrep som kommer fra det latinske ordet *communicare*, og betyr å gjøre felles (Eide et al., 2018, p. 17). Begrepet brukes i hverdagssammenheng for å beskrive en rekke ulike interaksjoner (Eide et al., 2018, p. 17), men videre ønsker vi å fokusere på kommunikasjonsbegrepet i en profesjonell helsefaglig situasjon. Profesjonell kommunikasjon innebærer å se pasienten som et unikt individ, og skal være faglig fundert og personorientert (Bråten & Falkum, 2019, p. 31).

Når man kan se tegn til utvikling av konflikt, er god profesjonell kommunikasjon en viktig forutsetning for å forhindre videre eskalering. Vi bruker som oftest ord til å kommunisere, men disse kommer sjelden alene. Følelser og reaksjoner kommer ofte til uttrykk gjennom nonverbal kommunikasjon som ansiktsuttrykk og kroppsholdning. Det vi formidler både verbalt og nonverbalt må fortolkes av den som skal motta budskapet (Eide et al., 2018, pp. 21-22). Verbal og nonverbal kommunikasjon utgjør et komplekst samspill der det nonverbale uttrykket utgjør største delen av formidlingen (Bråten, 2018, p. 15).

2.3.1 Verbal kommunikasjon som deeskalering

Språket vi velger å benytte vil spille både positivt og negativt inn på formidlingen av budskapet (Bråten, 2018, p. 13). Vi må tilpasse språket til den aktuelle mottaker, der vi tar hensyn til blant annet alder, profesjon, kultur og religion, sykdom og andre individuelle faktorer. Eide et al. (2018, p. 353) presenterer *En sjekkliste for problemløsende strategi* (Vedlegg 1) utarbeidet av Johnson & Johnson (2017). Sjekklisten tar for seg ulike strategier som kan tas i bruk i møte med krevende situasjoner og konflikter. Denne modellen vektlegger enkelte verbale kommunikasjonsteknikker for å lykkes i konflikthåndtering, deriblant hvilke emner man bør fokusere på i samtalen. Emnene som presenteres er å definere konflikten som et felles problem, parafasere for å oppnå en felles situasjonsforståelse, definere de ulike ønskene hos begge parter, for deretter å se på likheter. Alternativene man presenterer som

problemløsning må kunne sees på som objektivt rettferdig for at begge parter skal akseptere handlingsalternativet (Johnson & Johnson, 2017).

Strategiene i sjekklisten konkretiserer imidlertid ikke hvordan den nonverbale kommunikasjonen skal gjennomføres, men beskriver mål som må oppnås gjennom tilrettelegging av både verbal og nonverbal kommunikasjon. Den verbale kommunikasjonen vil sjeldent være tilstrekkelig for å skape en felles situasjonsforståelse, og et kriterie for å oppnå dette, er å være bevisst på egen og andres nonverbale formidling (Bråten & Falkum, 2019, p. 35).

2.3.2 Nonverbal kommunikasjon som deeskalering

Som profesjonell yrkesutøver er det viktig å være bevisst på at kroppsspråket veier tungt i fortolkningen av budskapet som formidles. Bevisstgjøring av dette går ut på å tilegne seg kunnskap om hvordan ulikt kroppsspråk kan tolkes, samt bruke dette for å underbygge den verbale kommunikasjonen (Bråten & Falkum, 2019, p. 36). Vi kan benytte den nonverbale kommunikasjonen for å bidra til deeskalering i krevende situasjoner.

I møte med en truende person vil fysisk avstand skape trygghet, noe som er en forutsetning for å kommunisere profesjonelt (Bråten & Falkum, 2019, pp. 134-135). Ved å bruke tilstrekkelig med tid uttrykker paramedisineren et ønske om å bruke både tid og ressurser på å hjelpe pasienten. Dette bidrar til at personen føler seg ivaretatt og er et godt grunnlag for å bygge tillit og relasjon. Yrker som stiller krav til effektivitet, kan bidra til at yrkesutøveren blir utålmodig i håndtering av krevende situasjoner. En bevisstgjøring av dette vil kunne forhindre at paramedisineren uttrykker utålmodighet med kroppsspråket. Tilnærming til situasjonen på en hensiktsmessig måte bidrar til å avdekke flere forhold ved situasjonen, og gir grunnlag for å ta bedre beslutninger.

Det er naturlig å oppleve noen situasjoner som stressende og ubehagelige. Det er viktig å vite at personen du møter også kan kjenne på frykt og føle seg truet (Bråten & Falkum, 2019, p. 141). For å gjøre situasjonen best mulig for begge parter, kan paramedisinere bruke kroppsspråket til å uttrykke ro og vennlighet. Blikkontakt brukes for å vise oppmerksomhet, men man bør være bevisst på intensiteten blikkontakt gir, og justere dette etter hva situasjonen krever. Ansiktsuttrykket bør vise interesse og tilstedeværelse gjennom nøytrale ansiktsbevegelser, og vi bør uttrykke ro med kroppsholdningen vår. For å lykkes med dette er

det viktig å unngå kryssede armer og ben, ikke være for tilbaketrent, men heller ikke for fremoverlent. Stemmen bør være behersket og rolig, samt volumet må kunne justeres etter hva som er hensiktsmessig (Eide et al., 2018, p. 136).

2.3.3 Samspillet mellom verbal og nonverbal kommunikasjon

I situasjoner der det vil være avgjørende å bruke riktig kommunikasjonstekniker for å unngå en eskalering, er det viktig å underbygge den verbale kommunikasjonen med den nonverbale. Når alle deler av kommunikasjonen samsvarer, kaller vi det kongruent kommunikasjon. I situasjoner der helsepersonell føler seg truet eller engstelige ovenfor pasienten, vil deres nonverbale respons kunne gjenspeile disse følelsene. I en slik situasjon der man ikke er bevisst på å endre den nonverbale responsen, vil kommunikasjonen kunne oppleves inkongruent (Eide et al., 2018, pp. 137-139).

Et eksempel på dette kan være når pasienten utagerer verbalt eller ødelegger inventar. Helsepersonell kan reservere seg mot å gå direkte inn i situasjonen, mens de verbalt kommuniserer at de ønsker å hjelpe pasienten. Den nonverbale kommunikasjonen er inkongruent med det helsepersonellet sier, og pasienten kan oppfatte personell som usikre. I et slikt scenario ønsker man ikke å utsette seg for unødvendig fare ved å gå for raskt inn i en uavklart situasjon. Ved å informere pasienten om at man er usikker, vil pasienten kunne bli oppmerksom på at ens atferd virker truende, og dermed kunne endre denne. Dette bidrar til å bygge tillit mellom helsepersonell og pasient.

Som beskrevet tidligere skyldes uønskede hendelser ofte miskommunikasjon, derfor kan aktiv lytting være et godt hjelpemiddel for å unngå misforståelser og videre eskalering. Eide et al. (2018, p. 118) beskriver aktiv lytting som en av de viktigste og mest grunnleggende ferdighetene man kan tilegne seg, og er en kompleks og sammensatt kommunikasjonsferdighet. Aktiv lytting brukes som en teknikk i profesjonell yrkesutøvelse for å redusere konfliktnivå, eller unngå konflikter i sin helhet. Det brukes både verbal og nonverbal kommunikasjon for å bekrefte motpartens opplevelse av situasjonen og tydeliggjøre det samtalen omhandler (Bråten & Falkum, 2019, pp. 39-41).

Verbal kommunikasjon under aktiv lytting er blant annet å parafrasere for å speile følelser, stille åpne spørsmål, oppmuntre til å prate og bruke pauser aktivt. Den nonverbale kommunikasjonen under aktiv lytting er bruk av kroppsspråk og holdning, som blick og

ansiktsuttrykk, håndbevegelser eller berøring, avstand og stillhet (Eide et al., 2018, p. 119). Ved å kombinere disse ferdighetene gir det anledning til å uttrykke følelser og tanker, samt forsikre seg om at alle parter har felles forståelse (Eide et al., 2018, pp. 118-119).

Aktiv lytting handler også om hvordan man tolker motpartens signaler. Fortolkningen må skje ved å kombinere verbale og nonverbale tegn i lys av hverandre, for å avdekke hva personen egentlig formidler. Man kan ikke forvente at pasienter har til hensikt å sikre god kommunikasjon. Det vil være den profesjonelle yrkesutøverens ansvar å sikre dette, samt være bevisst på viktigheten av aktiv lytting.

2.4 Begrepsavklaring

Sentrale begreper som vil gå igjen i oppgaven blir beskrevet i tabellen nedenfor (*Tabell 1*).

