

VOLD OG TRUSLER MOT AMBULANSEPERSONELL - EN DEL AV JOBBEN

Kandidatnr: 25, 50, 56

Problemstilling:

Hvor utsatt for vold og trusler er ambulanspersonell i møte med aggressive pasienter, og hvilke hjelpemidler kan benyttes i forebyggingen og håndteringen av slike hendelser?

Bacheloroppgave
Prehospitalt arbeid - Paramedic
OsloMet

Oslo, 27. mai, 2019.

SAMMENDRAG

Bakgrunn og hensikt

På bakgrunn av egne erfaringer i praksis, samt ulike historier fra kollegaer i ambulansetjenesten, sitter vi med et inntrykk av at trusler og fysisk vold i forbindelse med arbeidet er vanlig. Dette medfører at flere frykter å bli utsatt for lignende hendelser igjen og på den måten gruer seg til å dra på jobb. Litteratursøk på forekomst av vold og trusler mot ambulanspersonell gir mange treff. Hvordan dette skal håndteres er derimot vanskeligere å finne litteratur på. I denne bacheloroppgaven ønsker vi å studere hyppigheten av volds- og trusselsituasjoner mot ambulanspersonell, samt belyse dagens verktøy og teknikker for forebygging og håndtering av disse hendelsene.

Metode

Vi har brukt et litteraturstudie som metode for oppgaven. Søk etter relevant litteratur har foregått i databasene Cinahl, PsychINFO, Epistemonikos og MedLine. Pensum og annen litteratur som er relevant for problemstillingen er også inkludert.

Resultat og konklusjon

De inkluderte artiklene enes om at ambulanspersonell er en utsatt yrkesgruppe når det gjelder vold og trusler på arbeidsplassen. Videre viser resultatet til at man kan komme langt i forebyggingen og håndteringen av konflikter med gode kommunikasjonsferdigheter. Det er i tillegg utarbeidet interne opplæringsmoduler og veiledere i ambulansetjenesten. Opplæring og scenariotrening i konflikthåndtering anses som sentrale momenter, men videre utdypning er mangelfullt. Det er fremdeles behov for ytterligere forskning for å kartlegge behovet for verneutstyr, kvalitetssikre og utvikle prosedyrer, samt å måle effekt av opplæringstiltak.

FORORD

Vi vil tro at alle som arbeider med akuttmedisin, både på- og utenfor sykehus sitter med mye av den samme erfaringen: at møtet med aggressive og utagerende pasienter kan være svært krevende og vanskelig. Da bacheloroppgaven er det siste vi gjør som paramedicstudenter ved OsloMet, vil vi benytte denne muligheten til å forberede oss best mulig på slike situasjoner. Vi ønsker at denne oppgaven kan bidra til noe positivt for både studenter og ansatte i den prehospitale tjenesten.

Denne bacheloroppgaven er utarbeidet i håp om at den kan rette fokus mot arbeidet med å sikre gode og forsvarlige helsetjenester, bidra til økt trygghet på arbeidsplassen og forhåpentligvis fungere som en byggekloss i et videre arbeid med denne problematikken.

Vi vil rette en stor takk til vår veileder gjennom arbeidet, og ikke minst til alle i ambulansetjenesten som har delt av egne erfaringer og kommet med gode innspill. En siste takk rettes til OsloMet-Storbyuniversitet som har utrolig dyktige lærere, fagfolk og medarbeidere som har gjort denne utdanningen mulig.

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INTRODUKSJON	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Studiens hensikt	7
1.3 Problemstilling og avgrensning	7
1.4 Begrepsavklaring	8
2.0 TEORI	9
2.1 Aggresjon, trusler og vold	9
2.2 Risikovurdering og risikogrupper	10
2.2.1 Psykiske lidelser og bruk av rusmidler	10
2.2.2 Andre risikofaktorer	11
2.3 Konflikthåndtering	11
2.3.1 Forebygging	12
2.3.2 Kommunikasjon	12
2.3.4 Faresignaler som må tas på alvor	15
2.3.5 Under konfliktsituasjonen	15
2.4 Veiledere og prosedyrer i ambulansetjenesten	18
2.4.1 ESPA - egensikkerhet og prehospital aggresjonsforståelse	18
2.4.2 SIPA - Sikkerhet på arbeidsplassen	18
2.5 Relevante verktøy fra andre tjenester	19
2.5.1 Brøset Violence checklist (BVC)	19
2.5.2 V-RISK-10	19
2.5.3 SOAS-RE	20
2.5.4 Trafikklysmodellen	20
3.0 METODE	21
3.1 Litteratursøk	21
3.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier i søkestrategien	22
3.1.2 PICO-skjema og søkemetodikk	22
3.2 Litteraturgjennomgang	26
3.3 Kildekritikk	26
4.0 RESULTAT	28
4.1 Presentasjon av resultater	28
5.0 DISKUSJON	32
5.1 Diskusjon av metode	32
5.1.1 Litteraturstudie versus prosjektbeskrivelse	32
5.1.2 Valg av databaser, søkeprosessen og MeSH	32
5.1.3 Inklusjon- og eksklusjonskriterier	32
5.2 Diskusjon av resultatene	33

5.2.1 Vold er en del av den prehospitale hverdagen	33
5.2.2 Hendelsesrapportering og risikovurdering	33
5.2.3 Forebygging og konflikthåndtering	35
5.2.4 Eskalerende situasjoner	37
6.0 KONKLUSJON	39
7.0 LITTERATURLISTE	40
8.0 VEDLEGG	47
8.1 PIO-skjema	47
8.2 Artikkelmatrise	48
8.3 Sjekklister	54
8.3.1 Brøset Violence Checklist	54
8.3.2 V-RISK-10	54
8.3.3 SOAS-RE	57
8.3.4 Trafikklysmodellen	58

1.0 INTRODUKSJON

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Trygghet på arbeidsplassen er en grunnleggende forutsetning for at arbeidstaker skal trives, men også for at både pasienter og deres pårørende skal få en god behandling (Norsk sykepleierforbund, 2009, s. 3). Bjørn Bjelland, beredskapsleder ved Prehospital klinikk ved Oslo universitetssykehus, nevnte i 2016 at det ble rapportert mellom 30 og 50 trussel- og voldsepisoder årlig (Delta, 2016, 4. avsn). Et arbeidsmiljø preget av vold og trusler er svært krevende og en stor påkjenning, noe som belyser viktigheten av at dette tas på største alvor (Lillevik, 2009, 2. avsn.). En spørreundersøkelse utført blant ambulanspersonell i Australia som resulterte i 260 besvarelser, viste at 210 (82%) hadde erfart verbal trakassering, 139 (54%) hadde opplevd trusler og 96 (37%) hadde vært utsatt for fysisk vold i løpet av det siste året (Boyle, Koritsas, Coles & Stanley, 2007). I tillegg viste en lignende undersøkelse besvart av 279 ansatte i ambulansetjenesten ved Oslo universitetssykehus at flere uttrykte redsel for å bli utsatt for, eller hadde tidligere erfaring med, voldsepisoder i forbindelse med arbeidet (Ambulansforum, 2013). Den samme artikkelen nevner også at hele 223 personer av den samme gruppen mente at opplæringen er utilstrekkelig.

Vi ønsker å belyse utfordringer med trusler og vold gjennom følgende selvopplevde oppdrag:

“Kjørekode 1, mann i 50-årene. Brystmerter og hodepine, svimmel, kaster opp”

Videre fikk vi opplyst en adresse og personopplysninger, men ingen tidligere historikk fra AMK. Med andre ord ingen urovekkende informasjon, og et relativt standard ambulansoppdrag. Mannen møtte meg og min kollega i døråpningen til leiligheten, han virket overrasket over at vi kom, men viste oss likevel inn. Før vi visste ordet av det ble døren lukket og låst, med min kollega og alt utstyr på utsiden. Plutselig kommer mannens kone bort og forteller at vi må være forsiktige, da mannen er psykisk syk og lite glad i ukjente mennesker. Der befant vi oss altså innelåst i en fremmed leilighet med en potensielt psykisk ustabil mann på rundt 100kg mellom oss og utgangsdøren, og med bare en penn og papir i hånden. Tanken som instinktivt traff meg var at han egentlig kunne gjøre nøyaktig hva han ønsket, uten at jeg kunne gjort noe som helst annet enn å utløse sikkerhetsalarmen.

1.2 Studiens hensikt

Hensikten med studien er å studere hyppigheten av volds- og trusselsituasjoner mot ambulanspersonell, samt belyse dagens verktøy og teknikker for forebygging og håndtering av slike hendelser. Etter omfattende litteratursøk sitter vi igjen med inntrykket av at det kun er forekomsten av vold og trusler som er forsket på. Søk på ulike tiltak og hva som faktisk kan virke beskyttende gir derimot dårligere resultater. I samtaler med ulike personer innad i tjenesten hører man mye forskjellig vedrørende hva man bør eller kan gjøre i usikre eller direkte truende situasjoner. Blant annet er brannslukningsapparat, lommelykt og pasientbåre nevnt som potensiell beskyttelse, i tillegg til hjelm. Det er mye som kan benyttes ved å være kreativ, men problemet er at gjenstandene i utgangspunktet ikke er verktøy ment for beskyttelse mot vold. Det er heller ingen garanti for at man har dette tilgjengelig til enhver tid. Som vi vil utdype nærmere i teoridelen, eksisterer det ulike veiledere og kurs som omhandler dette temaet, der hovedfokus er kommunikasjon. Spørsmålet er hvorvidt dette er nok til å føle seg trygg på arbeidsplassen.

1.3 Problemstilling og avgrensning

Vårt fokus i studien vil være fra ambulanspersonellens perspektiv, altså deres evne og mulighet til konfliktforebygging og -håndtering utenfor sykehus. Herunder ivaretagelse av egen sikkerhet, evne til risikovurdering, samt håndteringen av trusler og vold; uavhengig av pasientens tilstand og årsak til truende atferd eller utagering. Vi er oppmerksomme på at det finnes pasientgrupper som skiller seg ut med tanke på risikoen for utøvelse av trusler og vold og det vil inkluderes til en viss grad i teorien.

Vår problemstilling er som følger:

Hvor utsatt for vold og trusler er ambulanspersonell i møte med aggressive pasienter, og hvilke hjelpemidler kan benyttes i forebyggingen og håndteringen av slike hendelser?

1.4 Begrepsavklaring

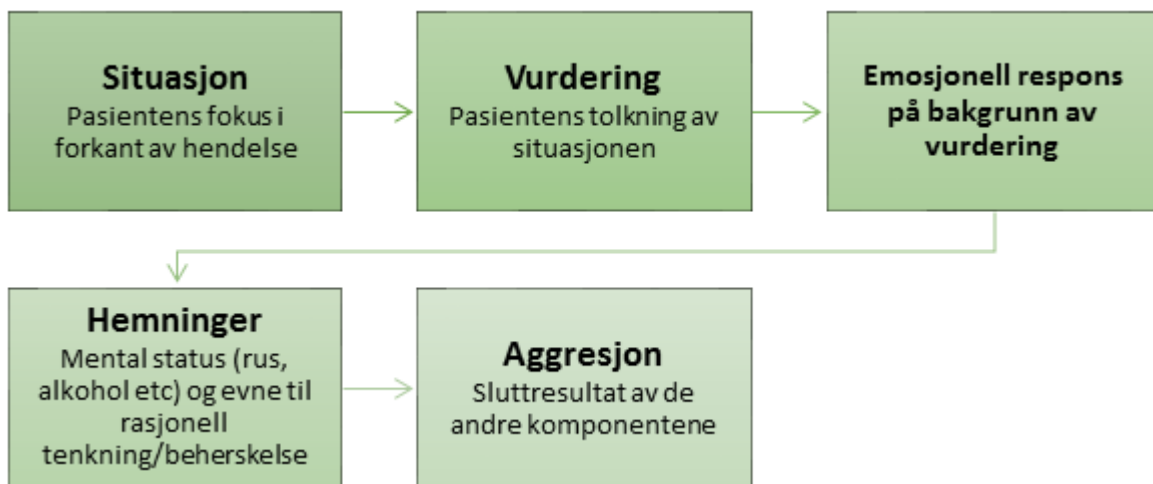
- Ambulansepersonell benyttes om enhver som oppholder seg- og arbeider i en ambulanse der det gjennomføres akuttmedisinsk førstehjelp. Det kan dreie seg om studenter fra medisin- eller paramedicstudiet, paramedicer, fagarbeidere, sykepleiere og leger. Vi har valgt å bruke begrepet ambulansepersonell fremfor paramedic gjennomgående i oppgaven fordi temaet er like relevant uavhengig av utdanningsbakgrunn.
- Akuttmedisinsk personell vil benyttes der settingen utspiller seg inne på sykehus i akuttmottak eller andre institusjoner, eksempelvis psykiatriske avdelinger.
- Helsepersonell = akuttmedisinsk- + ambulansepersonell
- AMK - Akuttmedisinsk Kommunikasjonssentral, som tar imot anrop fra innringere på nødtelefonen 113 og koordinerer ambulanseressurser til ulike oppdrag.
- Stereotypisering defineres som *“en generalisert forestilling om hvordan en bestemt gruppe mennesker er”* (Svartdal, 2019).
- En heterogen gruppe er en annen betegnelse for “uensartet” (Gundersen, 2019) gruppe, og tar i vår oppgave sikte på personer som i utgangspunktet faller inn under samme grupper, eksempelvis rusmisbrukere, men som likevel kan være totalt forskjellige.

2.0 TEORI

En arbeidshverdag for ambulanspersonell dreier seg i stor grad om å gå inn i usikre og uavklarte situasjoner, som kan vise seg å være både kritiske og truende. I disse situasjonene vil det være mest fornuftig å trekke seg tilbake og tilkalle hjelp, men det er ikke alltid dette er et alternativ eller i det hele tatt mulig (Bourne, 2013, 1. avsn.). Majoriteten av pasientene man møter er verken voldelige eller aggressive, så situasjonene der en føler seg truet eller blir angrepet kan komme plutselig og uventet. Det kan oppleves som urettferdig og frustrerende, da man i utgangspunktet står i situasjonen med gode intensjoner og et ærlig ønske om å hjelpe (Iler, 2012, s. 166). Siden situasjonen kan være uavklart og plutselig endres, er det nødvendig å ha kunnskap om rutiner for beskyttelse og hvordan man kan ivareta egen sikkerhet, da konsekvensene av volds- eller trusselopplevelser for enkeltindividet kan være store. Arbeidstilsynet (2017, s. 16-17) nevner at konsekvensene av slike hendelser kan dreie seg om alt fra små kutt til død, fra søvnvansker til depresjon og posttraumatisk stresslidelse, og fra følelsen av isolasjon og skyld til en faktisk frykt for å komme tilbake på jobb. De nevner også at det kan få konsekvenser for arbeidsgiver og organisasjon i form av økt fravær, mindre motivasjon og større utskifting av arbeidstakere.

