

HUR KAN SJUKSKÖTERSKAN FÖREBYGGA VÅLD INOM SLUTEN PSYKIATRISK VÅRD?

FÖRFATTARE	Lars Björkegren Linda Falk
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 Hp Omvårdnad – eget arbete HT 2008
OMFATTNING	15 Hp
HANDLEDARE	Lars Engen
EXAMINATOR	Barbro Robertsson

Titel (svensk):	Hur kan sjuksköterskan förebygga våld inom slutenvård psykiatrisk vård?
Titel (engelsk):	Psychiatric inpatient violence: prevention strategies by the nurse.
Arbetets art:	Eget arbete, fördjupningsnivå I
Program/ kurs/ kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng/ Omvårdnad - eget arbete/ OM2240/ SPN10
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	12
Författare:	Lars Björkegren Linda Falk
Handledare:	Lars Engen
Examinator:	Barbro Robertsson

SAMMANFATTNING

Introduktion. Våld mot personal inom psykiatrisk vård är ett stort problem, men trots detta är det svårt att hitta pålitlig litteratur som belyser problemet. **Syfte.** Denna litteraturstudie syftar till att beskriva vad sjuksköterskan kan göra för att förebygga våld i sitt arbete med psykiskt sjuka patienter. **Metod.** Sökningen gjordes i databasen CINAHL och resultatet baserades på 12 vetenskapliga artiklar med olika fokus på våldsprevention. Resultatet analyserades induktivt och diskuterades i relation till Watsons teori om den transpersonella omsorgsrelationen. **Resultat/diskussion.** Resultatet visar att utbildning i våldsprevention är ett återkommande tema som tas upp. Sjuksköterskor efterfrågar mer utbildning och att kvaliteten på utbildningen bör förbättras. Även vikten av bra kommunikation mellan patient och vårdare, för att kunna förebygga våld, betonas i resultatet. **Slutsats.** Standardiserade och effektiva utbildningar i våldsprevention efterfrågas. Ett viktigt inslag i utbildningarna bör vara kommunikation.

INNEHÅLL

BAKGRUND	1
Inledning	1
Psykiatrins historia	1
Psykofarmaka	1
Tvångsvård då och nu	2
Våld i psykiatri	2
Riskfaktorer	3
Den transpersonella omsorgsrelationen	3
Begreppsdefinitioner	3
SYFTE	4
METOD	4
RESULTAT	5
Riskbedömning	5
Påverkansfaktorer	5
Yttre faktorer	5
Inre faktorer	6
Interaktionella faktorer	6
Vårdarens inre processer	7
Omvårdnadsrelationen	7
Kunskap	8
DISKUSSION	8
Metoddiskussion	8
Resultatdiskussion	9
SLUTSATS	12
REFERENSER	13
BILAGOR	I
Bilaga 1 – Artikelpresentation	I

BAKGRUND

INLEDNING

Hur är det egentligen att jobba med patienter som är så nyckfulla och våldsamma?

Efter att vi har jobbat och praktiserat i sluten psykiatrisk vård har vi fått många frågor från vänner och bekanta om hur det är att arbeta i en miljö som verkar så full av farliga patienter utan hopp om bättring.

Vi skulle naturligtvis önska att det inte förekommer våldsamma situationer på psykiatriska vårdavdelningar, utan att det är lugna och trygga miljöer för både patienter och personal. Tyvärr ser verkligheten inte ut så idag och därför är vi intresserade av att fördjupa oss i hur man kan förebygga våldsamma situationer inom slutna psykiatrisk vård.

PSYKIATRIS HISTORIA

Psykiatrisk vård har fram till 1900-talets mitt präglats av olika uppfattningar om vad psykisk sjukdom beror på och hur man behandlar den. Länges ansåg man att omhändertagandet av psykiskt sjuka var en barmhärtighetsgärning. Kloster tog de sjuka under sina vingar tillsammans med fattiga, åldringar, invalider och föräldralösa barn [1].

Man ansåg att psykisk sjukdom berodde på ett förryckt förstånd. När hospitalen förstatligades i mitten av 1700-talet fylldes de snart av "dårar". Behandlingen för dessa var att med chockartade metoder som överraskningsbad och slänggungor försöka rycka förståndet rätt igen. Men med de nya centralhospitalen, det första i Vadstena 1826, kom också en mer humanistisk människosyn, då det var läkare som hade det yttersta patientansvaret [1].

I början av 1900-talet började man anse att frisk luft, renlighet, mat och vila skall vara basala principer för den psykiatriska vården. Behandlingsmetoderna var dock fortfarande barocka. 1935 införde den polske psykiatern Manfred Sakel insulinkoma som behandlingsmetod för schizofreni med motiveringen att det var en omskakande procedur som reorganiserade de psykiska funktionerna. Denna metod användes dock bara under ett par decennier och var föga framgångsrik [1].

Under mitten av 1900-talet hade också elektrokonvulsiv behandling (ECT) och lobotomering introducerats som behandlingsmetod. Den svenske professorn i psykiatri Jan-Otto Ottosson menar dock att dessa behandlingar, som pacificerade patienterna, nyttjades främst för att underlätta personalens jobb och inte för patienternas gagn. Av dessa metoder är ECT den enda som fortfarande används [1].

PSYKOFARMAKA

Det var inte förrän efter 1950-talet som psykofarmakans utveckling och implementering i vården på allvar tog fart. Det innebar att nya patientgrupper kunde få hjälp och mycket av slutenvården kunde övergå till öppenvård. Ottosson beskriver att ljudnivån och oron på avdelningarna minskade efter neuroleptikans genombrott. Personalens rädsla för påhopp av patienter minskade och bältesläggningar var inte lika vanligt förekommande [1].

Många såg neuroleptikamedicineringsen som en vändning som skulle leda till att de gamla mentalsjukhusen snart kunde läggas ner. Tyvärr blev det inte så lyckat utan

ganska snart upptäckte man de svåra biverkningar som följde med medicineringen och även att en tredjedel av patienterna var helt opåverkade av psykofarmaka. När den nya formen av lugnande mediciner, bensodiazepiner, introducerades var det möjligt att kombinera de två preparaten och minska dosen neuroleptika och ibland helt sätta ut neuroleptika [1].

TVÅNGSVÅRD DÅ OCH NU

Huvudfaktorerna som legitimerat tvångsvård de senaste 150 åren har varit sjuklighet, farlighet för sig själv och samhällsskydd. Individens egna rättigheter har dock på senare år fått ökat utrymme i lagstiftningen [1].

Lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (1966:293) från 1966 proklamerade fem villkor för att en person skulle kunna tvångsvårdas; 1) Patienten saknar sjukdomsinsikt eller är ur stånd att bedöma sitt eget vårdbehov. Patientens tillstånd kan avsevärt förbättras av vård, eller avsevärt försämrats utan vård. 2) Patienten är till följd av sjukdomen farlig för sig själv eller sin omgivning. 3) Patienten är till följd av sjukdomen ur stånd att vårda sig själv. 4) Patienten har ett för närboende eller andra ett grovt störande levnadssätt. 5) Patienten är till följd av sjukdomen en fara för annans egendom eller av lagen annat skyddat intresse som inte avses under punkt 2 [2].

För att tvångsvårda en patient före 1992, då denna lags efterträdare började gälla, krävdes det att endast en läkare med specialkompetens inom psykiatri, eller som var godkänd av socialstyrelsen godkände tvångsomhändertagningen [2].

Den 1 januari 1992 trädde Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård (LPT) i kraft. Enligt denna lag får tvångsvård endast ges om patienten lever upp till tre villkor. 1) Patienten lider av en allvarlig psykisk störning. 2) Patienten har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård som inte kan tillgodoses på annat sätt än att patienten är inneliggande på en avdelning med psykiatrisk dygnetruntvård. 3) Patienten motsätter sig vården som nämns i punkt 2 eller om det bedöms att vården inte kan ges med patientens samtycke [3].

LPT kräver också att två läkare godkänner tvångsomhändertagandet, varav en psykiatriker. I LPT går även att läsa att tvångsvård ska utövas så skonsamt som möjligt med största hänsyn till patienten, vilket kan tolkas som att så lite våld som möjligt skall brukas av personalen mot patienten. LPT säger också att om det finns en omedelbar fara att patienten kan skada sig själv eller andra får patienten kortvarigt spännas fast med bälte. En patient får även hållas avskild från andra patienter om det föreligger risk för att patienten stör eller hotar andra patienter och försvårar vården för dem [3].

VÅLD I PSYKIATRIN

I en studie från 1991 som belyser svenska sjuksköterskors arbetsmiljö visade det sig att våld mot sjuksköterskor inom psykiatrin var mycket mer förekommande än i övriga vårdgrenar (öppenvård, slutenvård och geriatrik). Drygt 76 % av sjuksköterskorna inom psykiatrin uppgav att de någon gång hade varit utsatta för våld jämfört med 29 % av sjuksköterskorna inom alla vårdgrenar (inklusive psykiatrin). Studien visade även att sjuksköterskorna inom den psykiatriska vården i majoriteten av fallen var utsatta för våld mer än en gång. I öppenvård och slutenvård hade majoriteten av sjuksköterskorna bara utsatts för våld en gång [4].

RISKFAKTORER

Arnetz menar att flera studier visar att patienter med våldsam historia betraktas som högriskpatienter, det vill säga att sannolikheten är stor att patienterna kan bli aggressiva. Även biverkningar av vissa mediciner eller utebliven medicinering kan betraktas som riskfaktorer för våld. Upprätthållande av regler, gränsdragning, diskussioner om rökning och tillfällen då personal medlar mellan patienter är konkreta exempel på situationer som föder våld [4].

DEN TRANSPERSONELLA OMSORGSRELATIONEN

Vi har i vårt uppsatsarbete valt att använda oss av en av Jean Watsons omvårdnadsteorier som handlar om att skapa en transpersonell omsorgsrelation mellan sjuksköterska och patient. Hon menar att transpersonell omsorg är en slags konst där omvårdnaden grundar sig på en människas förmåga att mottaga och uppleva en annan människas känslor [5].

Att sjuksköterskan visar ett genuint intresse för att skapa en relation med patienten är en förutsättning för att en transpersonell relation ska träda i kraft. Om patienten upplever att sjuksköterskan inte visar detta genuina intresse utan bara ”gör sitt jobb” uppstår ett motstånd från patientens sida. Om detta sker kan man i värsta fall stöta bort patienten och öka dennes ohälsa oavsett om man brukar de bästa metoder och det finaste bemötandet [5].

Om sjuksköterskan istället visat ett genuint intresse och har förstått patientens känslor och upplevt känslorna själv är konsten att återspegla känslorna till patienten så att denna får uppleva dem helt och fullt. Om sjuksköterskan lyckas med återspeglingsen kommer patienten att kunna uttrycka och frigöra känslor som denne velat uttrycka. När sjuksköterskan har identifierat negativa och destruktiva känslor kan dessa bytas ut mot positiva och harmoniska känslor. Målet med processen är att patienten ska öka sin självmedvetenhet och inre harmoni [5].

I en transpersonell omsorgsrelation måste alltså sjuksköterskan kunna uppfatta patientens känslor och inre värld och kunna använda sig av sin egen levnadshistoria och sina egna känslor. Mottagaren upplever mer tillfredsställelse och frigörelse ju mer personliga känslor sjuksköterskan förmedlar. Sjuksköterskan ska alltså engagera hela självet i sin omvårdnad och visa fullständig äkthet och uppriktighet mot patienten [5].

Watson ser den transpersonella omsorgsrelationen som det moraliska idealet för omvårdnaden och det innefattar en stor respekt för patienten och det mänskliga värdet. Denna typ av omsorg ger sjuksköterskor en möjlighet att använda sin personliga kreativitet och få kontakt med det djupast mänskliga hos sig själva. [5].

BEGREPPSDEFINITIONER

Vi har valt att definiera våld (eng. violence) som användning av fysisk styrka med avsikt att åsamka skada på en annan person, då det passar vårt syfte [6, 7].

Aggression (eng. aggression) definieras som ”*stark fientlig inställning som hotar att övergå i (våld)shandlingar*” [8].

Förebygga definieras som att ”*vidta åtgärder i förväg för att förhindra (viss skadlig utveckling)*” [8]. Vi använder prevention synonymt med förebygga.

SYFTE

Syftet med den här studien är att beskriva vad sjuksköterskan kan göra för att förebygga våldsamma handlingar från psykiskt sjuka patienter riktat mot personal inom slutna psykiatrisk vård.

METOD

Studien är en litteraturoversikt som baseras på vetenskapliga artiklar med ett omvårdnadsperspektiv. För att finna relevanta artiklar användes databasen CINAHL, då denna databas tillhandahåller just den information som efterfrågades.

Två sökningar gjordes i augusti 2008. Den första med sökorden *prevention, psychiatric care* och *violence*, och resulterade i 20 träffar. Sökningen begränsades, i sökformuläret, till att bara visa vetenskapligt granskade artiklar (peer reviewed). Artiklarna granskades utifrån titel och abstrakt. Artiklar som ej var fritt tillgängliga genom Göteborgs Universitetsbibliotek och som var äldre än tio år valdes också bort.

Efter denna första gallring återstod 6 intressanta artiklar från denna sökning som var relevanta för syftet.

