

*Pre-hospital håndtering av
voldelige alkoholberusede
pasienter*

Bacheloroppgave

Bachelor i pre hospitalt arbeid – paramedic

OsloMet – Storbyuniversitet

Antall ord: 10 704

1 juni 2018

SAMMENDRAG

Problemstilling: ”Hvordan kan paramedisinere håndtere voldelig alkoholpåvirkede pasienter i en prehospital situasjon?”

Innledning:

Daglig blir ambulanspersonell utsatt for vold når de er på jobb. Mange av tilfellene er rusrelaterte. Samtidig er det bevist at alkohol øker voldstendensen. I denne oppgaven ser vi nærmere på hvordan ambulanspersonell kan håndtere alkoholrelatert vold i en pre-hospital situasjon. Samtidig skal vi se på utløsende faktorer og hvordan paramedisinere kan redusere risikoen for at det forekommer.

Materiale og metode:

Oppgaven er en litteraturstudie. Vi har benyttet oss av databasene *Medline/Pubmed*, *Epistemonikos* og *Cinahl*. Vi har funnet seks enkeltstudier som omhandler temaet.

Resultater og diskusjon:

Alkohol er en risikofaktor for vold, men andre faktorer som aggressiv personlighetstrekk og situasjonen for øvrig spiller også en rolle. Aktiv forebygging før, under og etter voldelige situasjoner som å unngå å jobbe alene, være forberedt, ha en støttende ledelse og avklare forventninger mellom helsepersonellet og pasient er viktig for å unngå vold.

I selve håndteringen bør man legge spesielt vekt på å opptre rolig, kommunisere med vedkommende om problemet ved allerede første tegn på aggresjon og forsøke å forstå hvorfor pasienten er aggressiv.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	5
1.1 Bakgrunn og hensikt for valg av tema	5
1.2 Problemstilling og avgrensing	6
1.2.1 Pasientgruppe	7
1.3 Begrepsavklaring	7
2.0 METODE	8
2.1 Søkord og databaser	8
2.2 Inklusjon og eksklusjonskriterier	10
2.2.1 Utvelgelsesprosessen	11
2.3 Kildekritikk	12
2.3.1 Utvalgte forskningsartikler – Litteraturmatrise	13
2.4 Forskningsetiske overveielser	14
3.0 TEORI	15
3.1 Voldens fenomen	15
3.2 Ulike voldsfenomen	15
3.3 Kommunikasjon	17
3.3.1 Aktiv lytting	18
3.3.2 Verbal og non-verbal kommunikasjon	18
3.4 Konflikthåndtering	19
3.5 Alkohol	19
3.5.1 Sammenheng mellom alkohol og vold	20
3.6 Etisk belysning	21
3.6.1 Holdninger	21

3.7 Juss	22
4.0 RESULTAT	24
4.1 Forekomst av vold mot ambulanspersonell	24
4.2 Utløsende faktorer	25
4.3 Håndtering	26
5.0 Drøfting	28
5.1 Hvorfor forekommer vold mot ambulanspersonell?	28
5.2 Hvordan kan paramedisinere redusere risikoen for vold?	30
5.3 Hvordan kan paramedisinere håndtere aggressive pasienter?	33
5.4 Styrker og svakheter ved metoden	36
5.5 Arbeidsprosessen internt i gruppen	37
6.0 Oppsummering og konklusjon	38
7.0 Litteraturliste	39
8.0 Vedlegg	44
8.1 Vedlegg 1	44

1.0 INNLEDNING

I dette kapittelet presenteres bakgrunn for valg av tema og studiens hensikt. I tillegg kommer presentasjon og operasjonalisering av problemstillingen samt begrepsavklaring.

1.1 Bakgrunn og hensikt for valg av tema

De siste årene har det vært en moderat økning i prevalensen av vold og trusler i norsk arbeidsliv (Nasjonal overvåkning av arbeidsmiljø, udatert). Arbeidstilsynet registrerte også en dobling i antall innrapporterte voldsepisoder på jobb i tidsrommet 2011–2014 (2009. s. 8). I 2013 var det kun i Frankrike, av de andre europeiske landene, at det ble rapportert flere volds- og trusselhendelser på arbeidsplassen enn hva det ble gjort i Norge (Østli & Vedeler, 2013). Nasjonal overvåkning av arbeidsmiljø rapporterte at hele 7,5 prosent av norske arbeidstakere oppga å ha blitt utsatt for trusler og vold. Det omfatter over 200 000 sysselsatte (udatert).

At helsepersonell opplever vold er et faktum. Samtlige studier og publikasjoner påpeker at helsevesenet er det mest utsatte yrket for vold og trusler. Derfor har Helsedirektoratet kartlagt omfanget av vold og trusler mot helsepersonell i Norge (Wedervang-Resell, Østraat, Haga, Even Klinkenberg & Berglund, 2017). I denne kartleggingen ser vi en betydelig økning av innrapporterte voldshendelser i perioden 2012–2016. Også Statistisk Sentralbyrå [SSB] (2017) viser til at det har vært en økende tendens av vold og trusler i arbeidslivet blant helsepersonell de siste ti årene. I en undersøkelse foretatt av Delta vises det til at over halvparten av ambulanspersonell ansatt ved Oslo universitetssykehus (OUS) har mottatt trusler eller følt seg angrepet når de er på jobb (Heløe, 2016). I en rapport lagt frem av Oslo universitetssykehus, kommer det frem at over 70 prosent av de 415 ansatte i ambulansetjenesten i Oslo og Akershus hadde vært utsatt for fysisk vold på arbeidsplassen. De fleste tilfellene viser seg å ha en forbindelse med rus (Aae, Sundby, Våge & Engely, 2013). Den høye sannsynligheten for å bli utsatt for vold bringer med seg en usikkerhet og uro blant ambulanspersonell selv om det oftest ikke medfører større fysiske skader. Dette har vi selv erfart fra tidligere praksis.

Ifølge *Norsk Legemiddelhåndbok* er alkohol vår tids mest kjente og eldste rusmiddel og har stor utbredelse i de fleste kulturer (2016). I 2017 ble det inntatt 25 902 liter alkohol i Norge

(SSB, 2018a). Historisk sett har alkoholinntaket i de nordeuropeiske landene vært karakterisert av sjeldenhet, men betydelige mengder når alkohol først konsumeres (Fekjær, 2016). Hans Olav Fekjær påpeker at i Norge drikkes det sjeldent, helst på fridager eller i helger, men i større mengder. Tilsvarende påpeker han videre at voldsutøvelse skjer hyppigst om nettene og i helgene. Rossow (2010) skriver at alkohol er det rusmiddelet det er mest forsket på i sammenheng med vold og trusler, og at eksperimentelle studier har vist at alkoholpåvirkede har større tendens til å reagere aggressivt når inntaket av alkohol øker.

Formålet med denne studien er å samle inn og undersøke nyere forskning og litteratur som belyser problemstillingen. Vi har dermed vært nødt til å ta utgangspunkt i de sentrale utfordringene innenfor tema. Det finnes ingen nasjonale retningslinjer for håndtering av voldelige, alkoholpåvirkede pasienter i Norge, og det har ført til ulik praksis. Hovedårsaken til mangelen på retningslinjer vil vi anta er fordi en konflikt vil være ulik fra gang til gang. Dette kan føre til usikkerhet om hvordan man skal håndtere slike situasjoner. Derfor ønsker vi å bygge på den kunnskapen vi har tillært oss gjennom Paramedic-studiet om konflikthåndtering. Vi håper også at annet helsepersonell tilegner seg ny kunnskap og interesse innenfor temaet. Dette faktumet har vært med på å vekke vår nysgjerrighet til temaet, og hjulpet oss med å forme vår problemstilling

1.2 Problemstilling og avgrensning

Denne oppgaven har tatt utgangspunkt i følgende problemstilling:

”Hvordan kan paramedisinere håndtere voldelig alkoholpåvirkede pasienter i en prehospital situasjon?”

Når det kommer til å håndtere en voldelig pasient er det ”mange veier til Rom”. Vi kommer til å se på hvordan man kan deescalere konfliktsituasjoner. Videre kommer vi til å se på hva som forårsaker det og hvordan vi kan redusere risikoen for at det forekommer. Som nevnt er det mange ulike måter å håndtere vold på, men det er også mange ulike former for vold. Vi ønsker å fokusere på de vanligste formene for vold som forekommer pre-hospitalt, som er fysisk, psykisk, seksuell eller materiell.

1.2.1 Pasientgruppe

Vi har valgt å avgrense oppgaven til alkoholpåvirkede pasienter. Årsaken til dette er at inntak av alkohol viser seg å øke sannsynligheten for voldsutøvelse. Selv om det kan være andre rusmidler innblandet, faller dette utenfor oppgaven. Vi går ikke inn i hvordan andre rusmidler samvirker med alkohol. Vi har valgt å bruke forskningsartikler fra vestlige land da Norge vil ha en større demografisk og kulturell likhet med disse landene og dermed større overførbarhet til norske forhold. Ifølge Fekjær (2016) er det unge mennesker som oftest blir voldelige, derfor har vi i oppgaven begrenset oss til unge voksne pasienter (18-35 år). Det har ikke blitt foretatt noe avgrensning av kjønn. Årsaken til dette er at vi ønsker et helhetlig bilde av utfordringen.

1.3 Begrepsavklaring

Paramedisinere er personer som utøver medisinsk praksis, men som ikke er leger (Bruset, 2018). Dette er personer som har medisinsk faglig kunnskap og arbeider med diagnostikk, behandling og omsorg i samarbeid med, eller under tilsyn av lege. Vi varierer mellom å bruke paramedisinere, ambulansearbeider og ambulansepersonell, for en større variasjon i språket.

Pre-hospitalt arbeid betyr medisinsk behandling av pasienter utenfor sykehus (Gjennsikkert i Nordby, 2010, s. 15-16). Ambulansetjenesten utgjør en av de pre-hospitale tjenestene i Norge (Opdahl, 2009). Pre-hospitale tjenesten benytter seg av transportmidler som bil, motorsykkel, båt, helikopter og fly. En vanlig ambulansebil er vanligvis oppsatt med to ambulansepersonell, og det er dette vi har tatt utgangspunkt i gjennom oppgaven.

Deeskalere kommer av det engelske ordet «Decelerate» og uttrykker til å «bremse ned» eller redusere (Decelerate, udatert). Det kan også bli sett på som en tilnæringsmetode for å trappe ned nivået av en konflikt/situasjon (Bråten, 2011). I oppgavens sammenheng blir det brukt synonymt med nedtrapping av en konfliktfylt situasjon.

2.0 METODE

I bacheloroppgaven har vi fått muligheten til å velge mellom prosjektstudie og litteraturstudie. Vi har valgt å gjennomføre en litteraturstudie. Ifølge Thidemann (2015, s. 79) er en litteraturstudie en metode der man samler inn litteratur, kritisk vurderer den og sammenfatter det hele for å besvare problemstillingen. Vi har ikke utført forskning selv, men vi har funnet relevant litteratur og forskning rundt temaet for å kunne klarlegge problemstillingen (Dalland, 2017). Dette medfører at resultatet vil være begrenset av hvilke kilder vi har hatt mulighet til å gjøre oss kjent med gjennom den tiden vi har hatt disponibel.

2.1 Søkord og databaser

For å finne litteratur og forskning på området har vi valgt å operasjonalisere problemstillingen vår ved bruk av PICO-skjema. PICO er en forkortelse for: Patient/problem, Intervention, Comparison og Outcome (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012, s. 33). "Patient" eller "Problem" i denne oppgaven er forbundet med den alkoholpåvirkede aggressive pasienten som er i kontakt med ambulansetjenesten. "Intervention" er ambulansetjenesten og paramedisineren. Vi ønsker å se på studier som kaster lys på paramedisinerens håndtering av pasienten. "Comparison" betyr *sammenligning* og er kun benyttet en gang for å sammenligne alkohol og vold. "Outcome" er *utfall*, og er brukt for å se på paramedisinerens håndtering av vold.