Helsepersonell	Personell med autorisasjon eller lisens etter helsepersonelloven §48 og §49. Helsepersonell er også personell i helse- og omsorgstjenesten eller i apotek som utfører handlinger som er forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller har pleie- og omsorgsformål (Bahus & Molven, 2009).
Kommunikasjonsteknikker	Formidling og deling av informasjon gjennom praktiske ferdigheter som enten er tillært eller som man har tilegnet seg ved å øve på fremgangsmåten (Allott, 2009; Eilertsen, 2009).
Vold og trusler	Hendelser hvor arbeidstakere blir fysisk eller verbalt angrepet i situasjoner som har forbindelse med deres arbeid, og som innebærer en åpenlys eller antydningstrussel mot deres sikkerhet, helse eller velvære (Heie, 2023).
Deeskalering	En kompleks samhandlingsprosess som omfatter mange ulike støtte- og kontrollstrategier som kan brukes på ulike måter for å håndtere voldelig og aggressiv atferd (Paterson, 2021).

Voldsrisikovurdering	Voldsrisikovurdering er prosessen hvor man innhenter informasjon knyttet til relevante risikofaktorer for vold, for å forstå en persons potensiale for å utøve, og beskrive tiltak som bør settes inn for å begrense sannsynligheten for at denne personen utøver vold igjen (Stavanger universitetssykehus, 2022).
Voldsrisiko	En individuell og dynamisk risiko for vold som endrer seg over tid og mellom situasjoner (Oslo universitetssykehus, 2013).
Paramedisiner	Person som ikke er lege, men som utøver medisin i praksis. Personen har mangeårig utdanning innen skolemedisin og arbeider med medisinsk diagnostikk, behandling og omsorg i samarbeid med eller under tilsyn eller kontroll av lege (Bruset, 2009).
Prehospitale akuttmedisinske tjenester	Defineres som akuttmedisinske tjenester som settes inn utenfor sykehus når det oppstår mistanke om akutt skade eller sykdom (Nordby, 2014, p. 21).
Psykose	En sinnstilstand med svekket evne til å vurdere hva som er virkelig. Dette gir seg utslag i uvanlig persepsjon, som er den tankemessige bearbeidelsen av sanseinntrykk, eller tenkning (Aarre, 2018, p. 107).
Posttraumatisk stresslidelse (PTSD)	En tilstand som kan oppstå hos personer som har opplevd eller vitnet til voldsomme, grusomme eller livstruende situasjoner, som f.eks krigshandlinger, naturkatastrofer, tortur, terroranslag, alvorlige ulykker eller voldelige overgrep (Johansen et al., 1993).

Tabell 1: Begrepsavklaring

3 METODE

I en metodedel beskrives fremgangsmåten som er brukt for å komme frem til søkeresultatene. Metoden skal gjøre det etterprøvbart for leseren, for å kunne bekrefte eller avkrefte resultatene (Dalland & Keeping, 2020, p. 56). Vi vil beskrive fremgangsmåten som er benyttet for å innhente kunnskap og valg av aktuelle artikler for å besvare problemstillingen. Til slutt redegjør vi for kvalitetsvurdering av forskningsartiklene og de etiske overveielserne.

3.1 Valg av metode

For å velge metode, har vi sett på ideelle fremgangsmåter og hva som er gjennomførbart basert på hva vi behersker og hva som er tidsmessig realistisk (Dalland & Keeping, 2020, p. 56). Vi har valgt litteraturstudie som metode for å besvare vår problemstilling. Ifølge *Retningslinjer for bacheloroppgavens oppbygning og innhold* (Battin, 2022) kan litteraturstudium brukes som metode. Det finnes mye litteratur rundt både kommunikasjon og vold, som er temaene vi tar for oss. Med vår tidsbegrensning har vi valgt å bruke allerede eksisterende forskningsartikler.

3.2 Metodebeskrivelse

Å bruke litteraturstudie som metode innebærer å søke etter fag- og forskningslitteratur. Litteraturstudiene som velges må omhandle temaer som er relevant for problemstillingen (Grønseth & Jerpseth, 2019, p. 80). Søkene gjennomføres systematisk og funnene skal vurderes kritisk. Resultatene fra søkeprosessen og teorien drøftes senere i oppgaven i lys av problemstillingen (Grønseth & Jerpseth, 2019, p. 80). Ved bruk av litteraturstudie gir dette oss en mulighet til å anvende store mengder litteratur, noe som styrker metoden. En svakhet ved dette er at resultatene har blitt tolket i lys av andres interesser, kan være av eldre dato og ikke relevant.

3.3 Søkeprosessen

Litteratursøk har blitt gjennomført i databasene CINAHL og PubMed. Dette er anerkjente databaser som har samlet medisinskfaglige artikler. CINAHL er en database med litteratur som omhandler sykepleie og tilgrensede fag (Helsebiblioteket, 2013), mens PubMed er gratisversjonen av MEDLINE og er den største databasen for medisinskfaglige artikler (Berteussen, 2021). Søkeresultatene fra disse databasene, vil være representativt for den nåværende internasjonale forskningen.

Vi har gjort usystematiske søk på relevante ord fra tematikken vi har valgt. Ordene vi har brukt har blitt kombinert i ulike variasjoner for å orientere oss i databasene. På denne måten har vi fått inntrykk av at det finnes få artikler som svarer konkret på problemstillingen vår, og har derfor gjort et bredt utvalg av ulike søk.

Vi har fått hjelp av bibliotekar fra Medisinsk bibliotek Sørlandet sykehus, som bidrar til å kvalitetssikre søkene (Grønseth & Jerpseth, 2019, p. 85). Vi har fått råd om oppsett av PICO-modellen, anbefalte databaser og hvordan anvende de, og finne gode søkeord.

For å strukturere søkene, valgte vi å anvende PICO-rammeverket (Nortvedt et al., 2021, p. 37). PICO står for *patient/problem, intervention, comparison, outcome* og kan settes opp som en modell. Søkeordene vi har kommet frem til, systematiseres i *patient/problem, intervention* og *outcome* i PICO-modellen (Tabell 2). Problemstillingen vår tar ikke for seg noen sammenligning, og punktet *Comparison* fra PICO-rammeverket er derfor ikke relevant å bruke i dette tilfellet.

P – <i>patient/problem</i>	Paramedisinere	Emergency medical service, paramedic, prehospital
I – <i>intervention</i>	Kommunikasjon	Communication, communication techniques
O – <i>outcome</i>	Minimere vold/trusler i arbeidssituasjon (Søkeord som omhandler vold blir også inkludert for å få et representativt resultat.)	Workplace violence, violence, violence prevention, occupational exposure, violence exposure, workplace violence prevention

Tabell 2: PIO-modell. Oversikt over utvalgte søkeord.

Søkeordene er også brukt på forskjellige måter, grunnet databasenes ulike emneordsystem. PubMed bruker *Medical Subject Headings* (MeSH) (Holck, 2022), mens CINAHL bruker *CINAHL Subject Headings* (EBSCO, 2019). Emneordsystemene skal gjøre det enklere å få mer nøyaktige søk og vil inkludere relevant terminologi, samt andre versjoner av søkeordene som er valgt. Dette gjør det enklere å oversette søkeord fra norsk til engelsk (Helsebiblioteket, 2016).

Søkeordene tar utgangspunkt i problemstillingen, og vi har gjort søk som inkluder kriteriene om vold, kommunikasjon og prehospitalet situasjon. Disse søkene har gitt få resultater og har vært lite spesifikke for å besvare problemstillingen. Derfor har vi inkludert søk som ikke tar utgangspunkt i alle aspektene av problemstillingen, men som gir større antall treff. Etter dette valgte vi ut de artiklene som kan være med på å besvare problemstillingen. Søkene som er presentert i søkerloggen (*Tabell 3*), er søkene vi har tatt utgangspunkt i når vi har valgt ut artikler. Resultatene fra de respektive søkene har til sammen gitt et representativt utvalg av artikler som omhandler tematikken i problemstillingen.

Vi har inkludert tre systematiske søk fra PubMed og ett fra CINAHL der søkeordene er av forskjellige kombinasjoner. Alle søkene er avgrenset med de samme inklusjons- og eksklusjonskriteriene som man kan huke av i databasene. Deriblant artikkeltype; systematisk oversikt, oversiktsartikkel eller metaanalyse, og publiseringsår; innenfor de siste 10 årene.

Basert på artikkeltittelene har vi lest utvalgte abstrakt og deretter lest relevante artikler i fulltekst. Vi kom frem til fire artikler fra PubMed og en artikkel fra CINAHL som er relevant for å besvare problemstillingen vår, der artikkelen fra CINAHL også er en av de valgte fra PubMed. Vi har dermed endt opp med fire artikler som er kvalitetssikret og analysert, og utvalget er presentert i tabellen under.

Søkedato	Database	Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Leste Abstract	Leste Artikler	Antall valgte artikler
26.02.2023	PubMed	Emergency medical service AND workplace violence	Publisert de siste 10 årene, review, systematic review, meta analysis	41	15	8	4
13.03.2023	CINAHL	Emergency medical service AND workplace violence OR violence exposure AND occupational exposure	Publisert de siste 10 årene, review, systematic review, meta analysis	7	2	2	1
22.03.2023	PubMed	Emergency service AND workplace violence prevention	Publisert de siste 10 årene, review, systematic review, meta analysis	33	10	2	2
27.03.2023	PubMed	Communication techniques AND violence AND emergency medical service	Publisert de siste 10 årene, review, systematic review, meta analysis	15	2	1	1

Tabell 3: Søkerlogg for inkluderte artikler.