Den andra sökningen gjordes med sökorden *prevention, psychiatric nurs**, och *violence*, och resulterade i 34 träffar. I övrigt användes samma sökkriterier som den första sökningen, men med skillnaden att artiklar som ej var fritt tillgängliga genom Göteborgs Universitetsbibliotek valdes bort i sökformuläret. Efter att dessa artiklar granskats på samma sätt som i den första sökningen återstod 18 relevanta artiklar från den andra sökningen.

De 24 artiklarna som bedömdes intressanta granskades återigen utifrån titel och abstrakt och, när studiens lämplighet var oklar, även utifrån hela artikeltexten.

Efter denna granskning återstod 12 lämpliga studier och 3 litteraturstudier. Litteraturstudierna valdes bort på grund av av materialet i de 12 studierna var tillräckligt för att uppnå syftet med denna litteraturstudie.

Tabell 1. Litteratursökning, översikt

Datum för sökningen:	2008-08-26	2008-08-26
Databas:	CINAHL	CINAHL
Sökord:	Prevention AND Psychiatric care AND Violence	Prevention AND Psychiatric nurs* AND Violence
Begränsningar:	Peer Reviewed	Peer Reviewed Linked Full Text
Träffar:	20	34
Granskade:	20	34
Använda artiklarnas ref. Nr:	18, 20, 21	10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19

Sex av artiklarna var kvalitativa studier, fyra var kvantitativa och två var kvantitativa med kvalitativa inslag. En av våra studier tar upp patienternas perspektiv i jämförelse med sjuksköterskans.

Artiklarna lästes flera gånger av båda författarna för en djupare förståelse för texterna. Sedan analyserades artiklarnas resultatdel induktivt enligt Graneheim & Lundmans metod för kvalitativ innehållsanalys [9].

I artiklarnas resultat markerades meningsbärande enheter som sedan kondenserades och tolkades för att identifiera den underliggande meningen i texten. Dessa tolkade enheter delades sedan upp i 22 subteman. En enhet kunde tilldelas flera subteman.

Efter analys av subtemans innehåll delades dessa in under fem huvudteman.

RESULTAT

De fem huvudteman som framkom var;

- Riskbedömning
- Påverkansfaktorer
- Vårdarens inre processer
- Omvårdnadsrelationen
- Kunskap

RISKBEDÖMNING

Flera studier uttrycker att riskbedömning används för att förebygga och undvika våld inom psykiatrisk vård och att det ingår i sjuksköterskans yrke att bedöma risker [10-14]. MacGabhann *et al.* [13] utvärderar införandet av systematisk riskbedömning av patienter på två psykiatriska avdelningar. Studien visar att våldet minskade efter implementeringen av denna riskbedömningsmetod [13], medan en annan studie där man utbildat personal i riskbedömning och riskhantering inte visade någon signifikant reduktion i antalet våldshändelser efter utbildningen. Däremot minskade användningen av tvångsmetoder i den senare studien [11].

Sjuksköterskor menar att man kan förutse aggressivt beteende genom att exempelvis se att patienten avviker från sitt normala beteende och att det finns förklaringar till det aggressiva beteendet, exempelvis att patienten är rädd eller känner att det enda försvaret är att attackera [10, 15].

I flera studier uttrycker sjuksköterskor att det både krävs utbildning och erfarenhet för att vårdpersonal skall bli bra på att bedöma risker inom psykiatrisk vård [10, 16]. Det föreslogs i en studie att det krävdes ungefär 2 års erfarenhet för att en sjuksköterska skall bli bra på att förutsäga våldsamma situationer [10].

Enligt Murphy [10] kände sjuksköterskor inte till några standardiserade instrument för att bedöma risker för våld, utan litade istället till sin egen erfarenhet och patientkännedom för att uppnå detta [10]. I en annan studie där man införde ett riskbedömningsinstrument ställde sig sjuksköterskorna positiva till instrumentet och tyckte att de gav dem bättre möjlighet att bedöma risken för våld oavsett vilken diagnos patienten hade [13].

PÅVERKANSAKTORER

Yttre faktorer

Både patienter och sjuksköterskor tyckte att den fysiska miljön var en betydande faktor som påverkade aggressiviteten hos patienterna [10, 12, 17]. Sjuksköterskor menade att förändringar i den fysiska miljön kunde vara en utlösande faktor för våld [10]. Duxbury och Whittington [17] visade att både sjuksköterskor och patienter var

missnöjda med vårdmiljön och en patient menade att man känner sig inlåst på avdelningen. En annan patient uttryckte att atmosfären på avdelningen var kontraproduktiv och en sjuksköterska tyckte att miljön bidrog till att det kändes som att man bara förvarade patienterna [17].

Förbättring av den kliniska avdelningsmiljön föreslogs av sjuksköterskor som en strategi för att förebygga våld [12].

Sjuksköterskor menade att det var viktigt med tillgängliga riktlinjer angående riskbedömning [10]. Enligt rekommendationer från Kedward om vad riktlinjer för hantering av våld bör innehålla menade hon att de bland annat skulle behandla potentiella orsaker till våld och vanliga beteendesignaler om förestående våld. En granskning av vad riktlinjer för hantering av våld innehöll, gjord i Storbritannien, visade att två tredjedelar av riktlinjerna nämnde potentiella orsaker till våld och hälften av dokumenten behandlade information om vanliga beteendesignaler om förestående våld [18].

Inre faktorer

Sjuksköterskor och patienter hade delade meningar om huruvida patientens psykiska sjukdom var en utlösande faktor för aggression eller ej [17]. Sjuksköterskors hantering av patienters aggression baserades till stor del på en biomedicinsk förklaringsmodell, där man tyckte att medicinering var en bra metod för att lugna patienter [12, 17, 19]. De hade en tendens till att förklara patienters aggressiva utbrott med inre påverkansfaktorer hos patienten och refererade sällan till situationella faktorer som förklaring till utbrotten [19].

Patienter tyckte tvärtemot att den psykiska sjukdomen inte var någon utlösande faktor för aggression och att medicinering inte var en bra metod för att lugna patienter [17].

I en studie implementerades systematisk riskbedömning som en metod för att förebygga och hantera våld på två psykiatriska akutvårdsavdelningar. Sjuksköterskorna beskrev, efter att ha arbetat med metoden, att de börjat tänka på att ett våldsamt beteende kunde bero på att patientens basala behov inte var tillgodosedda [13].

Sjuksköterskor associerade alkohol- och drogmissbruk och tidigare våldsamt beteende med ökad risk för våld. De drog även paralleller mellan våld och sociala problem. Det fanns dessutom åsikter om att bristande följsamhet av medicinering var en betydande riskfaktor [10].

Interaktionella faktorer

Patienter uttryckte att bristande kommunikation mellan vårdare och personal var en riskfaktor för att utlösa patienters aggression. Patienter nämnde även att de tyckte personalen var dåliga på att lyssna på patienterna. En patient beskrev i en intervju att patienterna som är inneliggande bara vill att någon ska lyssna på dem [17].