2.1 Aggresjon, trusler og vold

«Aggresjon er handlinger som med vitende og vilje påfører noen eller noe smerte, skade eller ubehag» (Svartdal, 2016, 1. avsn.). Videre defineres vold og trusler av Arbeidstilsynet (2017, s. 5.) som *“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”*. Det finnes mange årsaker til aggresjon eller voldelig atferd, men det har som regel sammenheng med motivet bak handlingen og kan grovt sett knyttes til pasientens følelser; frustrasjon, desperasjon, frykt eller avmakt. Det kan også skyldes et underliggende sykdomsbilde som demens, delirium, hypoglykemi og hypoksi for å nevne noen (Ward & Coulson, 2006, s. 165). For å hindre at en konflikt eskalerer til et punkt der håndteringen blir vanskelig, er det viktig å ha fokus på å oppfatte tegn på aggresjon så tidlig som mulig (Bråten, 2011, s. 47).



Figur 2.1. Figur basert på Dix & Page (2001, s. 26) sin fremstilling av aggresjonsutvikling

Bourne (2013, 23. September) nevner i sin “Instant Aggression Model” at aggressiv atferd kan deles inn i tre, basert på faktorene som driver pasientens oppførsel og handlinger; reaktiv aggresjon som styres av følelser, proaktiv aggresjon som skyldes bestemte mål pasienten ønsker å oppnå, eksempelvis penger eller narkotika, eller aggresjon som skyldes psykose eller annen psykisk lidelse. Han nevner videre at det også kan foreligge en kombinasjon av disse, men at evnen til å fange opp hva som fungerer som pasientens primær-drivkraft til aggresjon akkurat der og da kan være avgjørende for valg av riktig håndteringsmetode.

2.2 Risikovurdering og risikogrupper

Som profesjonelle yrkesutøvere bør ambulanspersonell ha et aktivt forhold til vurderingen av risiko i situasjonene de står overfor (Bråten, 2011, s. 62). Det innebærer blant annet å være bevisst over egne reaksjoner og evne til å handle under stress, samt at man har tenkt over hvilke tiltak som er aktuelle dersom konfliktnivået øker. Å knytte risiko for voldsutøvelse til spesielle grupper kan medføre uheldig stereotypisering, og uheldige holdninger til enkeltindivider tilknyttet disse gruppene (Bråten, 2011, s. 48). Samtidig er egen sikkerhet det absolutt viktigste, så det å være bevisst på ulike risikofaktorer er viktig (Ilnér, 2012, s. 167).

2.2.1 Psykiske lidelser og bruk av rusmidler

Personer med psykiske lidelser har ifølge statistikken høyere risiko for voldsutøvelse enn resten av befolkningen (Ilnér, 2012, s. 166). Det er samtidig verdt å nevne at psykiatriske lidelser alene er en svak eller ikke-eksisterende prediktor for vold sammenlignet med tilfeller

der disse foreligger i kombinasjon med rus (NOU 2010: 3, s. 50). Personer med psykiatriske lidelser eller rusmisbruk er en heterogen gruppe (NOU 2010: 3, s. 95), og det er ikke slik at personer i høyrisikogrupperne for voldsutøvelse, alltid er farlige (Ward & Coulson, 2006, s. 165). Disse tilfellene er gjerne situasjonsbestemte og baserer seg i stor grad også på andre foreliggende faktorer (Ilner, 2012, s. 166). Det kan dreie seg om manglende impuls kontroll og voldelig atferd på grunn av både biologiske, sosiale og økonomiske belastninger (NOU 2010: 3, s. 55). Enkelte psykiske lidelser og alkohol- eller ruspåvirkning gjør en person sårbar når det kommer til kommunikasjonsprosessen, det vil si at det på grunn av redusert evne til å sanse, oppfatte og vurdere foreligger en økt sannsynlighet for å ty til aggressiv- eller voldelig atferd (Bråten, 2011, s. 48).

2.2.2 Andre risikofaktorer

I tillegg til gruppene over finnes det flere faktorer som kan bidra til økt risiko for truende atferd eller voldsutøvelse, men i motsetning til psykiatri- og rusproblematikk vil disse kun nevnes i korte trekk. For det første er risikoen høyere hos menn sammenlignet med kvinner, og spesielt i tilfeller der det foreligger tidligere episoder med voldelig eller truende atferd; herunder også familievold (Ilner, 2012, s. 167), vold mot en selv eller gjengtilhørighet (Delta, 2016, 2. avsn.). I tillegg regnes personlighetsproblematikk, eksempelvis utålmodighet, frustrasjon og manglende empati, samt lav utdanning eller manglende sosial tilhørighet som varige risikofaktorer. Videre kan ustabil livs- eller bosituasjon, tilgang på våpen, eller manglende evne til å mestre krisesituasjoner som samlivsbrudd eller tap av arbeid, øke sannsynligheten for aggresjon, trusler og vold (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, u.å, 3-4. avsn). Fra ambulanspersonellets side kan manglende respekt og mangel på effektive kommunikasjonsferdigheter overfor pasienten også øke risikoen for at pasienten utagerer (Ward & Coulson, 2006, s. 165). Sist men ikke minst vil stresspåvirkning, både hos personell, pasient og eventuelle pårørende, være en faktor som i verste fall bidrar til å komplisere kommunikasjonen og på denne måten skyver situasjonen i en negativ retning (Bråten, 2011, s. 167).

2.3 Konflikthåndtering

En konflikt defineres som *“en tilstand hvor to eller flere motstridende ønsker, impulser eller motiver er til stede samtidig”* (Store norske leksikon, 2018). Eide & Eide (2015, s. 413)

beskriver at årsaken til konfliktutviklingen kan være at to parter har ulike interesser, verdier, mål eller behov. Videre brukes konflikthåndtering om «...*vår evne til å forvente og oppfatte konfliktnivået i ulike situasjoner, og slik aktivt kunne håndtere påregnelige konfliktsituasjoner*» (Bråten, 2011, s. 35).

2.3.1 Forebygging

“*Arbeidstaker skal, så langt det er mulig, beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre*” (Arbeidsmiljøloven, 2005, § 4-3, 4. ledd). Den samme loven belyser at arbeidsgiver er pliktig i å informere arbeidstaker om ulike faremomenter knyttet til arbeidet. I tillegg har arbeidsgiver ansvar for å sørge for og ha nødvendig verneutstyr tilgjengelig i situasjoner der det ikke foreligger noen annen tilstrekkelig måte å verne om liv og helse på, samt opplæring i bruken av dette (Arbeidsmiljøloven, 2005, §3-2).

Forebygging av trusler og vold forutsetter også at ambulanspersonellet har god evne til selvinnsett. Egenskapene utrygghet og kontrollerende eller autoritær atferd hos personellet, ansees som momenter som kan øke risikoen for aggresjon eller utagering fra pasienten (Lillevik, 2009, 7. avsn.). På bakgrunn av dette er det relevant å legge til rette for trening på ulike håndteringsteknikker for å skape trygghet i situasjoner der det er nødvendig. Det dreier seg i størst grad om trening på verbale samhandlingssituasjoner som kan være aktuelle, men også på situasjoner der fysisk inngripen kan være eneste utvei. Rollespill blant kollegaer har vist stor gevinst, da en får muligheten til å lære av andre samtidig som man får innspill på egen håndteringsevne (Lillevik, 2009, 13. avsn.). En annen metode som har vist seg å være effektiv i forebygging av vold og trusler er kombinasjonen av e-læringskurs og praktisk trening i etterkant (Halliwel & Ryan, 2011, s. 584).

2.3.2 Kommunikasjon

Kommunikasjon kan defineres som “*utveksling av meningsfulle tegn mellom to eller flere parter*” (Eide & Eide, 2016, s. 17), og regnes som en prosess der sender og mottaker forsøker å skape en felles situasjonsforståelse gjennom ulike kommunikasjonskanaler (Bråten, 2011, s. 9). God kommunikasjon er i mange tilfeller anbefalt førstevalg i forsøk på konfliktløsning og -håndtering innenfor helsesektoren (Hallet & Dickens, 2017). En forutsetning for dette er at man er bevisst over både hva man uttrykker med ord og det som formidles gjennom blant annet kroppsspråk. Bevissthet rundt dette vil samtidig kunne redusere risikoen for

misforståelser, uheldigheter og mistillit betraktelig når de ulike kommunikasjonsformene samsvarer (Eide & Eide, 2016, s. 200).

Verbal kommunikasjon dekker alt budskap som formidles gjennom det skriftlige eller muntlige språket, det vil si at vi klart og tydelig kan se eller høre det som formidles. Ved hjelp av språket evner vi å uttrykke våre tanker, følelser, holdninger og tydeliggjør på denne måten hva vi ønsker å oppnå (Bråten, 2011, s. 13-14). Usikkerhet og svake argumenter vil kunne bidra til betydelig redusert påvirkningskraft, noe som vil si at verbal kommunikasjon krever forberedelse slik at man stiller med best mulig utgangspunkt for å lykkes i en samhandlingssituasjon (Bråten, 2011, s. 13-14).

Nonverbal kommunikasjon omtales gjerne som kroppsspråk, der vi benytter kroppssignaler; altså holdninger, bevegelser, ansiktsuttrykk, tonefall og bekreftende lyder (Malt, 2016). Denne typen kommunikasjon avslører ofte de spontane reaksjonene - også de som kan være ubevisste for en selv. Nonverbal kommunikasjon gjenspeiler i stor grad ens holdninger og tanker, noe som er spesielt sentralt og relevant når man står overfor en konfliktsituasjon (Svartdal, 2018, 10. Desember). Hvordan man opptrer i møtet med pasientene kan spille en stor rolle for hvordan situasjonen utspiller seg videre (Rix & Mathew, 2001, s. 28). Eide & Eide (2017, s. 198) gir et godt eksempel på betydningen av den nonverbale delen av kommunikasjonen: *“Vi kan lene oss slitne mot veggen, se i taket og la den andre prate, eller vi kan lene oss frem, møte den andres blick og lytte aktivt”*.

I samhandling med andre er det ikke bare hvordan man uttrykker seg eller om man har et vennlig ansiktsuttrykk som avgjør andres fortolkning av en. Det som er spesielt relevant og viktig for god kommunikasjon er kombinasjonen av disse uttrykksformene, om kommunikasjonen er kongruent eller inkongruent. Å kommunisere kongruent vil si at det nonverbale samsvarer med det som uttrykkes verbalt. På denne måten vil det som kommuniseres fremstå som ekte, pålitelig og tillitsvekkende. Som en motsetning til dette har vi inkongruent kommunikasjon, der de verbale og nonverbale aspektene ikke stemmer overens. Slik kommunikasjon kan lett skape utrygghet, og i verste fall mistillit, som igjen vil fungere som et hinder i relasjonsbyggingen (Eide & Eide, 2017, s. 200).

2.3.3 Vurdering av konfliktnivå og konfliktutvikling

Som nevnt tidligere i teoridelen må en konflikt bestå av minst to parter der det foreligger en uoverensstemmelse rundt blant annet verdier, interesser eller behov (Eide & Eide, 2015, s. 413). Selve konflikten kan ifølge Bråten (2011, s. 36-37) defineres ut fra tre nivåer: lavt, moderat og høyt. Et lavt konfliktnivå benyttes om situasjonene der konflikt *kan* oppstå som resultat av manglende samhandling. Et moderat konfliktnivå dreier seg om tilfellene der rollen som yrkesutøver potensielt vil kunne møte motstand og der yrkesutøverens håndtering i større grad setter standarden for videre utvikling. Til slutt defineres et høyt konfliktnivå som situasjonene der man er utsatt for aggressiv eller voldelig atferd. Disse tilfellene kan være krevende, og risikoen for fysisk- eller psykisk skade er stor.

Forenklet kan en konfliktutvikling fremstilles slik:

Konfliktstadier	Konfliktnivå
1. Ingen konflikt 2. Misforståelser/uenigheter	LAVT
3. Utfordring av rolle som yrkesutøver 4. Trakassering av deg som person	MODERAT
5. Trusler 6. Aggresjon/voldelig atferd	HØYT

Tabell 2. Konfliktnivå (Bråten, 2011, s. 37)

Konflikter beregnes som en dynamisk prosess, noe som betyr at den stadig er under bevegelse eller utvikling (Gundersen, 2019, 8. Januar), og det kreves dermed kompetanse og evne til å takle konflikter på alle nivå. I tillegg vil de ulike nivåene kreve ulikt fokus og ulike verktøy. Det kan dreie seg om alt fra god kommunikasjon for å forhindre uenigheter til det å faktisk håndtere en aggressiv og truende person (Bråten, 2011, s. 38). Tabellen over viser en skjematisk og oversiktlig fremstilling av en konfliktutvikling, men konflikter følger ikke nødvendigvis alltid den samme "oppskriften". Konflikter kan utvikles gradvis, men også gå direkte fra stadiet 1 til 6. På bakgrunn av dette bør man utvikle en bred plattform, slik at det finnes flest mulig verktøy til disposisjon for konflikthåndteringen (Bråten, 2011, s. 38).

2.3.4 Faresignaler som må tas på alvor

Like viktig som det er for ambulanspersonellet å være bevisst på egen kommunikasjon, er det å ta inn over seg det som formidles av pasienten man forsøker å samhandle med. Det er nødvendig å kunne fange opp tidlige indikasjoner på at pasienten vil kunne bli voldelig, slik at man enten kan forsøke å bremse eskaleringen eller trekke seg ut av situasjonen (Arbeidstilsynet, 2017, s. 25). Eksempler på slike indikasjoner er bruk av trakasserende og aggressivt språk eller kroppsspråk, samt formidling av konkrete trusler om vold. Begge deler defineres som negativt ladd kommunikasjon der hensikten er å skremme, såre eller ydmyke. Bruk av slik kommunikasjon kan føre til endret syn på ambulanspersonellet som et likeverdig menneske og på den måten gjøre det enklere å påføre skade (Bråten, 2011, s. 57). Et aggressivt kroppsspråk benyttes til å formidle at man er klar til kamp, det kan dreie seg om langvarig øyekontakt, raske bevegelser, knyttede never og sammenbiting av tenner. Samtidig er det sentralt å vurdere pasientens blick og ansiktsuttrykk; Fremstår ansiktsuttrykket aggressivt eller vennlig? Er pupillene store? Har pasienten unormal blickkontakt? Store pupiller kan indikere påvirkning av sentralstimulerende rusmidler og høyt stressnivå, og unormal blickkontakt kan tyde på høyt angstnivå (Bråten, 2011, s. 63). I disse situasjonene foreligger det klare indikasjoner på at fysisk voldsutøvelse er nært forestående (Bråten, 2011, s. 57).

2.3.5 Under konfliktsituasjonen

I truende og usikre situasjoner vil de aller fleste bli redde, helsepersonell inkludert (Ilnér, 2012, s. 168). Det som derimot skiller helsepersonell fra andre profesjoner er at evnen til å tilkjempe seg all styrke og ro selv om stressnivået er høyt, kan være avgjørende. Det kan på mange måter sammenlignes med skuespill, der man inntar en annen rolle (Ilnér, 2012, s. 168). Evnen til dette avhenger i stor grad av mengden trening på forhånd, som går ut på å lære seg til å gjenkjenne faresituasjoner, unngå uheldige konfrontasjoner og selve konflikthåndteringen (Ilnér, 2012, s. 169).