3.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier er kriterier som legges til grunn for å velge artikler med relevans til problemstillingen (Grønseth & Jerpseth, 2019, p. 89). Vi ønsker å bruke artikler som gjennomgår store mengder litteratur og forskning, i og med at det finnes mye informasjon rundt tematikken vi har valgt. Artikkeltypen vi har satt som inklusjonskriterier er dermed systematisk oversikt, oversiktsartikkel og metaanalyse. Artiklene må omhandle vold og/eller trusler i akuttmedisinske tjenester, der pasienten er voldsutøveren og medisinsk personell er mottaker. Artiklene bør også omhandle kommunikasjon eller kommunikasjonsteknikker i samhandling med truende eller voldelige pasienter. Som vist i søkerloggen (*Tabell 3*), har vi ikke tatt hensyn til alle inklusjonskriteriene når vi har satt sammen søkeord, men har heller inkludert flere søk som til sammen skal innfri både inklusjonskriteriene og eksklusjonskriteriene vi har valgt.

I hovedsak velger vi artikler som baserer seg på nyere forskning, men vi ønsker også å ta i bruk artikler som bruker forskning og litteratur innhentet over en lengre tidsperiode. Artiklene bør være publisert i nyere tid for å gi relevans til den dagsaktuelle problemstillingen. Derfor velger vi å ekskludere artikler publisert før 2013. Vi har også ekskludert artikler som ikke er publisert på norsk, engelsk, svensk eller dansk. Artikler som baserer seg på in-hospital forskning eller fra et sykepleieperspektiv er også ekskludert grunnet vår prehospital vinkling. Vi vil også ekskludere artikler på bakgrunn av religion- og kulturaspekter, dersom disse ikke kan sammenlignes med samfunnsmessige forhold i Norge.

3.5 Kildekritikk og kvalitetssikring

Kildekritikk skal være med på å vurdere og kvalitetssikre den utvalgte litteraturen (Dalland & Keeping, 2020, p. 152). God begrunnelse for inklusjons- og eksklusjonskriterier som er brukt i søkeprosessen, er viktig for å sikre litteraturens relevans til problemstillingen.

Problemstillingen vi har valgt omhandler tematikk som er pensum i løpet av paramedisinstudiet og danner grunnlaget vårt for å vurdere litteraturen som problemstillingen vår krever. Litteraturstudiene er etter inklusjonskriteriene, sekundærlitteratur, som vil si at informasjonen som er brukt, allerede er fortolket av andre (Dalland & Keeping, 2020, p. 152). Dette kan virke inn på kvaliteten av litteraturen som vi har valgt.

Ved å gjennomføre et systematisk søk, som beskrevet i Grønseth & Jerpseth (2019, pp. 84-85), fikk vi et bredt utvalg av artikler, og valgte lettere ut litteratur som ville være relevant for problemstillingen vår, ved hjelp av inklusjons- og eksklusjonskriteriene.

De fire artiklene som er funnet for å svare på problemstillingen er vurdert gjennom sjekkliste for oversiktsartikkel, utarbeidet av Folkehelseinstituttet (2018). Denne sjekklisten er inspirert av Critical Appraisal Skills Programme, og utviklet for kritisk vurdering av vitenskapelige artikler (Folkehelseinstituttet, 2018). Artiklene er hentet fra PubMed og CINAHL som er databaser funnet gjennom Helsebiblioteket.no og anbefaling fra bibliotekar, og er dermed fagfellevurdert.

3.6 De utvalgte studiene

I *Retningslinjer for bacheloroppgavens oppbygning og innhold*, anbefales det å anvende minimum fire artikler ved litteraturstudie som metode (Battin, 2022). Alle artiklene tar for seg vold eller trusler utøvd av pasient rettet mot helsepersonell prehospitalt. Studiene som er utført er alle kvantitative, og sammenligner tallverdier av vold på arbeidsplassen i en prehospital situasjon. De inkluderte forskningsartiklene er også alle oversiktsartikler.

3.7 Etske overveielser

Forskningsetikk baserer seg på etisk vurdering av forskningen som er gjort, opp mot samfunnets normer og verdier (Dalland & Keeping, 2020, p. 168). De etiske overveielserne baserer seg på prinsippene respekt, gode konsekvenser, rettferdighet og integritet. Disse prinsippene sikrer at personer som deltar i forskningen behandles med respekt, at uheldige konsekvenser unngås, at forskningen utføres på en rettferdig måte og at forskerne viser ansvar, åpenhet og ærlighet utad (Grønseth & Jerpseth, 2019, pp. 90-91). De utvalgte artiklene er fagfellevurdert og samsvarer med de etiske og juridiske aspektene ovenfor.

4 RESULTATER

I resultatdelen skal funn fra artiklene presenteres. Funnene skal være nøytralt gjengitt og oversiktlig, slik at det enkelt kan brukes i drøftingskapittelet (Dalland & Keeping, 2020, p. 198). Vi har tatt for oss de utvalgte artiklene og presenterer de etter en tematisk inndeling. De tematiske oversiktene er satt opp i lys av problemstillingen for å besvare denne. Artiklene blir også presentert i en litteraturmatrikse (Vedlegg 2) som er et nyttig hjelpemiddel for å sammenfatte artiklene systematisk (Grønseth & Jerpseth, 2019, p. 94).

4.1 Vold på arbeidsplassen

4.1.1 Definisjon

D'Ettorre et al. (2018, p. 29) beskriver at det ikke er noe global definisjon på vold på arbeidsplassen, selv om det er et utbredt problem på verdensbasis. Forfatterne av artikkelen velger å definere vold på arbeidsplassen som *enhver hendelse der en person blir misbrukt, truet eller overfalt under omstendigheter knyttet til deres arbeid, dette inkluderer verbale overgrep eller trusler så vel som fysiske.*

Kleissl-Muir et al. (2018) bruker World Health Organization (WHO) sin definisjon på vold på arbeidsplassen. *Enhver episode der ansatte opplever implisitte eller eksplisitte utfordringer som truer deres personlige sikkerhet, helse eller opplevelse av trivsel* (Kleissl-Muir et al., 2018, p. 160).

Murray et al. (2020) skriver at det er mange som ikke definerer voldsprinsippet i studiene sine, og at man derfor må ta hensyn til at det er svært varierende forståelse av ordet vold. Det er en utfordring å undersøke emner som omhandler vold, uten en standardisert definisjon av vold på arbeidsplassen. Videre definerer Murray et al. (2020) ulike typer vold på arbeidsplassen mot prehospitalt helsepersonell og inkluderer verbal utagering, ødeleggelse eller stjeling av andres eiendom, trusler, fysisk vold, seksuell trakassering og seksuelle overgrep. Artikkelen presenterer også definisjonene av vold på arbeidsplassen fra National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) og WHO.

Pourshaikhian et al. (2016, p. 1) definerer vold på arbeidsplassen som *enhver hendelse eller situasjon der en person blir truet eller angrepet på jobb, eller under lignende forhold.*

Alle de fire artiklene inkluderer både verbale og fysiske overgrep i sin definisjon av vold på arbeidsplassen.

4.1.2 Utbredelse

Tre av artiklene (D'Ettorre et al., 2018; Kleissl-Muir et al., 2018; Pourshaikhian et al., 2016) kommenterer at vold på arbeidsplassen er et problem på verdensbasis, og spesielt en trend innenfor helserelaterte arbeidsplasser. Murray et al. (2020) nevner imidlertid ingenting om utbredelsen av utfordringene med vold på arbeidsplassen, men skriver at resultatene fra studier utført i USA og i Sverige, presenterer respektive like resultater.

4.1.3 Rapportering/underrapportering

Alle artiklene poengterer at det er stor underrapportering innenfor voldshendelser prehospitalt. På grunn av underrapporteringen vil ikke litteraturen kunne fremstille realiteten av omfanget av vold på arbeidsplassen. Tre av artiklene (D'Ettorre et al., 2018; Murray et al., 2020; Pourshaikhian et al., 2016) beskriver at helsepersonell som jobber prehospitalt, som er en voldsutsatt arena, mener at vold er en del av jobben og velger derfor å ikke rapportere alle hendelser. D'Ettorre et al. (2018, p. 34) skriver at grunnene til underrapportering er at personalet frykter å bli hevtatt og at de skammer seg over å ha blitt utsatt for vold på arbeidsplassen. Pourshaikhian et al. (2016, p. 3) nevner også at frykt for hevn fra pasient eller pårørende er en grunn til underrapportering. Videre beskrives årsaker som frykt for å bli sett ned på og at personalet ikke ser nytteverdi i å rapportere alle voldshendelser (Pourshaikhian et al., 2016, p. 3). Kleissl-Muir et al. (2018) skriver at helsepersonell ikke får støtte fra ledelsen etter en voldshendelse, og føler skyld eller at de blir beskyldt for å ha forårsaket situasjonen.