Databasene som vi har søkt i etter forskningsartikler er *Medline/Pubmed*, *Epistemonikos* og *Cinahl*. Vi valgte disse databasene fordi de er anerkjente og inneholder flere millioner artikler som i hovedsak omhandler sykepleie og medisin (OsloMet, 2016). Vi har fått anbefalt å bruke dette fra OsloMet. I litteratursøket har vi benyttet oss av flere søkeord i en søkestrategi. Søkordene våre har blitt oversatt til ord i det engelske emneordsystemet MeSH (Medical Subject Headings). Databasene bruker emneordsystemet for å kategorisere de ulike artiklene inn i temaer (Thidemann, 2015, s. 87). Vi har i tillegg brukt ord som ikke er emneord, men er skrevet i fritekst. Databasen vil da bruke ordet til å søke på flere plan samtidig, for eksempel i tittel, sammendrag, introduksjon, etc. (Thidemann, 2015, s. 87). PICO-skjemaet er lagt opp slik at man bruker AND mellom Patient, Intervention, Comparison og Outcome og OR mellom alle søkeordene innenfor i en kolonne. Da vi søkte etter artikler med første utkastet av PICO-

skjemaet, fant vi ingen relevante artikler som kunne besvare problemstillingen. Vi bestemte oss for å dele problemstillingen inn i tre underkategorier slik at vi kunne gjennomføre tre separate søkestrategier for å finne artikler om:

- *Alkohol og vold (Pico1)*
- *Paramedisiner og vold (Pico2)*
- *Håndtering av vold (Pico3)*

Dette for å underbygge og belyse problemstillingen så godt som mulig. De tre nye søkestrategiene ble plassert i PICO-skjema (PICO 1, PICO 2 og PICO 3):

Tabell 1: PICO 1, 2 og 3

	Patient	Intervention	Comparison	Outcome
PICO 1 Alkohol og vold	- Alcohol-related disorders - Alcohol drinking - Alcoholisme		-Violence -Aggression -Workplace violence -Conflict -Acting out	
PICO 2 Paramedisiner og vold	-Violence -Workplace violence -Aggression -Acting out	-Emergency medical services -Emergency medical technicians -Ambulances		
PICO 3 Håndtering av vold	-Violence -Aggression -Domestic violence -Acting out -Conflict	-Commucation -«Managment» -Behavior therapy		-Staff traning -Emergency medical technicians -Emergency medical services

(PICO-modell hentet fra boken *Kunnskapsbasert praksis av Nordtvedt et al*, men Tabellen har vi laget selv. Ord som er satt i « » er fritekstord)

Da vi utførte disse søkene, fant vi relevante artikler som vi kunne sammenligne og knytte opp mot hverandre. En oversikt over utvelgingsprosessen med antall treff og valg av artikler blir presentert i figuren lenger ned i teksten. Vi må påpeke at forskningsartikkelen «Threats and violence in the Swedish pre hospital emergency care» av Petzäll et al ble funnet i referanselisten til artikkelen «Paramedic self-reported exposure medical services (EMS) workplace: A mixed-methods cross-sectional survey». Artikkelen til Petzäll et al er allikevel talt opp som funn i figuren under.

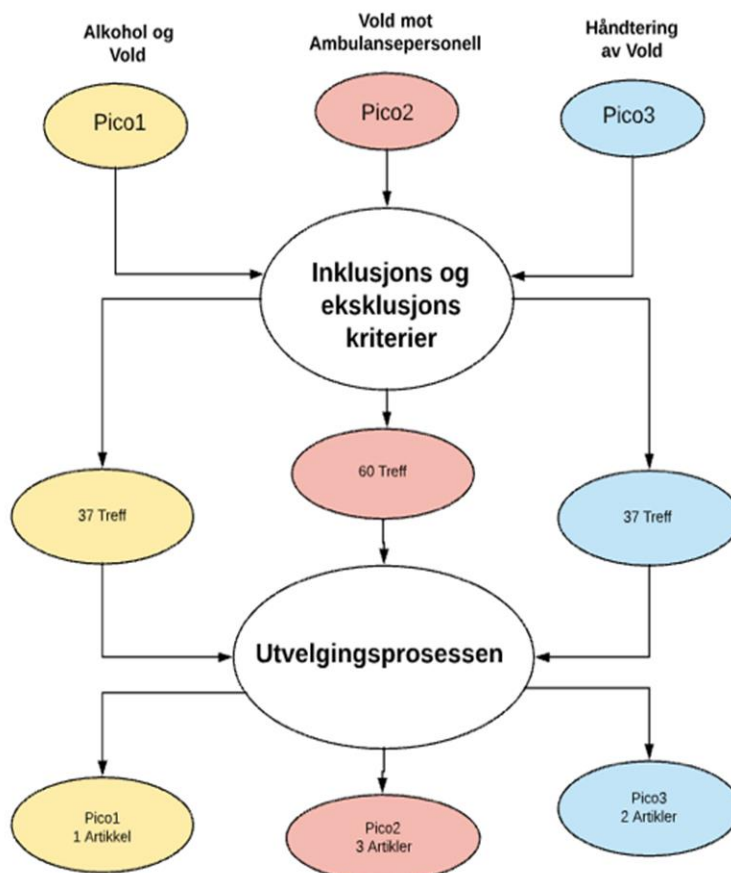
Vi har i tillegg brukt forskjellige utvalg av fagbøker og artikler. Flere av fagbøkene som har blitt brukt i oppgaven, er pensumbøker på Paramedic-utdanningen ved OsloMet. Andre bøker som vi har benyttet er fra helsefagbiblioteket ved OsloMet, og andre nasjonale biblioteker. Fagartiklene, publikasjoner, rapporter, lover og oppslagsverk har vi hentet fra offentlige organer som Statens Institutt for Rusmiddelforskning, Helsedirektoratet, Arbeidstilsynet, Politidirektoratet, Lovdata og Store Norske Leksikon. Alle bilder og figurer som har blitt brukt, har vi fått autorisasjon til å bruke. Flere av tabellene og figurene har vi for øvrig laget selv.

2.2 Inklusjon og eksklusjonskriterier

Alle våre valgte artikler er avgrenset, og funnet fra søkestrategiene PICO 1, PICO 2 og PICO 3. Alle artiklene ble funnet i *Medline/Pudmed*. I figur 1 lenger nede oppsummerer vi funnene fra Medline. I PICO 1 valgte vi å avgrense søket til å kun å finne randomiserte kontrollstudier (RCT). Grunnen til det er fordi vi ønsket å se hva slags effekt alkohol hadde på aggresjonen, og da er RCT-studiet det foretrukne studiedesignet (Thidemann, 2015. s. 73). I PICO 2 og PICO 3 valgte vi å søke på alle forskningsartiklene for få med et større utvalg. Andre kriterier vi bestemte oss for, var at artiklene skulle være fagfellevurdert, ikke eldre enn 2000 og engelsk skrevne studier.

2.2.1 Utvelgelsesprosessen

Av de 108 artiklene fra de tre ulike søkestrategiene var det kun seks artikler som vi valgte ut. Vi leste gjennom samtlige titler og sammendrag, og vi valgte vekk de artiklene som vi ikke anså som relevante. Siden hver søkestrategi var basert på ulike deler av problemstillingen, baserte utvelgelsesprosessen seg på ulike temaer hver gang. I PICO 1 ville vi ha artikler om sammenhengen mellom alkohol og vold, men det trengte ikke å være i en pre-hospital setting. Mens i PICO 2 ønsket vi derimot å finne artikler som så på vold i pre-hospital arbeid eller lignende (f.eks. legevakt). I PICO 3 ville vi ha artikler om håndtering av vold, men det var ikke krav om at det skulle inneholde alkohol eller pre-hospital håndtering. Derfor er det noen studier i resultatdelen vår som ikke nødvendigvis nevner ambulanspersonell, men heller ser på forekomsten av vold ved alkohol inntak. I dette tilfelle valgte vi å fokusere på hva den aktuelle studien sier om vold og alkohol, for så å sette det opp mot den pre-hospitale problemstillingen. Vi satt igjen med seks aktuelle artikler, som ble kvalitetsmessig og etisk vurdert ved hjelp av sjekklister. Denne vurderingen blir ytterligere utdypet i kildekritikk kapitlet.



Figur 1

Figur 1; Fremgangsmåte for metode. Figuren har vi laget selv

2.3 Kildekritikk

De valgte forskningsartiklene har vi vurdert etter kvalitet og relevans for problemstillingen. For å vurdere kvaliteten og relevansen på artiklene har vi brukt sjekklister for kritisk vurdering av forskning som er utgitt av helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2016). Vi har oppsummert de valgte artiklene i en litteraturmatrise. Litteraturmatrisen er ment å gi leseren en rask oversikt over de utvalgte artiklene. Matrisen presenterer navnet på studiene, forfattere, land, utgivelses dato, metode, resultat, kvalitet og etikk. Vi har også laget en tabell av matrisen som er lagt som Vedlegg 1.

Alle artiklene er hentet fra databaser som gjennomfører en fagfellevurdering (Peer reviewed). Ifølge Nordtvedt er en fagfellevurdering der eksperter på temaet eller metoden vurderer om den er god nok (2012, s. 197). Vi har valgt forskningsartikler som har benyttet seg av kvalitative og kvantitative metoder. En kvalitativ metode er en systematisk tilnærming for å forstå menneskers erfaringer og holdninger, eller et fenomen eller sammenheng. Denne metoden er mer aktuell der problemstillingen ikke nødvendigvis kan tallfestes. I kvantitativ metode bruker man observasjon og regning av tall for å besvare problemstillingen. Kvantitativ metode brukes ofte når man skal utføre statistiske analyser av en befolkning (Nortvedt et al., 2012, s. 71-90). Vi vil påpeke at forfatterne kan ha feiltolket det språket når forskningen har blitt utført. Eksempelvis er artiklene engelskspråklige selv om noen av forfatterne ikke fra engelsktalende land. Riktignok kan vi også ha feiltolket engelsken. I tillegg har de fleste forskningsartiklene kun inkludert deltakere med helsefaglig bakgrunn, og ikke pasient eller pårørende. Det mener vi kan bidra til mangel på objektivitet.

Alt av fagbøker vi har brukt er kvalitetssikret igjennom OsloMet og de aktuelle fagbibliotekene. Alle fagartikler vi har brukt, er utgitt av statlige organer som er spesialiserte på det aktuelle området. Vi vil også nevne at noen av artiklene og bøkene som er brukt, ikke er av nyere dato. Vi har prøvd å finne de nyeste oppdaterte bøkene og artiklene på området, men det er ikke sikkert at vi har funnet alle. *Primærlitteratur* er artikler skrevet om enkeltstudier (Thidemann, 2015, s. 71). Annenhånds fremstilling av litteratur betraktes som *sekundærlitteratur*, denne typen litteratur har vi benyttet oss av i teori og drøftingskapitlet. Vi

har i oppgaveteksten benyttet oss av både primær- og sekundærlitteratur, de utvalgte studiene er primærartikler.

2.3.1 Utvalgte forskningsartikler – Litteraturmatrise

Alkohol og vold (Pico 1)

1. *The Effects of Affective, Behavioral, and Cognitive Components of Trait Anger on the Alcohol-aggression Relation.*

Skrevet av Giancola, Saucier & Gussler-Burkhardt. Utgitt 2003. Amerikansk studie.

Randomisert kontroll studie med fokus på personer mellom 21 og 35 år. Hovedfunn er at alkohol og aggresjon er tydelig forbundet med aggressiv personlighetstrekk.