Sjuksköterskorna tyckte däremot inte att dålig kommunikation mellan vårdare och personal var ett problem eller att det skulle vara en riskfaktor för aggression, utan tyckte att de var skickliga på att använda sig av preventionsmetoder där kommunikationen med patienten var en viktig del i arbetet för att lugna patienter [17].

VÅRDARENS INRE PROCESSER

I en studie fokuserade Carlsson *et al.* [20] på hur vårdaren uppfattade ett våldsamt möte med en patient. Man menade att mötet kan bli antingen positivt eller negativt. I det positiva mötet var vårdaren uppriktigt intresserad av att stanna i situationen, förstå och lyssna till patienten och försöka lösa situationen tillsammans med patienten. Rädslan som uppstod under hotet om våld hanterades genom en inre dialog, där beslutet att stanna i situationen stärkte vårdarens tro att denne kunde lösa situationen. Vårdaren var närvarande i situationen och lyckades lugna patienten. I det negativa mötet tog istället rädslan överhanden och vårdaren förlorade därigenom kontroll och självförtroende. Mötet kännetecknades av en envägskommunikation där vårdaren objektifierade patienten och gav order snarare än förde en dialog. Vårdaren var frånvarande i situationen och lyssnade inte till patientens behov. Detta resulterade i något slags aggressivt utbrott eller våldshandling från patienten [20].

I en annan studie där sjuksköterskor utbildades i våldsprevention registrerades deras attityder om patientaggression före och efter utbildningen. Sjuksköterskorna kände sig säkra på att hantera patienter som visade ett eskalerande aggressivt beteende. De blev heller inte nervösa av att konfronteras med aggressiva patienter. De tyckte vidare att man gör en dålig situation ännu värre om man hanterar den fel. Dessa åsikter förändrades ej efter utbildningen. Däremot tyckte de efter utbildningen att de i mindre utsträckning än före utbildningen får räkna med att bli attackerad i jobbet någon gång under karriären [15]. Murphy uttryckte att sjuksköterskor tyckte att det ingår i jobbet att ta risker [10].

OMVÅRDNADSRELATIONEN

Johnson och Hauser [16] intervjuade psykiatrisjuksköterskor som var utvalda då de ansågs vara speciellt duktiga på att använda sig av de-eskalering som metod för att förebygga våld [16]. Sjuksköterskorna beskrev att de-eskalering började med att se patienten och lägga märke till tidiga tecken på aggression. De tolkade sedan patientens beteende i situationens kontext och även med deras kunskap om psykopatologi. Sjuksköterskan kunde då avgöra i vilket stadie av uppvarning patienten befann sig i och vad hon eller han kunde göra för patienten vid det tillfället. Sjuksköterskan kunde få kontakt och skapa en relation med patienten genom att lyssna och vara empatisk. De beskrev även att sjuksköterskornas handlingar var komplexa, interaktionella och kontextuella. Handlingarna berodde på vad det var för situation och vilken patient det handlade om [16, 20].

Kedwards rekommendationer om riktlinjers innehåll nämner att de-eskaleringsstrategier och vikten av kommunikation mellan vårdare och patient bör beskrivas i riktlinjerna. Ungefär hälften av Storbritanniens riktlinjer beskrev de-eskaleringsstrategier och vikten av kommunikation [18]. Sjuksköterskor tyckte att en god kommunikation och relation med patienterna var en viktig strategi i hantering av våld [10, 12, 18, 20].

Sjuksköterskorna tyckte att de var bra på att interagera med patienterna men att de kunde bli ännu bättre [17]. De mest våldsamma patienterna var motvilliga till att etablera en god relation ansåg sjuksköterskorna [10]. I negativa våldsamma möten beskrev vårdare att de gav patienter order som patienterna inte lydde [20].

En studie visade att våldsprevalensen hos patienter inte minskade om de fick mer än dubbelt så många kontakttillfällen med vårdare [21].

Duxbury och Whittington tog upp både patient- och sjuksköterskeperspektiv på orsaker till och hantering av våld. Patienter tyckte inte att de-escalering var en effektiv metod för att förebygga våld medan sjuksköterskor tyckte att det var en effektiv metod och att de var skickliga på att använda de-escaleringsmetoden [17].

KUNSKAP

Kedwards rekommendationer angående vad lokala riktlinjer bör innehålla tar upp vikten av att utbilda personal och hålla kunskapen uppdaterad. Noak *et al.* [18] visade att tre fjärdedelar av riktlinjer angående hantering av våld i Storbritannien tog upp utbildning. Knappt hälften av riktlinjerna innehöll information om att hålla kunskapen uppdaterad [18].

Personal ansåg att både utbildning och erfarenhet var viktiga komponenter för att man skulle kunna förebygga våld i psykiatri [10, 12, 15, 16]. Även ”magkänsla” angavs som en viktig komponent för att kunna bedöma risker. Man tyckte dock att magkänslan var ett ovetenskapligt verktyg och att den kunde färgas av tidigare negativa erfarenheter [10]. I flera studier efterfrågade man bättre utbildning i hur man förebygger och hanterar våld [10, 12]. Man tog även upp fördelen med att utbilda patienter i stress- och aggressionshantering [12].

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Det var svårt att finna bra och fylliga primärkällor till bakgrunden. Våld inom psykiatri är ett stort problem och vi tycker därför att det är anmärkningsvärt hur svårt det är att finna pålitlig och tillgänglig litteratur som behandlar problemet.

Vi valde att analysera delar av resultatet utifrån Jean Watsons transpersonella omsorgsteori då vi hittade flera beröringspunkter mellan Watsons teori och resultatet. Watsons transpersonella omsorgsteori har ett tydligt fokus på relationen mellan vårdaren och patienten, och framförallt kommunikationen dem emellan. Detta var något som visade sig vara en avgörande del i våldsförebyggande arbete.

I vår litteratursökning valde vi bort artiklar som ej var fritt tillgängliga genom Göteborgs Universitetsbibliotek. Vi tycker trots detta att vi fick ett källmaterial som svarade på vårt syfte. Om vi även inkluderat ej fritt tillgängliga artiklar hade källmaterialet dock kanske kunnat bli bättre. Vi hade då antagligen haft ett större antal studier att utgå ifrån och kanske funnit artiklar med ett mer samlat fokus, och som ännu tydligare uppfyllde vårt syfte, vilket i sin tur kunde ha lett till ett mer konvergent resultat.

Vi fann även att våra första två sökningar i databasen CINAHL gav oss ett fullgott antal artiklar och vi valde därför att inte utvidga artikelsökningen med andra sökord och andra databaser, vilket kan ha gjort att vi förbisett relevanta artiklar som hade kunnat påverka resultatet.