Alle artiklene nevner viktigheten av rapportering av vold på arbeidsplassen. Pourshaikhian et al. (2016, p. 6) nevner også at rapporteringen er med på å danne et klarere bilde for å forstå bredden av problemet. Kleissl-Muir et al. (2018, p. 167) anbefaler å utvikle brukervennlige rapporteringssystemer som et hjelpemiddel for å minimere vold.

4.2 Disponerende faktorer

De disponerende faktorene som presenteres, er faktorer som ifølge ulike studier utgjør en større risiko for at en voldshendelse oppstår. Dette er faktorer hos både pasienten og hos paramedisineren.

4.2.1 Pasient

D'Ettorre et al. (2018, p. 28) beskriver at disponerende faktorer hos voldsutøveren omhandler både sykdomsstadiet til pasienten, ventetid på undersøkelse og behandling, og alkohol- og rusmisbruk. Det nevnes flere faktorer som demens, schizofreni, angstlidelse, akutte stressreaksjoner og pasienter med suicidale tanker.

I artikkelen til Kleissl-Muir et al. (2018) kommer det frem av litteraturen at alder (ung), kjønn (menn) og tidligere aggresjonsproblematikk er de vanligste disponerende faktorene. Selv om lav alder er en predisponibel faktor, beskriver artikkelen at de finner studier der det er beskrevet at menn i høyere aldersgruppe, fra omkring 65 år, også utøver mer vold enn andre aldersgrupper og kjønn (Murray et al., 2020). Artikkelen tar opp rusmisbruk, og at alkohol og metamfetamin er de rusmidlene som ofte sees i sammenheng med aggresjon og vold (Kleissl-Muir et al., 2018, p. 159). Det beskrives funn i litteraturen som omhandler psykiske lidelser, men at studiene viser motstridende resultater om slike sykdommer er en disponerende faktor for voldsutøvelse. De lidelsene som trekkes frem er schizofreni og bipolar lidelse (Kleissl-Muir et al., 2018, p. 161). Kleissl-Muir et al. (2018, p. 164) tar opp medisinske årsaker til at pasienter blir voldelige. Endret mental status forårsaket av hypoksi, hypotensjon eller feber er potensielle årsaker til aggresjon hos pasienter. Nevrologiske sykdommer som svulst i sentralnervesystemet eller hodeskader nevnes også som en årsak til emosjonell ustabilitet og voldsutøvelse. Til slutt nevnes abstinenser og smertereaksjon som predisponible faktorer hos pasienten (Kleissl-Muir et al., 2018, p. 164).

Murray et al. (2020) skriver initialt at alder, kjønn, mental status, rusmisbruk og underliggende sykdommer er elementer som må tas i betraktning dersom man skal kunne forutse aggresjon eller vold hos pasienter. Videre trekkes sykdomstilstand frem som en viktig indikator for voldsutøvelse. Murray et al. (2020, pp. 10-11) skriver at følelser som frustrasjon og hjelpeløshet kan føre til voldelige eller aggressive reaksjoner. Disse følelsene kan, ifølge

Murray et al. (2020, pp. 10-11), komme av misnøye med for lang responstid, mangel på forståelse av hvilke tiltak som iverksettes, nekting av transport eller undersøkelse, kulturelle forskjeller eller kommunikasjons- og språkvansker.

Forsinkelser i responstid, rus- og alkoholmisbruk og psykiske lidelser er allerede nevnte faktorer som også Pourshaikhian et al. (2016, pp. 3-4) forklarer kan lede til eskalerende aggressiv adferd og voldsutøvelse. Pourshaikhian et al. (2016, pp. 3-4) nevner i tillegg at mangel på utdanning hos pasienten, generell akutt skade og sykdom, og mangel på støtte fra politi, også sees på som indikasjoner for voldelig adferd hos pasienter.

4.2.2 Paramedisiner

Med predisponible faktorer hos paramedisinere, mener vi de elementene som ligger til grunn hos paramedisineren som gir en økt sannsynlighet for å bli utsatt for vold. Tre av artiklene diskuterer både kjønn, alder og arbeidserfaring hos paramedisinere, i sammenheng med økt sannsynlighet for voldsutsettelse (D'Ettorre et al., 2018, p. 32; Murray et al., 2020, pp. 8-9; Pourshaikhian et al., 2016, p. 3).

D'Ettorre et al. (2018, p. 32) skriver at dersom personalet har et høyt stressnivå, eller at miljøet de jobber i oppfattes som utrygt, øker dette risikoen for å bli utsatt for vold. I tillegg beskrives dårlig forhold mellom helsearbeidere og pasienter som en predisponibel faktor, men dette forholdet utdypes ikke ytterligere.

Kleissl-Muir et al. (2018, p. 166) belyser at helsepersonell med autoritære holdninger i seg selv kan bidra til å trigge pasienter og øker sannsynligheten for vold. Videre nevnes også at manglende kommunikasjonsevner kan virke provoserende overfor pasienten. Kleissl-Muir et al. (2018, p. 166) skriver også at dersom man har vært utsatt for mishandling som barn, gir dette en økt sannsynlighet for å bli utsatt for vold senere i livet som helsearbeider.

Murray et al. (2020, p. 7) ramser opp stress, frykt og angst hos helsepersonell og mener dette kan assosieres med voldseksposering. I denne artikkelen presiseres også at yrkesutøvelse som paramedisiner i seg selv, er en predisponerende faktor for å bli utsatt for vold (Murray et al., 2020, pp. 8-9).

Pourshaikhian et al. (2016, p. 3) poengterer at utdanning er betydningsfullt for sannsynligheten for å oppleve vold som helsepersonell. Inkompetanse, mangel på nødvendige

ferdigheter i håndtering av aggressive pasienter og mangel på årvåkenhet hos helsepersonell, utgjør en betydelig risiko for å bli utsatt for vold. I tillegg diskuteres alder, kjønn og yrkesutøvelse, men funnene er for motstridende til å konkludere med at dette er betydningsfulle disponerende faktorer.

4.3 Strategier for å redusere voldshendelser

Artiklene tar for seg ulike strategier som tiltak for å redusere eller håndtere vold på arbeidsplassen. Vi vil presentere hva de ulike artiklene sier om de fire mest nevnte strategiene for voldsreduksjon.

4.3.1 Kommunikasjon

D'Ettorre et al. (2018, p. 32) beskriver forbedring av deeskaleringsferdigheter som en strategi i møte med voldelige pasienter, og at helsearbeideres kommunikasjonsferdigheter bør forbedres. Dette skriver også Kleissl-Muir et al. (2018, p. 167), men legger til at deeskalering skal være en verbal ferdighet for å bedre mellommenneskelig kommunikasjon. Murray et al. (2020, p. 12) mener utvikling av kommunikasjonsferdigheter er viktig for håndtering av vold på arbeidsplassen, og mener kommunikasjonen må være tilstrekkelig med både pasient, pårørende og eventuelle tilskuere. Pourshaikhian et al. (2016, p. 4) skriver imidlertid ikke direkte om kommunikasjon som en egen strategi. Likevel nevnes ferdigheter til å håndtere store mengder mennesker, aggresjon og usikre situasjoner, samt god oppførsel i møte med pasient og pårørende som betydningsfullt for å forhindre voldshendelser.

4.3.2 Utvikling av prosedyrer og retningslinjer

D'Ettorre et al. (2018, p. 32) og Kleissl-Muir et al. (2018, p. 167) hevder at prosedyrer bør utvikles for å kunne forutse potensielt voldelige pasienter. D'Ettorre et al. (2018, p. 32) legger til at dokumentasjon etter bruk av slike prosedyrer kan bidra til økt forberedelse for paramedisinere ved neste møte med samme pasient.

Murray et al. (2020, p. 11) poengterer vanskeligheten med å sette institusjonelle prosedyrer og retningslinjer ut i det prehospitale arbeidet, grunnet det mobile og varierende miljøet som paramedisinere jobber i. Prosedyrer som omhandler rømning eller frigjøring, og kontrollering eller begrensning i truende og voldelige situasjoner, beskrives som nyttige i et prehospitalt arbeid (Murray et al., 2020, p. 12). Artikkelen beskriver utvikling av praksis, prosedyrer og retningslinjer som tiltak for å støtte paramedisinere (Murray et al., 2020, p. 18).

Pourshaikhian et al. (2016, p. 7) beskriver at utvikling av retningslinjer er et tiltak for å redusere og kontrollere vold på arbeidsplassen.

4.3.3 Simulering og undervisning

D'Ettorre et al. (2018, p. 32) finner at kun undervisning i seg selv er mindre effektivt enn bruk av gruppearbeid, interaktiv læring og simuleringsøvelser for å kunne redusere vold på arbeidsplassen. Teamarbeid og trening på tvers av profesjoner øker personalets evne til å håndtere aggressive pasienter (D'Ettorre et al., 2018, p. 32).

Simulering og undervisning er gode strategier for å unngå vold på arbeidsplassen, og deeskaleringstrening foreslås å være obligatorisk for aktuelt personale (Kleissl-Muir et al., 2018, p. 167).

Murray et al. (2020, p. 12) forklarer at mangel på trening av voldshåndtering og deeskalering fører til maktmisbruk og overdreven bruk av tvang. Lite trening øker sannsynligheten for at paramedisinere bruker feil metode for å løse vanskelige situasjoner (Murray et al., 2020, p. 12).

