

Samhandling med psykotiske pasienter – tiltak for å forebygge utagering og vold

Kandidatnummer: 49
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
I sykepleie

Antall ord: 8903
Dato: 19. april 2022



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 19. april 2022
<p>Tittel: Samhandling med psykotiske pasienter – tiltak for å forebygge utagering og vold</p>	
<p><u>Problemstilling</u></p> <p>Hvilke sykepleietiltak kan forebygge utagering og voldsutøvelse fra pasienter med psykoselidelser i en psykiatrisk avdeling?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u></p> <p>Det teoretiske perspektivet vil i denne oppgaven legge vekt på Hildegard Peplau sin teori om mellommenneskelige relasjoner og miljøterapi som behandlingsmodell. Teoridelen vil også belyse fagkunnskap om primære psykoselidelser, sammenhengen mellom aggresjon og psykose, sykepleiefaglige funksjoner i samhandlingen med psykotiske pasienter og relevante juridiske og etiske retningslinjer og rammeverk.</p> <p><u>Metode</u></p> <p>Dette er en litterær oppgave med litteratursøk som fremgangsmåte. Drøftingen vil basere seg på eksisterende teoretisk fagkunnskap, og forskningsresultater som er relevant for å besvare problemstillingen. Relevant forskningslitteratur er valgt ut gjennom bruk av databasene Google Scholar, PubMed, CINAHL og PsycInfo.</p> <p><u>Drøfting</u></p> <p>Funn som presenteres i de ulike forskningsartiklene er grunnlaget for drøftingen, som kan deles inn i tre overordnede kategorier; samhandling og kommunikasjon, holdninger og kunnskap og de fysiske og psykiske omgivelsenes innvirkning på pasientens stemningsleie. Aktuell teori trekkes inn i drøftingen.</p> <p><u>Konklusjon</u></p> <p>Gjennom drøfting og sammenligning av forskningsresultatene avdekkes en rekke sykepleietiltak som kan benyttes i samhandling med psykotiske pasienter som er, eller kan bli aggressive, for å forebygge utagering og voldsutøvelse. Sykepleietiltakene vektlegger kommunikasjon, holdninger, kunnskap og kompetanse som sentrale faktorer i det forebyggende arbeidet.</p>	

(Totalt antall ord: 196)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn og kontekst	1
1.2	Sykepleiefaglig relevans	1
1.3	Problemstilling og kontekst	1
1.4	Avgrensninger	2
1.5	Begrepsavklaringer.....	3
1.5.1	Tvang.....	3
2	Teoretisk og empirisk grunnlag	3
2.1	Psykoselidelser	3
2.2	Vold og psykose.....	5
2.2.1	Kartleggingsverktøy av aggresjon.....	7
2.3	Sykepleierens ansvar og funksjon	7
2.4	Hildegard Peplaus teori om mellommenneskelige relasjoner og sykepleieprosessen.....	8
2.5	Miljøterapi.....	10
2.6	Juridisk og etisk rammeverk	12
2.6.1	Arbeidsmiljøloven § 1-1 og § 4-3	12
2.6.2	Psykisk helsevernloven § 4-3	12
2.6.3	Psykisk helsevernloven § 4-8.....	12
2.6.4	Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1.....	13
2.6.5	Forholdet mellom makt og avmakt	13
3	Metode	14
3.1	Litteratursøk	14
3.1.1	Søkestrategi	14
3.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	16
3.3	Kildekritikk	17
3.4	Øvrig litteratur.....	19
3.5	Etiske vurderinger	19
4	Presentasjon av forskningsartikler	19
5	Diskusjon.....	22
5.1	Samhandling og kommunikasjon.....	22
5.1.1	Å tilpasse kommunikasjon, nærhet og avstand	22
5.1.2	Relasjonsbygging	23
5.2	Holdninger og kunnskap	25
5.2.1	Individbasert sykepleie.....	25
5.2.2	Personalets håndtering av aggressive, psykotiske pasienter	27
5.3	De fysiske og psykiske omgivelsene - miljøets betydning	30
6	Avslutning	31
	Referanseliste	33

1 Innledning

1.1 Bakgrunn og kontekst

Temaet for denne oppgaven er hvordan sykepleiere kan samhandle med psykotiske pasienter som enten er, eller kan bli aggressive, for å forebygge utagering og voldsutøvelse. Volds- og aggresjonsproblematikk i psykiatriske avdelinger er en hverdagslig utfordring for helsepersonell (Garriga et al., 2016), som jeg selv har erfaring med som ansatt i psykisk helsevern. Situasjoner der pasienter har en aggressiv, truende eller voldelig atferd medfører i mange tilfeller bruk av skjerming eller tvangsmidler dersom ingen andre tiltak nytter, og kan prege de ansatte i form av jobbrelatert stress og angst (Lantta et al., 2016). Vold knyttet til psykisk sykdom og bruk av tvangsmidler i psykiatriske klinikker har blitt mye diskutert de siste årene, blant annet i kjølvannet av voldsepisodene i Kongsberg og på Bislett i Oslo i 2021, som har fått mye medieoppmerksomhet. Psykisk syke som utøver vold har ofte en psykoselidelse som schizofreni, og i en psykiatrisk avdeling er psykoselidelser ofte assosiert med utagerende og truende atferd (Blanthorn-Hazell et al., 2018). Statistisk sett kan pasienter med schizofreni ha så mye som 50 til 70% høyere sjanse for å utøve vold mot andre mennesker (Bjørkly & Grøndahl, 2016).

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Utagering og vold er viktig å forebygge, både fordi det ofte medfører bruk av inngrepende tvangsmidler som går på bekostning av pasientens verdighet og autonomi, og siden det kan påvirke sykepleieres helse og velvære (Lantta et al., 2016). Sentrale sykepleiefunksjoner i samhandlingen med psykotiske pasienter er den forebyggende og helsefremmende funksjonen for å unngå forverring av symptomer, den undervisende funksjonen for å skape innsikt i pasientens helse og behandling og den lindrende funksjonen for å lindre psykisk ubehag. I tillegg har sykepleiere et ansvar for å ivareta pasientens autonomi og brukermedvirkning så langt det er mulig innenfor rammene for behandlingen.

1.3 Problemstilling og kontekst

Jeg tar utgangspunkt i problemstillingen:

Hvilke sykepleietiltak kan forebygge utagering og voldsutøvelse fra pasienter med psykoselidelser i en psykiatrisk avdeling?

Konteksten er en psykiatrisk avdeling siden helsepersonell som jobber her er særlig utsatt for vold og trusler fra pasientene. Psykiatriske enheter har også egne rutiner og prosedyrer for å forebygge og håndtere volds- og aggresjonsproblematikk (Hartvig, 2012).

1.4 Avgrensninger

«Psykoselidelser» vil i denne teksten bli brukt som et samlebegrep på primære psykoselidelser med overlappende symptombilder, henholdsvis schizofreni, vrangforestillingslidelse, schizoaffektiv lidelse, schizotyp lidelse og akutte og forbigående psykoser (Hartberg, 2020). Blant disse vil schizofreni få mest fokus, siden dette er den mest alvorlige og best dokumenterte primære psykoselidelsen. I tillegg omfatter begrepet «psykoselidelser» primært diagnoser innenfor schizofrenispekteret (Bjørkly & Grøndahl, 2016). Dette utelater dermed psykoser som følge av somatisk sykdom eller andre tilstander og forhold, som delirium eller rusutløst psykose (Hartberg, 2020).

Administrering av antipsykotiske legemidler er et hyppig brukt tiltak for å forebygge utagering og aggresjon (Hartberg, 2020). I denne oppgaven ønsker jeg imidlertid å belyse alternative metoder og sykepleietiltak for å arbeide forebyggende med psykotiske pasienter som har risiko for voldsutøvelse. Dette omfatter miljøterapeutiske tiltak og rutiner som er basert på samhandling med, og observasjoner av pasientgruppen. Kartleggingsverktøy trekkes også inn som et ledd i det forebyggende arbeidet, men vil ikke være hovedfokuset i oppgaven.

«Vold» vil i denne oppgaven omfatte fysisk og psykisk vold, som vil bli ytterligere beskrevet i teorikapitlet. «Vold» og «utagering» er omfattende begreper som begge henger tett sammen med aggresjonsproblematikk, som er hovedfokuset i denne oppgaven. I forebyggingen av vold og utagering er sykepleiere ofte nødt til å samhandle med pasienter som enten er i ferd med å bli, eller allerede er aggressive. Begrepene «aggresjon» og «aggressiv atferd» er derfor søkeord som er brukt til å finne relevant forskningslitteratur.

1.5 Begrepsavklaringer

1.5.1 Tvang

Tvang er inngripende tiltak som begrenser pasientens bevegelsesfrihet, handlingsfrihet og autonomi. Innenfor psykiatri er tvangsbegrepet omfattende. «Tvang» benyttes både om innleggelsesgrunnlag, tvangsbehandling med legemidler eller ernæring, eller tvangsmidler under behandlingen. I denne oppgaven er den sistnevnte formen for tvang relevant, som omfatter midlene som kommer til uttrykk i psykisk helsevernloven § 4-8, herunder kortvarig fastholding, injeksjon med beroligende medikamenter, bruk av mekaniske tvangsmidler eller isolering bak låst dør (Psykisk helsevernloven, 1999).

2 Teoretisk og empirisk grunnlag

2.1 Psykoselidelser

Primære psykoselidelser debutterer som regel i løpet av ungdomsårene eller hos unge voksne, og den aktuelle diagnosen stilles på bakgrunn av en kombinasjon mellom symptombildet, sykdomsforløpet og varigheten av symptomene. Rusmiddelbruk, som er den vanligste årsaken til sekundære psykosesymptomer, og somatiske forhold som delirium eller demens, må utelukkes for å diagnostisere pasienten med en primær psykoselidelse (Hartberg, 2020, s. 124). Schizofreni er den primære psykoselidelsen som er mest utbredt, og har en forekomst på 0,5 – 1% av befolkningen (Hartberg, 2020, s. 125). For å stille diagnosen schizofreni, som er den mest alvorlige primære psykoselidelsen, kreves det at pasienten har hatt omfattende psykosesymptomer som har vart i over en måned, i følge ICD-10 (Hartberg, 2020). Ved akutte og forbigående psykoser vil symptomene oppstå hurtig, ofte innen to uker, og forsvinne helt etter et par måneder. I tillegg har pasienten ofte opplevd en akutt påkjenning, som kan forklare utviklingen av psykosesymptomene (Hartberg, 2020). Et hovedtrekk ved primære psykoselidelser er at pasienten er preget av en virkelighetsoppfatning som er i strid med virkeligheten, som Hartberg (2020) beskriver som en realitetsbrist. Denne realitetsbristen

er forårsaket av *positive* eller *negative* psykosesymptomer. De positive symptomene kan deles inn i vrangforestillinger, hallusinasjoner og tankeforstyrrelser (Hartberg, 2020).

Vrangforestillinger

Når en pasient har vrangforestillinger, innebærer dette at vedkommende har en oppfatning eller overbevisning som er ulogisk eller feilaktig. Forestillingene har varierende karakter og innhold, eksempelvis kan en pasient ha grandiose forestillinger om egen makt og velstand, eller ulogiske overbevisninger knyttet til egen kropp og helse. Ved *paranoide* vrangforestillinger kan pasienten være overbevist om at vedkommende er offer for en sammensvergelse. Dette kan for eksempel være en overbevisning om at noen forfølger pasienten, eller ønsker å forgifte vedkommende. (Hartberg, 2020) Slike vrangforestillinger kommer ofte til uttrykk blant psykotiske pasienter med en schizofrenidiagnose (Oslo universitetssykehus, 2020).