Det første steget i forsøk på deeskalering bør være å roe ned seg selv, da dette kan ha positiv overføringseffekt på pasienten. I tillegg vil man selv få mer tid til å reflektere over hvordan man ønsker å løse situasjonen (Aasnes & Johansen, 2018, 5. avsn). Det desidert mildeste virkemiddelet i håndtering av en konfliktsituasjon er tilstedeværelse og nonverbal kommunikasjon; blant annet vil det å fremstå vennlig og imøtekommende kunne være med

på å forebygge mange uheldige situasjoner (Bråten, 2011, s. 88). Aktiv lytting i form av for eksempel nikking og bekreftende ordlyder, fremfor forslag til løsninger på problemet (Aasnes & Johansen, 2018, 5. avsn) anses som et godt verktøy i denne sammenhengen (Bråten, 2011, s. 89).

I en aktuell faresituasjon er øyekontakt viktig, men det må gjøres bevisst slik at man ikke blir stirrende (Dix & Mathew, 2001, s. 27). Videre bør kommunikasjon tilpasses pasientens kognitive nivå av forståelse, altså evne til blant annet oppfattelse, resonnering og problemløsning (Teigen & Svartdal, 2018), med fokus på nå- og fremtid. At pasienten føler seg oversett eller krenket kan medføre uheldig eskalering, det er derfor viktig at vedkommende får ytre seg og ikke blir avfeid på en autoritær måte (Ilnér, 2012, s. 169). Ofte sitter pasienten selv på problemløsningen og ønsker anerkjennelse og forståelse (Aasnes & Johansen, 2018, 5. avsn). Når pasienten har delt sin frustrasjon kan det være en aktuell samhandlingsstrategi å utvise forståelse for pasientens subjektive opplevelse, om det så er reelt eller ei. Følelsen av å bli hørt kan motvirke den eventuelle avmaktfølelsen som lå til grunn for sinnet i utgangspunktet (Aasnes & Johansen, 2018, 6. avsn). Det er samtidig viktig å finne en god balanse i samhandlingen, slik at man verken fremstår dominant (Aasnes & Johansen, 2018, 7. avsn) eller at man nedtoner egen autoritet. En slik nedtoning kan være uheldig, da man ved å benytte mer hverdagslig og uformelt språk kan åpne for aggresjon hos personen man forholder seg til (Bråten, 2011, s. 114).

I noen situasjoner er dessverre ikke evne til god kommunikasjon alene tilstrekkelig i konfliktsituasjoner. Møter med personer påvirket av alkohol, narkotika og psykiske lidelser kan være krevende. Å forholde seg til personer som ikke vil ha øyekontakt eller som oppfører seg irrasjonelt kan medføre et høyt stressnivå og medvirke til å forverre situasjonen ytterligere. I takt med et økende stressnivå, vil evnen til hensiktsmessig atferd reduseres. Å motvirke dette forutsetter god mental forberedelse og økt kunnskap (Bråten, 2011, s. 124).

Fysisk avstand til pasienten avhenger naturligvis av person og situasjon og krever individuell vurdering og tilpasning. Det aller viktigste er at man holder en avstand som både ivaretar egen sikkerhet og pasientens intimsone (Aasnes & Johansen, 2018, 8. avsn). Bråten (2011, s. 125) nevner fire ulike perspektiver på avstand som kan være nyttig i en konfliktsituasjon: Intim (0 til 0,5 m), Personlig (0,5 til 1 m), Sosial (1 til 4 m) og Offentlig (4 til 8 m). Videre

anbefales det at man ved et høyt konfliktnivå og fare for eskalering benytter en offentlig avstand til trusselen man står overfor. Dette på bakgrunn av fluktmuligheter dersom situasjonen utarter seg, både for pasient og personell. Å være bevisst på egen plassering regnes som en enkel del av forebyggingen (Bråten, 2011, s. 62). I tillegg kan det i noen situasjoner være gunstig å engasjere personer pasienten har et godt og tillitsfullt forhold til, enten pårørende, venner eller annet helsepersonell dersom det er mulig (Ilnér, 2012, s. 169). *“Om ikke situasjonen kontrolleres, kan den forbedres. Det gjelder å vinne tid, til det hele roer seg ned, eller hjelp kommer til”* (Aasnes & Johansen, 2018, 1. avsn.). Dersom det ansees nødvendig med ekstra sikkerhet bør politiet tilkalles (Ilnér, 2012, s. 168). Det gjelder å kunne stole på seg selv og egne vurderinger (Bråten, 2011, s. 61). Hvis man befinner seg i en direkte truende situasjon, uten åpenbar fluktmulighet og behov for umiddelbar assistanse, er det nødvendig å benytte seg av sikkerhetsalarmen på radioterminalen (Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap [dsb], 2017, s. 23-24). Ved å holde knappen inne et par sekunder vil det sendes en alarm til en forhåndsdefinert talegruppe, i denne sammenhengen AMK. Prosedyrer for håndtering av slike situasjoner vil dermed iverksettes (dsb, 2017, Sikkerhetsalarm).

På lik linje med bruk av sikkerhetsalarm på radioterminalen, kan det i noen tilfeller være at situasjonen er så opphetet at det er nødvendig å gripe inn for å hindre at pasienten skader seg selv eller andre. Ambulansepersonellet vil i forbindelse med dette ha Straffelovens §17 og 18 i sin favør. Med straffelovens §17 (2005) om nødrett menes retten til å begå lovbrudd på bekostning av en annens rett for å berge seg selv eller andre ut av en nødsituasjon (Elden, 2017, 1. avsn.). En forutsetning for at dette skal kunne forsvares er at man *midlertidig* ser et behov for å overvinne en krise, altså at det foreligger en uventet og truende hendelse. Bestemmelsen kan med andre ord ikke benyttes i tilfeller som er kjente eller repeterende, disse situasjonene skal møtes på andre vis (Molven, 2016, s. 129). Videre sier Straffelovens §18 (2005) om nødverge blant annet at en handling som ellers ville vært straffbar, er lovlig når den blir foretatt for å avverge et ulovlig angrep og ikke går lengre enn nødvendig. Dette innebærer at man er nødt til å veie virkemidlene som benyttes opp mot angrepets art (Elden, 2017, 2. avsn.). Kort fortalt kan man si at nødrett og nødverge i praksis kan benyttes i situasjoner der det finnes viktigere verdier som kan reddes ved bruk av tvang enn de som risikerer å krenkes ved bruken (Molven, 2016, s. 128).

2.4 Veiledere og prosedyrer i ambulansetjenesten

I den prehospitale tjenesten finnes det i dag ulike former for verktøy og prosedyrer, avhengig av helseforetak. Vi ønsker å presentere et utvalg av sikkerhetsmanualer og tiltak som brukes eller har vært utprøvd i ambulansetjenesten i forbindelse med redusering av vold og trusler.

2.4.1 ESPA - egensikkerhet og prehospital aggresjonsforståelse

ESPA er en sikkerhetsmanual spesielt utviklet for prehospitale tjenester, der overordnet mål er å gi ambulanspersonell et godt redskap for å ivareta egen sikkerhet i arbeidshverdagen. Dette verktøyet skal kunne bidra til å redusere behovet for politibistand, øke pasientsikkerheten, optimalisere behandlingstilbudet for psykiatriske pasienter utenfor sykehus og redusere trusler og vold mot personalet. ESPA er utviklet av Jarle Lexau, som har 24 års erfaring innen akuttpsykiatrien, herunder 10 år som seksjonsleder for Psykiatrisk ambulanse i Helse-Bergen. Manualen er også benyttet i andre deler av landet og ved lanseringsdato nevnes Haugesund, Narvik, Tromsø og Østfold. Hvor utbredt bruken er per dags dato nevnes ikke. ESPA tar for seg både sentrale faktorer som kan virke forebyggende i arbeidet mot trusler og vold, men også forhandlingsteknikker og fysiske tiltak som kan benyttes dersom det blir aktuelt. I tillegg inkluderes regelverk og etikk (Lexau, 2017)

2.4.2 SIPA - Sikkerhet på arbeidsplassen

SIPA er et opplæringsprogram som er spesielt utviklet for og i samarbeid med ambulansetjenesten i Oslo og Akershus, av det private selskapet Verge. Hensikten med opplæringsprogrammet er å øke kunnskapen om kommunikasjon, juridiske forhold, risikoforståelse og veilede i håndtering av utfordrende atferd. Opplæringen er praktisk og har fokus på operative forhold, og har som mål å skape økt trygghet og bevissthet om emnet (Verge, u.å).

2.4.3 Psykiatriambulanse

Konseptet «psykiatriambulanse» ble først etablert i Bergen i 2005, senere også i Stavanger og utprøvd i helseforetaket Vestre-viken. Den er bemannet med en ambulansarbeider og to personer med psykiatrisk kompetanse. Grunnen til at det er tre personer på bilen er for å kunne hindre og stoppe utagering i en nødsituasjon. Hensikten med psykiatriambulansen er å legge til rette for et transporttilbud for psykisk syke preget av respekt, likeverd og økt faglighet. Tilbudet skal sørge for redusert behov for politibistand og dermed bidra til mindre

stigmatisering og kriminalisering. Ved siden av psykiatri-opdragene, tar denne ambulansen også for seg somatiske oppdrag når den har kapasitet (NOU 2015: 17, s. 155).

2.5 Relevante verktøy fra andre tjenester

Det er blitt utviklet en hel del forskjellige skåringslister for å kunne forutsi voldsatferd. Vi begrenser oss til å beskrive fire av disse som brukes i Norge, primært innen psykiatrien, men som kan tenkes å ha en overføringsverdi til prehospitale tjenester.

2.5.1 Brøset Violence checklist (BVC)

Brøset Violence checklist er et verktøy for vurdering av muligheten for nært forestående vold. Dette er en sjekklister som er utviklet ved Brøset, en avdeling under St. Olavs Hospital i Trondheim. I utgangspunktet er den utviklet for psykiatrien og består av 6-punkter som kan medvirke til å forutsi voldelig atferd, og på denne måten forhindre eller forebygge eskalering (Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri [SIFER], 2016).

Sjekklisten består av følgende punkter; forvirring, irritabilitet, høylytt atferd, verbale trusler, fysiske trusler og slag/spark mot gjenstander. Sannsynligheten for utagering øker i takt med antall symptomer. Hvis total skår er 0 foreligger det liten fare. En skår på 1-2 kan tolkes som at sjansen for utagering og vold er moderat, og preventive forholdsregler *bør* tas. En skår over 2 øker sannsynligheten for vold eller utagering betraktelig, noe som betyr at preventive forholdsregler *skal* tas og planer for håndtering av situasjon skal legges (Helsebiblioteket, 2013). Selve skåringsskjemaet er lagt til som vedlegg 8.3.1.

2.5.2 V-RISK-10

V-RISK-10 er en forkortelse av Voldsrisiko sjekklister-10. Dette er en 10-ledds sjekklister som tar utgangspunkt i historiske og kliniske variabler. Sjekklisten er utarbeidet primært for bruk i allmenn- og akuttpsykiatrien (Kompetansesenter for sikkerhets- fengsels- og rettspsykiatri [SIFER], 2015). De ulike momentene som inngår i V-RISK-10 er som følger: tidligere eller aktuell vold, trusler, rusmisbruk, alvorlig psykisk lidelse, personlighetsforstyrrelse, urealistisk planlegging, manglende selvinnsikt og empati, samt fremtidige stresspåvirkninger. (SIFER, 2015, Skjema med skåringinstruksjoner). Selve sjekklisten er lagt til som vedlegg 8.3.2.

2.5.3 SOAS-RE

The Staff Observation Aggression Scale – Revised – Emergency primary care (SOAS-RE), er kjent som et skåringsverktøy for aggresjon og voldshendelser. Skjemaet har også en skala, der utsatt personell kan gi en poengskår fra 1-10 om hvor ubehagelig de opplevde hendelsen. SOAS-RE ble utviklet som et forskningsprosjekt til bruk på utvalgte legevakter i Norge. Dette for å kartlegge forekomsten av vold mot leger, samt hvilke andre profesjoner som var spesielt utsatt i perioden 1993-2014. SOAS-RE er en revidert og tilpasset versjon av den originale SOAS-R som er et validert registreringsskjema spesielt utviklet for registrering av voldelig og aggressiv atferd i psykiatrien (Uni Research Helse (UNI), 2015, 4. avsn.). Skåringsverktøyet ligger som vedlegg 8.3.3.

2.5.4 Trafikklysmodellen

Trafikklysmodellen er utviklet med hovedfokus på forebygging og deeskalering. Grønt lys representerer sinne, gult lys aggresjon, og rødt lys for vold. I tillegg til dette kartlegges konteksten, konsekvenser for de involverte og håndteringstiltak i form av grensesetting, utløse sikkerhetsalarm eller tilkalle politi etc. Hensikten av håndteringstiltakene er å hindre fysisk utagering, og følgelig redusere risikoen for traumatisering og skadepotensiale (Alfarnes, et al. 2015). Modellen ligger som vedlegg 8.3.4.

3.0 METODE

Metode defineres som en fremgangsmåte eller et middel for problemløsning og tilegning av ny kunnskap (Dalland, 2017, s. 51). Rett valg av metode vil være viktig for å kunne gi oss riktig hjelp til å innhente den informasjonen vi trenger til oppgaven vår. Retningslinjer for bacheloroppgaven ved OsloMet gir oss to valg av metoder; litteraturstudie eller prosjektbeskrivelse. Det er først og fremst valget av kilder som avgjør hvilken metode man velger (Dalland, 2017, s. 207). I en litteraturstudie innhentes data fra eksisterende teori, kunnskap og forskning (Dalland, 2017, s. 207). Vi har via et systematisk litteratursøk i ulike databaser og med utvalgte søkeord funnet relevante studier til vår problemstilling, og har derfor valgt litteraturstudie som metode. Det er også blitt gjennomført en kritisk vurdering av studiene som er benyttet i denne oppgaven basert på Helsebiblioteket (2016) sitt utvalg av sjekklister.

3.1 Litteratursøk

Vi har primært søkt etter systematiske oversikter og artikler i databasene Epistemonikos, MedLine, PsychINFO og Cinahl. Søkedatabasene er store innenfor sykepleie og helserettede linjer, og disse har vi tilgang til via OsloMet. For å forenkle søkeprosessen er et PIO-skjema satt opp med MeSH-ord (Medical Subject Headings). MeSH-termene er funnet ved bruk av MeSH søkemotoren på <http://mesh.uia.no/>.

Da vi hadde bestemt oss for søkeord, gjenstod prosessen med å kombinere disse for å finne relevant litteratur. Såkalte boolske operatører; OG/AND, ELLER/OR eller IKKE/NOT benyttes i denne delen, og kan brukes for å kombinere ord i de fleste databaser. Ord kombinert med OG/AND vil kun gi resultater på litteratur som omhandler alle inkluderte ord, og det omtales derfor videre som et "smalt søk". Bruk av ELLER/OR for å kombinere ord vil resultere i treff på litteratur som omhandler både ett-, flere eller alle de inkluderte søkeordene, og er dermed hensiktsmessig å benytte for å ikke gå glipp av relevant litteratur. Å kombinere søkeord med IKKE/NOT kan utelate svært mange treff da alle artikler som inneholder et bestemt ord ikke vil vises (Søk og skriv, 2018, 3. avsn.), og vi har dermed ikke benyttet sistnevnte i vårt litteratursøk.