Formell trening og gjentakelse av denne treningen i et fornuftig intervall vil bidra til å redusere og kontrollere vold på arbeidsplassen (Pourshaikhian et al., 2016, p. 7).

Pourshaikhian et al. (2016, p. 7) nevner at offentligheten også bør utdannes eller informeres om de reelle oppgavene til paramedisinere i samfunnet, for å unngå urealistiske forventninger fra pasienter og pårørende.

4.3.4 Selvforsvar

D'Ettorre et al. (2018) og Kleissl-Muir et al. (2018) nevner ingenting om bruk av selvforsvar som strategi for å redusere vold på arbeidsplassen.

Murray et al. (2020, p. 12) beskriver at selvforsvar har blitt en kontroversiell diskusjon etter at midler som pistol, elektrosjokkvåpen, batong og pepperspray har vært etterspurt i noen akuttmedisinske tjenester som ytterligere form for beskyttelse. Pourshaikhian et al. (2016, p. 4) nevner selvforsvar som en beskyttende faktor mot vold på arbeidsplassen, uten ytterligere utdyping.

4.4 Konsekvenser for den voldsutsatte

D'Ettorre et al. (2018, p. 32) beskriver at vold på arbeidsplassen kan føre til både somatiske og psykiske konsekvenser for den voldsutsatte. Sinne, frykt og angst, utvikling av PTSD, skam og skyldfølelse er psykiske konsekvensene som nevnes. D'Ettorre et al. (2018, p. 32) går ikke videre inn på de somatiske konsekvensene, men legger til at voldsutsatte kan få redusert livskvalitet, bli mindre produktive, få større fravær fra jobb, ønske om å slutte i yrket, samt bli utrygge og usikre blant pasienter. Slike konsekvenser resulterer i en negativ innvirkning på helsepersonellens kognitive evne til å utføre arbeidet sitt, sammenlignet med før en voldshendelse (D'Ettorre et al., 2018, p. 33).

Kleissl-Muir et al. (2018) belyser at vold på arbeidsplassen påvirker sykepleieres følelsesmessige tilstand negativt, og at de føler seg utrygge på jobb. Denne artikkelen finner også at vold på arbeidsplassen fører til redusert produktivitet, økt fravær, ønske om å slutte eller bytte yrke, og at personalet gir dårligere pasientbehandling (Kleissl-Muir et al., 2018, p. 160). Det nevnes også håpløs- og motløshet samt angst som konsekvenser av vold, og at gjentatt voldsutsettelse fører til forventninger om at vold er en del av hverdagen (Kleissl-Muir et al., 2018, p. 166).

Murray et al. (2020, p. 8) hevder at vold på arbeidsplassen kan føre til utvikling av PTSD, og kan redusere personalets empati overfor pasienter som resulterer i nedsatt kvalitet i pasientbehandling. Det nevnes også økt nivå av stress, frykt og angst hos paramedisinere som konsekvens av voldsutsettelse (Murray et al., 2020, p. 7).

Pourshaikhian et al. (2016, p. 3) nevner at selve frykten for å bli utsatt for vold på arbeidsplassen, kan gi økt stress og dermed redusere personalets effektivitet og ytelse. Somatiske konsekvenser blir også nevnt, og ofte er disse av mindre alvorlig grad. Psykiske konsekvenser artikkelen nevner er utvikling av PTSD, angst, nervøsitet, mental utmattelse, økt psykisk belastning og opplevelse av depersonalisering hos de voldsutsatte. Pourshaikhian et al. (2016, p. 3) hevder også at paramedisinere som er blitt utsatt for vold på arbeidsplassen har økt sykefravær, ønsker å bytte yrke, og har redusert evne til å bygge et godt forhold til pasientene sine.

5 DISKUSJON

I følgende kapittel skal vi diskutere resultatene ved hjelp av analyse, vurdering og tolkning (Dalland & Keeping, 2020, p. 198). Dalland & Keeping (2020, p. 220) skriver at å drøfte er å diskutere med seg selv. Målet med diskusjonsdelen er å besvare problemstillingen ved å inkludere resultater fra artiklene, teoridel og egne refleksjoner (Grønseth & Jerpseth, 2019, p. 97). Artiklene viser at kommunikasjon er et verktøy for å redusere eskalering av voldelig atferd. Det beskrives også at vold prehospitalt er et intrikat problem, og flere reduserende tiltak blir belyst, samt forutsetninger og konsekvenser ved voldsutøvelse.

5.1 Resultatdiskusjon

Under vil vi diskutere utvalgte punkter for å besvare problemstillingen. Her benyttes T-U-R-modellen som struktur, beskrevet i Grønseth & Jerpseth (2019, p. 103). Modellen går ut på beskrivelse av *T*-tema, *U*-utdyping og begrunnelse gjennom argumentasjon fra teori, og *R*-relevans for å forstå temaet i praksis (Grønseth & Jerpseth, 2019, p. 103).

5.1.1 Vold som del av paramedisineres arbeidshverdag

Som paramedisiner har man økt risiko for å bli utsatt for vold og trusler. Mange innenfor yrket ser på dette som en del av jobben. I teoridelen er det beskrevet at pasientgrupper med psykiske lidelser, rusmisbruk eller medisinske tilstander som gir endret atferd, har økt sannsynlighet for voldsutøvelse. Dette er pasientgrupper som paramedisinere ofte er i kontakt med. Samtlige artikler som er brukt i oppgaven støtter opp under denne påstanden. Tre av artiklene kommenterer at vold på arbeidsplassen er et problem på verdensbasis, og både D'Ettorre et al. (2018), Murray et al. (2020) og Pourshaikhian et al. (2016) finner at vold ansees som en del av jobben blant prehospitalt helsearbeidere. Artiklene beskriver at selve yrkesutøvelsen som paramedisiner gir økt sannsynlighet for å bli utsatt for vold. Blant dette inkluderes forhold som høyt stressnivå, autoritære holdninger, manglende kommunikasjonsevner og frykt i situasjonen hos paramedisineren. Dette er også forhold som kan skape konflikt, og forekommer ofte i prehospitaltjeneste. Artiklene trekker også frem underreportering som et problem i prehospitaltjenester. De skriver at ambulanspersonell

ikke ser nytteverdien i å rapportere alle voldshendelser, og føler på skam etter å ha blitt utsatt for vold.

Inntrykket vi har fått fra praksis i ambulansetjenesten er at disse forholdene også forekommer i Norge, og at vold på arbeidsplassen er et aktuelt problem. Ansatte opplever at rapportering ikke har ønsket effekt. Vi har flere ganger opplevd at uønskede hendelser blir bearbeidet ved bruk av humor, og at situasjoner som ikke gir tydelig konsekvenser, ikke blir tatt på alvor. Vold som gir somatiske konsekvenser er ofte mer synlig initialt og det kan virke som at dette bidrar til å se alvor i hendelsen, sammenlignet med psykiske konsekvenser. Vi opplever at psykiske ettervirkninger av vold fortsatt er et tabubelagt tema i ambulansetjenesten.

I et innlegg publisert i Ambulanseforum (Finsrud, 2023b) kommer det frem at ambulanspersonell opplever at rapporterte voldshendelser blir henlagt. I en uformell undersøkelse gjort av Ambulanseforum, som ikke er randomisert, viser det seg at 92,6% har opplevd vold eller trusler i tjenesten. Dette innlegget er ikke en vitenskapelig artikkel og resultatene skal ikke vektlegges særskilt, men de gir et innblikk i de reelle forholdene i tjenesten i Norge. Innlegget presiserer også at det vil jobbes med en ny artikkel rundt dette temaet og vold og trusler i ambulansetjenesten er i ferd med å få større oppmerksomhet i media.

5.1.2 Risikovurdering som hjelpemiddel

Risikovurdering er en forutsetning for å oppdage disponerende faktorer hos potensielt voldelige pasienter. Denne vurderingen gir paramedisineren et grunnlag for å velge hensiktsmessig og deeskalerende kommunikasjon.

Som beskrevet i teorien kan konflikt deles inn i flere nivåer, og en risikovurdering vil bidra til å beslutte hvilke stadier konflikten er på. En risikovurdering utføres ved å innhente informasjon verbalt og nonverbalt, og kommunikasjonsferdighetene er en forutsetning for å gjøre en god risikovurdering. D'Ettorre et al. (2018) og Kleissl-Muir et al. (2018) beskriver at prosedyrer bør utvikles for å kunne forutse potensielt voldelige pasienter. Murray et al. (2020) nevner prosedyrer om rømming og frigjøring, kontrollering eller begrensning for å minimere voldshendelser prehospitalt. Ved å utføre en risikovurdering vil man kunne beslutte om pasienten er potensiell voldelig, se etter muligheter for frigjøring eller om man skal trekke seg ut av situasjonen, samt andre tiltak for å redusere risikoen for vold. Slike vurderinger vil

kunne gjøre paramedisinen tryggere i en uforutsigbar situasjon, og øke sannsynligheten for at rett handlingsalternativ blir valgt.

