



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

SJUKSKÖTERSANS UTSATTHET AV HOT OCH VÅLD I DEN PSYKIATRISKA HELDYGNSVÅRDEN – EN KVALITATIV STUDIE

Hermela Melke

Margarita Westersund

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet, psykiatrisk vård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT 2016 – VT 2017
Handledare:	Lilas Ali
Examinator:	Lars-Olof Persson

Titel (svensk):	Sjuksköterskans utsatthet av hot och våld i den psykiatriska heldygnsvården – en kvalitativ studie
Titel (engelsk):	Nurses exposed position to threats and violence in the in-patient psychiatric care – a qualitative study
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet, psykiatrisk vård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT 2016 – VT 2017
Handledare:	Lilas Ali
Examinator:	Lars-Olof Persson
Nyckelord:	Sjuksköterskors upplevelser, hot, våld, psykiatrisk heldygnsvård, psykos, beroende, personcentrerad vård.

Sammanfattning:

Bakgrund: Angrepp på sjuksköterskor inom den psykiatriska verksamheten är ett globalt problem. Hot och våld utgör hälsorisker för både personal och patienter. Studier visar att sjuksköterskor mår dåligt som ett resultat av att ha blivit utsatta för hot och våld i arbetet. Studier visar även att sjuksköterskor sedan besvärar sig av rädsla, ångest, sömnsvårigheter etcetera. När patienten görs delaktig i sin vård och när beslutsfattandet är gemensamt minskar risken för hot och våld. För att kunna ge en god vård har bemötandet en avgörande roll.

Syfte: Syftet med denna studie är att belysa sjuksköterskors upplevelser av hot och våldincidenter i möten med patienter som drabbats av psykos och/eller beroendeproblematik, och som vårdas i psykiatrisk heldygnsvård.

Metod: Kvalitativ metod valdes. Åtta stycken informanter intervjuades. Intervjuerna spelades in, transkriberades och analyserades genom kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Fyra kategorier med tillhörande nio subkategorier utgjorde resultatet. Kategorierna var Psykisk påverkan, Triggarfaktorer, Förebyggande åtgärder samt Negativ och positiv aspekt av sjuksköterskeprofessionen. Psykisk påverkan belyste informanternas upplevelser efter en våldincident och även hur verbala hot med tiden normaliserades. Triggarfaktorer belyste vilka faktorer som informanterna upplevde kunde trigga igång en hot och/eller våldssituation, exempel personalens förhållningssätt och bemötande. Förebyggande åtgärder belyste vilka åtgärder som informanterna upplevde ha en förebyggande effekt, exempelvis samtal. Den sista kategorin, som hade både en negativ och positiv aspekt av sjuksköterskeprofessionen belyste vad informanterna upplevde som svårast i sin yrkesroll, det vill säga arbetsledarrollen. Den positiva aspekten var att informanterna hade ett genuint intresse för patientgruppen, som de ansåg vara en utsatt grupp.

Slutsats: Fördjupningen i sjuksköterskors upplevelser av hot och våld i den psykiatriska heldygnsvården har gett mer förståelse om vikten av korrekt och professionellt bemötande gentemot patienter. Inte minst om personcentrerad vård ska bedrivas, eftersom personcentrerad vård förutsätter en allians och tillit mellan personal och patient.

Nyckelord: Sjuksköterskors upplevelser, hot, våld, psykiatrisk heldygnsvård, psykos, beroende, personcentrerad vård

Abstract

Background: Assaults on nurses within the psychiatric care is a global problem. Threats and violence constitute a health hazard for both personal and patients. Studies show that nurses feel badly as a result after they have been exposed to threats and violence in their work. Studies show even that they may suffer by fear, anxiety, insomnia etc. If a patient participates in his care and when the decision making is mutual then the risk for threats and violence is diminished. In order to be able to provide good psychiatric care, the way of confronting the patient is crucial.

Aim: The aim of this study is to illuminate nurse's experiences when encountering patients suffering of psychosis and/or addiction problems and are being treated in the in-patient care.

Method: Qualitative method was chosen. Eight informants were interviewed. The interviews were recorded, transcribed and analyzed through qualitative content analysis.

Results: Four categories including nine subcategories constitute the result. The categories were Psychic influence, Trigger factors, Preventive measures also Negative and positive aspects of the nurse profession. Psychic influence illuminated the informants experiences after a violent incident and also how verbal threats were normalized by time. Trigger factors illuminated which factors the informants experienced could trigger a threat and/or violent situation, for instance the personnel's way of behavior and reaction. Preventive measures illuminated which measures that the informants experienced, had a preventive effect, for instance conversation. The last category that had both a negative and a positive aspect of the nurses profession illuminated what the informants experienced as the most difficult in their role as professionals, that of the role of a team leader. The positive aspect was that the informants had a genuine interest for this group of patients, which they considered a vulnerable group.

Conclusion: Intensified knowledge in nurse's experiences concerning threats and violence in the psychiatric in-patient care has given more understanding about the importance of a correct and professional reaction towards patients. Especially when person-centered care shall be given, because person-centered care requires alliance and trust between personnel and patient.