Systematiske oversikter angående forekomst av trusler og vold mot ambulanspersonell kunne vi enkelt finne ved å gjøre smale søk. Det var derimot vanskeligere å få gode resultater på søk angående risikovurdering og tiltak mot vold og trusler prehospitalt. På grunn av dette fikk vi hjelp av bibliotekar for å finne artikler. Det var en tidkrevende prosess som krevde mange søk og utprøving av søkeord og kombinasjoner. Kun søk som ga treff til artiklene vi har tatt med i oppgaven er nevnt og begrunnet nedenfor.

3.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier i søkestrategien

Artikler som er skrevet på andre språk enn engelsk eller nordisk (herunder dansk, svensk og norsk) ble ekskludert. Vi leste overskrifter og abstrakter, og ekskluderte artikler som ikke var relevante i forhold problemstillingen. I utgangspunktet hadde vi ingen avgrensning til årstall for publisering, men etter anbefaling fra bibliotekar ble to søk foretatt med dette. Først avgrenset vi søket til å omhandle ambulanspersonell prehospitalt, men da det viste seg å gi få treff, inkluderte vi også studier som omhandlet sykepleiere i akuttmottak.

3.1.2 PICO-skjema og søkemetodikk

For at et litteratursøk skal gi best mulig resultater bør informasjonsbehovet være så presist som mulig. Som en hjelp til dette anbefales det at rammeverket PICO benyttes, et verktøy for strukturert og hensiktsmessig oppdeling av spørsmål (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012, s. 33). Hver bokstav betegner elementer som er svært relevant for spørsmålsoppbyggingen (Helsebiblioteket, 2016, 2. avsn); **P**atient/**P**roblem, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome. Spørsmål trenger ikke nødvendigvis å inkludere alle disse elementene (Nortvedt et al. 2012, s. 33). Vi har etter anbefaling fra bibliotekar utarbeidet et PIO-skjema, da vi ikke skal sammenligne to intervensjoner, og for å gjøre det enklest mulig for oss selv. (PIO-skjemaet er lagt som vedlegg 8.1)

Søkeprosessen bestod av følgende:

Søk 1:

P	Paramedic	OR	AND	
	Emergency personnel			
	Prehospital			
	Emergency medical technicians			
	Emergency medical service personnel			
I	Violence	OR		AND
	Threat			
	Challenge			
	Injury			
	Risk			

Dette søket ble gjort i PsychINFO (2019, 27. Mars). Et bredt søk resulterte i 3878 artikler. Etter anbefaling fra bibliotekar begrenset vi søket til publiseringsår 2017- i dag for å snevre inn til et overkommelig antall abstrakter å lese gjennom. Nytt resultat ble dermed 424, og vi er klar over at begrensningen kan ha gjort at vi har gått glipp av andre relevante artikler. Vi leste 250 av overskriftene, der fem abstrakter ble lest gjennom grunnet relevans. Videre ble tre av disse artiklene lest i fulltekst etter vurdering av abstrakt. Vi endte til slutt opp med én artikkel fra dette søket.

1. **“Emergency Medical Service Personnel’s Risk From Violence While Serving the Community”** (Maguire, B. J. & O’Neill, B. J., 2017)

Søk 2:

P	Paramedic	OR	AND
	Emergency medical service*		
	Ambulance*		
	Psychiatry*		
	Mental disorder*		
+	Violence	OR	
	Threat		

Dette søket ble foretatt i databasen Epistemonikos (2019, 27. Mars). Vi begrenset søket til systematiske oversikter og fikk dermed 18 treff, hvorav to var aktuelle etter å ha lest abstraktene. Vi inkluderte Psychiatry* og Mental disorder* i søket selv om vi i utgangspunktet ikke hadde noen intensjon om å fokusere spesifikt på denne pasientgruppen. Resultatet ga oss to gode og relevante artikler, selv om vi i etterkant ser at søket kunne vært forenklet.

1. **“A systematic Literature Review: Workplace Violence Against Emergency Medical Services Personnel”** (Pourshaikhian, M., Gorji, H. A., Aryankhesal, A., Kharasani-Zavareh, D. & Barati, A., 2016)
2. **“Violence against emergency medical services personnel: A systematic review of the literature”** (Maguire, B. J., O`Meara, P., O`Neill, B. J. & Brightwell, R., 2018)

Søk 3:

I	Conflict (as keyword)		AND
O	De-escalation (as keyword)		

Dette søket ble gjort i Cinahl (2019, 10. April). Her søkte vi for å finne litteratur på risikovurdering og teknikker for konflikthåndtering. Etter gjentatte forsøk på ulike ordkombinasjoner fikk vi til slutt opp treff på disse søkeordene. Resultatet av søket ble 30 artikkeltreff. Etter begrensning til systematiske oversikter og tekst på engelsk kom det opp en artikkel vi anså som relevant.

1. **“Zero tolerance: A policy in conflict with current opinion on aggression and violence management in health care”** (Wand, T. C. & Coulson, K., 2006)

Søk 4:

I	Aggression (as keyword)		AND
O	Behavior control (as keyword)		
+	“Risk management”		

Dette søket ble foretatt i MedLine (10.april.19). Søket resulterte i to artikler, hvorav én ble inkludert etter relevanse og kvalitetsvurdering.

1. **“Quality Improvement Project to Manage Workplace Violence in Hospitals: Lessons learned”** (Schwartz, F. & Bjørklund, P., 2018)

Søk 5:

P	Prehospital	OR	AND
	Paramedic		
	Emergency medic*		
I	“Intervention strategies”		

+	Violent	OR	
	Violence		
	Threat*		

Dette søket ble foretatt i Epistemonikos (10.april. 19). Søket ble begrenset til publikasjon innen de siste 10 årene og ga 16 treff. Etter å ha lest overskrifter og abstrakter ble én artikkel inkludert på bakgrunn av relevans og kvalitet.

1. **“The effectiveness of interventions in the prevention and management of aggressive behaviors in patients admitted to an acute hospital setting: a systematic review.”** (Kynoch, K., Wu, C. & Chang, A. M., 2009)

3.2 Litteraturgjennomgang

Vi har inkludert seks artikler i oppgaven. Der tre regnes som systematiske oversikter og tre er enkeltstudier. Alle inkluderte artikler ligger beskrevet i en vedlagt litteraturmatrikse (punkt 8.2.). Denne tar for seg følgende punkter for hver enkelt artikkel; hensikten med studien, metode, utvalg av populasjon, hovedfunn/resultater og kvalitetsvurdering. En systematisk oversikt har sammenlignet et bredt utvalg enkeltstudier og ut i fra resultatene fra hver enkelt studie har de kommet frem til en konklusjon.

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk har to sider. Den ene siden dreier seg om å finne riktig litteratur som belyser vår problemstilling best mulig, og den andre omhandler å redegjøre for litteraturen vi har valgt å inkludere (Dalland, 2017, s. 152). Hensikten med å redegjøre for dette er at leseren skal kunne ta del i våre refleksjoner rundt valg av litteratur, dens troverdighet og relevans ut fra den valgte problemstillingen (Dalland, 2017, s. 158). Inkluderte artikler vurderes i henhold til relevans, etter inklusjons- og eksklusjonskriterier, og basert på deres metodedel. Ved å gjøre dette finner vi ut av påliteligheten av resultatene og dermed om de er til å stole på. Inkluderte artikler er studert nøye og lest gjennom gjentatte ganger. De er i tillegg kritisk vurdert etter

kunnskapssenteret sine sjekklister (Helsebiblioteket, 2016), som er et hjelpemiddel for å kvalitetssikre forskningslitteratur.

3.3.1 Etiske overveielser

Dalland (2018) skriver at *“etiske overveielser handler om mer enn å følge regler”*. Videre skriver han at enten det gjelder deltagelse i et forskningsprosjekt eller en bacheloroppgave, så må man tenke gjennom hvilke etiske utfordringer arbeidet kan medføre. Vi har tatt stilling til dette i utvelgelsen av artikler. Blant annet kan det tolkes som at spørreundersøkelser var frivillig og anonymt å besvare, både inklusjons- og eksklusjonskriterier er tatt med i artiklene, og som regel måtte pasienten være over 18 år.

Artikkelen det er mest relevant å dra inn i forbindelse med etiske aspekter er artikkelen om nulltoleranse av Wand & Coulson (2006). De nevner blant annet at utviklerne ytrer seg paradoxalt. Det uttrykkes både at pasienter med somatisk sykdom er fritatt fra nulltoleransekonseptet, men samtidig at nulltoleranse for vold og trusler skal utvises uansett. På den positive siden baserer de inkluderte artiklene seg minimalt på intervensjoner og belyser heller teori og statistikk som allerede foreligger. Vi anser det derfor som liten bekymring at noen vil komme til skade på bakgrunn av studiene som er gjennomført.

4.0 RESULTAT

Vi har inkludert seks artikler som tar for seg forekomst av vold og trusler mot ambulanspersonell samt risikovurdering og tiltak. Et gjennomgående resultat viser at trusler og vold mot ambulanspersonell er utbredt. Det er også entydig enighet i at forekomsten er høyere enn først antatt, og at det er en sannsynlighet for mørketall. Artiklene viser også til at trusler og vold kan gi konsekvenser blant ansatte både i form av fysiske og psykiske plager. Det krever derfor et tettere samarbeid mellom ambulans- og akuttmedisinsk personell og administrasjon for å få kartlagt forekomst, samt utarbeide og teste tiltak for å redusere risikoen for trusler og vold. Nedenfor presenteres resultatene fra hver enkelt artikkel.

4.1 Presentasjon av resultater

Maguire et. al. *“Violence against emergency medical services personnel: A systematic review of the literature”* (2017) Australia.

Artikkelen er en systematisk oversikt og inkluderer 25 studier fra ni ulike land, henholdsvis USA, Australia, Sverige, Canada, Spania, Polen, Iran, India og Tyrkia. Artikler som omhandler vold mot ambulanspersonell, og er utgitt i fulltekst på engelsk ble inkludert. De artiklene som også tok for seg andre nødetater som politi og brannvesen, samt piloter i luftambulansen ble ekskludert. Hensikten med artikkelen var å systematisere nåværende litteratur knyttet til vold mot ambulanspersonell og videre danne et grunnlag for fremtidige intervensjonsstudier. Det konkluderes med at det er bevis på vold mot ambulanspersonell, og at det er kreves et godt samarbeid mellom administrasjon og personell for å dokumentere omfanget av problemet. Dette vil videre kunne bidra til utvikling av tiltak for å redusere risikoen for vold. Problemstillingen kommer tydelig frem og studiedesignet er pålitelig. Studien dekker et bredt utvalgt da artiklene er fra 9 ulike land og resultatene kan implementeres til norsk praksis. Det må likevel tas i betraktning at det er mulighet for kulturelle forskjeller (spesielt Tyrkia, India, Iran).

Pourshaikhian et. al. *“A Systematic Literature Review: Workplace Violence Against Emergency Medical Services Personnel”* (2016) Iran.

Den systematiske oversikten baserte seg på totalt 23 studier, der forskning relatert til vold mot ambulanspersonell som var publisert i en troverdig kilde innenfor de siste 25 årene ble

inkludert. Artikler som ikke var utgitt i fulltekst eller skrevet på engelsk eller persisk ble ekskludert. Hensikten med oversiktsartikkelen var å bistå i utviklingen av retningslinjer for å redusere vold mot ambulanspersonell i arbeidssammenheng, og ut i fra funn i tidligere studier finne karakteristikken på problemet. Den konkluderer med at verbal og fysisk vold mot ambulanspersonell er utbredt og viser til et behov for å utbedre retningslinjer og prosedyrer da de fleste studiene viser til skade på personellet, både fysisk og psykisk. Oversikten viser dermed også til en økonomisk ulempe, da dette pålegger de ansatte utgifter i forbindelse med medisinsk eller psykologisk oppfølging. Resultatene er troverdige og basert på relevante artikler, men implementeringen til norsk praksis kan være utfordrende ettersom innhentet materiale kan være skrevet på persisk, og vi må være oppmerksomme på kulturforskjeller og eventuelt skille når det gjelder arbeidsmiljø.

Kynoch et. al. *“The effectiveness of interventions on the prevention and management of aggressive behaviours in patients admitted to an acute hospital setting: a systematic review”* (2009) Australia.

Dette er en systematisk oversikt over 12 artikler og 1 avhandling, der motivet var å samle litteratur som evaluerte effektiviteten av tiltak og intervensjoner i forebygging og håndtering av aggressive pasienter inne på sykehus. Artikkelen dreide seg om både verbale og nonverbale trusler, psykisk vold, truende atferd og overfall. Dersom pasientene var under 18 år eller under behandling for psykiske lidelser ble de ekskludert. Hensikten med studien var å etablere et forskningsgrunnlag, da søk etter systematiske oversikter som vurderte strategier for å håndtere aggressiv eller voldelig atferd ga dårlige resultater. Resultatene viser til signifikante fordeler med utdanning og opplæring av akuttmedisinsk og psykiatrisk personell. Ulike teknikker for aggresjonshåndtering ble testet. Konkrete tiltak som musikkterapi og fysisk begrensning viste seg å spille en positiv rolle i håndteringen av aggressiv eller voldelig atferd, men dette må forskes videre på. Resultatene vurderes som troverdige, men vi tar i vår oppgave forbehold om at denne artikkelen baserer seg på et inhospitalt miljø.

Maguire & O`Neil. *“Emergency Medical Service Personnel`s Risk From Violence While Serving the Community”* (2017) USA.

Artikkelen er en statistisk analyse hvor hensikten var å fastslå risikoen for voldsrelaterte skader blant ambulanspersonell i USA. Totalt ble 1630 yrkesskader analysert.

Statistikken er innhentet fra US Bureau of Labor Statistics i tidsrommet 2012 til 2015.

Rapportene måtte inkludere ambulanspersonell utsatt for vold og andre type skader påført av mennesker primært, men også dyr. Resultatet viser at 77% av skadene var påført av pasienter, og at den vanligste formen for skade var muskel-, skjelett og leddskader. Resultatet viste også til at kvinnelig ambulanspersonell kunne være mer utsatt for voldsrelaterte skader med tanke på kjønnsfordelingen i yrket. Omtrent en tredjedel av tilfellene ble klassifisert som forsettlig. Forskjellen i risiko for kvinner indikerer også at enkelte inngrep må være demografisk spesifikke. Resultatene er basert på analyse av et bredt utvalg statistikk. Populasjonen dekker derimot ikke et bredt spekter av nasjonaliteter ettersom det kun er hentet fra USA. Oversikten tar også i mindre grad for seg skader påført av dyr, noe som avviker fra vår problemstilling.

Schwartz & Bjorklund *“Quality Improvement Project to Manage Workplace Violence in Hospitals: Lessons learned”* (2018) USA.