I løpet av praksis har vi erfart at prosedyren for pasientundersøkelse fra Advanced Medical Life Support (AMLS) er standard for ambulansetjenesten i Norge. Denne prosedyren baserer seg på å undersøke det viktigste først, og egensikkerhet er alltid det første punktet i prosedyren (Strand, 2021). Vi har erfart at en kan hente mye informasjon gjennom å utføre en grundig risikovurdering, og at dette er grunnlaget for hvordan videre undersøkelse skal gjennomføres. Et annet hjelpemiddel for å vurdere voldsrisiko hos pasienter er Brøset Violence Checklist (BVC). Dette er et scoringsverktøy som gir oss en preindikasjon på voldelig atferd i et kortsiktig perspektiv (Vølstad, 2022). BVC er med på å forutse reelle farer for om en pasient utøver vold og kan dermed forebygge uønskede hendelser. I og med at vold prehospitalt er et problem, også i Norge, kan det tyde på at risikovurdering alene ikke har god nok voldsreducerende effekt, eller at verktøy for risikovurdering ikke blir brukt grundig nok.

5.1.3 Bruk av hensiktsmessig kommunikasjon

Hensiktsmessig kommunikasjon kan bidra til å deeskalere voldelige og truende situasjoner. Kommunikasjon er sammensatt og består av både å tolke inntrykk, og å formidle et budskap. I tillegg ønsker man i profesjonell kommunikasjon, at mottaker tolker våre signaler slik de er ment. På denne måten oppnås en felles situasjonsforståelse som reduserer muligheten for misforståelser.

Tre av artiklene (D'Ettorre et al., 2018; Kleissl-Muir et al., 2018; Murray et al., 2020) nevner forbedring av kommunikasjon som en strategi for å redusere vold på arbeidsplassen. Pourshaikhian et al. (2016) beskriver også at paramedisinen må ha ferdigheter som vi kan knytte tett opp mot kommunikasjonsteknikker. Ingen av artiklene legger frem hvilke kommunikasjonsferdigheter som bør forbedres, men vi tolker det som at både nonverbale og verbale ferdigheter må forbedres for å oppnå ønsket resultat. Det artiklene ønsker å oppnå med å utvikle god profesjonell kommunikasjon, er å skape god mellommenneskelig kommunikasjon med pasient, pårørende og eventuelle tilskuere. Slik som Pourshaikhian et al. (2016) nevner, skal utvikling av god profesjonell kommunikasjon, gi paramedisinere evne til å håndtere store mengder mennesker, aggressive pasienter og usikre situasjoner. Artiklene er enige om at utvikling av kommunikasjonsteknikker vil være med på å redusere og håndtere

voldshendelser prehospitalt, men presiserer som sagt ikke hva som er mest hensiktsmessig kommunikasjon. Dette kan tyde på at det trengs mer forskning på hvordan profesjonell kommunikasjon kan brukes i en truende eller voldelig prehospital situasjon.

Som beskrevet i teoridelen, skyldes uønskede hendelser ofte kommunikasjonssvikt. Ved å se på de ulike kommunikasjonsteknikkene og hvilken teoretisk effekt disse har, kan man velge ut hvilke teknikker som er hensiktsmessige å bruke i en truende eller voldelig situasjon. Teorien beskriver også samspill mellom verbal og nonverbal kommunikasjon som nødvendig.

Aktiv lytting er en av kommunikasjonsteknikkene som er beskrevet i teoridelen. I en eskalerende og truende situasjon, må man vurdere når en kan ta i bruk aktiv lytting som et hjelpemiddel. Denne teknikken egner seg naturlig nok når situasjonen ikke er på et høyt konfliktnivå, men kan også brukes i moderasjoner for å virke deeskalerende. Eksempelvis kan man la en utagerende pasient få utløp for sine følelser før man presenterer sine egne tanker rundt situasjonen. Aktiv lytting må brukes når det er mest hensiktsmessig og vurderes ut fra hver enkelt situasjon. Denne vurderingen tas på bakgrunn av erfaring med lignende situasjoner, og det er naturlig at yrkesutøvere med mer erfaring har et bedre utgangspunkt for å vurdere bruken av aktiv lytting.

Etter det teorien beskriver (Johnson & Johnson, 2017), velger vi å trekke frem noen verbale kommunikasjonsteknikker som vi anser som gunstig i håndtering av truende og voldelige pasienter. Gjennom parafrasering kan paramedisinere skape en felles situasjonsforståelse med pasienten. Ved å validere både tanker og følelser ønsker vi å spille på lag med pasienten, samt unngå å gå i opposisjon. Dette skaper et tettere forhold med pasienten og vil trolig gjøre det enklere å komme frem til et handlingsalternativ som begge parter er fornøyd med.

Handlingsalternativene må være rasjonelle og forklares tilstrekkelig, og pasienten må også kunne komme med sine tanker. Med tilstrekkelig informasjon er det større sannsynlighet for å oppnå et felles mål.

Som nevnt tidligere vil nonverbal kommunikasjon kunne underbygge den verbale kommunikasjonen. Kroppsspråket vårt veier tungt i formidlingen av et budskap. Fysisk avstand er med på å skape trygghet for både pasienten og paramedisineren. I uoversiktlige situasjoner vil begge parter kunne føle seg truet, og avstand vil gi et bedre grunnlag for å kommunisere profesjonelt. God nok avstand og bruk av tid vil bidra til at pasienten føler seg ivaretatt. Dette bygger også tillit og en trygg relasjon til pasienten. Et resultat av dette er at

paramedisineren unngår å overskride pasientens personlige grenser og må trekke seg ut. Dersom paramedisineren må trekke seg ut av situasjonen, vil det trolig kreve enda mer tid og arbeid for å bygge opp tillit og en god relasjon. Det generelle kroppsspråket bør uttrykke ro og vennlighet for å underbygge den verbale kommunikasjonen.

For å poengtere viktigheten av gode kommunikasjonsferdigheter i paramedisineryrket, vil vi trekke frem hvilke forhold vi i løpet av studietiden har fått innblikk i. Paramedisinere er i møte med mange forskjellige mennesker, og har ofte et kort handlingsrom. Hverdagen er preget av mange situasjoner der man kun har et øyeblikksbilde, og liten tid til å bygge både tillitt og relasjon til pasienten. Derfor anser vi det som viktig å være god til å kommunisere og fleksibel i bruken av kommunikasjonsteknikker og -ferdigheter.

5.1.4 Utdanning og opplæring rundt deeskalering

Deeskaleringsteknikker kan formidles gjennom utdanning og opplæring. Kommunikasjon brukes i alt vi gjør, men er trolig ikke satt tilstrekkelig i fokus hverken gjennom utdanning eller på arbeidsplassen.

Alle artiklene skriver at spesifikk trening på deeskalering vil gi en voldsreducerende effekt. Ut ifra resultatene fra artiklene kan vi tolke at simuleringstrening og delaktig undervisning rundt deeskalering gir et stort læringsutbytte. Utdanning og opplæring skal ruste paramedisinere til å stå i og håndtere truende og voldelige situasjoner. Utdanning og opplæring i kommunikasjon vil ikke bare forbedre paramedisineres deeskaleringsmetoder, men også forbedre de generelle profesjonelle kommunikasjonsferdighetene som kommer godt med i en prehospital jobb.

Vi ser utfordringen med å legge opp et utdanningsforløp og prioritere hva som skal vektlegges under utdanning. Dette gjelder også hvordan og hvor ofte man skal repetere fagstoff på arbeidsplassen. Dette er en problemstilling i seg selv, som ikke vi har sett nærmere på.

Sett i norsk paramedisinsk kontekst, tas også utdanning i kommunikasjon og konflikthåndtering opp som et reduserende tiltak for vold på arbeidsplassen (Finsrud, 2023a). Ettersom dette diskuteres som reduserende tiltak på arbeidsplassen, kan det virke som at opplæring og trening ikke er god nok gjennom utdanningsforløpet.

5.2 Metodediskusjon

Litteraturstudie som metode bruker eksisterende forskning for å besvare en problemstilling (Grønseth & Jerpseth, 2019, p. 80). Vår litteraturstudie tar i bruk fire forskningsartikler, samt annen eksisterende teori, som besvarer problemstillingen vår. Fordelen med å ta i bruk større oversiktsartikler er at man får større bredde på resultatene, sammenlignet med å bruke resultater fra enkeltstudier. Utvalg av artikler er gjort etter fire forskjellige søk i to databaser, søkeordene kommer fra et strukturert PIO-skjema, men er kombinert på ulikt vis. Et av søkene inkluderer alle valgte artikler. Inklusjonskriteriene har vært konstante i alle søkene og varierende kriterier kunne gitt andre resultater. Vi har ikke definert alder eller kjønn på pasienten i inklusjons- og eksklusjonskriteriene, som kan bidra til å gi mindre spesifikke resultater.