Keywords: Nurses experiences, threat, violence, in-patient psychiatric care, psychosis, addiction, person-centered care

Förord

Ett stort och innerligt tack till de åtta sjuksköterskor som deltog och möjliggjort denna studie. Det har varit både spännande och inspirerande att ta del av era upplevelser. Ett stort och innerligt tack till vår handledare Lilas Ali för goda reflektioner, diskussioner, konstruktiv kritik, stöd och uppmuntran under arbetets gång. Vi vill även tacka varandra för ett mycket gott och effektivt samarbete. Sist men inte minst vill vi rikta ett stort tack till våra respektive familjer för stödet och förståelsen för att vi periodvis inte varit så närvarande.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Definition av hot och våld	1
Hot och våld i psykiatri	2
Personcentrerad vård	3
Bemötande och kommunikation.....	4
Problemformulering.....	5
Syfte	6
Metod	7
Urval	7
Datainsamling	8
Dataanalys	8
Forskningsetiska överväganden.....	9
Resultat.....	11
Psykisk påverkan	11
Triggarfaktorer.....	13
Förebyggande åtgärder	14
Negativ respektive positiv aspekt av sjuksköterskeprofessionen	16
Diskussion	18
Metoddiskussion.....	18
Resultatdiskussion	20
Slutsatser	23
Kliniska implikationer	23
Referenslista	24

Bilaga 1 Forskningspersonsinformation och samtyckesblankett

Bilaga 2 Intervjuguide

Inledning

I en våldsituation reagerar människor olika. En del reagerar direkt med stressreaktioner av olika slag medan andra kanske inte reagerar alls eller reagerar efter flera dagar. Olika känslouttryck såsom rädsla, obehag och skräck är något många upplever. Många människor upplever även en stark psykisk press i arbetet när de vet att de riskerar att utsättas för hot eller våld (Arbetsmiljöverket, 2016). Vissa branscher och yrkeskategorier riskerar att utsättas för hot och våld i större utsträckning än andra. Den psykiatriska heldygnsvården är en sådan bransch och sjuksköterskor är en av flera yrkesgrupper där hot och våldrisker alltid finns närvarande. Hot och våld är således ett ständigt och aktuellt ämne inom den psykiatriska heldygnsvården och i synnerhet inom psykos- och beroendevården. Detta beror troligen på att hos personer som drabbas av psykosjukdom och/eller beroendeproblematik förekommer aggressivitet, utåtagerande och våldsamt beteende i större utsträckning än hos personer med andra psykiatriska tillstånd.

Sjukskrivningar bland sjuksköterskor som har blivit utsatta för våld i arbetet är en konsekvens som en våldincident kan leda till. Sjukskrivningar kan vara av både kortsiktig och långsiktig karaktär, beroende på hur mycket och på vilket sätt våldincidenten har påverkat sjuksköterskans psykiskt och/eller fysiskt. Hur sjuksköterskor upplever och hanterar hot och våldincidenter torde därför vara av intresse då mer kunskap leder till ökad förståelse. Ju mer förståelse som finns kring ett problem desto större chans till att olika åtgärder aktualiseras och utvärderas kontinuerligt i syfte att minska, i det här fallet, hot och våld inom den psykiatriska heldygnsvården. Under våra år som sjuksköterskor i psykiatri har vi upplevt hot och våldincidenter många gånger. Funderingar, känslor och frågor har väckts, men även nyfikenhet och intresse över hur sjuksköterskor upplever, reagerar och hanterar hot och våldincidenter som kan ske i arbetet. Denna magisteruppsats ger oss nu möjlighet att fördjupa oss i ett ämne som intresserar oss. Genom intervjustudier, där vårt fokus kommer vara på sjuksköterskor och deras upplevelser av hot och våldincidenter i möten med patienter som drabbats av psykos eller beroendeproblematik och som vårdas i psykiatrisk heldygnsvård, hoppas vi kunna öka förståelsen för sjuksköterskans utsatthet och sårbarhet när hon vårdar patienter som lider av svår psykisk ohälsa och som ofta har en komplex sjukdomsbild.

Bakgrund

Definition av hot och våld

Våld definieras som en avsiktlig användning av fysisk makt, vilken kan vara hotande eller faktisk, mot sig själv, en annan person eller mot en grupp eller ett samhälle, som antingen resulterar i eller har hög sannolikhet att resultera i personskada, dödsfall, psykisk skada, underutveckling eller förlust (WHO, 2016). Definition av våld delas även in i tre sub-grupper: våld mot sig själv, interpersonell våld samt kollektiv våld. Våld mot sig själv innebär antingen självskadebeteende av olika slag eller suicid, gärningsman och offer är samma person. Interpersonell innebär våld mellan individer såsom familjevåld, partnervåld samt våld i samhället. Kollektivt våld innebär att gärningsmännen är samlade i en större grupp, exempelvis olika politiska grupper (WHO, 2016). Enligt Viitasara (2000), definieras hot som muntliga hotelser om fysiskt våld eller olika former av skadegörelser, aggressiva gester, nedvärderande ord samt sexuella närmanden eller anspelningar. Våld definieras som en

handling, som inte nödvändigtvis är medveten, men som leder till skada hos en annan människa (Viitasara, 2000).

Hot och våld i psykiatri

Angrepp på sjuksköterskor inom den psykiatriska verksamheten är ett globalt problem. Många hot och våldincidenter mot sjuksköterskor rapporteras inte. Orsakerna till underrapportering är flera, exempelvis att sjuksköterskan inte fick en allvarlig skada, rädsla att deras kompetens ska ifrågasättas, att hot och våldincidenter är en del av den psykiatriska vårdkulturen etcetera. I samma studie visar resultaten att sjuksköterskorna led av flera besvär relaterat till incidenten, såsom flashbacks, rädsla, ångest, sömnsvårigheter, skuld med mera (Moylan, McManus, Cullinan, & Persico, 2016).

Palmstierna (2010), skriver att den psykiatriska verksamheten är särskilt utsatt även om hot och våld generellt inom sjukvården är vanligt förekommande. Hot och våld utgör hälsorisker för både personal, patienten själv och medpatienter. För patienten kan våld på avdelningen innebära att deras behandling inte blir lika effektiv. För personal kan våld på avdelningen innebära en allvarlig psykisk hälsorisk. Personal måste besitta god kunskap om sin avdelnings patientproblematik och det är betydelsefullt att hela kliniken genomsyras av denna kunskap. Det handlar om fysisk vårdmiljö, arkitektur, behandlings- och omvårdnadsrutiner, personalutbildning, arbetsledning och personalattityder (Palmstierna, 2010).