Vi tycker att Graneheim och Lundmans induktiva analysmetod passade bra i denna studie. Det är en beprövad metod och den skänkte därför extra trovärdighet till vårt resultat. Denna metod innebar att vår egen subjektivitet fick en ganska betydande mening då vi söker efter meningsbärande enheter som sedan kondenserades för att identifiera själva kärnan i det som texten sade. Förfarandet medförde att vi tolkade

texten utifrån vår egna förståelse, men genom att vi båda diskuterade alla tolkningar sinsemellan lyckades vi minska subjektiviteten [9].

Vårt källmaterial bestod av artiklar med såväl kvalitativa och kvantitativa metoder. Detta har både positiva och negativa konsekvenser. Det positiva är att vi fick ett mångfacetterat resultat med olika infallsvinklar och perspektiv. Nackdelen med de olika metoderna är att dels att analysmetoden, som var ämnad för kvalitativt material, kan ha gett en mindre optimal analys av den kvantitativa datan, och dels att vi fick ett divergent resultat som det blev svårt att dra några slutsatser av.

Endast en artikel hade ett patientperspektiv vilket bidrog till det divergenta resultatet snarare än att berika det. Våld från en patient mot en personal är ju något som sker mellan just dessa parter, och för att få en så nyanserad förståelse som möjligt för fenomenet, så tror vi att patientperspektivet är minst lika viktigt som sjuksköterskeperspektivet. Vi hade gärna sett en större andel studier ur patientperspektiv för att få ett bredare underlag för vårt resultat. Duxbury menar dock att man kan ifrågasätta validiteten i sådana studier [17].

Då vårt syfte var att utreda hur sjuksköterskan kan förebygga våld inom slutenvård psykiatrisk vård kan en svaghet med vår studie vara att vi även inkluderade studier som tog upp andra vårdprofessioners perspektiv, utöver sjuksköterskors [11, 12, 20], och studier som genomförts i öppenvård [10, 16, 21]. Vi valde att inkludera dessa studier då vi tyckte att de ändå var relevanta för vårt syfte.

Bara två av artiklarna i vårt urval definierar våld och/eller aggression, vilket gör att man kan ifrågasätta studiernas validitet, då de är nyckelbegrepp i samtliga studier i vårt urval [10-21]. Begreppet våld kan exempelvis definieras som enbart fysiskt eller både fysiskt och psykiskt [19]. Detta gör naturligtvis att validiteten även i vårt resultat kan ifrågasättas, då det innebär att vi måste göra subjektiva tolkningar av begreppen och därmed minskar objektiviteten i resultatet.

I flera artiklar finns det frågetecken om hur urvalsprocessen gått till då urvalskriterier i flera fall inte redovisades eller diskuterades [10, 12, 14-17, 19, 20].

Metodbeskrivningarna och syften var i flera fall bristfälliga och otydliga. Delar av arbetsmetoden redovisades inte i vissa artiklar [10, 13]. I två artiklar användes för studien utvecklade instrument som därmed var obeprövade [15, 17].

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att dåligt definierade nyckelbegrepp, oklarheter i urvalsprocesserna, en del otydliga metodbeskrivningar samt obeprövade mätinstrument i vårt källmaterial påverkar validiteten i vårt eget resultat.

RESULTATDISKUSSION

Vårt resultat visar att sjuksköterskor tycker att man kan förutse våldsamt beteende hos patienter [10, 15]. Men för att vårdpersonal skall bli bra på att bedöma risker och förebygga våld krävs både erfarenhet och utbildning [10, 16]. I flera studier efterfrågas bättre utbildning i hur man förebygger våld och det framkommer även att respondenterna tycker det är viktigt med tillgängliga riktlinjer angående riskbedömning [10, 12]. Vikten av utbildning av personal i våldshantering och att hålla denna kunskap uppdaterad skall, enligt rekommendationer, behandlas i riktlinjer angående våldshantering. I samma studie granskas lokala riktlinjer i Storbritannien och resultatet visar på olika innehåll i riktlinjerna när det gäller utbildning i våldshantering. Vi tror att det finns en varierande efterfrågan från vårdpersonal gällande bättre utbildningar som bidrar till att förekomsten av

utbildningar varierar. Innehållet i de kliniska riktlinjerna varierar med avseende på information om våldsprevention. Detta tror vi kan påverka hur man ser på utbildningsbehovet i praktiken [18].

Utbildning i riskbedömning visade sig i ett fall minska våldsprevalensen, medan det i ett annat fall inte visade någon reduktion i våldsprevalens. Däremot minskade användningen av tvångsmetoder. Minskningen i användandet av tvångsmetoder kan bero på att personalen blev bättre på att tillämpa de-escaleringstekniker, som var en del av utbildningen [11, 13, 16]. Utbildningen tror vi gjorde personalen säkrare på att använda metoder som inte innebar ett tvång för patienterna. Genom att i en våldsam situation tala med patienten på rätt sätt kunde man därför lugna patienten och tvångsmetoder såsom bältning eller medicinering kunde undvikas. En anledning till de olika resultaten tror vi kan vara skiftande utbildningskvalitet och olika fokus på utbildningarna.

Resultatet visar att sjuksköterskor ofta litar på sin erfarenhet istället för instrument för att bedöma patienters våldsamhet då de inte känner till några instrument [10]. I studien där man införde ett standardiserat riskbedömningsinstrument var sjuksköterskorna positivt inställda till den riskbedömningsmetoden då de tyckte att den gav dem bättre möjligheter att bedöma risker för våld utifrån andra faktorer än bara patientens diagnos, som ofta uppgavs som orsak till våld [13, 19]. Vi tror även att standardiserade instrument kan ha många andra positiva bieffekter i omvårdnadsarbetet. Att använda standardiserade riskbedömningsinstrument innebar i denna studie att man tittade på patientens individuella problematik och utifrån en samlad helhetsbild bedömde patienten, till skillnad från att som tidigare endast dra slutsatser utefter patientens diagnos (till exempel att en patient med diagnosen schizofreni automatisk är våldsbenägen eftersom att det är vanligt för patienter med just den diagnosen). Det gör att personalen får en bredare bild av patientens situation. I de fall patienten bedöms som våldsam har man då också en större förståelse för varför denne är det och har därmed större möjligheter att nå fram till patienten genom att visa empati och förståelse och skapa en bättre relation [13].

Vi tror att risken med erfarenhetsbaserad riskbedömning kan vara att fördomar och andra subjektiva uppfattningar färgar sjuksköterskans omdöme och gör den ovetenskaplig istället för evidensbaserad. Detta understöds av en studie där "magkänsla" tas upp som ett viktigt men ovetenskapligt verktyg som används i praktiken [10].