Kvalitet vurderes som god etikk vurderes som middels.

Vold mot ambulanse personell (Pico 2)

2. *Threats and violence in the swedish pre-hospital emergency care.*

Skrevet av Petzäll, Tällberg, Ludin & Suserud. Utgitt 2010. Svensk studie. Tverrsnitt studie med kvalitativ tilnærming og fokus på ambulanspersonell fra ulike distrikter og byer. Hovedfunn er 66% utsatt for vold med alkohol som en av årsakene. Kvalitet og etikk er vurdert som god.

3. *Paramedic Self-reported Exposure to Violence in the Emergency Medical Service(EMS) Workplace: A mixed-methods Cross-sectional Survey.*

Skrevet av Bigham, Jensen, Tavares, Drennan, Saleem, Dainty & Munro. Utgitt 2014.

Canadisk studie. Tverrsnitt studie med kvalitativ tilnærming som fokuserer på ambulanspersonell fra distrikt og by. Hovedfunn er, 75% utsatt for vold hvor kvinner er mest utsatt. Kvalitet og etikk er vurdert som god

4. *Emergency primary care personnel's perception of professional-patient interaction in aggressive incidents – a qualitative study.*

Skrevet av Morken, Johansen & Alsaker. Utgitt 2016. Norsk studie. Kvalitativ studie med fokus gruppe for Legevaktpersonell. Hovedfunn er at udekt behov, ufrivillig undersøkelse og uønsket berøring var forbundet med aggresjon og vold. Kvalitet og etikk er vurdert som god

Håndtering av vold (Pico 3)

5. *Dealing with workplace violence in emergency primary health care: a focus group study.*

Skrevet av Morken, Johansen & Alsaker. Utgitt 2015. Norsk studie. Kvalitativ studie med fokus gruppe for legevaktpersonell. Hovedfunn er avklare forventninger, unngå å jobbe alene, forberedelse og støttende ledelse var konfliktløsende. Kvalitet og etikk vurderes som god.

6. *The influence of staff training on the violence prevention and management climate in psychiatric inpatient units.*

Skrevet av Björkdahl, Hansebo & Palmstierna. Utgitt 2012. Svensk studie. Non randomisert kontroll studie med fokus på helsepersonell og pasienter på psykiatrisk avdeling. Hovedfunn er at helsepersonell var rolig i møte med pasienten, oppsøkte pasienten ved første tegn på aggresjon og forsøkte å forstå hvorfor pasienten var aggressiv.

2.4 Forskningsetiske overveielser

Det stilles strenge krav til å utføre medisinsk og helsefaglig forskning i Norge. I Norge er det krav om at all forskning skal godkjennes på forhånd før man starter et studie/prosjekt (Helseforskningsloven, 2008, § 9). I alle studiene kommer det frem at alle deltakerne samtykket til å være med. Fem av seks artikler har søkt, og fått godkjent forskningsprosjektet igjennom en forskningskomite. Den ene artikkelen, "The effects of behavioral, and cognitive components of trait anger on the alcohol-aggression relation" har ikke gjort rede for om de har søkt godkjenning av en etisk komite. Dette er en mer spesiell studie med tanke på at deltakerne ble påført strøm for å fremme aggresjon.

3.0 TEORI

I dette kapitlet vil vi presentere teoretisk kunnskap relatert til problemstillingen. Teorien omfatter; vold og trusler, kommunikasjon og konflikthåndtering, alkohol og alkoholenes sammenheng med vold. Til slutt vil det være en generell innføring i etikk og juss.

3.1 Voldens fenomen

Det er viktig å starte med en presis definisjon av ordene “vold” og “trusler”. I dagligtalen har ordene en uklar betydning og blir brukt i flere sammenhenger.

Helsedirektoratet skiller mellom trusler og vold og definerer det slik:

- *”Trusler er verbale angrep eller handlinger som tar sikte på å skade eller skremme en person.”*
- *”Vold er enhver handling som har til hensikt å føre til fysisk eller psykisk skade på person. Det kan også defineres som vold når arbeidstakere opplever utagerende handlinger hvor det utøves stort skadeverk på inventar og utstyr.”*

Dette er i situasjoner som har forbindelse med personellens arbeid, og som innebærer: *”en åpenlys eller antydnet trussel mot deres sikkerhet, helse eller velvære”*

(Wedervang-Resell et al., 2017. s. 7).

I boken *Møte med fysisk vold* hevdes det at uhell eller fysisk skade på grunn av tilfeldighet ikke kan regnes som en voldshandling Ifølge Breakwell må det innebære et forsettlig forsøk på å utøve vold (Breakwell, Skumsnes & Elgarøy, 1995).

Bråten påpeker at vold er det siste stadiet av et høyt konfliktnivå, og det er flere faktorer som spiller inn før vold inntreffer (2011. s 122-123). I en publikasjon fra Arbeidstilsynet (2009) kommer det frem at frykt, frustrasjon og forvirring fører til voldelig adferd. Videre nevner de at vold kan utøves på grunn av en følelse av avmakt og manglende dekning av grunnleggende behov. Det kan blant annet også komme av kommunikasjonssvikt eller ha andre årsaker (Arbeidstilsynet, 2009. s. 6)

3.2 Ulike voldsfenomen

Ifølge Nasjonal veiviser ved vold og overgrep finnes det ulike former for vold, og de kan være tilstede samtidig (Dinutvei.no, udatert). I tabellen under har vi listet opp fire sentrale voldsformer som vi mener har mest relevans i pre-hospitalarbeid. Det er viktig å huske på at vold kan ta andre former enn nevnt, dette er bare noen få eksempler:

Tabell 2

Ulike former for vold:

Fysisk vold:	All vold som innebærer fysisk kontakt - spark, slag, lugging, biting, kloring, fastholding, risting, dytting, kvelertak. Innesperring og isolasjon er også former for fysisk vold. utfordringer
Psykisk vold	Bruk av ord og stemme som truer, skader, krenker eller kontrollerer andre. Å nedvurdere, være likegyldig til og ydmyke andre er også former for psykisk vold. Eksempler er: «Jeg skal drepe deg», «du er ikke verdt noe».
Seksuell vold:	Alle former for seksuelle krenkelser. Eksempler er: handlinger eller forsøk på handlinger som innebærer fysisk kontakt som berøring, beføling, masturbasjon, samleieliknende handlinger, samleie, og handlinger eller forsøk på handlinger uten fysisk kontakt som seksualisert tilsnakk, blotting, fotografering, filming, kinking og fremvisning av pornografi.
Materiell vold:	Knusing, ødeleggelse og kasting av gjenstander, slag i vegger og dører og liknende.

(Definisjonene er hentet fra Dinutvei.no, udatert. Tabellen har vi laget selv)

Breakwell et al. (1995) skiller mellom emosjonell og instrumentell vold. En emosjonell voldshandling er når noen skader med hensikt (. s. 46). Et eksempel kan være at pasienten

blir voldelig fordi personalet nekter å utføre en viss type behandling. Pasienten tyr ikke til vold for å overbevise personalet om å yte behandlingen, men drives av sinne og et ønske om å skade. På den andre siden har vi instrumentell vold. Det er planlagt som et primærmiddel, for å oppnå en ekstern belønning. Et gjentatt eksempel på dette i faglitteraturen er bankraneren som skyter og dreper politimannen. Dette gjør han ikke ikke av emosjonelle drivkrefter, men for å slippe unna (Breakwell et al., 1995).

3.3 Kommunikasjon

Kommunikasjon er en formidlingsprosess (Bråten, 2011). Nordby (2014) mener at det sentrale for god kommunikasjon er at mottaker får samme forståelse av budskapet som avsender (s. 46). Hva budskapet er, hvordan budskapet blir gitt og hvordan det blir mottatt, er avgjørende faktorer for dialogen. Nordby beskriver en modell med seks trinn som er avgjørende for god kommunikasjon. Disse er gjengitt i figur 2 til høyre. Her illustreres de ulike trinnene som en ”kommunikasjonsprosess” mellom avsender og mottaker. Videre sier han at kunnskap om disse trinnene kan øke gjennomslagskraften som sender, og øke oppfatningen som mottaker. En bevisstgjøring og aktiv bruk av elementene i modellen vil kunne skape trygghet for pasienten og bidra til et positivt tillitsforhold mellom pasient og paramedisiner (Nordby, 2014).



Figur 2. Seks-trinn kommunikasjonsmodell. Forfatter Halvor Nordby. Hentet fra boken *Samhandling i pre hospitalt arbeid* (2014). S. 42-45 Copyright 2014 Gyldendal. Gjengitt med tillatelse.

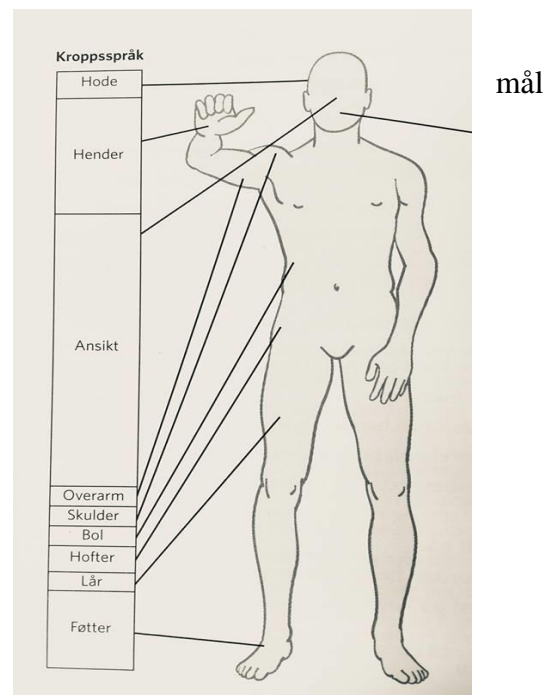
3.3.1 Aktiv lytting

Aktiv lytting er et sentralt begrep i flere profesjonsyrker. Bruken av aktiv lytting i en konfliktfylt pasientsituasjon er å kunne analysere det verbale budskapet fra sender, dernest identifisere følelsene, og vise avsender at budskapet er forstått (Bråten, 2011. s. 19). Å vise forståelse er ikke alltid lett. Bråten mener videre at teknikker som å nikke, gi bekræftende ordlyder og gjengi noe av det sender formidler, er med på å vise forståelse for senders situasjon. Videre mener Bråten at målet kan være å skape en felles forståelse for å forsøke og unngå eller for å deeskalere en konflikt. Kommunikasjon kan derfor ses på som en samhandlingsprosess. Konfliktbegrepet kan tolkes på samme måte.

3.3.2 Verbal og non-verbal kommunikasjon

Verbal kommunikasjon formidles både som muntlig og skriftlig språk med ulike meninger og samt funksjoner (Bråten, 2011. s. 13-14). Videre hevdes det at språk er makt. Et eksempel er at sender bruker en rekke ulike formidlingsformer gjennom sitt språk, som kan påvirke hvordan budskapet blir tolket av mottakeren (Bråten, 2011). I boken *Helsefagskolen: etikk og kommunikasjon* påpeker de at ulike verbale kommunikasjons teknikker spiller gjerne sammen med den nonverbale kommunikasjonen (Grasaas, Stordalen & Sjørusen, 2014. s. 149).