Hallusinasjoner

Hallusinasjoner innebærer at pasienten opplever fiktive sanseopplevelser som føles ekte. For pasienter med primære psykoselidelser er det vanligst at sanseopplevelsene uttrykker seg gjennom hørselen (Hartberg, 2020). Disse hallusinasjonene manifesterer seg svært ulikt fra pasient til pasient; enkelte schizofrene pasienter kan oppleve hørselshallusinasjoner i form av stemmer som kan være betryggende, mens andre har stemmer som er truende og kommanderende (Hartberg, 2020). I likhet med vrangforestillinger kommer også *paranoide* hallusinasjoner til uttrykk blant psykotiske pasienter med en schizofrenidiagnose (Oslo universitetssykehus, 2020).

Tankeforstyrrelser

Ved tankeforstyrrelser refererer man ikke til selve tankeinnholdet, da dette faller under definisjonen vrangforestillinger. Tankeforstyrrelser dreier seg om problematikk knyttet til å organisere tankene, som ofte uttrykker seg gjennom konsentrasjonsvansker og vanskeligheter med å holde et tema i fokus i en samtale (Hartberg, 2020). Det kan bli beskrevet som at pasienten har et *kaotisk språk* (Oslo universitetssykehus, 2020), preget av usammenhengende dialog og språk som kan være vanskelig å forstå (Hartberg, 2020).

2.2 Vold og psykose

«Utagering» og «vold» er omfattende begreper uten entydige definisjoner. De kan overlappe, og henger ofte sammen. «Utagering» kan defineres som atferd som oppleves som verbalt eller fysisk forstyrrende og utfordrende for personalet eller medpasienter. Begrepet kan også brukes om situasjoner der pasienter utagerer aggressive følelser (Rør, 1997). Vatne (2006) definerer utagering som en tilstand der man har «en atferd med sterke verbale eller fysiske uttrykk, inklusive fysiske angrep» (Vatne, 2006b, s. 27). Voldsutøvelse kan altså være en del av den utagerende atferden.

«Vold» kan defineres som handlinger med hensikt om å skape enten fysisk skade, gjennom slag, spark eller lignende, eller psykisk skade, gjennom trusler eller andre handlinger som oppleves som skremmende eller krenkende (Ahonen, 2019b; Wedervang-Resell et al., 2017). Voldelig atferd kan også handlinger som medfører skade på inventar (Wedervang-Resell et al., 2017, s. 7). Trusler, eller «truende atferd», kan være handlinger som indikerer en fare for helsepersonells eller medpasienters sikkerhet og velvære. Dette kan eksempelvis være verbale trusler eller truende kroppsspråk som indikerer at pasienten kan ty til vold (Wedervang-Resell et al., 2017, s. 7).

Felles for utagering og voldsutøvelse, er at de ofte oppstår som en reaksjon på aggresjon. Aggresjonsbegrepet er også omfattende, og assosieres gjerne med følelser som sinne og raseri. Hummelvoll (2012) skriver at aggresjon ofte er «godartet», som vil si at det oppstår som en respons på at vitale interesser er truet, og at aggresjonen har som formål å «fjerne årsaken til trusselen» (Hummelvoll, 2012a, s. 253). Psykotiske mennesker kan oppleve slike trusler som et resultat av hallusinasjoner eller vrangforestillinger. Den aggressive reaksjonen som følger kan derfor oppleves som en reaksjon på realistiske trusler for den psykotiske pasienten, mens for helsepersonellet kan aggresjonen være vanskeligere å forstå (Hummelvoll, 2012a). Aggresjon vil hos psykotiske mennesker ofte manifestere seg som en reaksjon på angst (Hummelvoll, 2012b; Rør, 1997). Følelsen av redsel og panikk kan også ofte være utløsende for aggressiv utagering hos psykotiske mennesker (Rør, 1997).

Disse følelsene oppstår gjerne i tråd med psykosesymptomer, og når psykotiske pasienter blir voldelige, skyldes dette som oftest at de er preget av en form for vrangforestilling (Føyn, 1997; Hummelvoll, 2012b). En viktig medvirkende faktor er at psykotiske pasienter ofte har

vanskeligheter med å prosessere og kommunisere egne følelser, som følge av de overnevnte positive symptomene. Dette kan medføre at pasienten blir svært engstelig, og at det blir vanskelig å drive relasjonsbyggingen mellom pasienten og sykepleieren, siden sykepleieren ofte er avhengig av å tolke pasientens non-verbale kommunikasjon og uttrykk for å registrere angstbetingede symptomer, og videre forebygge aggresjon. Symptomer på angst blant psykotiske pasienter kommer ofte til uttrykk som fjernhet, *agitasjon*, altså en tilstand preget av oppskakethet og psykomotorisk uro (Kennair, 2018), og forverring av psykotisk atferd som følge av positive symptomer (Føyn, 1997).

Pasientene kan også mistolke andre menneskers intensjoner på grunn av en forstyrret virkelighetsoppfatning, og utøve utilsiktet vold som følge av at de føler seg fysisk truet eller utsatt (Føyn, 1997). Alvorlige voldshandlinger utført av psykotiske pasienter kan ofte komme som følge av *imperative hallusinasjoner*. Dette innebærer hørselshallusinasjoner som er kommanderende og vanskelige for pasienten å stå i mot (Føyn, 1997). Pasienten kan eksempelvis oppleve å bli kommandert av en stemme til å gå til angrep mot personalet eller medpasienter.

Det er likevel viktig å poengtere at primære psykoselidelser ikke nødvendigvis medfører en forhøyet voldsrisiko, men at det er en risikofaktor. Andre faktorer, som miljø, rus og livserfaringer har gjerne en betydelig innvirkning på risikoen for voldsutøvelse (Bjørkly & Grøndahl, 2016). Ifølge en systematisk oversiktsartikkel er mangel på sykdomsinnsikt og dårlig impuls kontroll assosiert med høyere voldsrisiko blant psykotiske pasienter (Witt et al., 2013). Positive symptomer og en historie med rusmiddelbruk trekkes også frem som viktige risikofaktorer. Rør (1997) skriver at aggresjon og voldsutøvelse bør forstås som et resultat av interaksjonen mellom individuelle, situasjonelle og strukturelle faktorer. Individuelle faktorer kan eksempelvis være pasientens kunnskap, kognitive funksjon og atferd. Det kan også være tidligere voldshistorikk eller rusmiddelbruk, kjønn, alder og sosioøkonomisk status. Situasjonelle faktorer kan være pasientens reaksjon til innleggelse, og personalets sammensetning og kunnskap. Strukturelle faktorer kan være forhold som handler om organiseringen av psykisk helsevern, som for eksempel helsepersonellens kompetanse (Rør, 1997, s. 30). Årsakssammenhengen til aggresjon, utagering og voldsutøvelse blant psykotiske pasienter er derfor påvirket av en rekke faktorer.

Det kommer frem i flere forskningsprosjekter at det er en sammenheng mellom voldsutøvelse og positive symptomer ved psykose (Ahonen, 2019a), og at særlig vrangforestillingssymptomene som er fremtredende hos mange pasienter med psykose senker terskelen for agitasjon og fortvilelse, og dermed sjansen for voldelig atferd. Det kommer eksempelvis frem i en engelsk studie at schizofrene som er preget av «forfølgelsesvrangforestillinger» først og fremst er de som utgjør en høyere voldsrisiko, og at hos denne pasientgruppen er voldsrisikoen nesten fordoblet (Bjørkly & Grøndahl, 2016). Forfølgelsesvrangforestillinger innebærer at pasienten har en overbevisning om at noen ønsker å skade vedkommende, og at man har mistet kontrollen over sine egne tanker og følelser til noen andre (Bjørkly & Grøndahl, 2016).

2.2.1 Kartleggingsverktøy av aggresjon

Brøset Violence Checklist (BVC) er et validert skåringsverktøy som har blitt testet i flere forskningsprosjekter, og består av seks punkter som kan brukes av helsepersonell for å kartlegge kortsiktig voldsrisiko (Helsedirektoratet, 2018). De seks punktene skal brukes til å registrere tendenser som tyder på at det kan oppstå en voldelig situasjon i løpet av det neste døgnet. Nedenfor er de seks punktene i en tabell, som man gir en individuell skår på 1 eller 0, avhengig av om atferden er til stede eller ikke (Helsedirektoratet, 2018).

Tabell 1: BVC

	Dag	Kveld	Natt
Forvirret			
Irritabel			
Støyende atferd			
Verbale trusler			
Fysiske trusler			
Slag, spark etc mot gjenstander			
SUM			
Signatur			

(Risk-assessment, u.å.)

2.3 Sykepleierens ansvar og funksjon

I psykisk helsearbeid er relasjonen mellom pleier og pasient en viktig del av behandlingen. Mange pasienter som blir innlagt på en psykiatrisk avdeling er i en livskrise, og kan være avhengig av gode relasjoner til helsearbeidere for å oppleve bedring og mestring av egen

livssituasjon (Gonzalez, 2020b). Sykepleieres holdninger og relasjonskompetanse kan derfor ha innvirkning på pasienters behandlingsforløp både i positiv og negativ forstand, og et viktig ledd i å skape gode relasjoner og et godt terapeutisk samarbeid, er at helsepersonell anvender sine ulike funksjonsområder. I samhandling med psykotiske pasienter kan sykepleierens *forebyggende og helsefremmende* funksjon innebære å unngå forverring av symptomer, og å styrke pasientens egne ressurser for å få mer kontroll over egen helsesituasjon (Nortvedt & Grønseth, 2016). Dette kan gjøres ved å iverksette sekundærforebyggende tiltak, som innebærer å forebygge en pågående eller mulig forverring av helsetilstanden, eller tertiærforebyggende tiltak, som tar sikte på å forhindre at det oppstår slike forverringer eller komplikasjoner (Nortvedt & Grønseth, 2016). Tiltak kan iverksettes avhengig av pasientens utgangspunkt og risiko for forverring. Dersom en psykotisk pasient har en forhøyet voldsrisiko tidlig i behandlingsforløpet, kan sekundærforebyggende tiltak forebygge at det oppstår en farlig eller truende situasjon på et senere tidspunkt.

Videre er det relevant å nevne sykepleierens *undervisende funksjon*, som kan være vesentlig både for relasjonsarbeidet, og for å fremme mestring hos pasienten. Mange pasienter som er i en psykose har manglende sykdomsinnsikt (Legevakthåndboken, 2021), som kan være en medvirkende faktor til engstelse og frustrasjon, og i noen tilfeller påfølgende aggresjon og voldsutøvelse (Witt et al., 2013). Gjennom å anvende den undervisende funksjonen kan man hjelpe pasienten med å få bedre forståelse for egen helse og behandling, som er viktig for å skape en relasjon som bygger på mestring og brukermedvirkning. Sykepleierens *lindrende funksjon* er også en sentral del av behandlingen. I samhandling med psykotiske pasienter kan dette handle om å lindre psykisk ubehag, og å la pasienten uttrykke sin opplevelse av sykdommens og behandlingens innvirkning på livet deres (Nortvedt & Grønseth, 2016).