Murphy beskriver att sjuksköterskor associerar tidigare våldsam beteende och bristande följsamhet i medicinering med ökad risk för våldsam beteende. Detta stämmer väl överens med Arnetz beskrivningar av riskfaktorer [4, 10]. Vi tolkar resultatet som att sjuksköterskorna menar att patienten försämras i sin psykiska sjukdom om denne inte följer sin medicinering. Det leder till ökad risk för våld, då sjuksköterskor anser att patientens psykiska sjukdom är en utlösande faktor för våld [17]. Vi tror att vårdare genom detta tankesätt har en tendens till att lägga ansvaret för våldsamma händelser på patientens sjukdom och bristande följsamhet i sin medicinering istället för att se sitt eget ansvar att försöka upprätthålla en god patientrelation oavsett förutsättningar.

Resultatet visar att sjuksköterskor tycker att det ingår i yrket att ta risker och att man får räkna med att bli attackerad någon gång under karriären [10, 15]. I sjuksköterskestudien från 1991 visar man att drygt 76 % av sjuksköterskorna inom psykiatrin någon gång varit utsatta för våld, vilket stödjer sjuksköterskornas

uppfattningar och visar att det faktiskt är ett stort problem med våld inom psykiatri [4].

I studien av Carlsson *et al.* som beskriver positiva och negativa möten visar det sig att de negativa mötena resulterar i något slags aggressivt utbrott från patienten. Dessa möten kännetecknas av en envägskommunikation från vårdarens sida och att vårdaren inte lyssnade till patientens behov [20]. Ytterligare en studie beskriver vikten av att skapa en relation med patienten för att lugna en potentiellt våldsam patient [16]. Efter en granskning av riktlinjer angående hantering av våld i Storbritannien visade det sig att knappt hälften nämner vikten av kommunikation mellan vårdare och patient, trots att det rekommenderas att riktlinjerna ska behandla detta ämne [18].

Sjuksköterskor tycker de är skickliga på att använda sig av preventionsmetoder där kommunikation är en stor del i metoderna och de anser inte att dålig kommunikation är en riskfaktor för aggression hos patienter. Patienter tycker däremot att vårdpersonal är dåliga på att lyssna på patienterna och att bristande kommunikation är en riskfaktor för att utlösa aggression hos patienter [17].

Resultatet visar alltså att kommunikationen mellan patienter och vårdpersonal påverkar våldsprevalensen och då tycker vi att det är anmärkningsvärt att sjuksköterskor tycker att de är bra på att kommunicera med patienter när patienterna själva tycker tvärtom. Vi tror inte det är möjligt att skapa en god relation med en patient om patienten inte upplever att vårdaren lyssnar. Att bara knappt hälften av riktlinjerna tar upp kommunikation som en viktig del tror vi också kan påverka hur viktigt kommunikationen ses och hur den används i den kliniska praktiken. Vi tror att det skiljer från person till person när det gäller hur sjuksköterskan använder sig av kommunikation och hur duktig sjuksköterskan är på att lyssna. Därför tycker vi att det är av stor vikt att det finns tydliga riktlinjer som tar upp hur sjuksköterskan och annan vårdpersonal ska bemöta patienter och att utbildningar i våldsprevention ska behandla kommunikation. Vi tror att det skulle bidra till en mer standardiserad vård. Vi tycker inte att det ska behöva bero på personligheten hos sjuksköterskan när det gäller vilket bemötande patienten får.

I de studier där vårdare lyckas lugna eskalerande patienter har vårdaren skapat en förtroendefull relation med patienten i mötet [16, 20]. Vi kan se tydliga likheter mellan detta arbetssätt och det som Watson definierar som en transpersonell omsorgsrelation [5]. Att sjuksköterskan visar ett genuint intresse för att skapa en relation med patienten och att denne är lyhörd och visar respekt är gemensamma nämnare [5, 16, 20]. Vi tror att den transpersonella omsorgsrelationen är ett bra sätt att förebygga våld. Genom att använda sig av metoden kan vårdaren förstå patientens känslor för att sedan återspegla dessa och på så vis frigöra känslor som ligger latent hos patienten. Vi tror att detta kan medföra att patienten kan uttrycka och leva ut sina negativa känslor i ord istället för att patienten uttrycker det på andra sätt, exempelvis genom våldsamt beteende.

Målet med den transpersonella omsorgsrelationen är bland annat ökad självmedvetenhet och harmoni hos patienten. Om vi kan hjälpa patienten att sträva mot dessa mål och uttrycka sina negativa känslor på andra sätt än genom våld tror vi att våldsprevalensen minskar [5].

Vi tror dock att det finns svårigheter att som vårdare helt förstå patientens känslor och återspegla dessa. Vi tror att det kan vara speciellt svårt när det handlar om patienter med svår psykisk sjukdom med exempelvis vanföreställningar och

hallucinationer. Vi tror även att det är svårt att komma nära en patient på det vis Watson förespråkar när det föreligger hot om våld [5].

Ett krav för att den transpersonella omsorgsrelationen skall verka terapeutiskt är att vårdaren visar fullständig äkthet och uppriktighet i all kommunikation med patienten. Lyckas man inte med detta kan relationen istället öka patientens ohälsa. Vi tror att det i praktiken är svårt att kräva att varje sjuksköterska skall kunna engagera hela sitt själv i varje situation, då det i vissa fall kan blir svårt att inte blanda in negativa personliga erfarenheter och känslor på ett sätt som skadar omsorgsrelationen. Därför tror vi att det är bättre att engagera olika delar av självet i olika situationer, och att ibland dölja vissa delar som kan skada relationen. Vi tror inte heller att vi ökar patientens ohälsa om vi inte går in med hundra procent i varje möte [5].

Trots att vi tycker att Watsons teori om den transpersonella omsorgsrelationen är svår att använda sig av fullt ut i praktiken, anser vi att det är ett värdefullt verktyg och något som man som sjuksköterska kan låta sig inspireras av. Vi tycker att Carlsson *et al.* visar att man med metoder som i många avseenden har likheter med Watsons teori kan komma långt i att undvika våldsamma situationer [5, 20]. Vi tror även att dessa metoder, där relationsbildning med patienten är i fokus, är mer terapeutiska och skonsamma för patienten än vad många andra vanligt förekommande metoder, som exempelvis bältning och medicinering är. Vi finner stöd för vårt påstående i Lagen om psykiatrisk tvångsvård där det går att utläsa att tvångsvård ska utövas så skonsamt som möjligt och med största hänsyn till patienten [3].

SLUTSATS

Vikten av utbildningar i våldsprevention är ett återkommande tema i vårt resultat. Resultatet visar även att utbildningarnas effekt på våldsprevalensen skiftar och dagens krav på kostnadseffektivitet gör att vi kan dra slutsatsen att det är av stor vikt att utbildningar i våldsprevention är effektiva och standardiserade. Ett viktigt inslag i utbildningarna bör vara utbildning i kommunikation, med syfte att lugna patienten och förebygga våldsamma handlingar.