Non-verbal kommunikasjon fremstilles ofte som kroppsspråk i dagligtale (Bråten, 2011. 14-15). Vi formidler opplysninger gjennom en rekke kroppssignaler fremfor



Figur 3. I figuren over har det blitt utpekt ulike deler av kroppen som kan være med på å formidle et nonverbalt budskap. Jo lenger kolonene til venstre er jo mer har den kroppsdelene å si for den non-verbale formidlingen. Forfattere: Jørn Stordalen. Fra boken *Helsefagskolen: etikk og kommunikasjon* (2014). S. 146 Copyright 2014 Cappelen Damm. Gjengitt med tillatelse.

ord (Bråten, 2011. s 14). Argyle mener at dette kan være formidlingsformer som ansiktsuttrykk, blikk (øyekontakt), kroppsbevegelser, kroppsholdning, kroppskontakt, avstand og klær (Gjenngett etter Bråten, 2011. s 15). Det hevdes at nonverbal kommunikasjon utgjør 2/3 av vår kommunikasjon, og kan være med på avsløre eller kamuflere det vi ønsker å formidle (Grasaas et al., 2014. s. 146). Å kunne tolke kroppsspråk er ansett å være nyttig og kan hjelpe med å forutse situasjoner. Denne tolkningen innebærer at den non-verbale kommunikasjonsformen påvirker den verbale (Bråten, 2011. s 15).

3.4 Konfliktbehandling

Rent språklig kan ordet konflikt enkelt oversettes til "sammenstøt" eller "strid" (Ekeland, 2014. s. 66). Det finnes mange ulike konflikttyper og mange ulike årsaker til at konflikt oppstår. Konflikt kan oppstå på grunn av ulike "oppfatninger, verdier, mål og interesser" (Lystad, 2006. s. 23). Under en konflikt er det oftest kommunikasjonen som bryter sammen (Ekeland, 2014. s. 170).

I møte med voldelige pasienter kan det oppstå situasjoner hvor vi som paramedisinere kan bli trakassert, motta trusler og i verste fall skadet. Forebygging og aktivt arbeid med å deeskalere en uheldig konfliktutvikling beskrives gjerne som å utøve konfliktbehandling (Bråten, 2011. s. 39). I boken til Bråten (2011. s. 37-39) beskrives tre ulike konfliktnivåer, fra lavt til høyt. Lavt konfliktnivå innebærer situasjoner som i sin natur vil eskalere til en konflikt som følge av manglende samhandling. Moderat konfliktnivå kan kjennetegnes som situasjoner der man som profesjonell yrkesutøver naturlig vil kunne møte motstand. Høyt konfliktnivå er situasjoner hvor konflikten allerede er oppstått og en vil være utsatt for aggressiv eller voldelig adferd.

Ved å være oppmerksom på de ulike nivåene av konflikt, kan man gjenkjenne en uheldig situasjon før den inntreffer. Utgangspunktet vårt som profesjonelle yrkesutøvere er å kunne forutse og deeskalere eventuelle konflikteskaleringer (Bråten, 2011. s. 35).

3.5 Alkohol

I introduksjonen nevnte vi at alkoholkonsumet nesten var på 26 000 liter i 2017. I følge Fekjær (2016. s. 79) er det skjevfordelt i samfunnet hvem som drikker mest. Fekjær beskriver

at de ti prosentene som drikker mest alkohol, også konsumerer halvparten av all alkoholen. Ungdom og unge mennesker, spesielt menn, drikker til de blir tydelig beruset. Eldre derimot drikker mer til hygge (Fekjær, 2016. s. 74-84).

Alkohol er både et beroligende og stimulerende rusmiddel (Malt, 2018. s. 601). Hva som er mest fremtredende er individuelt, men effekten blir sterkere ved større doser (Rang & Dale, 2012. s.603). Den beroligende virkningen skyldes at rusmidlet hemmer aktiviteten i nervesystemet. Intellektuell tenking, hukommelse, mottak av informasjon og koordinerte kroppsbevegelser blir innskrenket (Rang & Dale, 2012. s. 602-603). Den stimulerende effekten er ikke helt kartlagt, men alkohol gir en behagelig opplevelse og høyere selvtillit. Ved økende doser blir personen mer labil, følsom og aggressiv (Rang & Dale, 2012. s. 603). Ifølge boken *Tegn og symptomer på misbruk av narkotika og andre rusmidler* fører alkohol til økt sjansetaking og at personen derfor lettere kan havne i voldelige konflikter (Kjeldsen, Øiseth, Sundvoll & Vindenes, 2014. s. 47) .

3.5.1 Sammenheng mellom alkohol og vold

I Norge var det rapportert 36 687 voldstilfeller i 2017 (SSB, 2018b). I Norsk offentlig utredning (NOU) kommer det frem at alkohol er årsaken til 70-80 % av voldstilfellene i de nordiske landene (NOU 2010: 3, s. 52). Pernanen (2003) skriver at spesielt unge mennesker under 25 år er involverte, og at i 9 av 10 tilfeller er menn voldsutøver. Pernanen beskriver videre at offentlige myndigheter som helsepersonell, samt private aktører som vektere og dørvakter, er spesielt utsatte grupper. Ved akutt alkoholrus, som kan forekomme hvis personen drikker store mengder alkohol, kan det gi en rask stigning av promillen (alkoholmengden i blodet) (Malt, 2018. s. 601-602). Dette fører til at effekten av alkohol inntreffer raskere og sterkere enn forventet.

Alkohol kan også forårsake psykose. Alkoholutløst psykose kjennetegnes ved at personen får vrangforestillinger, hallusinasjoner, psykomotoriske forstyrrelser og unormale følelser som kan rangeres alt fra frykt til ekstase (Malt, 2018, s. 602-603). Videre kan store mengder av alkohol over lengere tid kan føre til psykiske forandringer, blant annet blir personen mer aggressiv. Personer som over lengere tid misbruker alkohol og brått slutter med det kan også bli aggressive fordi de kan utvikle tilstander som delirium tremens og Korsakoff psykose (Malt, 2018. s. 602-603). Ifølge Miller, Levy, Cohen & Cox har man beregnet at ca 1/4 av alkoholrelatert vold skyldes alkoholen (Gjenngett i NOU 2010: 3, s. 53).

Det må også sies at å utøve vold når man er påvirket av alkohol ser ut til å være «forståelig» i store deler av den vestlige verden, inkludert Norge (Fekjær, 2016. s. 125-136). Personen som er beruset, blir fritatt fra ansvar for det han/hun gjør i rusen fordi at det er en oppfatning blant befolkningen om at det er «fylla som har skylda». Den berusede personen tror også på dette, og dermed fjernes en del begrensninger som ikke normalt skyldes alkoholen. Det er også forskjell på kulturer. Fekjær beskriver, med henvisning til studier, at befolkning innad i ulike kulturer kan drikke moderate til store mengder med alkohol uten å bli aggressive eller voldelige av den grunn (2016. s. 152-160). Voldelig adferd i rus blir allikevel ikke fritatt for straff i Norge (Straffeloven, 2005, § 20)

3.6 Etisk belysning

Etikk betyr skikk og sedvane (Grasaas et al., 2014. s. 55). Grasaas et al. (2014. s. 55-58, 112) mener at etikk i helsesektoren skal bidra til å kunne skille mellom dårlig og gode valg overfor pasienten igjennom å synliggjøre menneskets verdi, trygghet og behov for omsorg. Delta, en av ambulanspersonellens yrkesorganisasjoner, har utarbeidet yrkesetiske retningslinjer for ambulanspersonell. Målet med disse retningslinjene er ifølge Delta selv å bevisstgjøre ambulansarbeidere om ansvar og riktige handlinger (Ambulansforbundet i Delta, 2016).

Yrkesetikk viser verdiene og ansvaret i den bestemte profesjonen, og skal bidra til god faglig og moralsk praksis (Grasaas et al., 2014. s. 59-61). De yrkesetiske retningslinjene fra Delta (2016) vektlegger blant annet at ambulanspersonell skal møte pasienten uten fordommer, og med en grunnholdning preget av medmenneskelighet, menneskeverd og likeverd.

Ambulanspersonell skal utføre handlinger med bakgrunn i relevant fagkunnskap. Pasienten har rett på informasjon om arbeidet ambulanspersonellet foretar seg, og ambulanspersonell skal bruke kommunikasjon for å skape forståelse, tillit og åpenhet (Ambulansforbundet i Delta, 2016)

3.6.1 Holdninger

Holdninger består av tre hoveddeler (Fröjelin, Åhslund & Brunsvik, 1990):

- tanker
- følelser
- atferd

Holdninger er ”meninger”, ”oppfatninger” eller ”innstillinger” vi erverver over tid når det gjelder en person eller gruppe, og kommer av sosial påvirkning (Lystad, 2006. s. 26).

Holdninger kan være positive, nøytrale og negative, og kommer til uttrykk ved verbale ytringer eller adferd. Noen pasienter, spesielt pasienter som er i mental ubalanse eller er påvirket av alkohol, kan ha problemer med å forholde seg til ambulansesarbeidere. (Nordby, 2014. s. 146). En pasient kan for eksempel ha negative holdninger, eller ha fordommer til ambulansesarbeidere. Ved kontakt med en ambulansesarbeider vil denne personen automatisk relatere det til noe negativt og uttrykke det med avvisende atferd (Lystad, 2006. s. 26).

Ved mangel på å imøtekomme pasientens forventninger, kan dette uttrykkes som følelsesutbrudd som frustrasjon og/eller aggresjon (Nordby, 2014. s. 146). Denne misnøyen kan komme av pasientens mangel på forståelse ovenfor en del praktiske begrensninger. Derfor er det essensielt å forholde seg profesjonelt til pasienten selv om holdningen til pasienten er negativ. Det er uenigheter om hvilke holdninger som er gode (Nordby, 2014. s. 87).

Holdninger er ikke noe kun pasienten har, men finnes også hos ambulansesarbeidere. Har paramedisineren en negativ holdning til alkoholpåvirkede pasienter, vil dette ofte gjenspeiles i måten en snakker på, kroppsspråk, stemmebruk og ansiktsuttrykk (Lystad, 2006. s. 27)

3.7 Juss

Arbeidet som paramedisiner er regulert gjennom en rekke lover og forskrifter, deriblant helsepersonelloven (1999) og pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Taushetsplikten til helsepersonell er regulert i flere lover, og blir sett på som grunnlaget for tilliten befolkningen skal ha til helsepersonell og tryggheten i tilgangen på nødvendig helsehjelp uavhengig av pasientsituasjon. Hovedregelen om taushetsplikt lyder: *”Taushetsplikten skal forhindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som helsepersonell får vite om i egenskap av å være helsepersonell”* (Helsepersonelloven, 1999, § 21). Opplysninger som blir gitt til helsepersonell skal kun brukes til å yte riktig helsehjelp. Folket skal kunne være sikker på at opplysningene de deler med helsepersonell ikke blir spredd, og alle skal kunne motta helsehjelp uten frykt for straffeforfølgelse (Helsedirektoratet, 2018).

I enkelte tilfeller kan helsepersonell allikevel bryte taushetsplikten, disse unntakene er regulert av helsepersonelloven § 23 og § 21. Begrensningene kan være på bakgrunn av blant annet *«at opplysninger gis videre når behovet for beskyttelse må anses ivaretatt ved at individualiserende kjennetegn er utelatt»* eller *«at opplysninger gis videre når tungtveiende*

private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre»

(Helsepersonelloven, 1999). Helsedirektoratet understreker at hensynene og interessene som taler for å sette taushetsplikten til side, må veie vesentlig tyngre enn hensynene som taler for å bevare taushet, og at det i utgangspunktet vil gjelde fare for menneskelig og helse (Helsedirektoratet, 2018, s. 56-62). Videre skriver helsedirektoratet at helsepersonell må foreta vurderinger som langt på vei må være sammenfallende med de vurderinger som foretas i nødretts- og nødvergesituasjoner. I henhold til helsepersonelloven (1999) skal helsepersonell yte helsehjelp når det antas at hjelpen er påtrengende nødvendig selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke, eller motsetter seg helsehjelpen *jmfør § 7 kapittel 2.*

4.0 RESULTAT

I dette kapitlet vil vi presentere resultatene fra det innsamlede datamaterialet vårt uten å foreta vurderinger eller tolkninger. Ut fra de systematiske søkene vi har gjennomført, har vi valgt ut seks vitenskapelige artikler som vi anser som relevante nok til å kunne bli presentert her. Artikkene er en blanding av kvalitativ og kvantitativ forskning. Dette kapitlet har vi delt opp i tre undertitler som ta for seg funnene relatert til problemstillingen. Kapitlet er videre organisert slik at resultatene presenteres i henhold til artiklens relevans til undertitlene.