2.4 Hildegard Peplaus teori om mellommenneskelige relasjoner og sykepleieprosessen

Hildegard Peplau regnes som en pioner innenfor sykepleie i psykisk helsearbeid, og hennes teori om mellommenneskelige relasjoner har hatt stor betydning for sykepleiefaget som helhet (Brown, 2010). Teorien bygger på at pasient-pleier-forholdet er fundamentalt for all utøvelse av sykepleie, ved at pasientens og pleierens roller i den terapeutiske relasjonen er avhengig av hverandre for å kunne gi god helsehjelp. Denne tankegangen bidro til å skape et skifte vekk

fra den tradisjonelle paternalistiske holdningen, der pasienten var en passiv mottaker av helsehjelp, og sykepleieren var en passiv oppdragsyter som fulgte legens forordninger (Gonzalo, 2021). Teorien endrer pasientens rolle fra en arbeidsoppgave for sykepleieren, til en deltakende og avgjørende enhet i behandlingen.

I Peplaus teori starter pasient-pleier-forholdet med to mennesker som er grunnleggende forskjellige, med hver sine verdier, erfaringer og mål (Gonzalo, 2021). Innledningsvis har pasienten formet sine egne forventninger til behandlingsforløpet, og pleieren kan ha forutinntatte ideer om hvordan behandlingen vil se ut. Denne innledende fasen av behandlingen, der pasient og pleier møter hverandre som fremmede, kalles *orienteringsfasen*. Her er sykepleierens oppgave å skape tillit, og legge til rette for et terapeutisk miljø der man kan samarbeide om å definere aktuelle problemer og behov (Brown, 2010). Tilliten begynner å etablere seg i *identifikasjonsfasen*, der pasientens forventninger og følelser utforskes. Pasienten kan eksempelvis føle på håpløshet og hjelpeløshet, og sykepleieren kan hjelpe pasienten med å prosessere disse følelsene (Gonzalo, 2021). Deretter kommer *utnyttelsesfasen*, som innebærer at pasienten utnytter helsehjelpen til egen bedring. I denne fasen kan pasienten ta mer kontroll over egen bedringsprosess, og det kan skje en overgang fra avhengighet til selvstendighet (Brown, 2010). I *oppløsningsfasen* er pasientens behov dekket. Pasienten er ikke lenger i behov av helsehjelp, og pasient-pleier-relasjonen oppløses (Gonzalo, 2021).

Felles for alle fasene er viktigheten av sykepleierens kommunikasjonsferdigheter (Gonzalo, 2021). Gode kommunikasjonsferdigheter innebærer at sykepleieren tilpasser dialogen og språket etter hvem man samhandler med, og registrerer mer enn pasientens verbale uttrykk (Eide & Eide, 2017c). Kroppsspråket og den non-verbale kommunikasjonen kan også fargelegge budskapet til pasienten, og sykepleieren kan benytte aktiv lytting, der man tolker summen av verbale og non-verbale uttrykk, for å avdekke hva pasienten ønsker å formidle (Eide & Eide, 2017a). I samhandling med pasienter med psykosesymptomer er gode kommunikasjonsferdigheter sentrale, siden pasientene kan ha vanskeligheter med å tolke omgivelsene og andres intensjoner og kroppsspråk, som kan medføre at det oppstår misforståelser eller konflikt (Hartberg, 2020).

Målet er at relasjonen til slutt når et punkt der man har en felles forståelse av pasientens helhetlige hjelpebehov, og samarbeider om å dekke dette ved hjelp av kompetanse og

brukermedvirkning. Selvbevissthet og kunnskap er viktige egenskaper for pleieren å ha, og pasienten skal kunne forvente å bli møtt med respekt, forståelse og aksept, uavhengig av pleierens verdigrunnlag, kultur eller tro (Brown, 2010; Gonzalo, 2021).

Peplau ser på sykepleie som en psykodynamisk bevegelse mellom sykepleiere og pasienter, der fokuset ligger på pasientens problemer og behov, men også følelser og ideer (Gonzalo, 2021). Hun skildrer den relasjonelle utviklingen mellom pleier og pasient som en prosess gjennom de fire fasene, henholdsvis orienterings-, identifiserings-, utforsknings- og løsningsfasen. I denne prosessen vil pasientens behov og forventninger til behandlingen kartlegges, og deretter vil pasientens mestring og selvstendighet understøttes gjennom et helsefremmende samarbeid (Eide & Eide, 2017b). Denne tilnærming til helsehjelp, med utgangspunkt i relasjonsbygging og samhandling som fundament i den terapeutiske prosessen, har vært en viktig forgjenger til den *sykepleieprosessen* vi kjenner i dag. Sykepleieprosessen er et grunnleggende redskap og rammeverktøy for enhver utøvelse av sykepleie, og er relevant i denne oppgaven ettersom søkelyset er rettet mot sykepleietiltak. De aktuelle sykepleietiltakene vil utformes som følge av de tidligere leddene i sykepleieprosessen; datasamling og innhenting av relevant informasjon om pasientens problem og hjelpebehov, og hvilke mål man setter seg for behandlingen av pasienten (Nortvedt & Grønseth, 2016).

2.5 Miljøterapi

Lillevik og Øien (2015) definerer miljøterapi slik:

«Miljøterapi er en planlagt og faglig begrunnet terapeutisk virksomhet som nyttiggjør seg de til enhver tid tilgjengelige ressursene omgivelsene gir. Gjennom samhandling tar man sikte på å legge til rette for fysisk, psykisk, sosial og åndelig vekst – og å styrke brukerens egenomsorg. Dette oppnår man ved å variere mellom støtte og utfordring i en terapeutisk allianse preget av anerkjennelse og respekt for brukerens egenverd og integritet» (Lillevik & Øien, 2015).

Miljøterapi er en behandlingsform som er sentral i psykisk helsearbeid. «Terapi» kan defineres som «rammer og tilnæringsmåter som medvirker til at pasienter med psykiske lidelser opplever å få et bedre liv» (Vatne, 2006a, s. 22). Behandlingsformen stammer fra ideen om å frigjøre pasienten fra belastende forhold, og skape terapeutisk miljø uten disse

forholdene, som vil fremme pasientens helse (Gonzalez, 2020a, s. 362). Innføringen av miljøterapi mot slutten av 1900-tallet var et brudd med den tradisjonelle, hierarkiske behandlingsformen som var dominerende, der det var lite rom for brukermedvirkning og relasjonsarbeid (Gonzalez, 2020a). Miljøterapiens verdigrunnlag kan sammenlignes med Peplaus teori om mellommenneskelige relasjoner, som vektlegger pasientdeltakelse og samarbeid mellom pleieren og pasienten. I likhet med Peplaus teori om mellommenneskelige relasjoner, er gode kommunikasjonsferdigheter vesentlige i denne behandlingsformen.

Miljøterapi er et omfattende begrep, som kan handle om alt fra å bistå med praktisk støtte til egenomsorg og hverdagslige gjøremål, til å være en god samtalepartner og støttespiller i psykisk utfordrende situasjoner. Hovedprinsippet er at man gjennom samhandling og brukermedvirkning skal bedre pasientens psykiske helse og funksjonsnivå, og den miljøterapeutiske tilnærmingen er avhengig av pasientens utgangspunkt, forutsetninger og behov (Gonzalez, 2020a). For psykotiske pasienter vil dette variere ut ifra hvor de befinner seg i sykdomsforløpet. Eksempelvis kan en pasient i en nylig oppstått psykose, som er engstelig og har sterke positive symptomer, ha problemer med å dekke helt grunnleggende behov som inntak av mat og drikke og ivaretagelse av personlige hygiene, og ha liten evne til samhandling for øvrig. Dette vil dermed bli utgangspunktet for miljøterapien.

Med «miljø» menes de omgivelsene der samhandlingen med pasienten finner sted, som er summen av både fysiske, psykiske og sosiale faktorer. Avdelingens struktur, pasientgruppen på avdelingen og dagsformen til pasienten er alle faktorer som kan påvirke miljøterapien. I tillegg kan personalets holdninger, erfaring og sammensetning ha stor betydning. Dersom pasienten må forholde seg til flere behandlere, med ulik tilnærming og kompetanse innenfor kommunikasjon og samhandling med pasienter i psykose, kan dette bli en utfordring for pasientens bedringsprosess. Som nevnt kan pasienter med psykosesymptomer ha vanskeligheter med å tolke omgivelsene og andres intensjoner og kroppsspråk. Kontinuitet og god kompetanse innenfor kommunikasjon og samhandling er derfor vesentlig i miljøterapi, og det kan ha stor betydning for relasjonsarbeidet mellom pleier og pasient (Hartberg, 2020). Miljøterapi er også styrt av rammer og regler for pasientens atferd på institusjonen (Lillevik & Øien, 2015). Dette kan eksempelvis være regler som regulerer støy, av hensyn til andre pasienter og det terapeutiske miljøet i avdelingen.

2.6 Juridisk og etisk rammeverk

Utagerende og voldelig atferd kan være en belastning for både helsepersonell og pasienter, og vil i mange tilfeller resultere i bruk av inngripende tvangsmidler. Det er flere forskrifter som regulerer bruken av tvangsmidler mot pasienter i psykiatrien. Lovverket stiller også krav til arbeidsforholdet på avdelingen.

2.6.1 Arbeidsmiljøloven § 1-1 og § 4-3

Arbeidsmiljøloven stiller krav til hvordan arbeidsforholdene skal være. Loven skal «sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon», og verne mot «fysiske og psykiske skadevirkninger» jf. § 1-1 pkt. a) (Arbeidsmiljøloven, 2005). I § 4-3 om krav til det psykososiale arbeidsmiljøet, står det at «arbeidstaker skal, så langt det er mulig, beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre» (Arbeidsmiljøloven, 2005).

2.6.2 Psykisk helsevernloven § 4-3

Bruk av tvangsmidler mot pasienter i psykisk helsevern er regulert av psykisk helsevernloven kapittel 4. § 4-3 omhandler bruk av skjerming, som innebærer at pasienten holdes adskilt fra andre pasienter og/eller personal for å opprettholde trygghet og forsvarlighet i avdelingen (Tvangsforskning, u.å.). I lovteksten står det at pasienter «helt eller delvis» kan holdes atskilt, som kan bety opphold på en skjermet enhet, eller skjerming på eget pasientrom (Psykisk helsevernloven, 1999).

2.6.3 Psykisk helsevernloven § 4-8

§ 4-8 regulerer bruken av «tvangsmidler i institusjon for døgnopphold» (Psykisk helsevernloven, 1999). Tvangsmidlene som reguleres i bestemmelsen er kortvarig fastholdning, isolasjon bak låst dør, beroligende injeksjon og mekaniske tvangsmidler i form av beltelegging, der pasienten beltes fast i en pasientseng (Psykisk helsevernloven, 1999). Dette er inngripende midler som skal benyttes dersom ingen andre tiltak har fungert, og hvis det er absolutt nødvendig for å forhindre at pasienten skader seg selv, andre eller inventar i avdelingen (Syse, 2020). Tvangsmidler kan både benyttes overfor pasienter som er innlagt frivillig og på tvang, og pasienten skal ha kontinuerlig tilsyn så lenge midlene benyttes.