Även om den fysiska skadan är liten kan upplevelsen av en våldincident vara både traumatisk och långvarig för den drabbade. Ens arbetsinsats kan påverkas negativt när oro för att utsättas för hot om våld eller våld i vårdandet finns närvarande, denna oro innebär en psykisk påfrestning dagligen (Abrams, Harty & Lundin, 2012). Enligt Palmstierna (2010), har frågan om koppling mellan psykisk sjukdom och våldsbänagenhet alltid varit kontroversiell. Att vissa svåra psykiska sjukdomar såsom psykosjukdomar, bipolär sjukdom och hjärnskador är förenade med ökad risk för våld har dock konstaterats och det finns ett omfattande underlag för det.

Studien som Tema, Poggenpoel och Myburgh (2011), har gjort visar att vissa patienter inom den rättspsykiatriska vården tenderar att vara fientligt inställda utan att bli provocerade. Försök att sätta gränser eller att konfrontera patienten kan upplevas som ett hot av patienten, vilket kan leda till att patienten blir våldsam. Sjuksköterskorna utsattes för både verbal och fysisk aggression, de kvinnliga sjuksköterskorna hade alla upplevt sexuella trakasserier. Känslouttryck var rädsla, ångest och ilska där rädsla var den känsla som påverkade sjuksköterskorna mest. Sjuksköterskorna kände sig både psykiskt och fysiskt utmattade vilket även ledde till sömnsvårigheter (Tema et al., 2011).

En individ som upplever sig förföljd och utsatt kan se våld som ett försvar denne kan ta till i syfte att överleva. I akuta skeden styrs psykotiska individer inte av den objektiva yttre verkligheten utan främst av deras verklighetsfrämmande inre fantasier. När en psykotisk person plötsligt slutar ta sin medicin är risken extra stor för att ett våldsbeteende ska utvecklas (Sandström, 2007). Droger av centralstimulantia såsom amfetamin och kokain hänger intimt samman med våldsbänagenhet och heroinmissbruk betraktas som något som ökar våldsbänagenheten genom att det minskar förmågan till empati (Sandström, 1996). När ångesten blir för stark och individen inte längre kan hantera den ökar risken för utagerande beteende. Vid exempelvis psykostillstånd är ångest dominerande på grund av bristande verklighetsuppfattning. Andra tillstånd där våld kan förekomma är vid bipolär sjukdom,

neuropsykiatriska tillstånd, personlighetsstörningar samt olika typer av missbruk, det vill säga alkohol eller droger eller en kombination av olika droger (Abrams et al., 2012).

Våldet har många ansikten och orsaker och kan också verka som en ventil för ångest eller betraktas som ett sätt att hävda sin rättighet. Det kan också ses som en handling sprungen ur en känslomässig frustration eller som ett slags kommunikation men även som brist på kommunikation, det vill säga, att inte kunna beskriva sina behov, intentioner och önskningar kan leda till hot och våld (Bauer & Kristiansson, 2012).

Enligt Abrams et al. (2012), är det av vikt att inte jämföra våld med ilska eller aggression. Ilska är en subjektiv upplevelse som ibland kan leda till aggression. Ilska kan vara en hälsosam reaktion på en ohälsosam situation och bör därför både accepteras, tillåtas och bearbetas. Personal får finna sig i att möta viss grad av aggressivitet men aldrig acceptera hot om våld eller våld (Abrams et al., 2012). Det finns faktorer som ökar risken för våld i psykiatri, menar Palmstierna (2010). Dessa faktorer kan vara berusning av droger, abstinens, repetitivt våldsbenägna patienter, akut psykosbild, frustration som patienten kan känna när denne blir nekad olika önskemål samt hög beläggning på avdelning. Vid schizofren sjukdom kan hög beläggning på avdelningen framkalla våld. Patienter med schizofren sjukdom kan vara känsliga för trängsel, därför ökar deras våldsbenägenhet ju fler medpatienter som finns på avdelningen (Palmstierna, 2010).

Enligt Nolan, Soares, Dallender, Thomsen och Arnetz (2001), har studier visat på att våld inom sjukvården och speciellt inom den psykiatriska vården har ökat. Både engelska och svenska sjuksköterskor deltog i deras studie, som visade att 71% av de engelska sjuksköterskorna respektive 59% av de svenska sjuksköterskorna uppgav att de hade upplevt våld de senaste 12 månaderna. I majoriteten av fallen handlade det om hot om våld. Att bli utsatt för spottning, rivning och nypning var också vanligt förekommande. De engelska sjuksköterskorna blev oftare utsatta för hot om våld, våld samt skadades som en följd av en våldsincident än sina svenska kollegor (Nolan et al. 2001).

Även Itzhaki, Peles-Bortz, Kostistky, Barnoy, Filshinsky och Bluvstein (2015), skriver att våld inom sjukvården och speciellt inom psykiatriska enheter har ökat. Deras studie visade att sjuksköterskor ofta blir utsatta för våld eller hot om våld. Nästan alla sjuksköterskor i studien upplevde verbala hot om våld och mer än hälften upplevde fysiskt våld under det gångna året. Studien visade dock att sjuksköterskorna i denna studie sällan upplevde jobbstress relaterat till hot och våldincidenter på jobbet. Detta är överraskande då andra studier har visat motsatsen, det vill säga att sjuksköterskor ofta känner stress i arbetet som ett resultat av våldsincidenter på jobbet (Itzhaki et al., 2015). I Qi et al., (2014) studie visade att sjuksköterskorna som jobbade i psykiatri upplevde mer jobbstress än sjuksköterskorna som jobbade i icke psykiatriska enheter.