Vi efterlyser vidare forskning som kan leda till effektiva och standardiserade utbildningar i våldsprevention genom att exempelvis utvärdera existerande utbildningars innehåll och effekt på våldsprevalensen.

REFERENSER

1. Ottosson J-O. Psykiatrin i Sverige: vägval och vägvisare. Stockholm: Natur och kultur; 2003.
2. Lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (SFS 1966:293). Stockholm: Socialstyrelsen.
3. Lagen om psykiatrisk tvångsvård (SFS 1991:1128). Stockholm: Socialstyrelsen.
4. Arnetz JE. Våld i vårdarbete [Elektronisk resurs]: ett utbildningsmaterial om hot och våld för personer som arbetar inom vården. Lund: Studentlitteratur; 2007.
5. Watson J, Grundberg T. En teori för omvårdnad: omvårdnad och humanvetenskap. Lund: Studentlitteratur; 1993.
6. Hornby AS, Ashby M, Wehmeier S. Oxford advanced learner's dictionary of current English. Oxford: Oxford Univ. Press; 2000.
7. Nationalencyklopedins ordbok. Bd 3, [Rekr-Övä]. Höganäs: Bra böcker; 1996.
8. Nationalencyklopedins ordbok. Bd 1, [A-Hz]. Höganäs: Bra böcker; 1995.
9. Graneheim U, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004 Feb;24(2):105-12.
10. Murphy N. An investigation into how community mental health nurses assess the risk of violence from their clients. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2004 Aug;11(4):407-13.
11. Needham I, Abderhalden C, Meer R, Dassen T, Haug HJ, Halfens RJG, et al. The effectiveness of two interventions in the management of patient violence in acute mental inpatient settings: report on a pilot study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2004 Oct-Nov;11(5):595-601.
12. Lee S, Gray R, Gournay K, Wright S, Parr A, Sayer J. Views of nursing staff on the use of physical restraint. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2003 Aug;10(4):425-30.
13. MacGabhann L, Baker S, Dixon P. Prevention and management of violence: implementing clinically effective practice. *Ment Health Pract*. 2002 Oct;6(2):8-13.
14. MacKay I, Paterson B, Cassells C. Constant or special observations of inpatients presenting a risk of aggression or violence: nurses' perceptions of the rules of engagement. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2005 Aug;12(4):464-71.
15. Collins J. Nurses' attitudes towards aggressive behaviour, following attendance at "The Prevention and Management of Aggressive Behaviour Programme". *J Adv Nurs*. 1994 Jul;20(1):117-31.
16. Johnson ME, Hauser PM. The practices of expert psychiatric nurses: accompanying the patient to a calmer personal space. *Issues Ment Health Nurs*. 2001 Oct-Nov;22(7):651-68.
17. Duxbury J, Whittington R. Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *J Adv Nurs*. 2005 Jun;50(5):469-78.
18. Noak J, Wright S, Sayer J, Parr A, Gray R, Southern D, et al. The content of management of violence policy documents in United Kingdom acute inpatient mental health services. *J Adv Nurs*. 2002 Feb;37(4):394-401.

19. Duxbury J. An exploratory account of registered nurses' experience of patient aggression in both mental health and general nursing settings. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 1999 Apr;6(2):107-14.
20. Carlsson G, Dahlberg K, Lützen K, Nystrom M. Violent encounters in psychiatric care: a phenomenological study of embodied caring knowledge. *Issues Ment Health Nurs.* 2004 Mar;25(2):191-217.
21. Walsh E, Gilvarry C, Samele C, Harvey K, Manley C, Tyrer P, et al. Reducing violence in severe mental illness: randomised controlled trial of intensive case management compared with standard care. *Br Med J.* 2001 Nov 10;323(7321):1093-6.

BILAGOR

BILAGA 1 – ARTIKELPRESENTATION

Referensnummer: 10
Författare: Murphy N.
Titel: An investigation into how community mental health nurses assess the risk of violence from their clients
Tidskrift: Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing (J PSYCHIATR MENT HEALTH NURS)
År: 2004
Land: Storbritannien
Syfte: (1) Fastställa träningsbehovet, (2) utforska och identifiera åsikter som psykiatrisjuksköterskor inom primärvården har om att bedöma risken för våld hos deras patienter, (3) att identifiera god praxis som bör spridas, (4) att identifiera hur enskilda personal riskbedömer och (5) att utforska hur erfarenhet och evidensbaserad vård formar praxis.
Metod: Kvalitativt 12 punkts frågeformulär.
Urval: 16 st. öppenvårdssjuksköterskor.
Antal referenser: 36

Referensnummer: 11
Författare: Needham I, Abderhalden C, Meer R, Dassen T, Haug HJ, Halfens RJG, Fischer JE.
Titel: The effectiveness of two interventions in the management of patient violence in acute mental inpatient settings: report on a pilot study
Tidskrift: Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing (J PSYCHIATR MENT HEALTH NURS)
År: 2004
Land: Schweiz
Syfte: Att undersöka om systematisk riskbedömning och personalutbildning i hantering av våld kan påverka frekvensen av våldshändelser, svårighetsgraden av våldshändelser och användandet av tvångsåtgärder på psykiatriska vårdavdelningar.
Metod: Prospektiv icke-randomiserad interventionsstudie.
Urval: Två slutna psykiatriska akutvårdsavdelningar.
Antal referenser: 22

Referensnummer: 12
Författare: Lee S, Gray R, Gournay K, Wright S, Parr A, Sayer J.
Titel: Views of nursing staff on the use of physical restraint
Tidskrift: Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing (J PSYCHIATR MENT HEALTH NURS)
År: 2003
Land: Storbritannien
Syfte: Att undersöka sjuksköterskors erfarenhet av den senaste situationen då de använde fysisk begränsning i sitt arbete.

Metod: Frågeformulär som resulterade i både kvalitativa och kvantitativa data.
Urval: Av 112 slumpmässigt utvalda avdelningar deltog 63. 269 respondenter svarade på frågeformuläret.

Antal referenser: 22

Referensnummer: 13
Författare: MacGabhann L, Baker S, Dixon P.
Titel: Prevention and management of violence: implementing clinically effective practice
Tidskrift: Mental Health Practice (MENT HEALTH PRACT)
År: 2002
Land: England
Syfte: Att implementera riktlinjer för prevention och hantering av våld på två psykiatriska akutavdelningar och att utvärdera denna implementering.
Metod: Medicinskt ansvarig sjuksköterska (primary nurse), avdelningschefen och sjuksköterskan som ansvarar för att utveckla praxis på avdelningarna delgav utvärderingen.
Urval: Två psykiatriska akutvårdsmottagningar.