2.6.4 Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1

Brukermedvirkning, altså pasientens rett til å medvirke i behandlingen er nedfelt i § 3-1 i pasient- og brukerrettighetsloven. Dette baserer seg på autonomiprinsippet, som går ut på at pasienten skal, så langt det er mulig, være medvirkende og delaktig i beslutninger som påvirker behandlingsforløpet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

2.6.5 Forholdet mellom makt og avmakt

Selv om pasienten skal være en essensiell og aktiv deltaker i behandlingen, er det viktig å være bevisst på at relasjonen og maktforholdet mellom pleieren og pasienten ofte er asymmetrisk. I følge Peplaus mellommenneskelige relasjonsteori skal den terapeutiske relasjonen bestå av likeverdige roller mellom den som yter og den som mottar helsehjelp, men dette kan være vanskelig å realisere i praksis ettersom pasienten som regel er sårbar og avhengig av hjelpen til helsepersonell (Gonzalez, 2020b). I relasjonen mellom en sykepleier og en pasient med psykose i en psykiatrisk avdeling kan sykepleierens maktforhold tydeliggjøres ved at pasienten eksempelvis er tvangsinnlagt, og mangler sykdomsinnsikt som gjør brukermedvirkning vanskelig. Gonzalez (2020) poengterer at denne asymmetrien ikke nødvendigvis er problematisk, dersom sykepleieren er bevisst på sin egen maktposisjon i relasjonen og benytter den på et helsefremmende og forsvarlig vis. Avmakt kan prege begge parter i relasjonen; for pasienten kan følelsen av avmakt henge sammen med at vedkommende ikke føler seg forstått eller riktig behandlet, mens sykepleieren kan få en følelse av avmakt i en situasjon som er vanskelig å håndtere, og det tilsynelatende ikke er noe som hjelper (Gonzalez, 2020b). En psykotisk pasient som har positive symptomer i form av vrangforestillinger og tankeforstyrrelser, kan ha en klar forestilling om hvilket hjelpebehov vedkommende har, men vanskeligheter med å formidle det til behandleren. Dermed kan pasienten få en følelse av avmakt som følge av at behovet ikke blir imøtekommet, samtidig som at pleieren kan oppleve en følelse av avmakt fordi behovet er vanskelig å identifisere.

3 Metode

Dette er en litterær oppgave med litteratursøk som fremgangsmåte. Drøftingen baserer seg på eksisterende teoretisk fagkunnskap, og forskningsresultater som er relevant for å besvare problemstillingen (Dalland, 2012).

3.1 Litteratursøk

Jeg har brukt søkedatabasene CINAHL, PubMed, Google Scholar og PsycInfo for å finne forskningslitteratur til denne oppgaven. PsycInfo viste seg å være svært gunstig, da denne databasen utelukkende består av litteratur som omhandler psykiatri. For å gjøre et bredere litteratursøk benyttet jeg meg likevel av samtlige av de overnevnte databasene.

I søkene har jeg benyttet ulike kombinasjoner av nøkkelord fra problemstillingen og relevante begreper for å finne de aktuelle forskningsartiklene. «*Agitation*», «*aggression*» og «*violence*» er nøkkelord som går igjen i søkene, i kombinasjon med «*psychiatry*» eller «*psychiatric hospitals*», «*inpatients*», altså pasienter som er innlagt, og «*psychosis*» eller «*schizophrenia*». I tillegg har jeg benyttet begrepene «*seklusjon*» og «*restraint*», som på norsk tilsvarer «skjerming» og «fastholding/begrensning». Slike inngripende tiltak vil ofte være en naturlig følge til utagering og aggresjon i psykiatriske enheter. Forskning som omhandler forebygging av tvangsmiddelbruk i psykiatri, kan derfor være relevant for å belyse hvordan man kan forebygge og håndtere truende situasjoner med aggressive pasienter. Jeg har også brukt «*communication*» som søkeord, for å finne forskningsartikler som legger vekt på samhandling med pasienten. Forskningsartikler ble deretter valgt ut basert på de funnene som ble presentert, og hvorvidt disse funnene var relevante for å svare på problemstilling i denne oppgaven.

3.1.1 Søkestrategi

Tabell 2 - søkestrategi

Nr.	Dato	Database	Søkeord med kombinasjoner	Antall treff	Avgrensninger	Antall treff	Valgt artikkel
1	15.03.2022	Google Scholar	«Vold» og «psykiatri» og «strategier»	5330	-	5330	Berring, Lene Lauge (2006) <i>Sygeplejestrategier i mødet med voldelige og truende psykiatriske pasienter</i>

2	15.03.2022	Google Scholar	«Nurse» AND «Communication» AND «Psychosis»	66 500	Publisert etter 2010	17 100	Bowers, L., Brennan, G., Theodoridou, C. & Winship, G. (2010) <i>How expert nurses communicate with acutely psychotic patients.</i>
3	06.12.2021	PsycInfo	«Aggressiveness» AND «Psychiatric hospitals»	19	- Publisert i løpet av de 10 siste årene - Alder 18 år og oppover	7	Terkelsen, T.B. & Larsen, I.B. (2016) <i>Fear, danger and aggression in a Norwegian locked psychiatric ward: Dialogue and ethics of care as contributions to combating difficult situations.</i>
4	16.03.2022	CINAHL	«Violence» AND «Psychiatry» AND «Inpatient»	36	- Alder 18 år og oppover - Språk: Engelsk	18	Olsson, H., Auduly, Å., Strand, S. & Kristiansen, L. (2015) <i>Reducing or Increasing Violence in Forensic Care: A Qualitative Study of Inpatient Experiences.</i>
5	04.04.2022	PubMed	“Agitation” AND “Psychiatry” AND “Restraint”	166	- Språk: Engelsk - Publisert I løpet av de siste 5 årene	52	Fernández-Costa, D., Gómez-Salgado, J., Fagundo-Rivera, J., Martín-Pereira, J., Prieto-Callejero, B. & García-Iglesias, J. J. (2020) <i>Alternatives to the Use of Mechanical Restraints in the Management of Agitation or Aggressions of Psychiatric Patients: A Scoping Review</i>

6	21.03.2022	PsycInfo	“Psychiatric patients” AND “Aggressive behaviour” AND “Physical restraint”	73	- Språk: Engelsk - Alder 18 år og oppover - Metodikk: Kvalitativ undersøkelse	10	Kontio, R., Välimäki, M., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Scott, A. & Joffe, G. (2010) <i>Patient restrictions: Are there ethical alternatives to seclusion and restraint?</i>
7	12.04.2022	Google Scholar	“Nurse” AND “communication” AND “psychosis”	67 200	Publisert i løpet av det siste året	11	Eweida, R. S., Ghallab, E., Ng, F. & Ibrahim, N. (2022) <i>Novice Nurses' Communication Skills When Addressing Aggression in Individuals Experiencing Psychosis: The Role of Emotional Regulation Capacity.</i>

3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Jeg har valgt å benytte forskning som omhandler voksne pasienter, som i litteraturen ofte begrenses til personer fra 18 til 65 år. Dermed ekskluderer jeg ungdoms- og alderspsykiatri. Forskningslitteraturen som er valgt ut er kvalitetssikret ved at det er publisert i fagfelleurderte tidsskrifter, og det har blitt valgt forskning som har en tydelig struktur, helst IMRaD-struktur, med en oversiktlig presentasjon av innholdet.

Jeg har valgt forskningslitteratur som fortrinnsvis handler spesifikt om psykotiske pasienter, men litteratursøket ble utvidet til artikler som omhandler aggresjonsproblematikk i psykiatriske avdelinger. Dette vil bli gjort ytterligere rede for under pkt. 3.3 Kildekritikk. Aggresjonsproblematikk knyttet til psykose er noe som går igjen i flere ulike helseinstanser, som gjør at kompetanse og erfaringer relatert til truende situasjoner kan være overførbare, og relevante på tvers av ulike områder innenfor psykisk helsearbeid. Jeg har derfor både benyttet forskning som er gjennomført i psykiatriske avdelinger, og én studie fra en rettsmedisinsk psykiatrisk avdeling. Jeg har ekskludert forskningsartikler som omhandler aggresjonsproblematikk blant psykiatriske pasienter i somatiske avdelinger, siden man i denne konteksten vil ha en annen tilnærming til aggresjon og vold, som ikke vil være relevant for å besvare min problemstilling.

Videre har jeg valgt å ekskludere artikler som primært omhandler administrering av antipsykotiske legemidler, da jeg ønsker å belyse alternative tilnærminger til forebygging av aggresjonsproblematikk, herunder diverse miljøterapeutiske tilnærminger som nevnt innledningsvis. Inklusjons- og eksklusjonskriterier presenteres i følgende tabell:

Tabell 3: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Voksne pasienter (alder 18-65)	Ungdoms- og alderspsykiatri
Aggresjonsproblematikk blant pasienter (fortrinnsvis psykotiske) i psykiatriske avdelinger	Aggresjonsproblematikk blant psykiatriske pasienter i somatiske avdelinger
Miljøterapeutisk tilnærming	Administrering av antipsykotiske legemidler
IMRaD-struktur	
Forskningsartikler fra fagfelleverderte tidsskrifter	

3.3 Kildekritikk

De utvalgte artiklene er fem kvalitative studier, én kvantitativ studie og én oversiktsartikkel. I søkeprosessen opplevde jeg at den kvalitative forskningen jeg fant fungerte godt som grunnlag for drøfting, som er grunnen til at jeg har inkludert flest av denne typen studier. Det har blitt gjort et bevisst utvalg av forskning som er gjennomført i land som er nært Norge geografisk, for å unngå at kulturelle forskjeller er en faktor som skal påvirke forskningens relevans. Unntaket er studien til Eweida et al. (2022), som er gjennomført på et psykiatrisk sykehus i Egypt. Kulturelle forskjeller og geografisk avstand kan dermed innvirke på forskningens relevans, men min oppfatning av studien er likevel at forskningsresultatene er overførbare til norsk kontekst. Dette kommer av at artikkelen reiser spørsmål som jeg anser som relevante for egen arbeidserfaring i psykiatri, og presenterer funn som kan sammenlignes og drøftes med annen inkludert forskningslitteratur som omhandler lignende tematikk. I tillegg er studien både svært relevant for problemstillingen, ved at den spesifikt omhandler psykotiske pasienter og aggresjonsproblematikk, og dagsaktuell, siden den ble publisert i løpet av det siste året.

Oversiktsartikkelen er også et unntak geografisk sett, da denne består av både kvalitative og kvantitative studier som hovedsakelig er gjennomført i Nord-Europa, men også i Nord- og Sør-Amerika. Studiene i de øvrige utvalgte forskningsartiklene er gjennomført i Finland, Sverige, Danmark, Norge og Storbritannia, og alle artiklene utenom den danske er publisert på engelsk, som gjør innholdet lett å forstå og oversette. Forskningen er derfor overførbart til norsk praksis da den er gjennomført i land med geografisk nærhet til Norge, med like helsesystemer.

Jeg har primært valgt å inkludere kvalitative forskningsartikler med intervjuer og observasjoner som metode for datainnsamling. En ulempe med dette er at de individuelle forskningsresultatene kan være fargelagt av helsepersonellens og pasienters interne kultur og holdninger, som dermed kan medføre at resultatene ikke nødvendigvis er representative for en større folkegruppe. Intervjuene skaper likevel flere ulike perspektiver og erfaringer, og fungerer samlet sett som et godt grunnlag for sammenligning og diskusjon.