Personcentrerad vård

Personcentrerad vård innebär att vården utgår från patienten som person. Interaktion, kommunikation och ömsesidighet är viktiga delar när personcentrerad vård bedrivs. Människan ses som fri men inte helt oberoende (Ekman & Norberg, 2013). Personcentrerad vård kan ses som en process som innehåller tre delar. Dessa tre delar är patientens berättelse, överenskommelsen och dokumentationen. Patientens berättelse är en förutsättning för att kunna tillämpa personcentrerad vård. Genom patientberättelsen ska behov, möjligheter, resurser och vilja identifieras. För att kunna uppleva livet som en helhet har människan behov

av att få dela sin berättelse med andra människor. Genom att som personal lyssna till det patienten har och vill berätta bidrar man till att patienten kan uppleva helhet (Ekman, Norberg & Swedberg, 2014). Överenskommelsen är den mest centrala delen och innebär ett partnerskap mellan patienten och sjukvården. Partnerskapet innebär att både patienten och personalen delar information. Genom partnerskapet görs en hälsoplan för patienten, hälsoplanen görs gemensamt med patienten i den mån det går. För att den personcentrerade vården ska kunna säkerställas måste hälsoplanen dokumenteras (Ekman et al., 2014).

Engagemang från patientens sida om sin vård samt gemensamt beslutsfattande har visat positiva effekter även inom psykiatrin. Dixon och Liebermans (2014) studie, visade att patienter som drabbats av schizofreni och som fick möjlighet att engagera sig i sin vård och i det gemensamma beslutsfattandet, blev mer delaktiga i sin vård och hade betydligt högre sannolikhet att fortsätta ta sina mediciner. När det finns adherence från patientens sida att ta sina mediciner minskar risken för hot och våld eftersom de psykotiska symtomen dämpas (Sandström, 2007).

I Kompetenscentrum för schizofreni (u.å.) hemsida, står det att läsa om Individuell Samarbetsplan (ISP), som syftar till att patienter som har tvångsvårdats ska tillge sina synpunkter om vårdtillfället. ISP fyller flera funktioner. En funktion är att personal får kännedom om vilka stödåtgärder patienten behöver, vilket kan leda till att behovet av tvångsvård och tvångsåtgärder minskas, samtidigt blir vården individanpassat och patienten får ett individuellt omhändertagande. Patienten görs delaktig och kan delge vad han eller hon tyckte var bra, vad som hade kunnat göras bättre och vad personal kan tänka på om patienten behöver vårdas i framtiden igen. Har det förekommit tvångsåtgärder så får patienten tillfälle att berätta hur tvångsåtgärderna hade kunnat förhindras. Målet är att patienten vid en eventuell framtida inläggning ska känna sig trygg på avdelningen, vilket förväntas uppnås genom det praktiska och emotionella stöd som patienten beskrivit i ISP (Kompetenscentrum för schizofreni, u.å.).

Personcentrerad vård bygger på patientens individuella styrkor och värderar hans eller hennes värderingar. Det är snarare personen som är i centrum än sjukdomen eller symtomen. Personcentrerad vård är ingen magisk pinne som kan göra att all smärta av psykisk sjukdom och trauma försvinner men den utgör basen för att ett liv i värdighet kan byggas (Clayton, 2013).

Bemötande och kommunikation

För att kunna ge en god vård har bemötandet en avgörande betydelse. Ett bra bemötande kännetecknas av att personal besitter förmågan att kunna kommunicera på ett optimalt sätt med patienter som drabbats av olika psykiska besvär. En omvårdnadsrelation kan byggas när patienten upplever att han eller hon blir bemött på ett bra sätt, eftersom ett gott bemötande bidrar till att patienten upplever trygghet (Magnusson, 2014). En fungerande kommunikation med patienten bidrar till att denne känner sig delaktig i vården. Patienter som upplever delaktighet i vården uttrycker det ofta som att de blir lyssnade på (Inde, 2011).

För att bemöta patienten utifrån sitt unika önskemål och behov, krävs förståelse och insikt i hur patienten upplever sin situation, sjukdom och behandling. Grundförutsättningar för detta är personalens analytiska förmåga, insikt om sig själv och en positiv attityd till patienten. Det krävs även att personalen har en förmåga att kommunicera förståelsen till patienten (Kihlgren, Engström & Johansson, 2009). Möten och kommunikationen handlar inte bara om vad som

sägs utan också hur det sägs, vilket språk vi använder oss av, vilka attityder och vilket förhållningssätt som råder gentemot patienter. Det är alltid personalens professionella förhållningssätt som avgör utfallet av mötet med patienten (Inde, 2011). Samtidigt måste personal, när situationen kräver, klart uttrycka vad som accepteras och inte accepteras i fråga om uppträdande. Detta är extra viktigt i kontakten med psykopatienter men även i mötet med patienter som har missbruksproblematik, i synnerhet under abstinensfasen (Carlenius & Aakvaag, 1998).

Patienter läser oftast av kroppsspråket och andra icke verbala signaler såsom röstläge mer än det som uttalas verbalt. Därför vinner den flackande blicken i uppmärksamhet över försöket till lugnande ord (Magnusson, 2014). Enligt Sandström (1996) är en bristfällig kommunikation en tydlig faktor vid uppkomst av våldsamma situationer. Carlenius och Aakvaag (1998), konstaterar att med rätt bemötande och bra kommunikation kan våldsamma patienter lugnas ner, frustration och ilska minskas och våld avvärras.