4.1 Forekomst av vold mot ambulanspersonell

Threats and violence in the swedish pre-hospital emergency care:

I 2007 spurte forskere ved Karlstad Universitet i Sverige, 170 ambulanspersonell om de hadde vært utsatt for vold i løpet av sine karrierer som ambulansarbeidere. 134 (79 %) svarte. De som ble spurt, var fordelt på distrikt og by, og 48 deltakere var kvinner og 85 var menn. Over halvparten rapporterte at de hadde blitt utsatt for verbale trusler (66 %) og 56 ambulanspersonell hadde vært utsatt for fysisk vold (42 %) (s. 7–9). Ifølge studien var det ingen forskjell mellom kjønn, alder eller erfaring når det kom til hvor mye vold man ble utsatt for. Volden kom oftest fra pasienten selv, og var i 90 % av tilfellene utført av menn (s. 9). Over halvparten av deltakerne rapporterte at vold oppsto når pasienten var påvirket av enten alkohol eller narkotika (s. 11).

Paramedic Self-reported Exposure to Violence in the Emergency Medical Service(EMS)

Workplace: A mixed-methods Cross-sectional Survey:

I en lignende studie gjort i Canada spurte de 1884 ambulanspersonell i provinsene Nova Scotia og Ontario om de hadde blitt utsatt for vold de siste 12 måneder (kilde). 1676 av de spurte svarte (89 %). 1117 deltakere var menn. 75 % av de som svarte rapporterte at de hadde blitt utsatt for vold som enten var verbal utskjelling (67 %), trussel (41 %), fysisk vold (26 %), seksuell trakassering (14 %) eller seksuelle overgrep (3 %) (s. 489). Kvinnelige ambulansarbeidere var mest utsatt for trusler, fysisk vold, seksuell trakassering og overgrep (s. 491–492). 62 % av deltakerne rapporterte at de ikke gjorde noe da konflikten oppsto, og 61 % rapporterte det ikke videre i systemet.

4.2 Utløsende faktorer

The Effects of Affective, Behavioral, and Cognitive Components of Trait Anger on the Alcohol-aggression Relation:

University of Kentucky i USA utførte en randomisert kontrollstudie der de undersøkte menneskets aggresjon under påvirkning av alkohol. 300 personer, 150 menn og 150 kvinner, som vanligvis drakk alkohol i sosiale sammenhenger, ble tatt ut til studien. Alle var mellom 21–35 år. Før eksperimentet fikk deltakerne spørsmål fra sjekklisten ABC Inventory (ABCAI) (s. 1946). Spørsmålene handler om aggresjon knyttet opp mot følelser, oppførsel og kognitive funksjoner deltakeren har. Menn og kvinner ble delt opp i to like grupper. Den ene gruppen ble plassert i intervensjonsgruppen (der de fikk alkohol) og den andre gruppen ble plassert i kontrollgruppen. De fikk dermed beskjed om at de skulle konkurrere mot hverandre i reaksjonstid. Deltakerne som var raskest, kunne gi de andre deltakerne strøm gjennom fingeren. Vinneren kunne også velge strømstyrke. Det deltakerne ikke visste var at en datamaskin kontrollerte hvem som vant og tapte. Datamaskinen delte opp slik at alle tapte og vant like mange ganger. Resultatet var at provokasjon var den sterkeste faktoren som forsterket aggresjonen (s. 1951). Personer som hadde en mer aggressiv oppførsel og var påvirket av alkohol, hadde høyere risikofaktor for å bli aggressive (s. 1951). Det gjaldt spesielt menn. Å være sentimental og samtidig påvirket av alkohol var ikke en risikofaktor for aggressiv adferd (s. 1951).

Emergency primary care personnel's perception of professional-patient interaction in aggressive incidents – a qualitative study:

I det ett år lange kvalitative norske studiet, så forskerne nærmere på årsaker til aggressiv adferd mot legevaktspersonell. 37 leger og sykepleiere deltok i studien. Det ble foretatt en gruppesamtale på 90 minutter i hver gruppe. Diskusjonen innad i gruppene var strukturert rundt spørsmålet ”Can you describe a personal experience of threats or violence”. Det ble avdekket tre årsaker til aggressiv adferd hos pasienten: udekket behov for hjelp, ufrivillig undersøkelse og uønsket berøring (s. 1).

- *Udekket behov* ble ofte sett ved at pasienten oppsøkte legevakt med mindre helseplager som ikke krevde medisinsk behandling eller de kunne tas videre med fastlege. Da pasientene fikk denne beskjeden, førte det ofte til at de ble frustrerte og

aggressive (s. 3).

- *Ufrivillig undersøkelse.* Når pasienten kom inn på legevakten ufrivillig, kunne pasienten bli aggressiv. Et eksempel er når politiet fulgte dem inn for undersøkelse. Det ble rapportert om at pasienten ble aggressiv, og kunne bli fysisk voldelig (s. 3–4).
- *Uønsket berøring* var forbundet med voldelig oppførsel. Dette oppsto i forbindelse med at helsepersonellet hadde oppfattet pasienten som stresset eller redd. I et forsøk på å roe dem ned gjennom tale og berøring reagerte noen av pasientene med vold (s. 4).

4.3 Håndtering

Dealing with workplace violence in emergency primary health care: a focus group study:

Datamaterialet fra denne studien ble innhentet fra den overnevnte artikkelen, men studiene har ulike fokus på utfordringen. I denne studien så de nærmere på hvordan helsepersonell på en legevakt *håndterte* aggressiv adferd. Det var en kvalitativ undersøkelse, der 37 sykepleiere og leger deltok. Disse ble fordelt i ytterligere 8 grupper der de drøftet hvordan de håndterte tidligere opplevd aggressiv adferd.

Det var fire hovedpunkter som bidro til å håndtere en aggressiv situasjon: unngå å jobbe alene, være forberedt, løse konflikter mellom pasientens forventninger og helsepersonellens oppgaver på legevakt og å ha en støttende leder (s. 3).

Undervisning om konflikthåndtering ble sett på som svært viktig når de skulle møte aggressive pasienter (s. 4). Å ha en ledelse som støttet personalet etter en voldelig episode var svært viktig for videre håndtering (s. 5–6). God oppfølging ga trygghet for personalet. Dårlig oppfølging ble også nevnt, og førte blant annet til voldelige episoder i framtiden som ikke ble rapportert.

The influence of staff training on the violence prevention and management climate in psychiatric inpatient units:

I en ikke-randomisert intervensjonsstudie fra Sverige så de nærmere på håndtering av aggresjon på 41 psykiatriske avdelinger, inkludert akuttavdelinger og avdelinger for rusmiddelproblematikk (s. 399). De innførte opplæring for helsepersonell etter Bergen-modellen og «City-modellen». Bergen-modellen innebærer opplæring som etikk,

risikoundersøkelse, konflikthåndtering, aggresjonsteori og grensesetting på psykiatrisk avdeling (s. 398). City-modellen er en teoretisk arbeidsmetode for sykepleiere som har blitt kombinert med Bergen-modellen, og består av fokus på positiv holdning til pasienten, selvreflektering og kontroll over egne følelser og effektiv struktur av rutiner og regler. Avdelingene ble delt i to grupper og fikk den samme opplæringen. For å finne ut effekten av Bergen-modellen og hva som løste konflikten, sendte de ut et spørreskjema med blant annet spørsmål på hva som reduserte aggresjonen og vold. Spørreskjema ble både besvart før og etter opplæringen. I resultatet kom det frem at konflikter ble løst ved at helsepersonellet var rolige i møte med den aggressive pasienten, personalet forsøkte å forstå hvorfor pasienten er aggressiv og at personalet tok kontakt med den aggressive pasienten i et tidlig stadium av konflikten, var konflikthåndterende.

5.0 Drøfting

For at paramedisinerne skal kunne bidra til å deeskalere en situasjon og unngå at vold oppstår, er det nødvendig med kunnskap om hva som gjør at pasienten blir aggressiv og tyr til vold. Derfor har vi valgt og først finne ut av årsakene til at volden oppstår. Deretter skal vi diskutere hvordan vi kan redusere risikoen for at vold forekommer, og til slutt drøfte hvordan ambulansesarbeideren kan håndtere voldelige situasjoner. Vi vil også foreta noen etiske og juridiske overveielser underveis i drøftingen.

5.1 Hvorfor forekommer vold mot ambulanspersonell?

Forskning konkluderer med at forekomsten av vold mot ambulanspersonell åpenbart er til stede (Bigham et al., 2014; Petzäll, Tällberg, Lundin & Suserud, 2011). Petzäll et al. påpeker at alkohol er en vanlig årsak til vold. I studien til Bigham et al. trekkes intoksikasjon frem som en risikofaktor. Intoksikasjon kan skyldes alkohol, men også andre former for rusmidler (Levy & Andrew, 2017). Til sammenligning har spørreundersøkelsen til Delta, om forekomst av vold mot ambulanspersonell i Oslo og Akershus (Martinsen, 2013), noen av de samme funnene som studiene til Bigham et al (2014) og Petzäll et al (2011). Selv om forfatterne understreker at rus har vært en av de viktigste årsakene til vold, har de ikke presisert om de fleste tilfellene skyldes alkohol, narkotika eller blandingsintoksikasjon. Dette kan skyldes at det i en prehospital situasjon er utfordrende å avdekke hva pasienten har inntatt. Likevel blir det fremhevet at alkohol er en av de viktigste faktorene for aggressiv adferd. Samtidig vet vi også at alkohol kan påvirke atferden og medvirke til aggressiv oppførsel.

Vi kan anta at alkohol eskalerer voldstilbøyeligheten og konflikten hos pasienten. Det er i en studie avdekket at man fortore blir provosert etter inntak av alkohol (Giancola, Saucier & Gussler-Burkhardt, 2003). Videre forteller forfatterne at personer med et mer aggressivt personlighetstrekk ofte har en høyere sannsynlighet for å bli voldelige. Å innta alkohol resulterer altså ikke nødvendigvis i at en person blir aggressiv. Det vil gjerne være flere faktorer som spiller inn, blant annet hvor tilbøyelig pasienten er til å bli aggressiv i edru tilstand, og hvilket humør pasienten er i før inntaket.

I boken *Akuttpsykiatri* (Ilnér, 2012, s. 166) og *Lærebok i psykiatri* (Malt, 2018, s. 857-858) blir ikke aggressive personlighetstrekk direkte nevnt som årsak til vold, men derimot blir personlighetsforstyrrelser nevnt som en risikofaktor. Aggressive personlighetstrekk er ikke

nødvendigvis en personlighetsforstyrrelse eller en type personlighet, men heller en adferd som skyldes en sammensatt bakgrunnshistorie (Malt, 2018, s. 124). Kort oppsummert kan vi si at alkoholen alene ikke er den eneste påvirkende faktoren. Når, og om volden inntreffer, avhenger av personens personlighet og situasjon.

Noe som kan skape en konflikt mellom pasient og paramedisiner, er uenighet om nødvendigheten av helsehjelp. Opplevelsen av at behovet enten er prekært eller ubetydelig, kan gå begge veier. I legevaktstudien til Morken et al. (2016) kommer det frem at volden oppsto i forbindelse med at pasienten hadde et udekket behov, ble utsatt for ufrivillig undersøkelse eller ved uønsket kontakt.