Føyn og Rør (1997) er fra en eldre bok, som betyr at nyere fagkunnskap kan ha blitt publisert i ettertid. Boken er likevel inkludert siden den gir en god og oversiktlig innføring i svært relevant tematikk, og fagkunnskapen som er trukket fra denne boken har blitt understøttet av, eller sammenlignet med nyere litteratur og forskning for å sikre relevansen. Av forskningsartiklene er den øverste i tabellen, Berring (2006), publisert før 2010, og dermed eldre enn jeg i utgangspunktet ønsket å inkludere. Den er likevel med siden den er svært relevante for problemstillingen i oppgaven, og utover denne artikkelen har jeg inkludert studier som er publisert fra 2010 og senere. Fem av de utvalgte forskningsartiklene handler ikke utelukkende om psykotiske pasienter, og dette skyldes at det er et begrenset utvalg av nyere forskning som handler spesifikt om aggresjons- og voldsproblematikk blant denne pasientgruppen. Psykoselidelser eller psykosesymptomer blir imidlertid trukket inn i tre av disse artiklene. I Olsson et al. (2015) blir psykosesymptomer omtalt, og majoriteten av pasientene har en schizofrenidiagnose, altså en primær psykoselidelse. Psykosesymptomer blir også omtalt i Berring (2006), og Fernández-Costa et al. (2020) trekker inn studier om pasienter med schizofreni. Samtlige av de utvalgte artiklene tar for seg aggresjons- og voldsproblematikk blant pasienter i psykiatriske avdelinger, og er relevante for å besvare problemstillingen. Funnene i forskningsartiklene vil blant annet bli diskutert opp mot Bowers et al. (2010), som handler utelukkende om psykoselidelser, og relevant fagstoff.

3.4 Øvrig litteratur

Oppgaven baserer seg på fagbøker, fagartikler og artikler fra tidsskrifter som bidrar til å skape et grunnlag for drøfting av oppgavens problemstilling. Fagbøker som er særlig mye brukt, er *Korrigere og anerkjenne – Relasjonens betydning i miljøterapi* av Vatne, *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* av Hummelvoll og *Psykiske lidelser – faglig forståelse og tilnærming* av Gonzalez. Dette er tre bøker som dekker sentral tematikk i denne oppgaven, nemlig psykoselidelser og aggresjon, relasjonsarbeid og miljøterapi.

3.5 Etiske vurderinger

Pasientgruppen i psykiatriske avdelinger kan bestå av mange sårbare mennesker. Jeg har vært bevisst på å inkludere forskningsartikler som omtaler pasientgruppen på en respektfull og verdig måte, og tar hensyn til samtykke og taushetsplikt. I tillegg er fem av forskningsartiklene vurdert og godkjent av etiske komiteer.

4 Presentasjon av forskningsartikler

Tabell 4 – forskningsartikler

Nr.	Forfatter og årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design/metode	Funn
1	Berring, Lene Lauge (2006)	<i>Sygeplejestrategier i mødet med voldelige og truende psykiatriske pasienter</i>	Klinisk Sygepleje	Artikkelen har som hensikt å avdekke mulige sykepleiestrategier og tilnærminger for å forebygge voldelige og truende situasjoner i møte med tvangsinnlagte psykiatriske pasienter. Artikkelen tar utgangspunkt i mottaksfasen av disse pasientene.	Artikkelen er basert på en tredelt kvalitativ undersøkelse bestående av passive observasjoner, fordypende spørsmål og pasientjournaler.	Artikkelforfatteren presenterer en rekke funn omtaler flere strategier i mottakelsen av pasienter med voldsrisiko. Hun bruker en FBI-strategi (forberedelse, beskyttelse og introduksjon) for å illustrere hvordan sykepleiere tar imot og interagerer med disse pasientene.
2	Bowers, L., Brennan, G., Theodoridou, C. & Winship, G. (2010)	<i>How expert nurses communicate with acutely psychotic patients.</i>	Mental Health Practice	Hensikten med artikkelen er å identifisere og kartlegge sykepleieres erfaringsbaserte tilnærminger til	Kvalitativ metode basert på semistrukturerte intervjuer med sykepleiere som jobber innen	Forfatterne presenterer en rekke strategier som kan brukes i samhandlingen med psykotiske pasienter. Disse er

				<p>samhandling med psykotiske pasienter, med vekt på kommunikasjon.</p>	<p>psykisk helsearbeid.</p>	<p>både typiske sykepleiefaglige strategier, som de-escaleringsteknikker i kommunikasjonen med psykotiske pasienter, samt andre veiledere for kommunikasjon, og mer erfaringsbaserte, situasjonsbevisste tilnærminger som intervjuobjektene har opparbeidet seg gjennom samhandling med pasientgruppen. Studien gir et omfattende innblikk i hvordan man som sykepleier kan samhandle med psykotiske pasienter for å styrke relasjonen og forebygge aggresjon.</p>
3	<p>Terkelsen, T.B. & Larsen, I.B. (2016)</p>	<p><i>Fear, danger and aggression in a Norwegian locked psychiatric ward: Dialogue and ethics of care as contributions to combating difficult situations.</i></p>	<p>Nursing Ethics</p>	<p>Hensikten med artikkelen er å undersøke hvordan pleiere og pasienter opplever og tolker farlige situasjoner og hva som forårsaker dem i en lukket psykiatrisk avdeling. Forfatterne presenterer «empati» og «dialog» som to sentrale begreper for undersøkelsen.</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie med utgangspunkt i observasjon, samtaler og intervjuer med personal og pasienter. Studien ble gjort gjennom 48 besøk på avdelingen over en periode på fire måneder, der 12 pasienter og 22 ansatte var deltakende.</p>	<p>Pasientene og pleierne har ulike oppfatninger knyttet til hva som forårsaker farlige situasjoner. Hva som «trigger» disse situasjonene er påvirket av atmosfæren i avdelingen, de materielle omgivelsene og stereotypier.</p>
4	<p>Fernández-Costa, D., Gómez-Salgado, J., Fagundo-Rivera, J., Martín-Pereira, J., Prieto-Callejero, B. & García-Iglesias, J. J.</p>	<p><i>Alternatives to the Use of Mechanical Restraints in the Management of Agitation or Aggressions of Psychiatric Patients: A Scoping Review</i></p>	<p>Journal of Clinical Medicine</p>	<p>Hensikten med artikkelen er å kartlegge sykepleietiltak for å håndtere aggressive, psykiatriske pasienter som er alternativer til bruk av tvang.</p>	<p>Dette er en sonderende (<i>scoping</i>) oversiktsartikkel som inneholder flere kvalitative og kvantitative studier.</p>	<p>Artikkelen vektlegger risikovurdering som et sentralt tiltak i forebygging av tvangsmiddelbruk. Opptrening av personalet i bruk av de-escaleringsteknikker trekkes også frem som et effektivt</p>

	(2020)					tiltak for å unngå bruk av tvang.
5	Olsson, H., Audulv, Å., Strand, S. & Kristiansen, L. (2015)	<i>Reducing or Increasing Violence in Forensic Care: A Qualitative Study of Inpatient Experiences.</i>	Archives of Psychiatric Nursing	Artikkelen har som hensikt å belyse psykiatriske pasienters oppfatning av hva som forårsaker en forhøyet eller redusert voldsrisiko i en rettsmedisinsk psykiatrisk enhet.	Kvalitativ metode basert på 13 individuelle intervjuer med psykiatriske pasienter som er dømt til behandling.	Studien argumenterer for at sykepleiernes holdninger, pasientens innsikt i egen sykdom og at det terapeutiske miljøet er faktorer som har innvirkning på pasientenes voldsrisiko. Pasient-pleierrelasjoner som bygger på respekt og vennlighet er vesentlig for å forebygge utagering, mens overfylte avdelinger der pasientene leverer tettere på hverandre er en stress- og angstfremkallende faktor.
6	Kontio, R., Välimäki, M., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Scott, A. & Joffe, G. (2010)	<i>Patient restrictions: Are there ethical alternatives to seclusion and restraint?</i>	Nursing Ethics	Hensikten er å undersøke sykepleieres og legers oppfatning av hva som skjer når en pasient blir aggressiv, og hvilke alternativer som finnes til skjerming og tvangsmiddelbruk i en psykiatrisk avdeling. Undersøkelsen legger vekt på de etiske aspektene ved de ansatte sin håndtering av slike situasjoner.	Kvalitativ metode ved bruk av fokusgruppeintervjuer av 30 ansatte på to psykiatriske sykehus, hvorav 22 sykepleiere og 8 leger.	Studien presenterer flere sykepleietiltak som alternativ til skjerming og tvangsmiddelbruk i truende situasjoner. Tilstedeværelse, kommunikasjon, ansvarliggjøring og miljøskifte er sentrale begreper under sykepleietiltak som presenteres. Videre trekkes tverrfaglige avtaler med pasientene, samt tilstedeværelse og autoritet inn som alternativer til skjerming og tvang.
7	Eweida, R. S., Ghallab, E., Ng, F. & Ibrahim, N. (2022)	<i>Novice Nurses' Communication Skills When Addressing Aggression in Individuals Experiencing Psychosis: The Role of Emotional</i>	Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services	Artikkelen tar sikte på å vurdere effekten av nyutdannede sykepleieres følelsesmessige regulering (<i>emotional regulation</i>) på kommunikasjonen	Kvantitativ metode med en populasjon bestående av 133 nyutdannede sykepleiere. Følelsesmessig regulering og ferdigheter innenfor	Relevante funn fra artikkelen er at den psykotiske pasientens aggresjon blir påvirket av sykepleieres følelsesmessige kontroll i kommunikasjonen. Samhandlingen er

		<i>Regulation Capacity.</i>		i samhandlingen med psykotiske pasienter.	kommunikasjon ble vurdert gjennom bruk av to separate verktøy.	styr av sykepleierens evne til å kontrollere egne følelser i møte med aggressive, psykotiske pasienter.
--	--	-----------------------------	--	---	--	---

5 Diskusjon

Voldelige situasjoner er komplekse, og ofte et resultat av mange ulike faktorer.

Årsakssammenhengen kan variere fra pasient til pasient, og de kan ha ulike «triggere» for aggresjon og utagering (Terkelsen & Larsen, 2016). I dette kapittelet skal jeg drøfte aktuelle sykepleietiltak for å forebygge utagering og voldsutøvelse fra psykotiske pasienter i en psykiatrisk avdeling. Basert på funnene i den utvalgte forskningslitteraturen er drøftingen delt inn i tre overordnede kategorier; samhandling og kommunikasjon mellom pleieren og pasienten, personalets og pasientens holdninger og kunnskap, og de fysiske og psykiske omgivelsenes innvirkning på pasientens stemningsleie. Aktuelle sykepleietiltak vil også drøftes i lys av Hildegard Peplaus teori om mellommenneskelige relasjoner, og sykepleieprosessen.

5.1 Samhandling og kommunikasjon

5.1.1 Å tilpasse kommunikasjon, nærhet og avstand

Den relasjonsbyggende prosessen med psykotiske pasienter kan være krevende, siden pasienten kan ha sterke psykosesymptomer som gjør samhandlingen vanskelig for begge parter (Hummelvoll, 2012b). Angstpregede, psykotiske pasienter kan føle seg truet og bli aggressive i stressende situasjoner, som betyr at sykepleierens tilnærming til samhandling og kommunikasjon kan ha stor betydning for hvordan pasientens stemningsleie utvikler seg. Bowers et al. (2010) poengterer viktigheten av å «trå varsomt» når man skal samhandle med psykotiske pasienter, ettersom de kan ha et uforutsigbart temperament. Dette går ut på å observere og vurdere pasientens tilstand og registrere eventuelle tegn som indikerer at

pasienten er agitert, for å tilpasse interaksjonen til pasientens stemningsleie. Dersom pasienten er agitert og engstelig argumenteres det for at man bør være mer passiv i kommunikasjonen, ved å begrense mengden informasjon og spørsmål (Bowers et al., 2010). Dette understøttes av Hummelvoll (2012), som skriver at kommunikasjonen med engstelige, psykotiske pasienter bør være tydelig og enkel for å forebygge aggresjon (Hummelvoll, 2012b, s. 362). Bowers et al. (2010) poengterer også at man bør snakke lavt, eller eventuelt bruke stillhet, når man kommuniserer med agiterte psykotiske pasienter. Dersom man er høylytt tilbake kan dette forsterke pasientens agitasjon, og eskalere situasjonen ytterligere (Bowers et al., 2010). Tilpasset kommunikasjonen med den psykotiske pasienten er også sentralt innenfor relasjonsarbeid, som trekkes frem som en voldsforebyggende strategi (Berring, 2006).