Dette er en kvantitativ enkeltstudie, der hensikten var å legge til rette for, og gjennomføre et opplæringsprogram i voldshåndtering for å beskytte akuttmedisinsk personell mot vold fra pasienter og deres pårørende. Programmet ble utviklet basert på “Occupational Safety and Health Administration” sine anbefalinger, og inkluderte både teori og simulering.

93 av 117 sykepleiere ved et sykehus deltok i opplæringen. Yrkesgruppene som ikke hadde daglig omsorg for pasientene ble ekskludert, herunder også sikkerhetsvakter. Deltakerne i studien hadde liten eller ingen trening relatert til voldsforebygging eller -håndtering i forkant. Effekten av studien ble målt ved besvarelser på et spørreskjema i for- og etterkant av programmet, der blant annet SOAS-R ble benyttet for å innhente data. Resultatene viste en tendens til økt kunnskap om deeskalering og risikovurdering i etterkant av opplæringsprogrammet. Data innhentet via SOAS-R var på en annen side ikke nok til å trekke en konklusjon rundt sammenhengen mellom opplæring, trening og forekomsten av vold og trusler. SOAS-R viste seg likevel som et et godt verktøy i forhold til hendelsesrapportering. Resultatene er troverdige, og kan implementeres til norsk praksis. Prosjektet er foretatt inne på sykehus, men kan tenkes å ha en overføringsverdi til prehospitaltjenester.

Wand & Coulson. *“Zero tolerance: A policy in conflict with current opinion on aggression and violence management in health care”* (2006) Australia.

Dette er en litteraturgjennomgang med hensikt å undersøke effekten av nulltoleranse for vold og trusler i arbeidssammenheng. Konseptet ble først innført i USA, og senere adoptert av Australia. Primært inkluderte prosjektet akuttmedisinsk personell i akuttmottak, og til en viss grad personell innen psykiatriske avdelinger, men nøyaktige tall på hvor mange ansatte og hvilke sykehus det gjaldt nevnes ikke. Forfatterne diskuterer ulike risikofaktorer for voldsutøvelse og strategier for håndteringen av aggressive pasienter. Resultatet viser at det foreligger lite bevis på at en nulltoleranse faktisk bidrar til å forhindre trusler og vold, det legges derimot større vekt på at det kan virke mot sin hensikt. Det konkluderes med at det beste tiltaket i reduseringen av trussel- og voldshendelser handler om å bygge gode relasjoner. De viser videre til at det er viktig å ha gode kommunikasjonsferdigheter og forhandlingsstrategier, og at ferdighetstrening og eventuell opplæring i selvforsvar kan gi et godt utgangspunkt. Studiens design er ikke optimal, da verken inklusjons- og eksklusjonskriterier eller antall studier og litteratur ikke gjøres godt nok rede for. Resultatene gir derimot gode og relevante svar på vår problemstilling og er overførbar til norsk praksis, noe som er årsaken til at denne artikkelen er inkludert i vår oppgave.

5.0 DISKUSJON

Diskusjonsdelen vil være todelt. Her vil vi diskutere bruken av metode i oppgaven, samt resultatene sett sammen med et teoretisk grunnlag.

5.1 Diskusjon av metode

5.1.1 Litteraturstudie versus prosjektbeskrivelse

Kriteriene for oppgavebesvarelsen stod mellom en litteraturstudie eller en prosjektbeskrivelse. Vi ønsker å belyse forekomsten av trusler og vold mot ambulanspersonell samt se på ulike tiltak og prosedyrer som allerede finnes, derfor falt valget på en litteraturstudie. I etterkant av arbeidet med oppgaven ser vi at det kan være behov for utarbeiding av en prosjektbeskrivelse som et forløp til en eventuell studie, hvor konkrete prosedyrer utarbeides og der effekten av disse undersøkes.

5.1.2 Valg av databaser, søkeprosessen og MeSH

Det finnes et stort antall søkedatabaser, og vi kunne sikkert benyttet andre eller flere. Men som vi har nevnt tidligere benyttet vi databasene epistemonikos, cinahl, MedLine og PsychINFO. Disse databasene ble valgt ut i fra hva vi har tilgang til fra OsloMet, samt at de er store databaser for helsefakultetet. Vi fikk hjelp av bibliotekar ved helsefagbiblioteket OsloMet som foretok søk i andre databaser enn de vi har brukt, uten noen relevante treff, og anser dermed søket som godt. Vi prøvde å kombinere ulike MeSH-ord og foretok både smale og brede søk. Vi tar høyde for at MeSH-ordene (henviser til PIO-tabell) kunne hatt flere alternativer og andre ord som kunne ha truffet bedre, men ut fra nettsiden for MeSH-ord var det disse som dukket opp. Som noen av søkene også demonstrerer, er det i tillegg benyttet “keywords” der de utvalgte ordene ikke eksisterer som MeSH-ord.

5.1.3 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Ekskludering av studier som ikke var oversatt til engelsk eller nordisk språk kan ha ført til et snevert utvalg, noe som kan være uheldig for resultatet i denne oppgaven da andre steder i verden kan ha fått andre utfall i sine studier. Flere av studiene omhandlet voldsforekomst og -reduserende tiltak inne på sykehus, noe som kan ha hatt innvirkning på resultatene i henhold til vår problemstilling hvor vi ville se på ambulanspersonell utenfor sykehus primært. Vi

hadde ikke som utgangspunkt å avgrense til publiseringsår, men da noen søk førte til store treff, begrenset vi med publiseringsår for å gjøre søket smalere. Ved å gjøre dette kan vi ha mistet noen gode artikler på veien, men vi velger å tro at de nyeste oversiktsartiklene har tatt hensyn til eldre resultater.

5.2 Diskusjon av resultatene

5.2.1 Vold er en del av den prehospitale hverdagen

Ambulansepersonell er utsatt for trusler og vold. Dette viser tre av de inkluderte studiene, hvorav to er systematiske oversikter som inkluderer totalt 48 studier fra ulike land (Maguire et. al., 2017)(Pourshaikhian et. al., 2016). Den tredje regnes som en statistisk analyse (Maguire & O`Neil, 2017), og viser til 1630 registrerte voldsrelaterte hendelser blant ambulansepersonell over en treårs periode, noe som er urovekkende. Det er mye som kan tyde på at Norge også har de samme tendensene. I en spørreundersøkelse blant ansatte i ambulansetjenesten ved Oslo universitetssykehus i 2013, ble det beskrevet 250 hendelser innenfor en ettårsperiode, samtidig som det i løpet av en toårsperiode bare var registrert 61 episoder i bedriftens avvikssystem (Ambulanseforum, 2013, 2. avsn.). Med utgangspunkt i dette kan det være grunn til å tro at det foreligger store mørketall.

5.2.2 Hendelsesrapportering og risikovurdering

Som vi har sett finnes flere ulike verktøy for hendelsesrapportering og risikovurdering, men de færreste er utviklet for prehospitalt bruk. Det er ikke alltid lett å vite hva den konkrete årsaken til pasientenes sinne er, men kunnskap vedrørende faktorene som driver pasientens oppførsel og handlinger vil være til god hjelp. Som Bourne (2013, 23. September) nevner er aggresjonsteorier som allerede er utarbeidet for omfattende og har heller ikke nok fokus på teknikker som kan benyttes umiddelbart. Han mener derfor at disse har minimal overføringsverdi til prehospitalt tjenester. På bakgrunn av dette utarbeidet han "The Instant Aggression Model". Den tar for seg ulike typer aggresjon, der pasientens motiv er grunnsteinen. Ambulansepersonellens evne å fange opp motivet bak aggresjonen, vil kunne spille en sentral rolle i valg av håndteringsmetode. Ved å sette seg inn i denne modellen mener Bourne at ambulansepersonell vil kunne føle seg bedre forberedt og forhåpentligvis øke sjansene for å kunne avverge farlige situasjoner.

Som et verktøy for hendelsesrapportering har SOAS-RE vært utprøvd på enkelte legevakter. Det vi vil vite er om dette er et verktøy som har overføringsverdi til ambulansetjenesten. SOAS-RE viser sine fordeler med at den er presist utviklet for trussel og voldshendelser, den er kort, lett å fylle inn, og gir det involverte personellet muligheten til å oppgi i hvilken grad hendelsen opplevdes som alvorlig og hva de sitter igjen med av følelser. På denne måten er det også lettere å følge opp de ansatte som opplevde hendelsen som ubehagelig (Morken, T. et al., 2018, s.6). I følge Schwartz & Bjorklund (2018) kan SOAS-R regnes som et verdifullt verktøy for innhenting av data basert på hyppighet og alvorlighetsgrad, der de konkluderer med at dette burde være mer utbredt og foreslår at det burde innføres som et standard rapporteringsverktøy.

Som et annet hjelpemiddel for å vurdere risiko for nært forestående vold, kan Brøset Violence Checklist tenkes å være et alternativ. Dette er et godt validert skåringsverktøy som blant annet benyttes innen psykisk helsevern og rettsvesen, samt fengsel og kriminalomsorgen (Helsebiblioteket, 2013). Modellen kan ligne litt på en type kurveføring som skal gjentas flere ganger for å se om det er endring i pasientens sinnstilstand. Fordelen med modellen er at den er enkel å bruke og forstå, men det kan tenkes at denne er mer til hjelp for å se utvikling over lengre tid. Det kan tenkes at en forenklet modell tilpasset prehospitalt bruk, kunne blitt benyttet som et skåringsverktøy ved ankomst hos pasienten, samt for registrering av eventuelle endringer underveis. BVC anbefales blant annet i ESPA som et risikovurderingsskjema. Sjekklisten er nok relevant for kartleggingen av risiko, men i likhet med SOAS-RE anbefales det ingen tiltak som kan iverksettes dersom det foreligger en forhøyet voldsrisiko.

V-RISK-10 er i likhet med BVC utarbeidet primært for bruk i allmenn- og akuttpsykiatrien, og er i stor grad mulig å benytte uten særlig opplæring (Kompetansesenter for sikkerhetsfengsels- og rettspsykiatri [SIFER], 2015). I motsetning til BVC vil man ikke få noen tallfestet skår å forholde seg til og arbeide etter. Den baserer seg i større grad på summen av klinisk vurdering og supplerende informasjon, i tillegg til resultatet som kan tolkes ut i fra sjekklisten (SIFER, 2015, Skjema med skåringsinstruksjoner).

En bedre veileder for prehospital bruk, kan da tenkes å være den litt mindre kjente Trafikklysmodellen, da denne er mer konkret i henhold til konflikthåndteringen. Den viser

aggresjonsnivået og dens dynamiske aspekt, konsekvenser for offeret og nødvendige tiltak (Alfarnes, S.A. et al, 2015).

Det kan se ut til at er det mange som er opptatt av å kunne forutsi voldelig atferd, og det eksisterer en god del litteratur og forskning på området. Ut i fra dette har alle disse ulike sjekklister dukket opp. Det kan diskuteres i hvilken grad sjekklister er relevante for prehospitalt bruk. Det kunne være interessant å videreutvikle noen av de mest kjente voldsrisiko-verktøyene til prehospitalt bruk for å deretter vurdere effekten.

Et annet spørsmål angående sjekklister til bruk i risikovurdering er om de kan gjøre like mye skade som nytte, med tanke på pasientbehandling og sikkerhetsaspektet. Å basere risikovurderingen på en sjekklister vil kunne gi konsekvenser i form av at ambulanspersonellet iverksetter tiltak ut fra en forventet risiko, og dermed forsømmer de relasjonelle faktorene og det gode kliniske blikket (Lillevik, 2009, 5. avsn.). Dette understøtter Lars Fr.H Svendsen hvor han skriver i sin artikkel "Patologisering av menneskelivet" (2006, s. 137.) at mennesker som blir klassifisert, kan bli påvirket av klassifiseringen. Det kan være uheldig å møte pasienten med forventningen om at vedkommende er farlig, da det fra stigmatisering og fratatt integritet kan være en kort vei til en selvoppfyllende profeti (Lillevik, 2009, 5. avsn.).

5.2.3 Forebygging og konflikthåndtering

Forebygging handler om bevissthet, kunnskap og trening rundt risikovurdering og -håndtering. Basert på egne erfaringer fra praksis og teoretisk kunnskap, er god kommunikasjon med pasient og pårørende det beste tilgjengelige hjelpemiddelet vi har i konflikthåndteringen. At man ikke følger en bestemt oppskrift for hvordan man skal løse en konflikt ved bruk av kommunikasjon, er helt naturlig. Personell, pasienter og situasjoner er forskjellige og kommunikasjonen må tilpasses deretter. Imidlertid er hensikten med kommunikasjon som hjelpemiddel å ha en bevissthet rundt bruken av den, da dette kan føre til påvirkning av situasjonen og relasjonen i ønsket retning (Bråten, 2015).

Som kollegaer i fartøyet, kan det være hensiktsmessig å snakke sammen på vei til oppdraget og avtale tegn internt som kan benyttes for å markere en truende situasjon. Kunnskap om voldsrisikovurdering, samt en prosedyre for hva som skal tas i betraktning ved en slik vurdering bør foreligge. Som nevnt tidligere i oppgaven finnes det interne veiledere og ulike

kurs for håndtering av aggressive og voldelige pasienter i ambulansetjenesten i Norge. Blant disse er ESPA og SIPA. ESPA baserer seg i størst grad på teoretisk veiledning spesielt utviklet for ambulansetjenesten, der det oppfordres videre til utvikling av kurs internt i de ulike tjenestene. Den er utviklet som et forslag til praktisk tilnærming i møtet med mennesker som befinner seg i vanskelige og sårbare livssituasjoner. SIPA er et lignende konsept, utviklet spesielt for Oslo universitetssykehus, som i større grad baserer seg på praktisk opplæring. Fellestrekket til veilederne er at de ser på momenter i henhold til risikovurdering og håndtering av trusler og vold. Det kan likevel se ut til at håndfaste prosedyrer både for kartlegging og risikovurdering, samt tiltak i forhold til trusler og vold i ambulansetjenesten er mangelfullt.

Utdanning og opplæring i teknikker for håndtering av aggresjon og deeskalering øker sikkerheten for helsepersonell i arbeid. Det viser den systematiske oversikten av Kynoch et al. (2009). Enkeltstudien til Schwartz & Bjørklund (2018) viser samme resultater som den overnevnte systematiske oversikten; kunnskap om deeskalerings teknikker økte basert på et opplæringsprogram, som igjen førte til mer effektiv risikovurdering. Halliwell & Ryan (2011) viser også til en annen metode som har vist seg å være effektiv i forebygging av vold og trusler; kombinasjonen av e-læringskurs og praktisk trening i etterkant. Prosjektet angående nulltoleranse for vold mot helsepersonell av Wand & Coulson (2006) viser at det å ha en absolutt nulltoleranse for trusler og vold, kan virke mot sin hensikt. Blant annet er det mangelfulle bevis på at nulltoleranse fungerer, i tillegg til at det kan bidra å øke aggresjonsproblematikken ved å legge skyld over på pasienten, samt oppfordre til lavere toleranse fra helsepersonell. Videre kan et slikt konsept undertrykke pasientens rett til å uttrykke reell misnøye på en eventuell dårlig behandling, og på den måten øke spenningen mellom personell og pasient. Artikkelen belyser samtidig viktigheten av konkrete og praktiske retningslinjer og protokoller for håndteringen av vold og trusler innenfor helsesektoren. De konkluderer med at kommunikasjon, forhandlingsstrategier, ferdighetstrening og opplæring er helt essensielt.