Antal referenser: 22

Referensnummer: 14
Författare: MacKay I, Paterson B, Cassells C.
Titel: Constant or special observations of inpatients presenting a risk of aggression or violence: nurses' perceptions of the rules of engagement
Tidskrift: Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing (J PSYCHIATR MENT HEALTH NURS)
År: 2005
Land: Storbritannien
Syfte: Vad krävs av sjuksköterskan vid olika typer av övervakning av aggressiva patienter och vad har det för terapeutiska följder för patienterna?
Metod: Ostrukturerade kvalitativa intervjuer. Burnards tematiska innehållsanalys användes för att analysera intervjuerna.
Urval: Alla psykiatrisjuksköterskor på en psykiatrisk intensivvårdsavdelning i Skottland. Sex av 17 deltog.

Antal referenser: 36

Referensnummer: 15
Författare: Collins J.
Titel: Nurses' attitudes towards aggressive behaviour, following attendance at "The Prevention and Management of Aggressive Behaviour Programme".
Tidskrift: Journal of Advanced Nursing (J ADV NURS)
År: 1994
Land: Kanada
Syfte: Att utvärdera attitydförändringar hos deltagare som genomgått utbildning i att förebygga och hantera aggressivitet hos

patienter.

Metod: En före- och efterstudie där man under tre tillfällen (före, efter och sex månader senare) med ett frågeformulär undersökte deltagarnas attityder.

Urval: Bekvämlighetsurval med personal från en psykiatrisk intensivvårdsavdelning som uttryckt deltagarintresse. Studenter som skulle praktisera på avdelningen ingick också. Nio personal och 22 studenter som delades in i två grupper deltog.

Antal referenser: 55

Referensnummer: 16

Författare: Johnson M, Hauser P.

Titel: The practice of expert psychiatric nurses: accompanying the patient to a calmer personal space.

Tidskrift: Issues in Mental Health Nursing (ISSUES MENT HEALTH NURS)

År: 2001

Land: USA

Syfte: Att beskriva den kunskap professionella psykiatriska sjuksköterskor besitter när det gäller att lugna eskalerande patienter.

Metod: Kvalitativa, ostrukturerade, fenomenologiska intervjuer.

Urval: 20 erfarna sjuksköterskor var utvalda till studien då de enligt sina kollegor eller sin chef var skickliga på att lugna eskalerande patienter. Sjuksköterskorna hade jobbat i psykiatri mellan 4 och 35 år.

Antal referenser: 45

Referensnummer: 17

Författare: Duxbury J; Whittington R.

Titel: Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives

Tidskrift: Journal of advanced nursing (J ADV NURS)

År: 2005

Land: Storbritannien

Syfte: Att studera personal och patienters perspektiv på orsaker till och hantering av aggression hos patienter.

Metod: Kvantitativ enkätundersökning. Kvalitativa uppföljningsintervjuer med 5 sjuksköterskor och 5 patienter.

Urval: Bekvämlighetsurval, bestående av 80 patienter samt 82 sjuksköterskor från tre slutna psykiatriska avdelningar.

Antal referenser: 53

Referensnummer: 18

Författare: Noak J, Wright S, Sayer J, Parr A-M, Gray R, Southern D, Gournay K.

Titel: The content of management of violence policy documents in United Kingdom acute inpatient mental health services

Tidskrift: Journal of Advanced Nursing (J ADV NURS)

År: 2002

Land: Storbritannien
Syfte: Att undersöka innehållet i omvårdnadspolicys angående prevention och hantering av våld på psykiatriska akutvårdsavdelningar, samt hur användbara de är som vägledning för personalen.
Metod: Tvärsnittsstudie. Två oberoende erfarna psykiatriska sjuksköterskor analyserade policydokumenten utifrån rekommendationer för hur dessa dokument bör se ut.
Urval: 40 omvårdnadspolicys valdes slumpmässigt ut från samtliga inrättningar som ger psykiatrisk vård. 33 omvårdnadspolicys som tidigare granskats i en annan studie exkluderades.
Antal referenser: 30

Referensnummer: 19
Författare: Duxbury J.
Titel: An exploratory account of registered nurses' experience of patient aggression in both mental health and general nursing settings.
Tidskrift: Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing (J PSYCHIATR MENT HEALTH NURS)
År: 1999
Land: Storbritannien
Syfte: 1) Att utforska sjuksköterskors erfarenheter av våldsamma situationer gällande både patienter inom psykiatri och somatisk vård. 2) Att utreda om det finns skillnader mellan psykiatrisk och somatisk vård när det gäller sjuksköterskornas erfarenheter.
Metod: Respondenterna fick skriftligt redogöra för en eller flera situationer som involverade en våldsam patient.
Urval: 34 psykiatrisjuksköterskor och 32 sjuksköterskor. Alla jobbade inom psykiatri eller somatik. Vissa kontaktades genom arbetsplatsen och andra genom skolan på vilken de vidareutbildade sig.
Antal referenser: 56

Referensnummer: 20
Författare: Carlsson G, Dahlberg K, Lützen K, Nyström M
Titel: Violent encounters in psychiatric care: A phenomenological study of embodied caring knowledge
Tidskrift: Issues in Mental Health Nursing (ISSUES MENT HEALTH NURS)
År: 2004
Land: Sverige
Syfte: Att beskriva kärnan i ett våldsamt möte ur vårdarens perspektiv.
Metod: Fenomenologisk metod ur ett upplevt livsvärldsperspektiv. Informanterna intervjuades med en metod där de återupplevde mötet.
Urval: 12 sjuksköterskor och undersköterskor från psykiatrisk slut- och öppenvård som upplevt våldsamma möten och som ville

berätta om sina möten.
Antal referenser: 63

Referensnummer: 21
Författare: Walsh E, Gilvarry C, Samele C, Harvey K, Manley C, Tyrer P, Creed F, Murray R, Fahy T.
Titel: Reducing violence in severe mental illness: randomised controlled trial of intensive case management compared with standard care
Tidskrift: British Medical Journal (BMJ)
År: 2001
Land: Storbritannien
Syfte: Att undersöka om ”Intensive case management” kan reducera antalet våldshändelser om man jämför med vanlig vård.
Metod: Randomiserad kontrollerad studie, med 2 års uppföljning.
Urval: 708 patienter av 892 valde att delta i studien. Urvalet gjordes på 4 stycken öppenvårdsmottagningar. Inklusionskriterier var en ålder mellan 18-65 år, psykosdiagnos, minst en inläggning på en avdelning på grund av psykossjukdomen och en av inläggningarna skulle vara under de 2 senaste åren. Patienter med missbruk eller organisk hjärnskada som huvuddiagnos exkluderades.

Antal referenser: 27