Funnene i forskningsartiklene indikerer at det er gunstig å skape en balanse mellom nærhet og avstand i samhandlingen med pasientene, basert på symptom bildet og det aktuelle stemningsleiet (Berring, 2006; Bowers et al., 2010). Nærhet kan handle om tilstedeværelse, og å være tilgjengelig for pasienten for å skape en følelse av trygghet (Kontio et al., 2010). En måte man kan vise nærhet på, er å tilbringe tid med pasienten i fellesområdet og tilby en hverdagslig samtale. Hvis pasienten er agitert og urolig, kan det være hensiktsmessig å redusere samhandlingen med pasienten for å begrense stimuli. Ifølge Bowers et al. (2010) er det viktig å respektere pasientens behov for pauser og alenetid. Sykepleiere som er veldig kontaktsøkende og ikke tar hensyn til pasientens behov, kan medvirke til å forsterke stress og agitasjon (Bowers et al., 2010). Balansen mellom nærhet og avstand kan også vurderes ved hjelp av kartleggingsverktøyet BVC. Dette brukes for å vurdere pasientens risiko for voldsutøvelse, og kan ifølge forskning være et effektivt virkemiddel i det voldsforebyggende arbeidet (Fernández-Costa et al., 2020). Gjennom bruk av BVC kan man identifisere markører som tyder på at pasienten er agitert eller irritabel, som er nyttig informasjon i vurderingen av hvordan man skal tilpasse interaksjonen med pasienten.

5.1.2 Relasjonsbygging

Berring (2006) beskriver hvordan det å ta seg tid til å lytte til pasientens perspektiv er viktig i det relasjonelle arbeidet. Studien legger vekt på betydningen av å skape positive og forutsigbare relasjoner med psykiatriske pasienter fra første stund etter innleggelsen, som et

viktig ledd i forebyggingen av aggresjonsproblematikk. Hun trekker inn et eksempel om en sykepleier som prioriterer å la pasienten fortelle sin oppfatning av årsaken til innleggelse, uavhengig av hvor usammenhengende og psykotisk vedkommende er, som et virkemiddel for å skape tillit (Berring, 2006). Berring poengterer at pasientens integritet skal ivaretas, selv om autonomien og evnen til samhandling kan være begrenset som følge av psykosesymptomer. Hummelvoll (2012) skriver at en «lyttende og anerkjennende holdning», og at man som sykepleieren viser at man er pålitelig, er vesentlig for å skape tillit og bygge allianse mellom pleieren og den psykotiske pasienten (Hummelvoll, 2012b, s. 355). Ved å lytte til pasientens erfaringer, eller «lytte til eksperten» slik Hummelvoll beskriver det, anerkjenner man også pasienten som et individ med problemer som kan løses sammen, fremfor å se på pasienten som selve problemet (Hummelvoll, 2012b, s. 355).

Det å lytte til pasientperspektivet trekkes også frem som en viktig egenskap i Bowers et al. (2010), som legger vekt på at det kan være en gunstig tilnærming i samhandlingen med psykotiske pasienter som er irritable eller frustrerte for å samarbeide om å finne løsninger. Bowers et al. (2010) argumenterer for at man ikke skal hoppe til konklusjoner for hvorfor pasienten er sint, men heller prøve å identifisere årsaken og bearbeide situasjonen sammen. Her er viktige egenskaper at man er tolerant og lar pasienten få utløp for følelsene sine, og å gi uttrykk for at man er interessert i å hjelpe (Bowers et al., 2010). På denne måten lar man pasienten styre samtalen, og man kan danne et bilde av hva som er pasientens «triggere», altså ting som medvirker til at pasienten blir stresset, og potensielt aggressiv. Hva som trigger stress kan variere veldig fra pasient til pasient, og er viktige å identifisere som et forebyggende tiltak ettersom psykotiske pasienter er mer sårbare for stress (Hummelvoll, 2012b).

Variasjonen i triggere blant psykiatriske pasienter kommer blant annet til uttrykk i Terkelsen & Larsen (2016), som beskriver hvordan kjønnet på personalet, mangel på røyk eller personalets holdninger alle er eksempler på ting som kan frembringe stress og aggresjon (Terkelsen & Larsen, 2016). Å hjelpe pasienten med å identifisere triggere kan både være et voldsforebyggende tiltak, og et ledd i et relasjonsarbeid som baserer seg på en individbasert tilnærming. Videre kan man samarbeide om å kartlegge pasientens preferanser for å forebygge og bearbeide ulike triggere. Dermed skjer det en ansvarliggjøring, hvor pasienten er med på å ta beslutninger relatert til eget behandlingsforløp (Kontio et al., 2010). Dette gjenspeiler Peplaus teori om mellommenneskelige relasjoner, ved at brukermedvirkning og

pasientens behov er utgangspunktet for behandlingen. Samtidig kan det være viktig å vurdere pasientens evne til å ta beslutninger som er helsefremmende. Autonomi og pasientdeltakelse er grunnleggende verdier i miljøterapien, men pasientens selvinnsikt og situasjonsforståelse kan være svekket, avhengig av hvor langt pasienten har kommet i sykdomsforløpet (Hummelvoll, 2012b).

5.2 Holdninger og kunnskap

5.2.1 Individbasert sykepleie

En kjerneverdi i alt utøvende helsearbeid er at man skal respektere pasienten. Dette handler om å sikre integritetsbevarende sykepleie som ivaretar pasientens autonomi, der pasienter blir møtt som de personene de er, fremfor den diagnosen de har (Vatne, 2006c). For psykotiske pasienter, som kan ha vanskeligheter med å tolke og forstå omgivelsene og andres intensjoner, er det særlig viktig at helsepersonell er bevisste på egne holdninger for at pasienten skal oppleve å bli møtt på en respektfull måte. Olsson et al. (2015) skriver i sin studie at det «psykologiske klimaet» på avdelingen formes av både pasientene og sykepleierne, og at alle kan bli påvirket av én persons dårlige humør eller negative holdninger. Det er derfor viktig at man gjør en refleksjon rundt både sine egne og andres holdninger på avdelingen og i samhandling med psykotiske pasienter (Hummelvoll, 2012b).

Terkelsen & Larsen (2016) beskriver et scenario i sin studie der pleierne assosierer ulike diagnoser med forhøyet voldsrisiko, og at disse stereotypene i noen tilfeller blir brukt til å utforme voldsforebyggende strategier. Pasientene har derimot troen på at dersom de blir møtt på individnivå, vil dette bidra til å forebygge utagering (Terkelsen & Larsen, 2016). Slike holdninger, der man definerer pasienter basert på diagnosen, kan oppstå i samhandling med pasienter som har en «svært avvikende atferd» (Vatne, 2006c, s. 196), og kan oppleves som krenkende for pasientene. Dessuten er psykoselidelser komplekse, og det kan være variasjon i årsakssammenheng og triggere for aggresjon og voldsutøvelse, som kan gjøre det vanskelig å utforme voldsforebyggende strategier basert på stereotypier. Bowers et al (2010) skriver i sin studie at det å møte pasienten som et individ og ikke en diagnose er en grunnleggende egenskap for sykepleiere i samhandlingen med psykotiske pasienter, og en viktig del av det relasjonelle arbeidet.

Det må imidlertid poengteres at psykotiske pasienter kan være en utfordrende og ressurskrevende pasientgruppe, som kan være belastende for helsepersonell å samhandle med. Ideelt sett, i følge Peplau, baserer behandlingen seg på et verdig og integritetsbevarende relasjonsarbeid med brukermedvirkning som utgangspunkt, der man kan jobbe målrettet og konstruktivt sammen om felles målsettinger. I realiteten kan relasjonsbygging bli en utfordring å gjennomføre, som følge av pasientens sterke psykosesymptomer og manglende sykdomsinnsikt. Dette kan føre til at den miljøterapeutiske tilnærmingen i perioder kan handle mer om grensesetting enn brukermedvirkning. Grensesetting går ut på å sette klare grenser for pasientens atferd basert på aktuelle rammer for behandlingen. Dette kan innebære å sette grenser for støy, som eksempelvis er aktuelt hvis pasienten er psykomotorisk urolig, av hensyn til andre pasienter (Hartberg, 2020). Et velfungerende relasjonsarbeid er også avhengig av avdelingens ressurser og kapasiteten til sykepleierne, som kan variere basert på personalets kompetanse, og tilstanden til resten av pasientgruppen. Man kan argumentere for at forebygging av utagering og vold med relasjonsbygging som utgangspunkt dermed er påvirket av strukturelle forhold, i tillegg til den individuelle sykepleierens kunnskap og holdninger. Viktige tiltak blir likevel å møte pasientene på individnivå og legge til rette for brukermedvirkning i den grad det er mulig, som ledd i det relasjonelle og voldsforbyggende arbeidet.

Berring (2006) legger vekt på at pasienten skal bli introdusert til et miljø der personalet ikke er autoritært og kontrollerende, men skaper relasjoner som bygger på tillit og brukermedvirkning. Dette representerer orienteringsfasen i Peplaus teori, og hennes visjon om å gi pasienten større makt over egen behandlingsprosess, som også er en grunnleggende tanke innenfor miljøterapi. Et autoritært behandlingsteam skaper ubalanse i maktforholdet mellom pasienten og pleieren, men forskning argumenterer for at bruk av makt og autoritet kan være effektivt ved aggresjon og utagering i psykiatriske avdelinger. I studien til Kontio et al. (2010) blir makt og autoritet demonstrert av personalet som et alternativ til skjerming og tvang i situasjoner der pasienter er aggressive, og flere av sykepleierne opplever dette som viktig for å motvirke at pasienten får for mye makt i situasjonen. Makt og autoritet ble i denne sammenhengen demonstrert av personalet gjennom tilstedeværelse av mannlige sykepleiere, som i seg selv var nok til å roe ned, eller «de-eskalere» situasjonen i flere tilfeller. Denne tilnærmingen representerer et scenario der pasientens autonomi blir truet gjennom et «uoffisielt maktbruk», som Kontio et al. (2010) beskriver som paternalistisk, og en gråsonerområde for pasientens frie vilje. Dersom pasienten er utagerende og i ferd med å bli aggressiv, og

dermed utfordrer rammene som behandlingen er styrt av, kan tilstedeværelse og et uoffisielt bruk av makt likevel vurderes som hensiktsmessig og etisk overveiende, fremfor mer inngrepene tiltak som skjerming. Bruk av makt og autoritet må derfor vurderes opp mot konteksten, og pasientens forståelse av situasjonen. Det er ikke gitt at denne tilnærmingen alltid vil de-eskalere en situasjon med en utagerende, psykotisk pasient med liten situasjonsforståelse og sykdomsinnsikt. Det kan også argumenteres for at dette er en måte å bruke makt på et helsefremmende og forsvarlig vis, dersom det forebygger bruk av skjerming eller tvang som truer pasientens integritet.