Psykiatriambulanse og politibistand er også relevant i forebyggingen og håndteringen av trusler og vold. Psykiatriambulansen er bemannet med personell som innehar psykiatrisk kompetanse, og som nevnt i teoridelen er personer med psykiatiske lidelser en risikofaktor for trussel og voldsutøvelse. Personellet på psykiatriambulansen har dermed bedre

forutsetninger for å håndtere denne pasientgruppen ved at de har en mer gjennomtenkt holdning til regelverk og bruk av tvang, samt mer erfaring. Tilstrekkelig opplæring, kunnskap og erfaring i psykiatrisk sykdom, fører til at de ansatte hos Psykiatrisk Ambulanse i Bergen tør å dra ut på oppdrag alene (Politiforum, 2010). Politi er likevel en ressurs ambulanspersonell samt psykiatriambulansen kan benytte seg av dersom de skulle føle å ikke strekke til med bruk av kommunikasjon og andre verktøy i konflikthåndteringen, eller at situasjonen blir farlig for personell eller pasienten selv. I en øyeblikkelig-hjelp situasjon må ambulanspersonellet forsøke å håndtere situasjonen, men samtidig innhente bistand fra politiet så fort som mulig (Politiforum, 2010).

Psykiatriambulanse og politibistand kan derfor se ut til å være den enkle og mest gunstige løsningen i forebyggingen av trusler og vold mot ambulanspersonell. På en annen side vil psykiatriambulansene være mest relevant for store byer, noe som fører til at ikke alle pasientene vil få det samme tilbudet. I tillegg risikerer ambulanspersonell å miste kompetansen og treningen innenfor det psykiatriske feltet, da mengdetreningen vil gå tapt. Dette kan igjen føre til økt usikkerhet rundt håndteringen av psykiatriske pasienter og eventuell utagering. Videre vil etterspørsel av politibistand kunne hindre politiet i å utføre andre arbeidsoppgaver.

5.2.4 Eskalerende situasjoner

Det kan se ut til at forskerne er enige om at kommunikasjon er det beste "våpenet" i en eskalerende situasjon og det foretrekkes dermed som førstevalg (Hallet & Dickens, 2017). Samtidig vil dette kunne kompliseres, da noen pasienter er i en tilstand hvor de er utilgjengelige for informasjon og kommunikasjon, eksempelvis ved psykoser eller rusmiddelpåvirkning. På bakgrunn av dette er spørsmålet hvilke alternativer som gjenstår dersom kommunikasjon alene ikke er nok. Burde vi ha fysiske hjelpemidler som stikk- eller skuddsikre vester, pepperspray eller annet beskyttelsesutstyr? En svensk artikkel nevner at ambulanspersonell bør utrustes med skuddsikker vest og kroppskamera for å redusere usikkerhetsmomentet rundt ivaretagelse av egen sikkerhet (Omni, 2018, 31. Mars). Problemet oppstår i det øyeblikket dette blir et faktum, da utstyret kan fungere som en falsk trygghet, fremprovosere voldelig atferd og bidra til økte forventninger fra samfunnet om at ambulanspersonell skal utsette seg for farligere situasjoner (Ambulanseforum, 2014). Karl Söllvander, ambulansesykepleier og verneombud for Vårdforbundet, nevnes i samme artikkel publisert i Omni, som en motstander til dette. Han sier at det ikke er behov for skuddsikker

vest da ambulanspersonell ikke skal trenge å gå inn i situasjoner der slikt beskyttelsesutstyr er nødvendig, ettersom dette er en politioppgave (Ambulanseforum, 2018).

Casen beskrevet innledningsvis var svært ubehagelig, og en situasjon man helst vil unngå. Å innse at man ikke har noe å beskytte seg med, og heller ikke vite hvordan man skal ty til selvforsvar kan tyde på at det finnes svakheter rundt opplæring i risikovurdering og at det mangler prosedyrer. På en annen side vil utvikling av konkrete prosedyrer være vanskelig, da slike hendelser kan skje hvor og når som helst med hvem som helst. Ambulansepersonellens radioterminal har som nevnt en sikkerhetsalarm som kan utløses ved å holde inn en knapp i noen sekunder, der AMK reagerer ved å tilkalle politibistand. Problemet er at dette alene ikke nødvendigvis kan forhindre uheldige konsekvenser. For det første er det ingen garanti for at politiet befinner seg rett i nærheten, og for det andre så er det stor forskjell på tilgjengelige ressurser mellom by og distrikt. En kollega i tjenesten har en gang erfart å måtte vente i to timer fra vedkommende trykket på knappen til politiet kom. Kan det da i noen situasjoner regnes som en falsk trygghet?

«Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» (Helsepersonelloven, 1999, §4). Dette er hentet som et utdrag fra Helsepersonellovens §4 om forsvarlighet. I vårt case-tilfelle vil situasjonen derimot by på utfordringer angående å etterkomme kravet om å yte omsorgsfull hjelp, da ambulanspersonellet har begrensede handlingsmuligheter. I en situasjon med eskalerende konfliktnivå hvor man ikke har noen mulighet til å flykte, kan derimot Straffelovens §18 (2005) om nødverge benyttes. I dette tilfellet forelå det ingen mulighet til å komme seg ut av leiligheten og denne paragrafen er derfor svært relevant, så lenge det ikke går lengre enn det som anses nødvendig. Samtidig er nødverge “kun” en lov, og terskelen for å ty til fysisk motstand kan hos mange være høy. I samme situasjon settes ambulanspersonellens rett til å avverge fare opp mot pasient- og brukerrettighetslovens §2-1b (1999) om pasientens rett til nødvendig hjelp fra spesialisthelsetjenesten.

6.0 KONKLUSJON

Vi har gjennom oppgaven studert forekomsten av vold og trusler mot ambulanspersonell, og våre artikkel- og kildesøk viser at problematikken er utbredt, både i Norge og internasjonalt. De fleste artiklene legger vekt på at opplæringen som allerede foreligger har forbedringspotensiale, da personellet opplever det som utilstrekkelig. Et gjennomgående resultat er at man kan komme langt i forebyggingen og håndteringen av konflikter med gode kommunikasjonsferdigheter, samt tilegning av kunnskap slik at man evner å fange opp tidlige indikatorer på at situasjonen kan eskalere.

Vi har presentert et utvalg av dagens verktøy og teknikker, både som benyttes prehospitalt og inne på sykehus. Internt i ambulansetjenesten er det utarbeidet opplæringsmoduler og veiledere, og det eksisterer relevante sjekklister innen psykiatrien for å vurdere voldsrisiko. Sjekklister viser seg å være et nyttig verktøy, men det er viktig at det ikke trekkes konklusjoner ut fra disse som kan føre til uberettigede reaksjoner for pasient. Med disse forutsetningene mener vi at sjekklister bør videreutvikles og tilpasses til prehospital risikovurdering. Overraskende nok er det lite litteratur som viser til konkrete beskyttelsesutstyr til prehospitalt bruk og effekten av disse, men trening og opplæring viser til en positiv effekt. Vi vet at blant annet stikksikker vest benyttes i noen deler av verden, og at det er diskutert. Igjen er det økt kunnskap om kommunikasjon som går igjen som det beste “verktøyet” i møte med truende, utagerende og voldelige pasienter.

Resultater fra inkluderte artikler tyder på at det trengs ytterligere forskning. Det kunne være interessant å videreutvikle noen av de mest kjente voldsrisiko-verktøyene vi har beskrevet til prehospital bruk. En tanke og oppfordring for fremtiden er å kartlegge behovet for verneutstyr, revidere, kvalitetssikre og utvikle prosedyrer, samt å måle effekten av eventuelle nye tiltak som blir iverksatt for å redusere trusler og vold i ambulansetjenesten.

7.0 LITTERATURLISTE

Alfarnes, S. A., Bygdås, T. M., Wiik, L., Brække, A., Nguyen, L., Bjørnstad, M. & Haug, D. E. (2016, 24. April). Forebygg trusler og vold mot ansatte i psykisk helsevern. Hentet fra <https://psykologisk.no/2015/06/forebygging-av-trusler-og-vold-mot-ansatte-i-psykisk-helsevern/>

Ambulanseforum. (2014, 26. November). Ambulanspersonell kan få vernevest. Hentet fra <https://ambulanseforum.no/2014/11/26/ambulanspersonell-kan-fa-vernevest/>

Ambulanseforum. (2018, 3. April). Moderaterna i Sverige vil gi ambulanspersonell skuddsikre vester. Hentet fra <https://ambulanseforum.no/2018/04/03/moderaterna-i-sverige-vil-gi-ambulanspersonell-skuddsikre-vester/>

Ambulanseforum. (2013, 7. August). Tøff tjeneste i Tigerstaden. Hentet fra <https://ambulanseforum.no/2013/08/07/toff-tjeneste-i-tigerstaden/>

Arbeidsmiljøloven. (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (LOV-2005-06-17-62). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2

Arbeidstilsynet. (2017). Vold og trusler i forbindelse med arbeidet – forebygging, håndtering og oppfølging (2. utg.). (Best.nr. 597). Hentet fra https://www.fagakademiet.no/media/1415/597_vold_og_trusler_i_forbindelse_med_arbeidet.pdf

Aasnes, M. & Johansen, J. (2018, 2. Januar). Hvordan unngå vold? *Sykepleien*. doi: 10.4220/Sykepleiens.2016.59083

Bourne, I. (2013, 29. September). Violence in the workplace: implementing the Instant Aggression Model. *Journal of Paramedic Practice*, 5(9), 508-513. <https://doi.org/10.12968/jpar.2013.5.9.508>

Boyle, M., Koritsas, S., Coles, J. & Stanley, J. (2007, November). A pilot study of workplace violence towards paramedics. *Emergency Medical Journal*, 24(11), 760-763. doi: [10.1136/emj.2007.046789](https://doi.org/10.1136/emj.2007.046789)

Bråten, O. A. (2015). *Håndbok i konflikthåndtering: forebygging av trakassering, trusler og vold* (1. utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Delta. (2016, 11. Oktober). Vold og trusler mot ambulanspersonell – et økende problem. Hentet fra delta.no/ambulanse/vold-og-trusler-mot-ambulanspersonell--et-okende-problem

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. (2017, September). Nødnett i bruk (versjon 1.1). Hentet fra <http://xn--ndnett-bya.no/globalassets/nodnett-i-bruk.pdf>

Dix, R. & Page, M. J. (2001). De-escalation. I M. D. Beer, S. M. Pereira & C. Paton (Red.), *Psychiatric Intensive Care* (2. utg.). (24-31). London: Greenwich Medical Media

Elden, J. C. (2017, 12. Juli). Nødrett. *I Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/n%C3%B8drett>

Elden, J. C. (2017, 1. August). Nødverge. *I Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/n%C3%B8dverge>

Gundersen, D. (2019, 8. Januar). Dynamisk. *I Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/dynamisk>

Gundersen, D. (2019, 15. Januar). Heterogen. *I Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/heterogen>

Hallet, N. & Dickens, G. L. (2017, 2. Juli). De-escalation of aggressive behaviour in healthcare settings: Concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 75, 10-20. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.07.003>

Halliwell, D. & Ryan, E. (2011, 7. Oktober). Blended learning: conflict resolution training for ambulance first responders. *Journal of Paramedic Practice*, 3(10), 580-584.

<https://doi.org/10.12968/jpar.2011.3.10.580>

Helsebiblioteket. (2013, 12. Februar). BVC brukerveiledning. Hentet fra

<https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/aktuelt/slik-bruker-du-broset-violence-checklist-bvc>

Helsebiblioteket. (2016, 3. Juni). PICO. Hentet fra

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Helsebiblioteket. (2016, 3. Juni). Sjekklist. Hentet fra

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

Helsedirektoratet. (2017). *Kartlegging av vold mot helsepersonell og medpasienter* (Rapport IS-2618). Oslo: Direktoratet

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>

Iner, S. O. (2012). *Akutt psykiatri* (1. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. (2016, 24. Oktober). Brøset

Violence Checklist (BVC). Hentet fra <http://sifer.no/verktoy/detalj/brset-violence-checklist-bvc>

Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. (2015, 11. Februar). V-RISK-

10 - voldsrisikovurdering. Hentet fra <http://sifer.no/verktoy/detalj/v-risk-10-voldsrisiko-sjekkliste-10-voldsrisikovurdering>

Konflikt – psykologi. (2018, 20. Februar). *I Store norske leksikon*. Hentet fra

https://snl.no/konflikt_-_psykologi

Kynoch, K., Wu, C-J. J. & Chang, A. M. (2009). The effectiveness of interventions in the prevention and management of aggressive behaviours in patients admitted to an acute hospital setting: a systematic review. *JBIC Library of Systematic Reviews*, 7(6), 175–233. doi: [10.11124/jbisrir-2009-187](https://doi.org/10.11124/jbisrir-2009-187)

Lexau, J. (2017, 27. Januar). *ESPA: egensikkerhet og prehospital aggresjonsforståelse - en fag-veileder for prehospitaltjenester*. Tilsendt av Stasjonsleder på Fredrikstad ambulansestasjon.