Vi har valgt ut problemstilling etter stor egeninteresse, og oppgaven kan bli farget av våre egne synspunkter rundt tematikken. Dersom egne meninger ikke legges til side, vil det kunne påvirke både prosessen og resultater. Samtidig vil et stort engasjement rundt tematikken kunne bidra til å bringe frem viktige perspektiver.

6 AVSLUTNING

Gjennom denne oppgaven har vi undersøkt om hensiktsmessig kommunikasjon kan ha betydning for håndteringen av pasienter med økt voldsrisiko prehospitalt. Dette viser seg å være en omfattende utfordring på verdensbasis (D'Ettorre et al., 2018; Kleissl-Muir et al., 2018; Pourshaikhian et al., 2016), og er også dagsaktuelt i Norge (Finsrud, 2023b).

Teorien vi har presentert kan fortelle oss at pasienter med psykiatri- og rusproblematikk, sykdommer og skader som kan påvirke mental status, samt sterke reaksjoner i en krisesituasjon, har økt sannsynlighet for å utøve vold. Vi har beskrevet hensiktsmessige kommunikasjonsteknikker i forhold til teoriens beskrivelse av konflikthåndtering i helse- og sosialsektoren. Denne teorien støtter opp under funnene i de utvalgte artiklene, og sammen besvares problemstillingen.

Vi konkluderer med at hensiktsmessig bruk av kommunikasjon kan bidra til at paramedisinere enklere håndterer/deeskalerer situasjoner med pasienter som har økt sannsynlighet for voldsutøvelse. Forskningsartiklene viser at vold prehospitalt er et problem og at tiltak må gjøres, deriblant nevnes kommunikasjon. Kommunikasjonsteknikkene som er beskrevet kan tolkes til å ha en deeskalerende og voldsreducerende effekt. Diskusjonsdelen binder sammen teoridelen og resultatene fra artiklene, og presenterer at de ulike kommunikasjonsteknikkene kan virke positivt inn på utfordringene i møte med voldelige og truende pasienter.

Vi har sett at det oppstår flere spørsmål knyttet til vold på arbeidsplassen i løpet av arbeidet med denne oppgaven. I de avsluttende refleksjonene vil vi poengtere at det er behov for mer forskning rundt emnet og flere prehospitale studier, også utført i Norge. Vi har funnet at det ikke finnes god nok utdanning og trening, at det er mye underrapportering av vold prehospitalt, og at det ikke er tilstrekkelige retningslinjer og prosedyrer i forhold til håndtering av voldelige pasienter i ambulansen. Dette er faktorer som spiller inn på vår problemstilling, og for å kunne bruke hensiktsmessig kommunikasjon må disse områdene også forbedres.

7 REFERANSER

- Allott, N. (2009, 09.03.2023). *Kommunikasjon*. Store Norske Leksikon. <https://snl.no/kommunikasjon>
- Bahus, M. K., & Molven, O. (2009). Helsepersonelloven. In *Helsepersonelloven i Store norske leksikon*: Store norske leksikon.
- Battin, G. S. (2022). *Retningslinjer for bacheloroppgavens oppbygning*. Universitetet i Stavanger Retrieved from file:///C:/Users/ingri/Downloads/BPABAC-1-2023-V%C3%85R%20Retningslinjer%20for%20bacheloroppgavens%20oppbygning%20og%20innhold%20(1).pdf
- Berteussen, L. M. (2021, 06.06.2021). *PubMed*. Store Norske Leksikon. <https://sml.snl.no/PubMed>
- Bruset, S. (2009, 27.01.2023). *Paramedisin*. Store Medisinske Leksikon. <https://sml.snl.no/paramedisin>
- Bråten, O. A. (2018). *Håndbok i konflikthåndtering : forebygging av trakassering, trusler og vold*. Høyskoleforl.
- Bråten, O. A., & Falkum, A. (2019). *Håndbok i konflikthåndtering i helse- og sosialsektoren : forebygging av trakassering, trusler og vold* (1. utgave. ed.). Cappelen Damm akademisk.
- D'Ettorre, G., Pellicani, V., Mazzotta, M., & Vullo, A. (2018). Preventing and managing workplace violence against healthcare workers in Emergency Departments. *Acta Biomed*, 89(4-s), 28-36. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i4-S.7113>
- Dalland, O., & Keeping, D. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utgave. ed.). Gyldendal.
- EBSCO. (2019, 07.01.2019). *Advanced Searching with CINAHL Subject Headings*. EBSCO Connect. https://connect.ebsco.com/s/article/Advanced-Searching-with-CINAHL-Subject-Headings?language=en_US
- Eide, H., Eide, T., & Eide, E. (2018). *Kommunikasjon i relasjoner : personorientering, samhandling, etikk* (3. utg. ed.). Gyldendal akademisk.
- Eilertsen, A. (2009, 30.12.2021). *Teknikk*. Store Norske Leksikon. <https://snl.no/teknikk>
- Finsrud, J. (2023a, 26.04.2023). *Mange melder ikke fra vold eller trusler* Ambulanseforum. <https://ambulanseforum.no/artikler/mange-melder-ikke-fra-vold-eller-trusler>
- Finsrud, J. (2023b, 18.04.2023). *Ni av ti har opplevd vold eller trusler i tjenesten*. Ambulanseforum. <https://ambulanseforum.no/artikler/ni-av-ti-har-opplevd-vold-eller-trusler-i-tjenesten>

- Folkehelseinstituttet. (2018, 17.09.2021). *Sjekklistet*. Kunnskapsbasertpraksis.no.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklistet>
- Grønseth, R., & Jerpseth, H. (2019). *Bacheloroppgaven i sykepleie : praktiske råd i skriveprosessen* (1. utgave. ed.). Fagbokforlaget.
- Hansen, H. E., & Hunskår, S. (2020). *Legevaksarbeid* (2.utgave, Ed.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Heie, K. (2023). *Vold og trusler på arbeidsplassen, forebygging, håndtering og oppfølging* [Brukerveiledning]. H. Stavanger. <https://eqs-hst.ihelse.net/cgi-bin/document.pl?pid=hst&DocumentID=7200>
- Helsebiblioteket. (2013, 20.01.2021). *CINAHL*. EBSCO publishing.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/lenker/databaser/cinahl>
- Helsebiblioteket. (2016, 01.10.2022). *Medisinske og helsefaglige termer/MeSH på norsk og engelsk*. Helsebiblioteket.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/legemidler/legemiddelaktuelt/medisinske-og-helsefaglige-termer-mesh-pa-norsk-og-engelsk>
- Lov om Helsepersonell, (1999). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=hpl>
- Holck, P. (2022, 14.06.2022). *Medical Subject Headings (MeSH)*. Store medisinske leksikon.
<https://sml.snl.no/.versions/list/468147>
- Johansen, H. I., Blinkenberg, J., A. Hansen, C., & Moen, K. (1993, 01.12.2021). *Posttraumatisk stresslidelse (PTSD)*. Legevaktshåndboken.
https://lvh.no/symptomer_og_sykdommer/psykiske_lidelser/kriser/posttraumatisk_stresslidelse_ptsd
- Johnson, D. W., & Johnson, F. P. (2017). *Joining together. Group theory and Group skills*. (12 ed.). Prentice-Hall.
- Kleissl-Muir, S., Raymond, A., & Rahman, M. A. (2018). Incidence and factors associated with substance abuse and patient-related violence in the emergency department: A literature review. *Australas Emerg Care*, 21(4), 159-170.
<https://doi.org/10.1016/j.auec.2018.10.004>
- Murray, R. M., Davis, A. L., Shepler, L. J., Moore-Merrell, L., Troup, W. J., Allen, J. A., & Taylor, J. A. (2020). A Systematic Review of Workplace Violence Against Emergency Medical Services Responders. *New Solut*, 29(4), 487-503.
<https://doi.org/10.1177/1048291119893388>

- National Association of Emergency Medical Technicians. (2021). *Advanced medical life support* (Third edition. ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Nordby, H. (2014). *Samhandling i prehospitalt arbeid* (2. utg. ed.). Gyldendal akademisk.
- Nortvedt, M. W., Graverholt, B., Jamtvedt, G., Gundersen, M. W., & Nortvedt, M. W. (2021). *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok* (3. utgave. ed.). Cappelen Damm akademisk.
- Oslo universitetssykehus. (2013). *Voldsrisiko- Definisjoner og begrepsavklaring* [eHåndbok]. O. u. HF. <https://ehandboken.ous-hf.no/document/65267>
- Lov om pasient- og brukerrettigheter, (1999). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pbrl>
- Paterson, B. (2021). *MAP teorikapittel 5 Deeskalering* [Teorikapittel]. SIFER. <https://sifer.no/wp-content/uploads/2021/02/MAP-Kapittel-5.pdf>
- Pourshaikhian, M., Abolghasem Gorji, H., Aryankhesal, A., Khorasani-Zavareh, D., & Barati, A. (2016). A Systematic Literature Review: Workplace Violence Against Emergency Medical Services Personnel. *Arch Trauma Res*, 5(1), e28734. <https://doi.org/10.5812/atr.28734>
- Stavanger universitetssykehus. (2022). *Voldsrisiko: Journalføring og informasjonsflyt i Helse Stavanger* [Brukerveiledning]. H. S. HF.
- Strand, J. (2021). *AMLS Handlingsplan* [Modul]. SNLA. <https://www.akuttportalen.no/mod/lesson/view.php?id=5274&pageid=12097&startlas-tseen=yes>
- Vølstad, Å. S. (2022). *BVC-Brøset Violence Checklist* [Tiltakskort]. B. AS. https://bliklundweb.no/v2/procedure_manual/236/cards/1551
- Aarre, T. F. (Ed.). (2018). *Psykisatri for helsefag*. Bokforlaget.