5.2.2 Personalets håndtering av aggressive, psykotiske pasienter

I den psykiatriske avdelingen finnes det som nevnt rammer for pasientens atferd. Pasienten skal eksempelvis forholde seg rolig i fellesområder, for å respektere de andre pasientenes behandling og deres terapeutiske miljø. Dersom en psykotisk pasient utfordrer disse rammene, blir sykepleierens oppgave å finne en passende tilnærming for å grensesette pasienten (Hartberg, 2020). Det er i slike situasjoner at psykiatriske pasienter ofte blir aggressive (Aasnes & Johansen, 2016), og Bowers et al. (2010) påpeker at sykepleiernes holdninger i grensesetting av psykotiske pasienter er avgjørende for å unngå aggresjon. Det er viktig å forklare for pasienten hvorfor grensene eksisterer, og forsøke å samarbeide med pasienten om måter man kan dekke pasientens behov, uten at det går på bekostning av rammene for behandlingen. Man kan opptre påståelig, uten å selv gi uttrykk for å være frustrert, sint eller aggressiv (Bowers et al., 2010). I situasjoner med grensesetting er det sentralt at sykepleieren er bevisst på sin egen maktposisjon, og bruker den på en helsefremmende og forsvarlig måte. I studien til Olsson et al. (2015) forteller pasienter at de har lettere for å respektere grensene som blir satt dersom de har vennskapelige og respektfulle relasjoner med personalet. På den andre siden kan agiterte pasienter bli aggressive dersom pleierne er avvisende, uinteresserte eller ikke setter av tid i situasjoner der pasienten er i behov for hjelp (Olsson et al., 2015).

Det kommer frem i flere av studiene at utrygghet blant personalet kan øke risikoen for aggresjon og voldsutøvelse (Berring, 2006; Bowers et al., 2010; Eweida et al., 2022). Særlig i situasjoner der pasienten er irritabel og økende urolig, er det viktig at man er avslappet og trygg for å ikke eskalere situasjonen. Dersom sykepleieren gir uttrykk for å være engstelig eller redd for pasienten, kan de-eskalering av situasjonen bli vanskelig, og det kan forsterke

følelsene til pasienten. I studien til Bowers et al. (2010) hevder sykepleiere at det av og til kan være fordelaktig å forklare pasienten hva som er konsekvensene av atferden deres.

Argumentet bygger på at de psykotiske pasientene kan føle at de «mister kontrollen», og trenger sykepleiere som er direkte og viser kompetanse og trygghet for å forstå de gjeldende rammene (Bowers et al., 2010). Eweida et al. (2022) understreker viktigheten av at nyutdannede eller nyansatte sykepleiere som jobber med psykotiske pasienter, opparbeider seg effektive kommunikasjonsferdigheter tidlig i forløpet. I artikkelen argumenteres det for at sykepleieres evne til å kommunisere effektivt med aggressive, psykotiske pasienter, er påvirket av deres evne til å regulere egne følelser i møte med disse pasientene. Dersom sykepleiere har vanskeligheter med å kontrollere eller regulere sine egne følelser i møte med aggresjon, og responderer med negativitet eller aggresjon tilbake, vil dette kunne forsterke pasientens følelser og eskalere situasjonen (Eweida et al., 2022). For sykepleiere som er selvbevisste og bruker strategier for å regulere egne følelser, kan det være lettere å kontrollere både den verbale og den non-verbale kommunikasjonen. Dette innebærer blant annet ordvalg, ansiktsuttrykk og tonefall (Eweida et al., 2022). Et lignende argument kommer til uttrykk i Bowers et al. (2010), som poengterer at frykt er en naturlig reaksjon for mange sykepleiere i møte med aggresjon, men at dersom man klarer å kontrollere følelsene sine, forbli rolig og demonstrere trygghet i slike situasjoner, er det større sjanse for at man klarer å de-eskalere situasjonen. Hummelvoll (2012) skriver at kunnskap og selvinnsikt behøves «i forhold til egne reaksjoner slik at man kan møte pasienten med tilstrekkelig ro og trygghet. Så lenge pasienten har en usikker indre kontroll, må personalet representere kontrollen på det ytre plan» (Hummelvoll, 2012b, s. 362).

Man kan dermed summere med at kunnskap og faglig kompetanse for hvordan man skal samhandle med agiterte eller aggressive psykotiske pasienter er helt grunnleggende. Uten tilstrekkelig kompetanse kan slike situasjoner bli preget av improvisasjon og stress. De kan også eskalere og bli farlige, og få alvorlige konsekvenser for de involverte (SIFER, 2021). For å benytte sykepleieprosessen effektivt i forebyggingen av utagering og vold, er det viktig at man som sykepleier har kunnskap om hvordan man skal samhandle med psykotiske pasienter som enten er, eller kan bli aggressive. Eweida et al. (2022) argumenterer for at sykepleiere som ikke evner å forutse aggressiv atferd, heller ikke har mulighet til å stoppe det fra å oppstå. Rør (1997) har et lignende budskap, når hun skriver at «det som er uforståelig og u håndgripelig er svært vanskelig å forholde seg til på en terapeutisk måte» (Rør, 1997, s. 29).

Opptrening av personalet i håndtering av truende situasjoner trekkes frem som et alternativ til bruk av skjerming og tvangsmidler av Fernández-Costa et al (2020), og at dette kan blant annet gjøres ved å implementere samhandlingsmodellen *Six Core Strategies* (6CS). Modellen består av seks kategorier som samlet skal redusere bruken av skjerming og tvangsmidler:

1. Opptrening i personalet, med vekt på ikke-inngripende tilnærminger og verbale de-eskaleringsteknikker
2. Bruk av kartleggingsverktøy for aggresjon, blant annet BVC, for å identifisere risikoen for voldsutøvelse
3. Bruk av data og statistikk og tvangsmiddelbruk på avdelingen som analytisk utgangspunkt
4. Inkludering av pasient og pårørende i beslutningsprosesser relatert til pasientens behandlingsforløp
5. Tilrettelegge et terapeutisk miljø som fremmer helse og trygghet
6. En strukturell endring i avdelingen med en filosofi som baserer seg på å forebygge skjerming og tvang (Fernández-Costa et al., 2020).

6CS er opprinnelig fra USA, og er den mest brukte strukturelle modellen for å forebygge tvang. Det er også den modellen som er mest dokumentert i forskningsprosjekter. Fernández-Costa et al (2020) trekker inn flere studier som viser god effekt av implementeringen av 6CS, blant annet en studie gjennomført på en psykiatrisk avdeling i Finland for schizofrene pasienter, som viste en betydelig nedgang fra 30-15% i bruk av skjerming og tvang (Fernández-Costa et al., 2020). På bakgrunn av dette kan det argumenteres for at modeller som 6CS kan være en inspirasjonskilde for sykepleiere i norsk praksis. En norsk modell med lignende fokus er Møte med aggresjonsproblematikk (MAP), som er et opplæringsprogram i håndtering og forebygging av aggresjon og vold i helsevesenet (SIFER, 2021). MAP har som mål å øke sikkerheten og tryggheten på avdelingen, og redusere forekomsten av aggresjon, vold og tvangsmiddelbruk (SIFER, 2021, s. 4). Begge modellene trekker inn flere sentrale verdier fra både miljøterapi og Peplaus teori, blant annet brukermedvirkning, relasjonsbygging og sykepleierens kommunikasjonsferdigheter.

5.3 De fysiske og psykiske omgivelsene - miljøets betydning

Samspillet mellom pasientene og personalet på avdelingen er en omfattende og dynamisk prosess, som til enhver tid krever god kompetanse og et godt samarbeid blant de ansatte. Som nevnt er psykotiske pasienter sårbare for stress, som kan bli utløst av ulike triggere (Hummelvoll, 2012b). En stressutløsende faktor som går igjen hos mange i psykose er høy eksponering for stimuli, som eksempelvis kan være forårsaket av støy og mye mennesker i fellesområdet på avdelingen. Siden psykotiske pasienter kan ha vanskeligheter med å prosessere omgivelsene og andres intensjoner på en normal måte, kan eksponering for mye stimuli skape forvirring og fremprovosere eller forsterke positive psykosesymptomer (Bowers et al., 2010). Et sentralt sykepleietiltak som trekkes frem i forskningen er derfor å begrense mengden stimuli pasienten eksponeres for. Dette er både relevant for psykotiske pasienter som er rolige ved at det forebygger stress, og for pasienter som er urolige ved at det kan forebygge aggresjon og påfølgende utagering og voldsutøvelse. En engstelig, psykotisk pasient som er motorisk urolig, høylytt og snakker ukritisk som følge av vrangforestillinger, kan oppleves som skremmende for andre og dermed utfordre rammene for behandlingen (Hartberg, 2020, s. 128). I en slik situasjon kan den terapeutiske tilnærmingen handle om strategier for å skjerme pasienten for inntrykk og stimuli, ofte gjennom verbal grensesetting av pasientens atferd. I slike situasjoner er det som nevnt vesentlig at man er bevisst på egne holdninger, for å forebygge at pasienten blir aggressiv.

Kontio et al. (2010) skriver at atmosfæren på avdelingen skal legge til rette for et komfortabelt og trygt terapeutisk miljø for pasientene. Dersom en pasient blir urolig eller aggressiv vil det være hensiktsmessig å fjerne vedkommende fra fellesområdet, både for å gi pasienten en pause fra stimuli, og for å ivareta det terapeutiske miljøet til de andre pasientene på avdelingen (Kontio et al., 2010). Bowers et al. (2010) argumenterer for det samme, og legger også vekt på at dersom personalet er nødt til å de-eskalere eller grensesette den psykotiske pasientens atferd, er det viktig å få pasienten til et roligere område i avdelingen for å ikke skape en «scene», og unngå at situasjonen får et publikum. Lignende erfaringer blir trukket frem i studien til Olsson et al. (2015), der pasienter forklarer hvordan det er viktig at personalet tar dem til side i stedet for å grensesette offentlig i fellesområdet, for å ivareta deres verdighet og at de ikke skal tape ansikt foran de andre pasientene.