Jamfør pasient- og brukerrettighetsloven §2-1 a og b (1999) har pasienten rett til både nødvendig og øyeblikkelig hjelp fra helsetjenesten, og i henhold til helsepersonelloven §7 (1999) har all helsepersonell *plikt til å yte øyeblikkelig hjelp*. Selv om det er klare regler for å yte helsehjelp, finnes det faglige og ressursmessige begrensninger for hva ambulanspersonell får gitt av behandling. I henhold til akuttmedisinforskriften § 10 C (2015) må pasienten ha behov for enten medisinsk overvåkning eller behandling for å kunne bli transportert i ambulansen. Pasienter eller pårørende som ikke er innforstått med dette, kan føle å ikke bli tatt på alvor og dermed utvikle en fornemmelse av håpløshet eller fortvilelse (Aasnes & Johansen, 2016). Årsaken kan muligens være at pasienten enten ikke har forståelse eller kunnskap om de begrensningene ambulanspersonellet står ovenfor. Norby (2010) underbygger dette med å si at pasienten ikke nødvendigvis har den samme medisinske kunnskapen til å vurdere egen tilstand (s. 18-19). Samtidig kan det være vanskelig for ambulanspersonellet å forstå pasientens bekymringer. Det kan skyldes paramedisinerens manglende innsikt i "Ola Nordmanns" kunnskapsnivå.

På den andre siden kan det være ganger vi må undersøke eller behandle pasienten på tross av at pasienten ikke ønsker det. Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 (1999) har pasienten rett til å nekte å ta imot behandling, men denne lovbestemmelsen har sine begrensninger. Et eksempel på det kan være tilfeller der pasienten har pådratt seg synlige alvorlige skader under beruset tilstand. Pasienten nekter behandling fordi "han bare vil dra hjem". Helsepersonelloven (1999, § 7) åpner da opp for at helsepersonell kan utføre de nødvendige undersøkelsene og tiltak, for å avdekke om hjelpen er "*påtrengende nødvendig*",

selv om pasienten ikke samtykker. Samtidig bør personellet ta høyde for at utøvelse av helsepersonelloven §7 antagelig kan oppfattes som krenkende eller påtrengende for pasienten eller pårørende.

Alle pasienter er individer med ulik bakgrunn, forståelse og evne til å takle ulike situasjoner. Paramedisineren må møte individet, det betyr også å tilpasse sin fremgangsmåte og kommunikasjon til den enkelte pasient. Hvordan paramedisineren møter pasienten kan ha mye å si for hvordan relasjonen utfolder seg. Det er viktig å møte pasienten som et unikt individ, og ikke som en diagnose eller tilstand. Selv om paramedisineren klarer å identifisere situasjonen som ufarlig, klarer ikke nødvendigvis pasienten å gjøre det. Hvis pasienten ikke har opplevd en lignende situasjon å dra erfaring fra, kan det føre til sjokk eller frykt. På en annen side kan tidligere negative erfaringer bidra til å stresse pasienten.

For å sikre en verdig behandling av alle pasienter, uansett situasjon, skal helsepersonell alltid møte pasienten uten fordommer jf. ambulansarbeidernes yrkesetiske retningslinjer (Ambulanseforbundet i Delta, 2016). Likevel kan det forekomme at ambulanspersonell - bevisst eller ubevisst - er av den oppfatning at skaden er selvforskyldt på grunn av alkoholkonsum, og dermed oppføre seg mindre empatisk. Pasienten kan fange opp paramedisinerens negative holdninger, noe som kan skade relasjonen og samarbeidet. På samme måte kan pasienten ha dårlige erfaringer i møtet med helsepersonell og overføre disse holdningene til ambulanspersonellet. I møtet mellom pasient og paramedisiner vil det alltid oppstå en maktbalanse der paramedisineren er. Pasienten er den hjelpetrequende, og paramedisineren er den som sitter på muligheten og kunnskapen til å forbedre eller forverre pasientens situasjon. Denne skjevheten i maktbalansen kan føre til at pasienten opplever avmakt. Pasienten kan forsøke å justere maktbalansen og gjenvinne kontroll over situasjonen. Hvis dette gjøres ved et forsøk på å dominere, kan det føre til en ansent situasjon.

5.2 Hvordan kan paramedisinere redusere risikoen for vold?

I studien til Morken et al. (2015) ble det trukket frem enkelte risikoreducerende tiltak, som de hadde funnet avgjørende for å unngå voldsepisoder. Dette var å; unngå å jobbe alene, være forberedt, avklare forventninger mellom pasient og helsepersonell, og å ha en støttende ledelse.

Å *jobbe alene* ble definert som at andre kollegaer var unna syns- og hørevidde. Det å ha kollegaer som kunne komme inn i samme rom hvis konflikten eskalerte, økte ikke bare tryggheten, men endte ofte med å deeskalere situasjonen. Det å være flere personell i møte med utagerende pasienter har også vist seg å forebygge voldstilfeller, ifølge Carlenius og Aakvaag (Gjennsisert i Bråten, 2011). Samtidig er det viktig å huske at voldsutøveren er ruset, og evnen til å ta rasjonelle avgjørelser mest sannsynlig ikke er optimal. Derfor kan volden også bli utøvd selv om andre er til stede, men skadeomfanget kan trolig bli mindre. I Norge er man som regel bemannet med to personer i ambulansen.

Være forberedt innebærer blant annet å samle inn informasjon om pasienten før og under møtet. På den andre siden er informasjonsinnhenting før møtet med pasienten i prehospital tjeneste utfordrende (Morken et al., 2015). Siden ambulanspersonellet ikke nødvendigvis kjenner til pasienten, avhenger det av at ambulanspersonellet selv innhenter informasjon under møtet med pasienten. Å kommunisere med kollegaer og politi, i tillegg til å trene på å håndtere voldelige situasjoner, ble ansett som viktige faktorer for å være forberedt på voldelige pasienter (Morken et al., 2015). Bråten (2011, s. 61) beskriver at å informere kollegaer om mulige aggressive pasienter bidrar til at flere kan være forberedt. Samarbeidet med kollegaer og politi kan være en sentral del av forberedelsesprosessen for alle involverte.

Det ble beskrevet at å *avklare forventninger mellom pasient og helsepersonell* redusert risikoen for vold (Morken et al., 2015). Som nevnt tidligere førte udekte behov hos pasienten til aggresjon og konflikt. Vi har også selv erfart, fra flere ambulanseoppdrag at mange pasienter har blitt aggressive når ambulanspersonellet ikke har gitt pasienten det den ønsket. Eksempelvis ønsker de medikamenter vi ikke har tilgang på, eller der det ikke foreligger noen medisinsk begrunnelse for anvendelse av dette medikamentet. Det kan trolig handle om ulike forventninger mellom pasient og paramedisiner.

Morken et al (2015) konkluderte i sin studie med viktigheten av å informere pasientene om hva helsepersonellet kan tilby av behandling, og eventuelt henvise videre til andre avdelinger (fastlege, poliklinikk, etc). Norby forteller at å informere pasienten om hva slags motiver og kunnskap som ligger bak handlingen eller tilbudet du gir pasienten, kan bidra til at pasienten viser forståelse og aksept (2010, s. 19). Det å fortelle pasienten at man ønsker å hjelpe, men at

du som ambulansearbeider har faglige og ressursmessige begrensinger som er utenfor din kontroll, vil også kommunisere dine holdninger. Imidlertid vet vi at alkohol hemmer abstrakt tenking, hukommelse og evne til å ta imot informasjon. Norby (s. 19) forteller videre at når man realitetsorienterer pasienten, er det viktig å tilpasse kommunikasjonen. Dette er utfordrende hvis pasienten har inntatt alkohol. Da er det viktig å snakke rolig og enkelt til vedkommende, og passe på at å ha et rolig kroppsspråk (Bråten, 2011, s. 126-127).

Det siste reduserende risikotiltaket til Morken et al (2015) var å ha en *støttende ledelse*. Å ha en ledelse som støttet arbeidstakerne etter en voldshendelse var essensielt for å forhindre stress og negative ettervirkninger. Tiltak som å innkalle den ansatte for en psykososial oppfølging, hjelp til å anmelde saken til politiet eller planlegging og utarbeiding av nye rutiner for å beskytte helsepersonellet, bidro til å øke tryggheten for de ansatte. Til tross for dette var det flere helsepersonell som rapporterte at de ikke hadde fått noe hjelp eller støtte fra ledelsen etter en voldsepisode (Morken et al., 2015). Det førte til at flere ansatte følte seg utrygge på arbeidsplassen. Det er viktig at helsepersonell får snakket ut om opplevelsen sin (Illner, 2012, s. 171). Hvis ledelsen ikke setter av tid til de ansatte etter voldshendelsen, kan det føre til psykiske utfordringer. Dette kan antageligvis føre til at personellet vil bli i dårligere stand til å håndtere fremtidige voldelige situasjoner (Malt, 2018, s. 232). Det er utarbeidet en rekke modeller for hvordan man kan ha støttesamtaler, men felles for alle er at man får muligheten til å snakke ut om opplevelsene sine med noen (Bråten, 2011, s. 150).

I ambulansestudien til Bigham et al (2014) var det 61 prosent av deltakerne som hadde opplevd voldshendelser, men som ikke hadde rapportert til ledelsen eller videre i systemet. Når det er så mange som ikke rapporterer, blir problemet bagatellisert. Det blir da utfordrende for ledelsen å følge opp hendelsene (Bråten, 2011). Mangel på innrapporteringer skaper også utfordringer i kartleggingen av vold på arbeidsplassen. Hvorfor ambulansepersonell velger å la være å rapportere slike hendelser, finnes det ikke et klart svar på. Det kan kanskje ha en sammenheng med en maskulin kultur, der det oppleves som tabu å ikke klare å håndtere voldsepisoder selv, og problemet blir følgelig bagatellisert. Det kan oppleves utfordrende å melde fra om hendelser når ingen av kollegene dine gjør det. Personen kan da oppleve at det er noe alle andre klarer å håndtere på egenhånd. Både i studien til Petzäll et al (2011) og Bigham et al (2014) påpekte deltakerne at det var «*en del av jobben å bli utsatt for vold*».

5.3 Hvordan kan paramedisinere håndtere aggressive pasienter?

En svensk studie har kommet frem til betydningsfulle faktorer for håndtering av voldelige pasienter (Björkdahl, Hansebo & Palmstierna, 2013). Det som gjør denne studien unik, er at både helsepersonell og pasientens perspektiver er tatt med. Dette gir oss en mulighet til å sette de ulike synspunktene opp mot hverandre for å komme frem til den beste fremgangsmåten. Helsepersonell rapporterte tre faktorer de mente var essensielle i møtet med aggressive pasienter: at helsepersonell tok kontakt med pasienten allerede ved første tegn til aggresjon, de beholdt roen, og de forsøkte å forstå årsaken til pasientens aggresjon.

Til tross for at det er noe forskjellige resultater i hva ambulansesarbeidere og tidligere pasienter trekker frem som faktorer for god konflikthåndtering, er det ett punkt de er enige om: å oppsøke pasienten for å skape forståelse for aggresjonen, hindret videre eskalering (Björkdahl et al., 2013). Å løse konflikten på et lavt nivå er mye enklere enn å prøve å håndtere det på et høyt konfliktnivå der viljen til samarbeid er mindre. Dette underbygges av Bråten (2011). Han understreker at konflikthåndtering innebærer å foreta tiltak for å deeskalere en situasjon og hindre situasjonen i å nå ett høyere nivå av konflikt (s. 39).