Vedlegg 1

En sjekkliste for en problemløsende strategi

Forstå hvilke hendelser som forårsaker konflikten, og hva som hindrer forhandling. Jeg kan enten stimulere eller unngå konflikten.

- 1 Jeg er tydelig på mine behov og mål og det jeg ønsker av den andre personen.
- 2 Jeg følger reglene.
- 3 Jeg trekker meg ikke tilbake eller ignorerer konflikten.
- 4 Jeg deltar ikke i vinn-tap-forhandlinger.
- 5 Jeg glatter over hvis den andre personens behov er sterkere enn mine og konfliktområdet ikke betyr så mye for meg.

Jeg konfronterer personen og forsikrer meg om at jeg

- 6 ikke «slår og løper»
- 7 åpent kommuniserer min persepsjon av og følelser på konfliktområdet, og fokuserer på saken, ikke på personen
- 8 ber den andre personen å definere egne behov og mål og fortolkning av og følelser i situasjonen
- 9 forstår fullstendig og eksakt (parafaserer) den andre personens syn på og følelser i situasjonen

Jeg forhandler frem en felles forståelse av konflikten og passer på å

- 10 beskrive den andre personens handlinger uten å anklage eller bebreide. Skille sak og person
- 11 definere konflikten som et felles problem som kan løses, ikke en vinn-tap-kamp
- 12 definere problemet som så lite og så presist som mulig
- 13 beskrive den nåværende konflikten uten å trekke inn fortiden. Fortiden er tilgitt.

Jeg sørger for at vi deler posisjoner og følelser, ved å

- 14 kjempe om saker, ikke om personlighet
- 15 først finne ut hva som er forskjeller i behov og mål, før likheter utforskes
- 16 koordinere motivasjonen for å løse konflikten og ved å tydeliggjøre kostnadene ved å fortsette konflikten og gevinsten ved å løse den
- 17 sikre at den andre får innflytelse og kan påvirke min tenkning og konklusjoner
- 18 unngå avsporinger som sinne og maktkamp
- 19 hjelpe den andre til å «redde ansikt»

Jeg tar den andres perspektiv helt og fullt, forsikrer meg om at jeg skjønner der, og at den andre skjønner at jeg forstår. Jeg parafaserer den andres posisjon, behov, mål, følelser, merker meg endringer som oppstår når vi problemløser saken. Ved å gjøre det

- 20 fortolker jeg ikke andres hensikter ut fra min egen frykt
- 21 bebreider jeg ikke den andre for problemet

Jeg foreslår forskjellige mulige alternativer som

- 22 er tydelig i overensstemmelse med den andre personens behov og mål
- 23 kan sees på som rettfærdig ut fra objektive kriterier

Vi kommer frem til en avtale som er tilfredsstillende for oss begge, og som spesifiserer

- 24 avtalen
- 25 måter hver og en vil handle annerledes på i fremtiden
- 26 måter samarbeidet vil bli gjenopprettet på hvis en person bommer og ikke følger avtalen, og når vi skal ha nye møter for å sjekke hvordan avtalen fungerer.

Etter Johnson og Johnson

Vedlegg 2

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkeltitte	Hensikt med studien	Metode og analyse	Utvalg/populasjon	Hovedfunn/resultater
Gabriele d'Ettorre, Mauro Mazzotta, Vincenza Pellicani, Annamaria Vullo 2018 Acta Biomed for Healthcare Professions Italia	Preventing and managing workplace violence against healthcare workers in Emergency Department s	Hensikt med studien er å se på eksisterende litteratur rundt temaet og finne nye tilnæringsmetoder rundt vold på arbeidsplassen mot helsearbeidere i akuttjenester.	Hentet fra litteraturbasene PubMed og Web of Science. To individuelle parter har evaluert studiene relevans, og en tredje part har hjulpet til å nå konsensus der det var uoverensstemmelser.	Forskningen som er tatt med er originalstudier der de som ikke er publisert på engelsk i tidsperioden, januar 2007 til desember 2017, og ikke er fullstendige, ble ekskludert. Studiene må omhandle vold på arbeidsplassen mot helsearbeidere i prehospital tjeneste.	Hovedfunn og resultater diskuterer fire temaer; risikovurdering, forekomst, risikohåndtering og psykiske og ikke-psykiske konsekvenser. Demens, schizofreni, angst og akutt stressreaksjon, selvmordstanker og alkohol- og rusmisbruk er beskrevet som predisponible faktorer for vold, utøvd av pasient mot helsearbeidere.
Sabine Kleissl-Muir, Anita Raymond, Muhammad Aziz Rahman 2018	Incidence and factors associated with substance abuse and patient- related	Hensikt med studien er å undersøke prevalensen av vold på arbeidsplassen i sammenheng med rusmisbruk, og identifisere ulike faktorer forbundet	Litteratursøk er gjort for å finne kartleggingsoversikt er på temaet i databasene CINAHL, Cochrane Library, PsychINFO, Ovid Medline,	De utvalgte studiene må være publisert på engelsk og omhandle vold eller aggresjon hos pasienter prehospitalt. Det ble ikke satt et kriterier for når studiene skulle bli publisert, men resultatene er fra 1996- 2018. Sekundært sees det på sammenhengen mellom vold og	Litteraturen viser at rusmisbruk kan relateres til vold på arbeidsplassen og at dette er den største bidragsyteren til vold prehospitalt. Artikkelen trekker også frem predisponerende faktorer hos voldsutøveren, samt institusjonelle og miljømessige

Australasian Emergency Care Australia	violence in the emergency department: A literature review	med vold på arbeidsplassen.	PubMed, Google Scholar. Alle titler og abstract ble vurdert, men kun relevante studier ble vurdert i sin helhet.	rusmisbruk. Studier som omhandler vold på arbeidsplassen andre steder i helsevesenet, og studier som fokuserer på helsearbeiders opplevelse av vold på arbeidsplassen eller som ser på pediatrisk populasjon, ble ekskludert.	forhold som kan påvirke forekomst av voldshendelser.
Regan M. Murray, Andrea L. Davis, Lauren J. Shepler, Lori Moore-Merrell, William J. Troup, Joseph A. Allan, Jenifer A. Taylor 2020 Department of Health & Human Services USA USA	A Systematic Review of Workplace Violence Against Emergency Medical Services Responders	Hensikt med studien er å poengtere at vold på arbeidsplassen er en utfordring, og identifisere risikofaktorer for vold blant helsepersonell i prehospital tjeneste.	Litteratursøk er gjort for å finne og inkludere fagfellevurdert litteratur på temaet. Det ble funnet 387 artikler, og 104 av disse ble vurdert og gjennomgått.	Artiklene som ble valgt ut måtte inneholde diskusjon rund vold mot akuttmedisinsk personell, være publisert på engelsk og i fulltekst. Alle artiklene publisert etter 31. desember 2016 som omhandler vold prehospitalt ble vurdert.	Hovedmålet med denne systematiske oversiktsartikkelen var å definere vold på arbeidsplassen opplevd av akuttmedisinsk personell, og identifisere risikofaktorene for vold i deres profesjon. Det viser seg å være høy forekomst av både verbal og fysisk vold, og det er behov for nasjonalt representative undersøkelser for å identifisere utfallet av fysiske og psykososiale skader som følge av voldseksponering i arbeidssituasjoner.

Majid Pourshaikhian, Hassan Abolghasem Gorji, Aidin Aryankhesal, Davood Khorasani-Zavareh, Ahmad Barati 2016 Archives of Trauma Research Iran	A Systematic Literature Review: Workplace Violence Against Emergency Medical Services Personnel	Hensikt med studien å generere til utvikling av retningslinjer for å redusere forekomst av vold prehospitalt.	Skrevet en systematisk oversiktsartikkel og hentet litteratur fra databasene PubMed, Scopus, Google Scholar og Magiran. Med hjelp av erfarne bibliotekarer.	Forskning er hentet fra pålitelig kilder, publisert på persisk eller engelsk innenfor de siste 25 årene, og er relatert til vold på arbeidsplassen mot helsepersonell i akuttjeneste.	De fleste studiene brukte kvantitativ metode. Majoriteten av studiene fokuserte på forekomsten av vold, og resultatene indikerer at det er en betydelig forekomst av vold. Vold på arbeidsplassen og ettervirkningen av dette er problem på verdensbasis. Grunnen til dette er at det ikke er nok trening eller retningslinjer på å håndtere vold. De poengterer viktigheten på å produsere gode strategier for voldshåndtering. Det ønskes flere studier rundt dette.
--	---	--	---	---	--