Lillevik, O. G. (2009). Tiltak mot trusler og vold. *Sykepleien*. doi: [10.4220/sykepleiens.2009.0047](https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2009.0047)

Maguire, B. J. & O'Neill, B. J. (2017, 1. November). Emergency Medical Service Personnel's Risk From Violence While Serving the Community. *American Journal of Public Health*, 107(11), 1770-1775. DOI: [10.2105/AJPH.2017.303989](https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.303989)

Maguire, B. J., O'Meara, P., O'Neill, B. J. & Richard, R. (2018). Violence against emergency medical services personnel: A systematic review of the literature. *American Journal of Industrial Medicine*, 61(2), 167-180. <https://doi.org/10.1002/ajim.22797>

Malt, U. (2016). Kroppsspråk. I *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/kroppsspr%C3%A5k>

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

Morken, T., Baste, V., Johnsen, G., Rypdal, K., Palmstierna, T. & Johansen, I. (2018, 8. Mai). The Staff Observation Aggression Scale - Revised (SOAS-R) - Adjustment and validation for emergency primary health care. *BMC Health Services Research*, 18, 335, 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3157-z>

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (u.å). Risikofaktorer for utøvelse av vold blant voksne. Hentet 2. Mai 2019 fra

<https://voldsveileder.nkvts.no/blog/innhold/risikofaktorer-og-tegn/risikofaktorer-voksne/#intro>

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert - en arbeidsbok* (2. utg). Oslo: Akribe As

Norsk sykepleierforbund. (2009). Trusler og vold på arbeidsplassen - veileder. Hentet fra [https://www.nsf.no/Content/283916/Korrekturlest%20utgave%20%20Trusler%20og%20vold%20Veileder%2025%20sept%202009%20\(2\).pdf](https://www.nsf.no/Content/283916/Korrekturlest%20utgave%20%20Trusler%20og%20vold%20Veileder%2025%20sept%202009%20(2).pdf)

NOU 2010: 3. (2010). *Drap i Norge i perioden 2004 - 2009*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/6f5ab604e1394eabb8dc07b56d128bf1/no/pdfs/nou201020100003000dddpdfs.pdf>

NOU 2015: 17. (2015). *Først og fremst - et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/477c27aa89d645e09ece350eaf93fedf/no/pdfs/nou201520150017000dddpdfs.pdf>

Omni. (2018, 31. Mars). M vill ge ambulanspersonal skottsakra västar. Hentet fra <https://omni.se/m-vill-ge-ambulanspersonal-skottsakra-vastar/a/ddpRzJ>

Orgeret, K. S. (2018, 13. Desember). Kildekritikk. *I Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/kildekritikk>

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

Pourshaikhian, M., Gorji, H. A., Aryankhesal, A., Kharasani-Zavareh, D. & Barati, A. (2016, 23. Januar). A Systematic Literature Review: Workplace Violence Against Emergency Medical Services Personnel. *Archives of Trauma research*, 5(1). doi: [10.5812/atr.28734](https://doi.org/10.5812/atr.28734)

Schwartz, F. & Bjorklund, P. (2019) Quality Improvement Project to Manage Workplace Violence in Hospitals: Lessons learned. *Journal of Nursing Care Quality*, 34(2), 114–120. doi: 10.1097/NCQ.0000000000000358

Sollied, T. E. (2017). SIPA- Sikkerhet i prehospitalt arbeid. Hentet 7. Mai 2019 fra <https://ambulansforum.no/wp-content/uploads/2017/09/SIPA.pdf>

Straffeloven. (2005). Lov om straff (LOV-2005-05-20-28). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28>

Svartdal, F. (2016, 6. Desember). Aggresjon. *I Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/aggresjon>

Svartdal, F. (2018, 10. Desember). Nonverbal kommunikasjon. *I Store norske leksikon*. Hentet fra https://snl.no/nonverbal_kommunikasjon

Svartdal, F. (2019, 21. februar). Stereotypi. *I store norske leksikon*. Hentet fra https://snl.no/stereotypi_-_psykologi

Svendsen, L. Fr. H. (2006). Patologiseringen av menneskelivet. *Samtiden*, 1(115), 131-139. Hentet fra https://www.idunn.no/samtiden/2006/01/patologiseringen_av_menneskelivet_c

Søk og skriv. (2018, 16. Januar). Søketeknikker. Hentet fra <https://sokogskriv.no/soking/soketeknikker/>

Teigen, K. H. & Svartdal, F. (2018, 9. September). Kognitiv psykologi. *I Store norske leksikon*. Hentet fra https://snl.no/kognitiv_psykologi

Uni Researh Helse. (2015, 1. desember). Vold mot helsepersonell. Hentet fra <http://uni.no/nb/uni-helse/nasjonalt-kompetansesenter-for-legevaktmedisin/vold-mot-helsepersonell/>

Politiforum. (2010, 15. juni). Suksess med psykiatriambulanse. Hentet fra

<https://www.politiforum.no/artikler/suksess-med-psykiatriambulanse/383740>

Verge Opplæring AS. (u.å). Sikkerhet i prehospitalt arbeid (SIPA). Hentet 19. Mai 2019 fra <https://www.verge.no/kurs/107/6777>

Wand, T. C. & Coulson, K. (2006, 26. Juli). Zero tolerance: A policy in conflict with current opinion on aggression and violence management in health care. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 9,(4), 163-170. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2006.07.002>

8.0 VEDLEGG

8.1 PIO-skjema

P	Prehospital	OR	AND
	Paramedic		
	Emergency medic*		
	Emergency service		
	Out of hospital		
	Psychiatry		
	Mentally ill		
I	Conflict management	OR	AND
	Conflict resolution		
	Preven*		
	Management		
	Security measures		
	Risk management		
	Risk factors		
	Intervention strategies		
O	Increased safety	OR	AND
	Safety		
	Improving		
+	Exposure to violence	OR	AND
	Threat		
	Violence		
	Aggressive behavior		
	Assault		
	Aggression		
	Workplace violence		
	Conflict		

8.2 Artikkelmatrise

Violence against emergency medical services personnel: A systematic review of the literature	
Maguire, B. J., O`Meara, P., O`Neill, B. J. & Brightwell, R.	
2017, WILEY, AUSTRALIA	
Hensikt	Systematisere nåværende litteratur om vold mot ambulansepersonell og bygge et grunnlag for fremtidige intervensjonsstudier.
Metode	En systematisk oversikt, der 25 studier fra ni ulike land (USA, Australia, Sverige, Canada, Spania, Polen, Iran, India og Tyrkia) ble plukket ut i henhold til inklusjonskriterier. Litteraturen er fra 2000-2016 og er hentet fra Medline, CINAHL, Scopus og PubMed.
Utvalg/populasjon	Artikler med abstrakt og full tekst utgitt på engelsk ble inkludert. Disse skulle primært omhandle vold mot ambulansepersonell, herunder sivile og militære ambulanse offiserer, ambulansesarbeidere, paramedics, ambulansesykepleiere, mobile intensivsykepleiere og grund- og luftambulanse. Artikler som omhandlet andre nødetater som politi eller brannvesen, samt pilotene i luftambulansen ble ekskludert.
Hovedfunn/resultater	Denne systematiske oversikten understreker i flere artikler at det er bevis på vold mot ambulansepersonell. Den fremhever behovet for at ambulansepersonell og administrasjon må samarbeide med undersøkelser for å dokumentere omfanget av problemet for helseforetaket. Dette vil bidra til utvikling av tiltak for å redusere risikoen for vold mot ambulansepersonell.
Kvalitetsvurdering	Problemstillingen kommer tydelig frem og studiedesignet er pålitelig. Resultatene er troverdige og basert på relevante artikler som er plukket ut etter PRISMA-P sjekklister. Studien dekker et bredt utvalg da artiklene er fra 9 ulike land og kan implementeres til norsk praksis, selv om det må tas i betraktning at det kan foreligge kulturforskjeller.

A Systematic Literature Review: Workplace Violence Against Emergency Medical Services Personnel

Pourshaikhian, M., Gorji, H. A., Aryankhesal, A., Kharasani-Zavareh, D. & Barati, A.

2016, Archives of Trauma Research, IRAN

Hensikt med studie	Bistå i utviklingen av retningslinjer for å redusere vold i arbeidssammenheng for ambulanspersonell og finne karakteristikken og funnene i tidligere studier.
Metode	Systematisk oversikt der 23 studier på engelsk eller persisk ble inkludert. Hentet fra PubMed, Scopus, Google Scholar og Magiran.
Utvalg/populasjon	Forskning publisert i troverdige kilder, relatert til vold mot ambulanspersonell og studier innenfor de siste 25 årene ble inkludert. Artikler med manglende tilgang til fulltekst og der det ikke var mulig å søke etter referanser/resultater fra tidligere ble ekskludert.
Hovedfunn/resultater	Oversikten viser til at vold mot ambulanspersonell er utbredt og at det er varierende grad av både verbal og fysisk vold. De fleste studiene indikerer at denne høye forekomsten fører til skade på personellet, både fysisk og psykisk. Dette medfører i flere tilfeller et behov for psykologisk/medisinsk oppfølging som pålegger de ansatte utgifter, og viser dermed til behov for bedre vurderinger og løsninger.
Kvalitetsvurdering	Problemstillingen kommer tydelig frem og studiedesignet er pålitelig. Resultatene er troverdige og basert på relevante artikler som er plukket ut etter "Guide to evaluation of prevalence studies" sjekklister. Implementering av resultatene til norsk praksis kan være utfordrende, ettersom innhentede materiale er persisk, og vi må være oppmerksomme på kulturforskjeller og ulike arbeidsmiljøer..

The effectiveness of interventions in the prevention and management of aggressive behaviours in patients admitted to an acute hospital setting: a systematic review

Kynoch, K., Chung-Jung & Chang, A. M.

2009, JBI Library of Systematic Reviews, AUSTRALIA

Hensikt med studie	Etablere et forskningsgrunnlag, da søk etter systematiske oversikter som vurderte strategier for å håndtere aggressiv og/eller voldelig atferd ikke ga noen resultater.
Metode	Dette er en systematisk oversikt som tar for seg 12 artikler og en avhandling fra 1990-2007. Den inkluderte litteraturen er hentet fra databasene MEDLINE, CINAHL, PsycINFO, PubMed, Health source, Web of science, EMBASE, the Cochrane library og Database of abstracts of review (DARE)
Utvalg/populasjon	Oversikten tok for seg engelske studier som evaluerte effektiviteten av intervensjoner i forebygging og håndtering av aggressive pasienter på sykehus. Inklusjonskriteriene dreide seg om utøvelse av volds eller truende atferd utført av voksne pasienter, altså personer over 18 år. Artikler som tok for seg pasienter under 18 år eller tilfeller der utøveren er til behandling/utredelse for psykiske lidelser ble ekskludert.
Hovedfunn/resultater	Resultatene i artikkelen viser til fordeler med utdanning og opplæring av akuttmedisinsk personell i forbindelse med håndtering av aggressive pasienter. Bruk av medisiner for å minimere skade på pasienter og ansatte, samt bestemte tiltak som musikkterapi og fysisk begrensning viser også til å spille en positiv rolle i håndteringen. Det konkluderes med at det foreligger et behov for ytterligere forskning for å kunne fastslå
Kvalitetsvurdering	Problemstillingen kommer tydelig frem og studiedesignet er pålitelig. Resultatene er troverdige og basert på relevante artikler. Kan implementeres til norsk praksis, men oversikten baserer seg på inhospitale artikler, og vi må dermed ta hensyn til dette i vår oppgave.

**Emergency Medical Service Personnel`s Risk From Violence While Serving
the Community**

Maguire, B. J. & O`Neill, B. J.

2017, AJPH Research, USA

Hensikt med studie	Fastslå risikoen for volds-relaterte skader blant ambulanspersonell i USA.
Metode	Statistisk analyse. Analysert 1630 rapporterte yrkesrelaterte voldsskader. Statistikk fra 2012 til 2015. USA Hentet fra US Bureau of Labor Statistics.
Utvalg/populasjon	Inkluderte statistikk som omhandler ambulanspersonell der både kriteriene vold og andre skader påført av mennesker eller dyr. Både uforsettlige og forsettlige skader ble inkludert.
Hovedfunn/resultat	77% av rapporterte skader var påført av pasienter. Totalt ble det rapportert 1570 fysiske skader, som dreide seg om alt fra små overfladiske sår til muskel-, skjelett- og leddskader. Rett i overkant av en tredjedel av tilfellene ble klassifisert som forsettlig, herunder som følge av spark/slag/dytting. Det foreligger også en kjønnsfordeling, der 1000 av tilfellene gjaldt mannlig- og 630 gjaldt kvinnelig ambulanspersonell. Det nevnes også at kun 33% av hele ambulansetjenesten er kvinner, noe som kan indikere at 630 tilfeller tilsvarer nærmere 100% av totalt antall kvinner enn det de 1000 tilfellene vil gjøre hos menn. Forskjellen i risiko for kvinner indikerer også at enkelte inngrep må være mer demografisk spesifikke. Avslutningsvis anbefaler de videre forskning på temaet med hovedvekt på utarbeiding av konkrete tiltak, samt studier på utprøvingen av disse.
Kvalitetsvurdering	Resultatene er basert på analyse av et bredt utvalg statistikk. Populasjonen dekker derimot ikke et bredt spekter av nasjonaliteter ettersom de kun er hentet fra USA. Oversikten tar også for seg skader påført av dyr, som vi må ta hensyn til ettersom dette avviker fra vår problemstilling. Ut fra sjekklisten for kvalitetsvurdering anser vi denne som middels god da den får trekk for en lite utredet metodedel.

Quality Improvement Project to Manage Workplace Violence in Hospitals: Lessons learned

Schwartz, F. & Bjørklund, P.

2018, Journal of Nursing Care, USA

Hensikt med studie	Hensikten med dette prosjektet var gjennomføre et opplæringsprogram i håndteringen av vold for akuttmedisinsk personell. Dette på bakgrunn av etterspørsel fra ansatte og lite av dette tilgjengelig fra før av, samt den høye risikoen for voldshendelser blant sykepleiere som har daglig omsorg for pasienter og deres pårørende.
Metode	En kvantitativ enkeltstudie gjennomført via spørsmålsbesvarelser i for- og etterkant av teoretisk opplæring og praktisk gjennomføring. Blant annet sjekklisten SOAS-R ble benyttet for innhenting av data.
Utvalg/populasjon	Testet på ansatte ved et utvalgt sykehus med kardiovaskulære og nevrologiske pasienter mellom 18 og 90 år. Interessen gjaldt spesielt overfor sykepleiere, så andre yrkesgrupper på sykehuset ble ekskludert. Totalt 93 deltakere av 117 ansatte. 100% gjennomførte testen i forkant av opplæringen, og kun 86% i etterkant.
Hovedfunn/resultater	Programmet bidro til økt kunnskap om teknikker for deeskalering, samt bedre utgangspunkt til risikovurdering. Samtidig kunne det ikke trekkes en konkret konklusjon på sammenhengen mellom selve opplæringen og forekomsten av trusler/vold. Den tar også for seg at det er behov for ytterligere trenings- og opplæringsmuligheter.
Kvalitetsvurdering	Problemstillingen kommer tydelig frem og studiedesignet er pålitelig. Resultatene er troverdige og tilsvarende prosjekt kan implementeres til norsk praksis. Prosjektet er testet inhospitalt, som vi tar hensyn til i vår oppgave. Vold utført av pårørende avviker også fra vår problemstilling.

Zero tolerance: A policy in conflict with current opinion on aggression and violence management in health care

Wand, T. C. & Coulson, K.

2006, Australasian Emergency Nursing Journal, Australia

Hensikt med studie	Presentasjon av nåværende litteratur og faglig vurdering av nulltoleranse for vold og trusler. Hensikten er å vise til flere sider av et slikt konsept, samt å belyse hensiktsmessige metoder i håndteringen av aggressive og/eller voldelige pasienter.
Metode	Litteraturgjennomgang, med utgangspunkt i publikasjoner, lærebøker laget for sykepleiere/leger og relevante artikler hentet fra databasene CINAHL, MEDLINE og PsychINFO.
Utvalg/populasjon	Artikkelen undersøker litteratur relatert til aggresjon og vold i helsevesenet, spesielt rettet mot akuttmottak. Akuttmedisinsk personell i akuttmottak nevnes primært i, da hovedsakelig sykepleiere, men også personell innen psykiatriske avdelinger er inkludert.
Hovedfunn/resultater	Resultatet viser at det foreligger lite bevis på at en nulltoleranse faktisk bidrar til å forhindre trusler og vold. Det kan derimot se ut til å virke mot sin hensikt, da det blant annet kan bidra til å legge all skyld på pasienten og undertrykke vedkommendes rett til å uttrykke oppriktig misnøye ved behandling. Det kan i tillegg øke frustrasjonen hos pasientene og dermed spenningen mellom pasient og personell. En slik retningslinje vil samtidig kunne redusere klinikerens mulighet til å danne seg egne tolkninger av situasjon og person da det forventes av samfunnet at man handler på en viss måte. De konkluderer med at det beste tiltaket i reduseringen og forebyggingen av trussel- og voldshendelser baserer seg på gode kommunikasjonsferdigheter og eventuell opplæring i selvforsvar.
Kvalitetsvurdering	Problemstillingen kommer tydelig frem og det er plukket ut relevant litteratur for å svare på denne. Inklusjonskriterier/eksklusjonskriterier kommer ikke tydelig frem, og studiedesignet er dermed ikke optimalt. Med hensyn til dette velger vi likevel å ta med artikkelen i oppgaven, ettersom resultatene kan overføres til norsk praksis og gir gode svar på vår problemstilling.