Andre kilder strider mot funnene i denne artikkelen om at ambulanspersonell bør oppsøke den aggressive pasienten. Flere akuttmedisinske fagbøker understreker at ambulanspersonell ikke bør gå inn i voldelige situasjoner uten at politiet er til stede (Caroline, 2014; Dalton, Limmer, Mistovich & Werman, 2012; National Association of Emergency Medical Technicians, Pre-Hospital Trauma Life Support Committee & American College of Surgeons Committee on Trauma, 2014). Det vil alltid innebære en viss risiko å nærme seg en aggressiv pasient, spesielt hvis denne har kommet med trusler eller er bevæpnet. Uavhengig av om det har forekommet verbale trusler eller om pasienten tilsynelatende bærer våpen, er det umulig for ambulanspersonell å vite om situasjonen er helt trygg (Caroline, 2014, s. 117).

Ambulanspersonell må alltid prioritere egen sikkerhet. Konfliktnivået kan raskt eskalere fra lavt til høyt hvis ambulanspersonell velger å gå inn i situasjonen (Bråten, 2011, s. 37-39). I ambulansstudien til Petzäll et al. (2011) rapporterte de fleste deltakerne at voldsutøverene utøvde vold med en gang ambulanspersonellet tok kontakt. Derfor kan det være gunstig at

ambulanspersonell har kartlagt en rømningsvei i tilfelle pasienten tyr til vold. Dette kan for eksempel handle om hvordan ambulansarbeideren stiller seg i forhold til pasienten og eventuell utgang (Bråten, 2011, s. 62).

Helsepersonell har rapportert om betydningen av å forholde seg rolig i møtet med aggressive pasienter, og hvordan dette kunne bidra til å redusere den aggressive spenningen. Å være rolig ble beskrevet som å ha en rolig verbal og non-verbal kommunikasjon i møtet med pasienten (Björkdahl et al., 2013). I en kanadisk ambulansstudie (Bigham et al., 2014) svarte deltakerne derimot at de blant annet valgte å heve stemmen sin som svar på pasientens aggresjon. Ifølge Nancy Caroline (2014) kan dette være svært uheldig, med tanke på at pasienten mest sannsynlig vil heve stemmen tilbake (s. 103). Det er ifølge Bråten (2011) ikke uvanlig at alkoholberusede blir høylytte og har et urolig kroppsspråk når de er aggressive (s. 126-127). Hvis man som ambulanspersonell, til tross for en aggressiv pasient, forholder seg rolig, er det sannsynlig at holdningen «smitter» over på pasienten, slik at pasienten roer seg ned.

På den andre siden er det viktig å understreke at å forholde seg rolig under truende omstendigheter er vanskelig. Ifølge Bråten (2011, s. 82-86) blir kroppen satt i en alarmberedskap når vi blir utsatt for fare. Det fører blant annet til utfordringer med å tenke klart og å holde en rolig kommunikasjon. Samtidig vet vi at man reagerer og håndterer stress ulikt. En reaksjon på plutselig ytre truende eller skremmende hendelser er kjent som fight-flight responsen (Svartdal & Malt, 2018). Denne responsen kan både være til fordel og ulempe. Det kommer an på person og situasjon. I legevaktstudien til Morken et al. (2015) rapporterte deltakerne om at *rollespill* og *undervisning om stresspåvirkning*, bidro til bedre konflikthåndtering. Bråten (2011) viste også til at trening og undervisning bidro til at man blir mer mentalt forberedt (s. 71-73). Han forteller videre at hvis man selv er klar over sin egen stressreaksjon, kan det bidra til at man klarer å håndtere stressende situasjoner mer adekvat (s. 62). Dessuten gir det økt selvkontroll slik at man tenker igjennom og planlegger kommunikasjonen i konfliktsituasjonen.

Hvis ambulanspersonell utvikler negative holdninger overfor den berusede pasientgruppen, kan dette påvirke kommunikasjonen. Eksempelvis kan personellet lett bli utålmodig og

mindre empatisk i møte med en beruset pasient. For det første vil en slik holdning bryte med de yrkesetiske retningslinjene på de punktene at vi skal møte pasienten med *likeverd* og *uten fordommer* (Ambulanseforbundet i Delta, 2016). For det andre påpeker Nancy Caroline (2014, s. 103) i sin bok, viktigheten av forholde seg disiplinerte i møtet med disse pasientene. Som diskutert i forrige kapittel, er det viktig at man som ambulanspersonell snakker om hendelsene slik at det ikke bygges opp en indre aggresjon som blir tatt med videre til neste berusede pasient.

Avhengig av nivået på konflikten er det viktig å få vedkommende til å snakke om problemet. Nancy Caroline (2014, s. 820-821) påstår at hvis man ikke allerede er i en samtale med pasienten, er det effektivt og nødvendig å åpne samtalen med å introdusere deg selv og fortelle at man ønsker og hjelpe (s. 820). Det bidrar til å øke tryggheten og tilliten til pasienten. I samtalen med vedkommende er det viktig å vise engasjement og forståelse (Benjaminsen, Glenthøj & Bartels, 2007, s. 117). Til sammenligning mener Bråten (2011) at å stille spørsmål, komme med oppfordringer til å snakke, gi vedkommende pauser til å tenke og gjenta det pasienten sier, ikke bare viser at paramedisineren henger med i samtalen, men bidrar til at pasienten føler seg ivaretatt og forstått (s. 93-97). Dette handler ikke om si seg enig i hva pasienten sier, men at man er villig til å lytte og ta situasjonen alvorlig. I tillegg forteller han at man bør identifisere følelsene hos vedkommende. For eksempel å gi kommentarer som «når vi snakker om dette, opplever jeg at du blir irritert, stemmer det?». Det å sette ord på de følelsene pasienten sitter med, kan bidra til at vedkommende føler seg sett. Imidlertid kan forsøk på å identifisere følelsene til pasienten også bidra til å øke konfliktnivået hvis pasienten føler seg konfrontert eller misforstått. Dermed er det viktig å tenke over ordvalget sitt for å ikke bli oppfattet dømmende.

Ifølge Bråten (2011, s. 124-127) bør man i et høyt konfliktnivå være bevisst på avstanden til pasienten. Paramedisineren bør ifølge han holde mellom 4-8 meters avstand slik at man kan ivareta egen sikkerhet. Når ambulansarbeideren skal nærme seg pasienten, er det ifølge Bråten lurt å gjøre det langsomt. Dette for å ha tid til å lese situasjonen. Hvis ambulanspersonellet haster seg inn i situasjonen, vil man ikke nødvendigvis rekke å foreta en sikkerhetsvurdering på forhånd. Samtidig vil den berusede pasienten oppleve en usikkerhet, eller i verste fall oppfatte personellet som truende (Benjaminsen et al., 2007, s. 117). Som beskrevet tidligere i diskusjonen, bør kommunikasjonen være enkel i møte med

alkoholberusede pasienter. Dette er for å unngå misforståelser og for at vedkommende skal henge med i dialogen (Bråten, 2011, s. 126-127). Her kan paramedisineren også anvende den non-verbale kommunikasjonen for å underbygge den verbale-kommunikasjonen. Et eksempel på det er å bruke bekreftende nonverbal kommunikasjon som nikking samtidig som man gir bekreftende verbal kommunikasjon som lyder. Det er viktig at man tilpasser kommunikasjonen etter den kognitive funksjonen til pasienten.

5.4 Styrker og svakheter ved metoden

Som nevnt i metoddelen, har vi foretatt en litteraturstudie. Siden vi ønsker å se nærmere på håndteringen av alkoholrelatert vold mot ambulanspersonell, har det vært mer hensiktsmessig å finne kvalitative forskningsartikler enn kvantitative. Fordelen med en kvalitativ tilnærming er at det gir oss forskning på menneskets opplevelser og erfaringer, og at det gir et bilde av prosessen av samhandling med andre mennesker (Thidemann, s. 78). Siden håndtering av alkoholrelatert vold er et komplekst samspill mellom inntak av alkohol, menneskets personlighet og erfaring og situasjonen for øvrig, må man se det fra forskjellige vinkler. Med andre ord må man vurdere hele mennesket og situasjonen for å finne den beste løsningen. Ulempen er at man ikke kan beregne det med tall, slik at man ikke får satt en eksakt verdi av resultatet som i kvantitative studier (Nortvedt et al., 2012, s. 78). For eksempel ville det ha vært praktisk om man kunne si at den ene eller andre fremgangsmåten for å håndtere vold var 100 % effektiv. I studien til Peztäll et al. (2011) og Bigham et al (2014) har de benyttet seg av metodetriangulering, som betyr bruk av både kvantitativ og kvalitativ tilnærming (Thidemann, 2015, s. 79). Fordelen med metodetriangulering er at det veier opp for svakheter og styrker ved bare å bruke en metode. Disse forskningsartiklene har gitt oss gode tall på hvor mange ambulanspersonell som har blitt utsatt for vold.

Alle forskningsartiklene vi har brukt, er enkeltstudier. Ifølge Nordtvedt et al. (2012s. 45) er det en fordel å bruke oppsummert forskning, der flere enkeltstudier er oppsummert. Nordtvedt et al. forteller videre at det er lurt å søke etter forskningsartikler etter S-pyramiden. S-pyramiden er utviklet av McMaster-universitet i Canada og er en «pyramide» som deler inn kunnskapskilder inn i seks trinn. Fra bunn til topp er det følgende nivåer: Enkelte studier, oppsummerte enkeltstudier, systematiske oversikter, oppsummerte systematiske oversikter,

kunnskapsbaserte retningslinjer/oppslagsverk og systemer. Jo høyere opp i pyramiden man finner artikler, jo mer kvalitetssikret og anvendbar er artikkelen.

Artiklene har blitt vurdert utfra vår beste evne som bachelorstudenter. For å kvalitetssikre artiklene og metoden har vi anvendt faglitteratur og sjekklister (på forskningsartiklene) på området. En svakhet er at noen av artiklene er mer en fem år gamle. Selv om NOKUT anbefaler at artiklene bør være mindre enn fem år, påpeker de at eldre artikler også kan inkluderes hvis søkerresultatet er for dårlig (Gjenngitt i Støren, 2013, s. 60). Derfor har vi vurdert artikler mellom år 2000 og 2018.

5.5 Arbeidsprosessen internt i gruppen

Vi har vært to personer i gruppen. For å gjøre en god vurdering, unngå misforståelser og feiltolkninger av forskningsartiklene har begge parter lest og gjort seg forstått med innholdet. Vi har også fått obligatorisk og faglig veiledning fra OsloMet storbyuniversitet. Vi har ikke hatt noen spesielle uenigheter innad i gruppen. Metoden ble godt faglig diskutert mellom partene og med veileder fra OsloMet.

6.0 Oppsummering og konklusjon

Hensikten med vår litteraturstudie var å belyse hvordan paramedisinere kan bidra til å unngå, eller deeskalere konflikt i møtet med alkoholpåvirkede pasienter. Våre funn viser at vold mot ambulanspersonell i prehospital arbeid er et reelt problem, spesielt i møte med pasienter som er alkoholpåvirket. Vi mener at det er viktig at det blir satt fokus på vold mot ambulanspersonell som et konkret problem, da vi ser holdninger om at det er en del av jobben å bli utsatt for vold. Det er viktig med kunnskap om hvordan paramedisinere bør forholde seg i møtet med aggressive, alkoholpåvirkede pasienter, slik at vold blir unngått.

Gjennom denne litteraturstudien har vi fått innsikt i flere faktorer som påvirker hvordan en konfliktfylt situasjon kan håndteres, både med utgangspunkt i pasienten og i paramedisineren. Når ambulanspersonell har kunnskap om hvorfor konflikten oppstår eller eskalerer, vil det bidra til en større forståelse av hvordan situasjonen bør håndteres. Alkoholen alene, er lite sannsynlig hele årsaken til at konflikten oppstår.

For å summere opp kan vi si at ulike faktorer i samspill med alkohol, bidrar til en potensiell konflikt. Både tidligere pasienter, og paramedisinere var enige om at et viktig tiltak for å deeskalere eller unngå konflikter, var at paramedisineren prøvde å forstå hva som gjorde at pasienten reagerte som den gjorde.