Problemformulering

Flera studier visar att sjuksköterskor mår dåligt som ett resultat av att ha blivit utsatta för hot och/eller våld i arbetet. Flertalet studier visar även att flera sjuksköterskor sedan besvärar av rädsla, ångest, ilska, sömnsvårigheter, flashbacks, skuld med mera. Besvären kan leda till att sjuksköterskor sjukskriver sig eller byter jobb. Hur sjuksköterskor mår efter en hot och/eller våldssituation kan i sin tur påverka vårdrelationen negativt vilket kan leda till att patienten inte får en god vård. Det kan bli svårt för sjuksköterskan att bedriva evidensbaserad omvårdnad, vilket är en av sjuksköterskans kärnkompetenser. Studier nyligen gjorda i Sverige och som belyser svenska sjuksköterskors upplevelser av hot och våldincidenter i den psykiatriska heldygnsvården är inte så många. För att kunna arbeta aktivt, förebygga och implementera olika åtgärder och rutiner i syfte att minska hot och våldincidenter i psykiatri behövs därför mer kunskap om hur sjuksköterskor upplever och hanterar hot och våldincidenter.

Intrycket och erfarenheten är att hot och våld är mer vanligt förekommande inom den psykiatriska heldygnsvården än andra psykiatriska instanser, och patienter som drabbas av psykos och/eller beroendeproblematik tenderar att vara mer våldsamma och hotfulla mot sin omgivning än andra patientgrupper. Detta kan exempelvis bero på att patienter som drabbas av psykos uppfattar och tolkar sin omgivning annorlunda vilket kan leda till att de känner sig provocerade och reagerar med aggression. Hos patienter med beroendeproblematik är risken för hot och våld vanligt förekommande särskilt i abstinensfasen. Då den psykiatriska heldygnsvården som vårdar patienter som drabbats av psykos och/eller beroendeproblematik troligtvis är mer utsatt för hot och våld är det viktigt att mer kunskap synliggörs inom just dessa verksamheter.

Syfte

Syftet med denna studie är att belysa sjuksköterskors upplevelser av hot och våldsincidenter i möten med patienter som drabbats av psykos och/eller beroendeproblematik, och som vårdas i psykiatrisk heldygnsvård.

Frågeställningar:

- *Kan du berätta om dina upplevelser av hot och våldssituationer på arbetsplatsen?
- *Hur kändes det att utsättas för detta?
- *Vilka faktorer upplever du kan leda till att en hot och våldssituation kan uppstå?
- *Vilka faktorer upplever du kan leda till att man undviker att en hot och våldssituation uppstår eller avleds?

Metod

Då avsikten med studien var att belysa sjuksköterskors upplevelser av hot och våld i möten med patienter som lider av psykos och/eller beroendeproblematik och vårdas i den psykiatriska heldygnsvården, valdes en kvalitativ induktiv design med semi-strukturerade intervjuer. Denna forskningsdesign intresserar sig för meningar eller innebörder snarare än för statistiskt verifierbara samband (Alvehus, 2013). Vid kvalitativa studier där intervju används för att samla in data gäller närhet och en öppen interaktion mellan informanten och forskaren och studier med denna studiedesign fokuserar på att förstå ämnen från den levda vardagsvärlden ur den intervjuades eget perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2014).

Induktiv ansats förklaras genom att en förutsättningslös analys av texter sker, texterna baseras på människors berättelser om sina upplevelser. Analys av den insamlade data görs enligt kvalitativ innehållsanalysmetod som fokuserar på tolkning av texter (Lundman & Graneheim, 2012). Själva tolkningen innebär att forskaren söker den mening som finns i de företeelser som har undersökts. I tolkningen framträder den förståelse forskaren är ute efter i kvalitativa studier (Hartman, 2004). Människors upplevelser av ett visst ämne, det vill säga, ett inifrånperspektiv är därför en förutsättning för att forskaren ska kunna tolka den information som hon eller han får (Olsson & Sörensen, 2011).

Semistrukturerad intervju innebär en flexibilitet genom att en frågeguide med öppna frågor formuleras med syftet att utgöra stöd under intervjun. Forskaren behöver inte ställa frågorna i den ordningsföljd de står i frågeguiden utan kan anpassa frågorna efter det som kommer upp i intervjun. Intervjusituationen kan störas om frågorna är för detaljerade (Danielson, 2012).

Urval

Studien genomfördes inom Västra Götalandsregionen. Åtta sjuksköterskor verksamma inom psykosvård eller beroendevård i psykiatrisk heldygnsvård, fördelade på fyra olika kliniker och på tre olika orter intervjuades. Den ursprungliga målsättningen var att endast inkludera sjuksköterskor som var verksamma inom psykos heldygnsvård, men då detta inte var möjligt på grund av att antalet informanter då hade blivit för få, inkluderades även sjuksköterskor som var verksamma inom beroende heldygnsvård. Strategiskt urval eftersträvades. Henricson och Billhult (2012), menar att då variationsrika berättelser eftersträvas väljs informanterna inte ut slumpmässigt utan de väljs ut strategiskt, vilket innebär att en variation i urvalsprocessen sker, variation kan gälla exempelvis ålder och kön. Informanterna som väljs ut har även erfarenhet av det som ska studeras i den aktuella studien. Jämfört med kvantitativa studier så är antalet informanter i kvalitativa studier mindre. Målet är att inkludera relativt få informanter men som kan ge en rik beskrivning av ett problem/fenomen (Henricson & Billhult, 2012).