8.3 Sjekklister

8.3.1 Brøset Violence Checklist



Brøset Violence Checklist (BVC[®]); Pasienten skåres ved hvert skift av f.eks primærpleier senest to timer etter starten på skiftet. Se forøvrig veiledning i prosjektmappe. Fravær av symptom/atferd gir 0 poeng, observert endring i eller tilstedeværende atferd skåres med 1 poeng. F.eks er pasienten vanligvis forvirret vil dette gi skåre 0, men øker forvirringen gis skåre 1. Totalskåre (SUM) er summen av en vertikal kolonne.

Pasientdata

Innkomst,dag den / 20	Dag	Kveld	Natt
Forvirret			
Irritabel			
Støyende atferd			
Verbale trusler			
Fysiske trusler			
Slag, spark etc mot gjenstander			
SUM			
Signatur			

Dag ,dag den / 20	Dag	Kveld	Natt
Forvirret			
Irritabel			
Støyende atferd			
Verbale trusler			
Fysiske trusler			
Slag, spark etc mot gjenstander			
SUM			
Signatur			

Dag , dag den / 20	Dag	Kveld	Natt
Forvirret			
Irritabel			
Støyende atferd			
Verbale trusler			
Fysiske trusler			
Slag, spark etc mot gjenstander			
SUM			
Signatur			

Dag ,dag den / 20	Dag	Kveld	Natt
Forvirret			
Irritabel			
Støyende atferd			
Verbale trusler			
Fysiske trusler			
Slag, spark etc mot gjenstander			
SUM			
Signatur			

Dag ,dag den / 20	Dag	Kveld	Natt
Forvirret			
Irritabel			
Støyende atferd			
Verbale trusler			
Fysiske trusler			
Slag, spark etc mot gjenstander			
SUM			
Signatur			

Dag ,dag den / 20	Dag	Kveld	Natt
Forvirret			
Irritabel			
Støyende atferd			
Verbale trusler			
Fysiske trusler			
Slag, spark etc mot gjenstander			
SUM			
Signatur			

Dag ,dag den / 20	Dag	Kveld	Natt
Forvirret			
Irritabel			
Støyende atferd			
Verbale trusler			
Fysiske trusler			
Slag, spark etc. mot gjenstander			
SUM			
Signatur			

8.3.2 V-RISK-10

Voldsrisiko sjekkliste -10 (V-RISK-10)		Inn	<input type="checkbox"/>
Violence risk screening -10 (V-RISK-10)		Ut	<input type="checkbox"/>
		Poliklinikk	<input type="checkbox"/>
Pasientens navn		Fødselsdato	
Kvinne <input type="checkbox"/>	Mann <input type="checkbox"/>	Pasientnummer	
Innlagt dato	Utskrevet dato	Løpenummer	
Utfylt av		Dato	

Skåringsinstruksjon:

Skårer samler informasjon om hver av de ti risikofaktorene i sjekklisten V-RISK-10. Under hvert ledd har vi beskrevet noen eksempler på viktig skåringsinformasjon.

Sett kryss i boksen for å angi grad av sannsynlighet for at risikofaktoren passer for den aktuelle pasienten:

- **Nei:** Passer ikke for denne pasienten
- **Kanskje/ moderat:** Passer kanskje/ tilstede i middels alvorlig grad
- **Ja:** Passer definitivt i alvorlig grad
- **Vet ikke:** Har for lite informasjon til å kunne svare

	Nei	Kanskje/ moderat	Ja	Vet ikke
1. Tidligere og/eller aktuell vold <i>Med alvorlig vold menes fysisk angrep (inkludert med ulike våpen) mot annen person for å påføre alvorlig fysisk skade.</i> Ja: Vedkommende må ha gjort minst 3 moderate voldshandlinger eller 1 alvorlig voldshandling. Moderat eller mindre alvorlige aggresjonshandlinger som spark, slag og dytting som ikke forårsaker alvorlig skade hos offeret skåres Kanskje/moderat .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tidligere og/eller aktuelle trusler (verbale/fysiske) Verbale: Utsagn, rop og lignende som innebærer trussel om å påføre andre personer fysisk skade. Fysiske: Bevegelser og gester som varsler fysisk angrep.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tidligere og/eller aktuelt rusmisbruk <i>Pasienten har en historie med misbruk av alkohol, medikamenter og/eller narkotiske stoff (for eksempel amfetamin, heroin, hasj). Misbruk av løsemidler eller lim skal inkluderes her.</i> For å skåre Ja må pasienten ha og/eller ha hatt omfattende misbruk/avhengighet, med nedsatt funksjon i arbeids-, skole-, helse- og/eller fritidsliv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tidligere og/eller aktuell alvorlig psykisk lidelse <i>Her må en finne ut om pasienten har eller har hatt en psykotisk tilstand (for eksempel schizofreni, paranoid psykose, psykotisk affektiv lidelse). Se ledd 5 for skåring av personlighetsforstyrrelser.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Personlighetsforstyrrelse <i>Aktuelle i denne sammenheng er eksentriske (schizoide, paranoide) og de impulsive og utagerende (emosjonelt ustabile, antisosiale) personlighetsforstyrrelsene.</i>	Nei	Kanskje/ moderat	Ja	Vet ikke
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mangler innsikt i sykdom og/eller atferd <i>Her menes i hvilken grad pasienten mangler innsikt i sin psykiske lidelse, i forhold til evt. behov for medikasjon, sosiale konsekvenser, eller atferd knyttet til sykdom eller personlighetsforstyrrelse.</i>	Nei	Kanskje/ moderat	Ja	Vet ikke
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mistenksomhet <i>Pasienten gir uttrykk for mistenksomhet overfor andre personer enten verbalt eller nonverbalt. Vedkommende ser ut til å være "på vakt" overfor omgivelsene.</i>	Nei	Kanskje/ moderat	Ja	Vet ikke
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Viser manglende innlevelse (empati) <i>Pasienten virker følelseskald og uten innlevelse i andres tankemessige eller følelsesmessige situasjon.</i>	Nei	Kanskje/ moderat	Ja	Vet ikke
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Urealistisk planlegging <i>Her måles i hvilken grad pasienten selv har urealistiske planer for fremtiden (i eller utenfor døgnavdeling). Er for eksempel pasienten selv realistisk i forhold til hva han/hun kan vente av støtte fra familie og av profesjonelt og sosialt nettverk? Det er viktig å vurdere om pasienten er samarbeidsvillig og motivert når det gjelder å følge planene videre.</i>	Nei	Kanskje/ moderat	Ja	Vet ikke
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Fremtidige stress-situasjoner <i>Her vurderes muligheten for at pasienten kan bli utsatt for påkjenninger og belastende situasjoner i fremtiden, og hans/hennes evne til stressmestring. Eksempler (i og utenfor døgnavdeling): Mestringssvikt overfor grensesetting, nærhet til mulige voldsofre, rusing, bostedsløshet, opphold i voldelig miljø, nær tilgang til våpen etc.</i>	Nei	Kanskje/ moderat	Ja	Vet ikke
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Samlet klinisk vurdering

Basert på klinisk skjønn, annen tilgjengelig informasjon og sjekklisten:

Hvor stor tror du voldsrisikoen er for denne pasienten? *(sett kryss i en av boksene)*

LAV	MODERAT	HØY
------------	----------------	------------

Forslag etter samlet klinisk vurdering

(sett kryss i aktuelle bokser)

IKKE MER INNGÅENDE VOLDSRISIKOVURDERING	MER INNGÅENDE VOLDSRISIKOVURDERING
--	---

IVERKSETTELSE AV FOREBYGGENDE TILTAK

Begrunnelser føres inn i journal og/eller epikrise

8.3.3 SOAS-RE

SOAS-RE

The Staff Observation Aggression Scale – Revised – Emergency primary care

Skjemaet fylles ut av personalet som har blitt utsatt for aggressiv atferd definert som: verbal, ikke-verbal og fysisk atferd som var truende (mot en selv, andre, gjenstander), eller fysisk atferd som førte til skade (mot en selv, andre, gjenstander).

1. Når skjedde hendelsen?

Dato (dd/mm 20åå)
..... / 20.....
Klokken (tt:mm)

2. Hvor skjedde hendelsen?

På legevakt
På telefon
På hjemmebesøk
Annet

3. Person utsatt for hendelse:

Alder

Yrke

Kjønn: Kvinne Mann

4. Var du alene i situasjonen?

Ja Nei

5. Utøver av aggressiv atferd:

Hvem: Pasient Pårørende Annet

Kjønn: Kvinne Mann

6. Har utøver en kjent psykisk lidelse?

Ja Nei Vet ikke

7. Var utøver ruset?

Ja Nei Vet ikke

Sett kryss for minst ett alternativ i hver kolonne

Utløsende faktor for aggressiv atferd	Hva brukte utøver	Mål for aggresjon	Umiddelbar konsekvens for offer	Umiddelbart tiltak for å stoppe aggresjon	Personer involvert i tiltak for å stoppe aggresjon
Tilsynelatende ingen utløsende faktor <input type="checkbox"/>	Verbal utskjelling <input type="checkbox"/>	Ingen <input type="checkbox"/>	Ingen <input type="checkbox"/>	Ingen <input type="checkbox"/>	Lege <input type="checkbox"/>
Utløst av:	Trussel <input type="checkbox"/>	Ting/inventar/utstyr <input type="checkbox"/>	Gjenstander	Snakket med personen <input type="checkbox"/>	Sykepleier <input type="checkbox"/>
At personen må vente <input type="checkbox"/>	Gjenstander	Lege <input type="checkbox"/>	Skadet <input type="checkbox"/>	Tok personen til side <input type="checkbox"/>	Ambulansepersonell <input type="checkbox"/>
At personen nektes noe <input type="checkbox"/>	Inventar/utstyr <input type="checkbox"/>	Sykepleier <input type="checkbox"/>	Personer	Trakk seg ut av situasjonen/ avsluttet telefonsamtale <input type="checkbox"/>	Sikkerhetsvakt <input type="checkbox"/>
At personen er uenig i vurdering/råd <input type="checkbox"/>	Kroppsdeler	Ambulansepersonell <input type="checkbox"/>	Psykologisk/ emosjonelt stress <input type="checkbox"/>	Etterkom personens ønske <input type="checkbox"/>	Politi <input type="checkbox"/>
Ufrivillig vurdering av helsetilstand <input type="checkbox"/>	Hånd <input type="checkbox"/>	Sikkerhetsvakt <input type="checkbox"/>	Opplevde sin egen sikkerhet truet <input type="checkbox"/>	Ba personen om å gå fra legevakten <input type="checkbox"/>	Andre pasienter <input type="checkbox"/>
Annet, beskriv: <input type="checkbox"/>	Fot <input type="checkbox"/>	Politi <input type="checkbox"/>	Smerte <input type="checkbox"/>	Fjernnet personen med makt <input type="checkbox"/>	Pårørende <input type="checkbox"/>
	Annet, beskriv: <input type="checkbox"/>	Andre pasienter <input type="checkbox"/>	Synlig skade <input type="checkbox"/>	Fastholding <input type="checkbox"/>	Andre, beskriv: <input type="checkbox"/>
	Farlige gjenstander/metoder	Andre personer, beskriv: <input type="checkbox"/>	Behov for legebehandling <input type="checkbox"/>	Medisinering <input type="checkbox"/>	
	Kvelningsforsøk <input type="checkbox"/>		Behov for å bli tatt av vakt <input type="checkbox"/>	Annet, beskriv: <input type="checkbox"/>	
	Brukte/hadde våpen <input type="checkbox"/>		Annet, beskriv: <input type="checkbox"/>		
	Brukte/hadde stikkvåpen <input type="checkbox"/>				
	Andre farlige gjenstander inkl. sprøyte <input type="checkbox"/>				

Etter «The Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R)» (Nijman et al. 1999)











Visuell analog skala (VAS)

Merk med kryss på streken
(eller velg tall mellom 0 og 10, der 0 er ikke alvorlig og 10 er svært alvorlig)



8.3.4 Trafikklysmodellen

TABELL 1: Klassifisering av aggressive hendelser i psykisk helsevern, i henholdsvis alvorlig, moderat eller lett. Skjemaet kan brukes som underlag for å registrere avvik i kvalitetssikringssystemet og for å velge riktig reaksjonsmåte/tiltak (Alfarnes, 2014 ©).

Sted/dato	Beskrivelse	Alvorlighetsgrad	Konsekvenser	Aktuelle tiltak
	Fysisk vold: Seksualisert vold Våpen? VOLD	10. ALVORLIG 	Traumatiserende Livstruende Behov for med. behandling	Alarm. Ring politi & AMK Voldshåndtering Registrer avvik Politianmelde
	Fysisk vold: Gisselsituasjon Våpen? VOLD	9. ALVORLIG 	Traumatiserende Fysisk skade Med. behandling/ legetilsyn	Alarm. Ring politi & AMK Voldshåndtering Registrer avvik Politianmelde
	Fysisk vold: Hardt slag eller spark, skalling Våpen? VOLD	8. ALVORLIG 	Traumatiserende Fysisk skade Panikk	Alarm. Ring politi & AMK Voldshåndtering Avvik Politianmelde
	Fysisk vold: Lett slag eller spark Dyting, spytting Kloring, lugging Voldstrusler VOLD	7. MODERAT 	Moderat stress Fysisk skade eller frykt for skade	Alarm. Be voldsutøver stoppe Voldshåndtering Avvik Politianmelde
	Drapstrussel: «Jeg skal drepe deg!» Intenst AGGRESJON	6. MODERAT 	Moderat stress Frykt for å bli skadet eller drept	Alarm. Be voldsutøver stoppe Avvik Politianmelde
	Fysisk trussel: True med ting Høyrester AGGRESJON	5. MODERAT 	Moderat stress Frykt for skade Emosjonelt ubehag	Alarm. Si at du opplever det som truende Avvik
	Verbal trussel: «Jeg vet hvor du bor!» «Pass deg» AGGRESJON	4. MODERAT 	Moderat stress Emosjonelt ubehag	Si at du opplever det som truende Avvik
	Upassende fysisk kontakt Sårende kommentarer SINNE	3. LETT 	Lavt stress Emosjonelt ubehag	Si at handlingen ikke aksepteres Grensesetting
	Uforskammet Plagsom atferd Pågående SINNE	2. LETT 	Lavt stress Usikkerhet	Si at handlingen ikke aksepteres Grensesetting
	Ødelegger ting Negativ tone SINNE	1. LETT 	Lavt stress Usikkerhet	Si at handlingen ikke aksepteres Grensesetting