Enkelte av funnene var kanskje ikke så overraskende, som for eksempel at pasientens personlighet og kjønn hadde en innvirkning på sannsynligheten av at en situasjon ble konfliktfylt. Det kan være andre funn som paramedisineren ikke er like bevisst på, som for eksempel at pasienten kan reagere ut i fra frykt eller usikkerhet med tanke på tidligere opplevelser, eller en opplevelse av avmakt og sårbarhet. Paramedisineren må derfor ha fokus på pasienten som et unikt individ, og tilpasse kommunikasjonen. Tydelig kommunikasjon, tilstrekkelig informasjon og klargjøring av forventninger bidrar til å deeskalere potensielt voldelige situasjoner i møtet med alkoholpåvirkede pasienter.

Vi ser at det ikke er en klar mal for hvordan paramedisineren best kan håndtere en voldelig, alkoholpåvirket pasient, men at flere faktorer spiller inn og kan medvirke til at situasjonen roes. Faglitteratur og forskning er motstridende på noen områder, men ved bruk av skjønn, erfarings- og forskningsbasert kunnskap, kan paramedisineren bidra til å forhindre vold i pre-hospitale situasjoner.

7.0 Litteraturliste

- Aae, S., Sundby, T., Våge, J. & Engely, G. (2013). *Sikkerhet og risiko i ambulansetjenesten Oslo og Akershus*. Oslo Oslo Universitetssykehus - Prehospitalt senter.
- Aasnes, M. & Johansen, J. (2016). Hvordan unngå vold? *Sykepleien*, 104(10), 52-54.
- Akuttmedisinforskriften. (2015). *Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2
- Ambulanseforbundet i Delta. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for ambulanspersonell*. Hentet fra <https://delta.no/yrke/ambulanseforbundet/yrkesetiske-retningslinjer-for-ambulansepersonell>
- Arbeidstilsynet. (2009). *Vold og trusler i forbindelse med arbeidet - forebygging, håndtering og oppfølging*. Hentet fra <https://www.arbeidstilsynet.no/contentassets/0cbb3bc6069a4008a3e4873900177c2f/veiled-er---vold-og-trusler-i-forbindelse-med-arbeidet.pdf>
- Benjaminsen, S., Glenthøj, B. & Bartels, U. (2007). *Akut psykiatri : skadestuepsykiatri* (2. utg.). København: FADL's Forlag.
- Bigham, B. L., Jensen, J. L., Tavares, W., Drennan, I. R., Saleem, H., Dainty, K. N. & Munro, G. (2014). Paramedic Self-reported Exposure to Violence in the Emergency Medical Services (EMS) Workplace: A Mixed-methods Cross-sectional Survey. *Prehospital Emergency Care*, 18(4), 489-494. doi:10.3109/10903127.2014.912703
- Björkdahl, A., Hansebo, G. & Palmstierna, T. (2013). The influence of staff training on the violence prevention and management climate in psychiatric inpatient units. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(5), 396-404. doi:doi:10.1111/j.1365-2850.2012.01930.x
- Breakwell, G. M., Skumsnes, A. & Elgarøy, S. (1995). *Møte med fysisk vold i den profesjonelle hverdag* (Facing physical violence). Oslo: Gyldendal.
- Bruset, S. (2018). Paramedisin. I *Store Norske Leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/paramedisin>

Kandidatnummer: 154, 112

Bråten, O. A. (2011). *Håndbok i konflikthåndtering : forebygging av trakassering, trusler og vold*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Caroline, N. L. (2014). *Nancy Caroline's emergency care in the streets* (Andrew N. Pollak, 7. utg.). Bridgewater: Jones and Bartlett.

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

Dalton, A., Limmer, D., Mistovich, J. J. & Werman, H. A. (2012). *EMPACT : emergency medical patients : assessment, care and transport* (Emergency medical patients assessment, care and transport). Upper Saddle River, N.J: Pearson Education Brady.

Decelerate. (udatert). English dictionary. *Cambridge Advanced Learner's Dictionary & Thesaurus* (Vår 2018. utg.). Hentet fra <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/decelerate#dataset-british>

Dinutvei.no. (udatert). Ulike former for vold, . Hentet fra <https://dinutvei.no/om-vold/244-ulike-former-for-vold>

Ekeland, T.-J. (2014). *Konflikt og konfliktforståelse : for helse- og sosialarbeidere* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Fekjær, H. O. (2016). *Rus : bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie* (4. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Fröjelin, L.-Å., Åhslund, K. & Brunsvik, G. (1990). *Sjå mennesket : psykologi* (Nynorsk. utg.). Oslo: Gyldendal.

Giancola, P. R., Saucier, D. A. & Gussler-Burkhardt, N. L. (2003). The Effects of Affective, Behavioral, and Cognitive Components of Trait Anger on the Alcohol-Aggression Relation. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27(12), 1944-1954. doi: doi:10.1097/01.ALC.0000102414.19057.80

Grasaas, K. K., Stordalen, J. & Sjørusen, M. (2014). *Helsefagskolen : etikk og kommunikasjon*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Kandidatnummer: 154, 112

Helsebiblioteket. (2016). Sjekklistene. Hentet 22 april 2018 fra

<http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistene>

Helsedirektoratet. (2018). *Helsepersonelloven med kommentarer* Hentet fra

<https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Helsepersonelloven%20med%20kommentarer.pdf>

Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. Hentet fra

<https://lovdata.no/NL/lov/2008-06-20-44/>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet fra

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

Heløe, H. (2016, 11 oktober 2016). Vold og trusler mot ambulanspersonell – et økende problem.

Ambulanseforbundet i Delta. Hentet fra <https://delta.no/ambulans/vold-og-trusler-mot-ambulanspersonell--et-okende-problem>

Ilner, S. O. (2012). *Akuttpsykiatri*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kjeldsen, T., Øiseth, O. V., Sundvoll, A. & Vindenes, V. (2014). *Tegn og symptomer på misbruk av narkotika eller andre rusmidler* (4. utg.). Drammen: Vett & viten.

Levy, F. E. S. & Andrew, E. (2017). Forgiftning. I *Store Norske Leksikon*. Hentet fra

<https://sml.snl.no/forgiftning>

Lystad, A. (2006). *Håndbok i konflikthåndtering* (2. utg.). Oslo: Akribe.

Malt, U. F. (2018). *Lærebok i psykiatri* (4 red. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Martinsen, E. (2013, 7 august). - Plutselig går han til angrep uten forvarsel. *Norsk Riksringkasting*

Hentet fra <https://www.nrk.no/ostlandssendingen/ambulanspersonell-opplever-vold-1.11167808>

Morken, T., Alsaker, K. & Johansen, I. H. (2016). Emergency primary care personnel's perception of professional-patient interaction in aggressive incidents -- a qualitative study. *BMC Family Practice*, 17(1), 54. doi:10.1186/s12875-016-0454-7

Kandidatnummer: 154, 112

Morken, T., Johansen, I. H. & Alsaker, K. (2015). Dealing with workplace violence in emergency primary health care: a focus group study. *BMC Family Practice*, 16(1), 51.
doi:10.1186/s12875-015-0276-z

Nasjonal overvåkning av arbeidsmiljø. (udatert). Vold og trusler. Hentet 10 mai 2018 fra
<https://noa.stami.no/arbeidsmiljoindikatorer/psykososialtorganisasjonisk/vold-mobbing-trakkasering/vold-og-trusler/>

National Association of Emergency Medical Technicians, Pre-Hospital Trauma Life Support Committee & American College of Surgeons Committee on Trauma. (2014). *PHTLS : prehospital trauma life support* (8. utg.). Burlington, Ma: Jones Bartlett learning.

Nordby, H. (2010). *Etikk og kommunikasjon i prehospitalt medisinsk arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Nordby, H. (2014). *Samhandling i prehospitalt arbeid* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Norsk legemiddelhandbok. (2016). *Rusmiddelbruk og avhenighetstilstander*. Hentet fra
<http://legemiddelhandboka.no/Generelle/158635>

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

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

Opdahl, H. (2009). Ambulansetjeneste. I *Store Norske Leksikon*. Hentet fra
<https://sml.snl.no/ambulansetjeneste>

OsloMet. (2016). Hentet 12 mai 2018 fra <http://www.hioa.no/LSB/Databaser>

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

- Petzäll, K., Tällberg, J., Lundin, T. & Suserud, B.-O. (2011). Threats and violence in the Swedish pre-hospital emergency care. *International Emergency Nursing*, 19(1), 5-11.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2010.01.004>
- Rang, H. P. & Dale, M. M. (2012). *Rang and Dale's pharmacology* (Pharmacology, 7. utg.). Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
- Rossow, I. (2010). Rusmidler og vold *Forebygging.no* Statens institutt for rusmiddelforskning. Hentet fra <http://www.forebygging.no/Artikler/2011-2008/Rusmidler-og-vold/>
- Statistisk Sentralbyrå. (2017). *Arbeidsmiljø, levekårsundersøkelsen*. Hentet fra <https://www.ssb.no/arbmiljo/>
- Statistisk Sentralbyrå. (2018a). *Alkoholomsetning*. Hentet fra <https://www.ssb.no/alkohol/>
- Statistisk Sentralbyrå. (2018b). *Anmeldte lovbrudd*. Hentet fra <https://www.ssb.no/lovbrudda/>
- Straffeloven. (2005). *Lov om straff* Hentet fra <https://lovdata.no/NL/lov/2005-05-20-28/>
- Støren, I. (2013). *Bare søk! : praktisk veiledning i å gjennomføre litteraturstudie* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm.
- Svartdal, F. & Malt, U. (2018). Stress. I *Store Norske Leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/stress>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforl.
- Wedervang-Resell, A., Østraat, I. E., Haga, M., Even Klinkenberg & Berglund, K. (2017). *Kartlegging av vold mot helsepersonell og medpasienter*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1405/Kartlegging-av-vold-mot-helsepersonell-og-medpasienter-IS-2681.pdf>
- Østli, K. & Vedeler, M. (2013, 6 oktober). Norge på europatoppen i vold på arbeidsplassen. *Aftenposten*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/norge/i/1kbrX/Norge-pa-europatoppen-i-vold-pa-arbeidsplassen>

8.0 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1

Litteratormatrise:

Artikkel nr	Førsteforfatter	År	Metode og design	Befolkning/utvalg	Hovedfunn	Kvalitet	Etikk
1	Petzäll	2010	Tverrsnitt studie med en kvalitativ tilnærming	Ambulansepersoneell Fra distrikt og by	66 % utsatt for vold, alkohol var en av årsakene	God	God
2	Bigham	2014	Tverrsnitt studie med en kvalitativ tilnærming	Ambulansepersoneell fra distrikt og by	75 % utsatt for vold, kvinner mest utsatt	God	God
3	Giancola	2003	Radnomisert kontroll studie	Personer mellom 21-35 år	Alkohol og aggressjon tydelig forbundet med aggressiv personlighetstrekk	God	Middele
4	Morken	2016	Kvalitativ studie – fokus gruppe	Legevaktpersonell	Udekt behov, ufrivillig undersøkelse og uønsket berøring var forbundet med aggresjon	God	God
5	Morken	2015	Kvalitativ studie –	Legevaktpersonell	Avklare forventninger, unngå å jobbe	God	God

			fokus gruppe		alene, forberedelse og støttende ledelse var konfliktløsende		
6	Björkdahl	2012	Non- randomisert kontrollstudie	Helsepersonell og pasienter på psykiatrisk avdeling	Helsepersonell var rolige møte med den aggressive pasienten, forsøkte å forstå aggresjonen og tok kontakt med voldsutøveren på et tidlig stadium av konflikten	God	God