Kontakt med vårdenhetschefer via telefon togs på aktuella enheter för att erhålla tillstånd att genomföra studien. Därefter mejlades forskningspersonsinformation och samtyckesblankett (bilaga 1), till vårdenhetschefer som vidarebefordrade forskningspersonsinformation och samtyckesblankett (bilaga 1) till berörda sjuksköterskor. Kontakt med vårdenhetschefer via telefon och mejl togs flera gånger därefter för återkoppling och för att erhålla kontaktuppgifter till de sjuksköterskor som var positiva till att delta i studien. Kontakt med intresserade sjuksköterskor togs sedan för att komma överens om tid och plats för intervjun. I samband med intervjun skrevs samtyckesformuläret under. Urvalskriterierna var att informanterna

skulle vara antingen sjuksköterska eller psykiatrisjuksköterska, vara verksamma inom heldygnsvård beroendevård eller psykosvård samt ha erfarenhet av denna studies forskningsfråga. En strävan efter variation gällande kön, ålder, arbetslivserfarenhet samt utbildningsnivå eftersöktes också.

Demografisk data: Sex kvinnor och två män intervjuades. Sex sjuksköterskor var grundutbildade och två var psykiatrisjuksköterskor. Informanternas ålder varierade från 31-63 år. Arbetslivserfarenhet som sjuksköterska inom psykiatrisk vård varierade från 3 månader – 31 år.

Datinsamling

Intervju som datinsamlingsmetod valdes för denna studie. Enligt Danielson (2012), är datinsamlingsmetoden intervju lämplig att använda när man vill beskriva ett fenomen eller situation. Mötet mellan informanten och intervjuaren är i fokus i den kvalitativa forskningsintervjun. Det vanligaste är att man använder sig av en eller flera öppna frågor för att intervjun ska bli strukturerad. Fördelen med att använda sig av intervjuer är att deltagaren med egna ord kan berätta om en viss situation (Danielson, 2012).

Intervjuerna genomfördes under december 2016 och januari 2017. Intervjuerna genomfördes med hjälp av en intervjuguide (bilaga 2), som bestod av ett antal öppna frågor och där deltagaren kunde besvara frågorna fritt. Följdfrågor såsom ”kan du berätta mera”, ”kan du förklara närmare” samt ”hur gjorde du” ställdes. Vid intervjuns slut tillfrågades informanten om han eller hon ville lägga till något mer. Före varje intervju fick informanten tillfälle att ställa frågor om studien. Informanten fick sedan skriva under samtyckesformuläret samt svara på frågor om ålder, arbetslivserfarenhet som sjuksköterska och utbildningsnivå. Intervjuerna bandinspelades och tog mellan 35 – 85 minuter i anspråk. Alla intervjuer förutom en genomfördes på respektive informants arbetsplats och under arbetstid. En intervju genomfördes någon annanstans än på den aktuella arbetsplatsen efter överenskommelse och önskemål från den aktuella informanten. Individuell intervju där en informant i taget intervjuades föredrogs framför gruppintervju då forskningsfrågan i den aktuella studien är av sådan karaktär som kan uppfattas som känslig att prata om. Av samma anledning var det alltid endast en av intervjuerna som närvarande vid respektive intervju.

Dataanalys

För att analysera samtliga bandinspelade intervjuer användes kvalitativ innehållsanalys, som enligt Lundman och Granehiem (2012), är en analysmetod där skriven eller verbal kommunikation analyseras stegvis med fokus på olikheter och likheter. Syftet med innehållsanalys är att organisera och strukturera information genom kategorisering. Genom kategorisering reduceras material till hanterbar storlek och hållbara slutsatser kan antas (Polit & Beck, 2016).

Inspirerade av Lundman och Granehiems (2012) analysmetod, var första steget i analysen att lyssna igenom varje intervju direkt efter intervjutillfället för att få en förståelse och en helhetsbild av det insamlade materialet. Andra steget bestod i att transkribera ordagrant och skriva ut materialet, för att sedan läsas igenom flera gånger. Det som bedömdes vara irrelevant för denna studie eller det som låg utanför intervjuguidens teman sorterades bort. Den kvarvarande texten som utgjorde vår analysenhet delades upp i meningsbärande enheter som bestod av meningar och stycken som hörde samman och hade samma innehåll. Vid nästa

steg kondenserades dessa meningsenheter till kortare meningar. Därefter abstraherades den kondenserade meningsenhet genom att förses med koder som beskriver meningsenhetens innehåll (Lundman & Graneheims, 2012). Koderna i denna studie färgmarkerades för att lättare urskilja likheter. När de sedan sorterades in i kategorier och subkategorier färgmarkerades kategorierna för att tabellen skulle bli lättöverskådlig.

Thornberg och Frykedal (2015), skriver att kodning är den process genom vilken forskaren försöker ta reda på jämförande analys, det innebär att data jämförs med data, koder med koder, kategorier med kategorier för att upptäcka likheter och skillnader, vad som hör ihop och vad som särskiljer. Enligt Lundman och Granehiem (2012), ska koder med liknande innehåll sammanföras till underkategorier för att sedan sammanföras till huvudkategorier som också är den sista stegen i analysfasen. Graneheim och Lundman (2004) har också skrivit att hela analysprocessen kan gå fram och tillbaka mellan delar av texten och helheten, vilket även har skett i denna studie. Resultatet i denna studie sammanställdes med citat ur intervjutexterna. Att presentera citat från intervjuer är ett sätt att ge läsaren möjlighet att bedöma tolkningarnas giltighet (Lundman & Graneheim, 2012).

För att skilja informanterna åt kodades de med "I" och siffrorna 1-8. Exempelvis informant 1 benämndes "I1", informant 2 "I2" och så vidare.