6 Avslutning

Denne oppgaven har hatt som hensikt å drøfte og belyse aktuelle sykepleietiltak som kan forebygge utagering og voldsutøvelse fra psykotiske pasienter i psykiatriske avdelinger. Aktuelle funn fra utvalgt forskningslitteratur har avdekket flere sykepleietiltak som kan deles inn i tre overordnede kategorier:

Samhandling og kommunikasjon

- Sykepleiere kan tilpasse interaksjonen etter pasientens stemningsleie.
- I samhandling med en psykotisk pasient som er engstelig eller agitert, kan sykepleiere være passive i kommunikasjonen, ved å begrense mengden informasjon og spørsmål.
- Sykepleiere kan tilpasse kommunikasjonen med agiterte pasienter ved å ha et tydelig og enkelt språk. Det kan også være gunstig å snakke lavt, og eventuelt bruke stillhet som virkemiddel.
- Sykepleiere bør balansere nærhet og avstand til pasienten. En agitert og urolig pasient kan ha behov for avstand for å begrense stimuli. BVC kan benyttes for å forstå pasientens behov.
- Sykepleiere bør anerkjenne og lytte til pasientens perspektiv som et ledd i å skape gode relasjoner
- Sykepleiere kan la pasienten få utløp for følelsene sine, og samarbeide om å identifisere ulike «triggere» for aggresjon

Holdninger og kunnskap

- Sykepleiere skal møte pasienten som et unikt individ og understøtte pasientens autonomi, så langt det er mulig
- Sykepleiere kan samarbeide om å bruke autoritet i form av tilstedeværelse av flere ansatte, for å de-eskalere en utagering
- I grensesetting kan sykepleiere prøve å samarbeide med pasienten om å inngå kompromisser
- I grensesetting bør sykepleieren være avslappet og trygg, og ikke speile følelsene til pasienten
- Sykepleiere kan bruke teknikker for å kontrollere og regulere egne følelser for å mestre kommunikasjonen med aggressive, psykotiske pasienter

- Sykepleiere kan opparbeide seg kunnskap om håndtering av vold og aggresjon for å lettere forutse, og håndtere utfordrende situasjoner

De fysiske og psykiske omgivelsene

- Sykepleiere kan begrense mengden stimuli pasienten utsettes for
- Sykepleieren kan fjerne pasienten fra fellesområdet for å bevare de andre pasientens terapeutiske miljø

Referanseliste

- Aasnes, M. & Johansen, J. (2016). Hvordan unngå vold? *Sykepleien* 2016, 104(10), 52-54. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.59083>
- Ahonen, L. (2019a). The Association Between Mental Illness and Violence. I L. Ahonen (Red.), *Violence and Mental Illness: An Overview* (s. 37-46). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-18750-7_4
- Ahonen, L. (2019b). Crazy, Mad, Insane or Mentally Ill? I L. Ahonen (Red.), *Violence and Mental Illness: An Overview* (s. 11-19). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-18750-7_4
- Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.* (LOV-2005-06-17-62). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>
- Berring, L. L. (2006). Sygeplejestrategier i mødet med voldelige og truende psykiatriske pasienter. *Klinisk Sygepleje*, 20(3), 70-78. <https://doi.org/doi:10.18261/ISSN1903-2285-2006-03-10>
- Bjørkly, S. & Grøndahl, P. (2016, 29. februar). *Psykose og vold: Forskning med relevans for utredning av tilregnelighet*. Psykologtidsskriftet. <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2016/02/psykose-og-vold-forskning-med-relevans-utredning-av-tilregnelighet>
- Blanthorn-Hazell, S., Gracia, A., Roberts, J., Boldeanu, A. & Judge, D. (2018). A survey of caregiver burden in those providing informal care for patients with schizophrenia or bipolar disorder with agitation: results from a European study. *Annals of General Psychiatry*, 17(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s12991-018-0178-2>
- Bowers, L., Brennan, G., Winship, G. & Theodoridou, C. (2010). How expert nurses communicate with acutely psychotic patients. *Mental Health Practice*, 13, 24-26. <https://doi.org/10.7748/mhp2010.04.13.7.24.c7648>
- Brown, M. M. (2010). Chapter 26: Hildegard E Peplau. I A. Snowden, A. Donnell & T. Duffy (Red.), *Pioneering theories in nursing*. MA Healthcare Limited.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Gyldendal akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2017a). Aktiv lytting og samtalens struktur. I H. Eide & T. Eide (Red.), *Kommunikasjon i relasjoner : personorientering, samhandling, etikk* (3. utg., s. 117-133). Gyldendal akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2017b). Bakgrunnsforståelser. I H. Eide & T. Eide (Red.), *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3. utg., s. 359-394). Gyldendal akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2017c). Hva er god, profesjonell kommunikasjon? I H. Eide & T. Eide (Red.), *Kommunikasjon i relasjoner : personorientering, samhandling, etikk* (3. utg., s. 15-45). Gyldendal akademisk.
- Eweida, R. S., Ghallab, E., Ng, F. & Ibrahim, N. (2022). Novice Nurses' Communication Skills When Addressing Aggression in Individuals Experiencing Psychosis: The Role of Emotional Regulation Capacity. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 60(1), 23-30. <https://doi.org/doi:10.3928/02793695-20210623-04>
- Fernández-Costa, D., Gómez-Salgado, J., Fagundo-Rivera, J., Martín-Pereira, J., Prieto-Callejero, B. & García-Iglesias, J. J. (2020). Alternatives to the Use of Mechanical Restraints in the Management of Agitation or Aggressions of Psychiatric Patients: A Scoping Review. *J Clin Med*, 9(9). <https://doi.org/10.3390/jcm9092791>
- Føyn, P. A. (1997). Psykologisk forståelse - Forutsetning for behandling. I B. Krøvel, B. R. Rund & E. Rør (Red.), *Vold og psykiatri - om forståelse og behandling* (s. 74-94).

- Garriga, M., Pacchiarotti, I., Kasper, S., Zeller, S. L., Allen, M. H., Vázquez, G., Baldaçara, L., San, L., McAllister-Williams, R. H., Fountoulakis, K. N., Courtet, P., Naber, D., Chan, E. W., Fagiolini, A., Möller, H. J., Grunze, H., Llorca, P. M., Jaffe, R. L., Yatham, L. N., Hidalgo-Mazzei, D., Passamar, M., Messer, T., Bernardo, M. & Vieta, E. (2016). Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. *World Journal of Biological Psychiatry*, 17(2), 86-128.
<https://doi.org/10.3109/15622975.2015.1132007>
- Gonzalez, M. T. (2020a). Miljøterapi og tilretteleggelse av terapeutisk miljø. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser : faglig forståelse og terapeutisk tilnærming : sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (1. utg., s. 361-375). Gyldendal.
- Gonzalez, M. T. (2020b). Relasjonsarbeid - sykepleieprosessens mellommenneskelige del. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser : faglig forståelse og terapeutisk tilnærming : sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (1. utg., s. 57-67). Gyldendal.
- Gonzalo, A. (2021, 25. mars). *Hildegard Peplau: Interpersonal Relations Theory*. Nurselabs.
<https://nurseslabs.com/hildegard-peplaus-interpersonal-relations-theory/>
- Hartberg, C. B. (2020). Psykoselidelser. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser : faglig forståelse og terapeutisk tilnærming : sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (1. utg., s. 121-131). Gyldendal.
- Hartvig, P. (2012). Schizofreni og vold – kan man forutsi voldelig atferd? *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, (132: 849-50). <https://doi.org/doi:10.4045/tidsskr.12.0267>
- Helsedirektoratet. (2018, 25. april). 7.3. BVC (Brøset Violence Checklist).
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/voldsriskoutredning-ved-alvorlig-psykisk-lidelse/verktøy-for-innledende-kartlegging-av-voldsrisiko/bvc-brøset-violence-checklist>
- Hummelvoll, J. K. (2012a). Aggresjon. I J. K. Hummelvoll & T. E. Dahl (Red.), *Helt - ikke stykkevis og delt : psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg., s. 251-274). Gyldendal akademisk.
- Hummelvoll, J. K. (2012b). Samarbeid med psykotiske mennesker. I J. K. Hummelvoll & T. E. Dahl (Red.), *Helt - ikke stykkevis og delt : psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg., s. 337-374). Gyldendal akademisk.
- Kennair, L. E. O. (2018, 1. desember). agitasjon. I *Store norske leksikon*.
<https://snl.no/agitasjon>
- Kontio, R., Välimäki, M., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Scott, A. & Joffe, G. (2010). Patient restrictions: Are there ethical alternatives to seclusion and restraint? *Nursing Ethics*, 17(1), 65-76. <https://doi.org/10.1177/0969733009350140>
- Lantta, T., Anttila, M., Kontio, R., Adams, C. E. & Välimäki, M. (2016). Violent events, ward climate and ideas for violence prevention among nurses in psychiatric wards: a focus group study. *Int J Ment Health Syst*, 10, 27. <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0059-5>
- Legevakthåndboken. (2021). Akutt psykose.
https://lvh.no/symptomer_og_sykdommer/psykiske_lidelser/symptomdiagnoser/akutt_psykose
- Lillevik, O. G. & Øien, L. (2015). Hva er miljøterapi? *Sykepleien* 2015, 5(103), 60-62.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2015.54066>
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I H. Almås, D.-G. Stubberud, R. Grønseth & K. C. Toverud (Red.), *Klinisk sykepleie : 1* (5. utg., Bd. 1, s. 17-39). Gyldendal akademisk.
- Olsson, H., Auduly, Å., Strand, S. & Kristiansen, L. (2015). Reducing or Increasing Violence in Forensic Care: A Qualitative Study of Inpatient Experiences. *Archives of*

- Psychiatric Nursing*, 29(6), 393-400.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.009>
- Oslo universitetssykehus. (2020, 29. mars 2021). *Psykoselidelse*. Hentet 21. januar fra <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-kompetansetjeneste-for-utviklingshemning-og-psykisk-helse/psykoselidelse>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/>
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (LOV-1999-07-02-62). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- Risk-assessment. (u.å.). *Brøset Violence Checklist (BVC©)* [Tabell]. <https://www.risk-assessment.no/files/bvc-versions/BVC%20Norsk.pdf>
- Rør, E. (1997). Om aggresjon og vold. I B. Krøvel, B. R. Rund & E. Rør (Red.), *Vold og psykiatri - om forståelse og behandling* (s. 17-32).
- SIFER. (2021). *MAP: Møte med aggresjonsproblematikk - Tiltaksplan 2021-2022*. <https://sifer.no/map/>
- Syse, A. (2020). Kort om psykisk helsevernloven. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser : faglig forståelse og terapeutisk tilnærming : sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (1. utg., s. 486-496). Gyldendal.
- Terkelsen, T. B. & Larsen, I. B. (2016). Fear, danger and aggression in a Norwegian locked psychiatric ward: Dialogue and ethics of care as contributions to combating difficult situations. *Nursing Ethics*, 23(3), 308-317. <https://doi.org/10.1177/0969733014564104>
- Tvangsforskning. (u.å.). *Nøkkeltall tvang*. Hentet 8. desember 2021 fra https://www.tvangsforskning.no/ressurser-og-lenker/noekkeltall_tvang/
- Vatne, S. (2006a). Introduksjon. I S. Vatne (Red.), *Korrigere og anerkjenne : relasjonens betydning i miljøterapi* (1. utg., s. 15-22). Gyldendal akademisk.
- Vatne, S. (2006b). Miljøterapi. I S. Vatne (Red.), *Korrigere og anerkjenne : relasjonens betydning i miljøterapi* (1. utg., s. 23-31). Gyldendal akademisk.
- Vatne, S. (2006c). Verdikonflikter. I S. Vatne (Red.), *Korrigere og anerkjenne : relasjonens betydning i miljøterapi* (1. utg., s. 195-204). Gyldendal akademisk.
- Wedervang-Resell, A., Østraat, I. E., Haga, M., Klinkenberg, E. & Berglund, K. (2017). *Kartlegging av vold mot helsepersonell og medpasienter* (IS-2618). Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kartlegging-av-vold-mot-helsepersonell-og-medpasienter/Kartlegging%20av%20vold%20mot%20helsepersonell%20og%20medpasienter.pdf/_attachment/inline/15d0b938-d175-4779-b2fd-4584b150090b:c4424b37dce76b14ce86388aa8c25a1e5c77a8bf/Kartlegging%20av%20vold%20mot%20helsepersonell%20og%20medpasienter.pdf
- Witt, K., van Dorn, R. & Fazel, S. (2013). Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PloS One*, 8(2), e55942. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055942>