Forskningsetiska överväganden

Forskning får bara godkännas om den utförs med respekt för människovärdet. Syftet med denna lag är att skydda den enskilda människan. Mänskliga rättigheter och grundläggande friheter ska alltid beaktas vid etisk prövning (Olsson & Sörensen, 2011). Denna studie har inte genomgått någon etisk prövning eftersom den inbegrips i högskoleutbildningens examensarbete för magister i omvårdnad och inte faller in under lagen om etikprövning (SFS 2003:460). Det finns fyra huvudkrav på forskning: informationskrav, samtyckeskrav, konfidentialitetskrav och nyttjandekrav (Vetenskapsrådet, u.å).

Informationskrav: Innebär att informanterna måste få information om forskningsuppgiftens syfte. Det ska även tydligt framgå om deras uppgift i projektet samt vilka villkor som gäller för deras deltagande. De skall också upplysas om att deltagandet är frivilligt och att de har rätt att avbryta sin medverkan (Vetenskapsrådet, u.å). Informanterna i den aktuella studien informerades både skriftligt (se bilaga 1) och muntligt.

Samtyckeskrav: Innebär att forskaren måste inhämta informanternas samtycke (Vetenskapsrådet, u.å). När forskning involverar människor är det alltid krav på informerat samtycke vilket innebär att varje informant ska informeras om forskningen och sin medverkan för att fritt kunna välja om de vill medverka eller inte (CODEX, 2016). Informanternas samtycke i den aktuella studien erhöles både muntligt och skriftligt. Informanterna skrev under samtyckesformuläret i samband med intervjun.

Konfidentialitetskrav: Innebär att etiskt känsliga uppgifter om enskilda identifierbara personer ska ges största möjliga konfidentialitet och personuppgifter ska förvaras på ett sådant sätt att obehöriga inte kan ta del av dem (Vetenskapsrådet, u.å). Informanterna i den aktuella studien fick information och försäkran om att uppgifter som lämnas av dem kommer behandlas konfidentiellt och att informanternas personidentiteter samt allt som uttalas under intervjutillfället ska hanteras så att obehöriga inte kan komma åt dessa uppgifter.

Nyttjandekrav: Innebär att insamlade uppgifter om enskilda personer endast får användas för forskningsändamål (Vetenskapsrådet, u.å). Informanterna i den aktuella studien fick information om att all data som samlas in kommer endast användas för detta studies ändamål. All data kommer sedan att förstöras.

Resultat

Dataanalysen har utmynnat i fyra kategorier med tillhörande nio subkategorier. Resultatet presenteras således utifrån dessa kategorier och subkategorier, som belyser sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av hot och våld inom den psykiatriska heldygnsvården. Tabell 2 kan ses som en översiktstabell över de olika kategorier, subkategorier samt koder som framkommit i denna studie. Efter tabellen presenteras resultatet där citat används för att tolkningarna tydligare ska framgå.

Tabell 2. Översiktstabell över kategorier, subkategorier och koder.

Kategorier	Subkategorier	Koder
Psykisk påverkan	Känsloreaktioner efter en våldsincident	Olika känslouttryckningar efter en våldsincident. Chockad och rädd.
	Normalisering av verbala hot	Luttrad och avtrubbad. Hot blir accepterat.
Triggarfaktorer	Personalens förhållningssätt och bemötande	Personalens bemötande orsakar många gånger att hot och våldssituationer uppstår. Att ge snäsiga svar och bemöta patienter på ett otrevligt sätt är helt onödigt och gör bara patienten orolig och irriterad.
	Psykotiska symptom	Jättepsykotiska och inget utrymme. Vissa patienter får en specifik ide om en viss personal och blir aggressiva.
Förebyggande åtgärder	Stabil personal	Kan rutinerna som sjuksköterska men viktigt med tillräckligt med erfaren personal. Trygghet.
	Ett professionellt förhållningssätt och bemötande	Lågaffektivt bemötande fungerar i de flesta fall.
	Samtal	Visa att man finns där, behöver inte prata jämt.
Negativ respektive positiv aspekt av sjuksköterskeprofessionen	Arbetsledarrollen	Arbetsledaren har ett stort ansvar som försvåras när alla ska lägga sig i hur en situation ska lösas.
	Drivkraft	Älskar patienterna. Stötta.

Psykisk påverkan

Känsloreaktioner efter en våldsincident

Analysen i denna studie visade att sjuksköterskorna reagerade väldigt individuellt vid en hot och våldssituation där de blev utsatta för våld, vilket i sin tur innebar att reaktionerna varierade. Reaktioner som vidare framgick i vår studie var exempelvis sömnstörningar, viktnedgång, upprördhet, chock, rädsla, gråtmildhet. I analysen blev det dock tydligt att de känslouttryckningar som flertalet sjuksköterskor nämnde och beskrev att de upplevde efter att ha

blivit utsatta för en hot och våldsincident var likartade. Chock och rädsla var de mest framträdande känslorna som sjuksköterskorna upplevde.

Chock över att faktiskt ha blivit utsatt för våld, speciellt om det var första gången. Chockkänslan kunde även böttna i att personen ifråga inte trodde att det kunde hända dem även om medvetenheten att den psykiatriska heldygnsvården kan vara en riskfylld miljö fanns. Att en del informanter inte trodde att de kunde utsättas för våld i arbetet berodde till viss del på att de inte trodde att de kunde missbedöma en situation så fatalt som det visade sig i efterhand. Samtidigt uppkom rädsla för den aktuella patienten men även för vad mer som faktiskt kunde ha hänt men inte hände. Att vara rädd för en specifik patient kunde i sin tur leda till konsekvensen att kontakten och kommunikationen med den patienten påverkades negativt. Analysen i denna studie visade att rädsla för en patient kunde leda till att sjuksköterskan intog en mer försiktig hållning gentemot den aktuella patienten. En svårighet för den utsatta sjuksköterskan var således att möjligheten att etablera kontakt eller vårdrelation med en patient som hade attackerat henne försvårades.

Jag tror att jag var totalt chockad, jag var så chockad över att liksom ha blivit slagen så att jag jag vet inte riktigt vad jag tänkte, det kom efteråt det här hur jag kunde ha missbedömt den här situationen, den största känslan var rädsla, jag var livrädd för honom...12

Normalisering av verbala hot

Analysen i denna studie indikerade att arbeta inom den psykiatriska heldygnsvården innebar att det oftast fanns en hot och våldsrisk närvarande. Verbala hotelser förekom i olika former och upplevdes som ganska vanligt förekommande, av den anledningen, att det var vanligt förekommande, verkade majoriteten av informanterna i studien ha nått en punkt av acceptans när det gällde verbala hot riktade mot dem själva. Sjuksköterskan blev tålig och hade mer överseende när det gällde verbala hot. Eftersom våld kunde leda till så mycket skada, både fysiskt och psykiskt så var det fysiska våldet det som oroade sjuksköterskorna mest. Verbala hot upplevdes inte lika skrämmande som när ens fysiska existens hotades.

Analysen visade också att orsakerna till att verbala hotelser accepterades efter ett tag var flera, exempelvis att det på något sätt ingick i jobbet vid arbete med psykiskt sjuka människor. Att det var sjukdomen som gjorde att patienten inte kunde behärska sig och av frustration hotade, av den anledningen visades mer tolerans. En annan orsak var att sjuksköterskan vare sig hann eller orkade bry sig om verbala hotelser, eftersom verbala hotelser var så vanligt förekommande skulle det ha krävts mycket tid och energi av sjuksköterskan att agera varje gång efter att ha fått ett verbalt hot riktad mot sig. Analysen i denna studie visade även att sjuksköterskan efter ett tag på en arbetsplats där verbala hot förekom frekvent vände sig vid verbala hot riktade mot sig och därför inte reagerade längre på samma sätt som hon kanske hade gjort tidigare.

Man blir luttrad, man blir lite avtrubbad blir man, speciellt på ett sånt här ställe där patienterna vårdas i så många år, där man känner patienterna och deras uttryck så är det samma patient kanske som betar sig hotfullt eller otrevligt varje dag så blir det vardag, det blir accepterat...16

Triggarfaktorer

För att bättre kunna förstå, bemöta och minimera risken för hot och våld i arbetet med psykos och/eller beroendepatienter, är det nödvändigt att få kunskap om våldets orsaker. Informanterna upplevde att det fanns en rad olika faktorer som, enskilt eller i olika kombinationer kunde leda till hot och våldsincidenter. Faktorer som många gånger upplevdes vara orsak till att hotfulla och våldsamma situationer uppstod var exempelvis psykotiska symtom samt personals förhållningssätt och bemötande, ibland en kombination av dem båda.

Personalens förhållningssätt och bemötande

Personalens inställning och attityd gentemot patienter upplevdes ha en avgörande roll i mötet med patienter som hade psykos och/eller beroendeproblematik. Informanterna i studien menade att viss personals olämpliga sätt att bemöta patienter samt dåliga förhållningssätt ofta ledde till att hot och våldsincidenter som hade kunnat undvikas inträffade. Av olika anledningar kunde det som personalen ville förmedla, lätt missuppfattas och misstolkas av patienten. Flertalet informanter betonade därför vikten av att göra sin egen värdering och reflektera över hur man själv förhåller sig och bemöter varje patient. Ett individanpassat bemötande och förhållningssätt gentemot patienter är nödvändigt om målet är att minska hot och våldsincidenter. Informanterna menade att personal måste kunna kommunicera med patienter på ett respektfullt sätt. Personals ordval, kroppsspråk, tonfall men även val av tidpunkt för kommunikation hade stor betydelse i hur mötet med patienten blev. När detta sviktade eller inte fungerade på ett optimalt sätt påverkades mötet med patienten negativt vilket kunde leda till irritation, oro och provokation hos patienten.

vore bra att tänka hur man ska förhålla sig till varje individ patient, vi vinner på det faktiskt. I4

Analysen i denna studie indikerade att sjuksköterskorna var extra utsatta vid gränssättning eller när de skulle framföra olika besked eller beslut som av patienten kunde uppfattas som negativa. Att neka patienter diverse saker med hänvisning till regelverk och avdelningens rutiner var också vanligt förekommande och upplevdes av flertalet informanter kunna trigga igång en hot och vålds situation. Att i dessa situationer reflektera och vara medveten om sitt eget förhållningssätt och attityd, det vill säga, hur orden sägs och på vilket sätt är av största vikt.

Analysen i denna studie indikerade även att det många gånger uppstod hot och våldincidenter när avdelningen bemannades av orutinerad personal eller personal som inte hade så mycket erfarenhet av att arbeta med psykos och/eller beroende patienter. Det kunde ibland vara personals egen rädsla, osäkerhet och otrygghet i mötet med våldsbenägna patienter som kunde leda till konfrontationer med aggressivt utgång. När personal inte hade kunskap om vilket förhållningssätt som var lämplig mot patientgruppen kunde frustration och irritation uppstå hos patienten, i värsta fall kunde situationen förvärras.

Jag tycker att majoriteten av alla hot och våldssituationer som uppkommer är orsakade av personalens bemötande mot patienten, min känsla vid dem här händelserna som jag själv varit med i har många gånger skapats av personalen...I6.

Psykotiska symtom

När sjuksköterskor vårdar patienter med psykisk ohälsa kan det uppstå situationer där hot och våldsriskerna ökar. Analysen i studien visade att psykotiska symtom ibland var orsaken till att patienter blev oroliga, misstänksamma, agiterade och kände sig trängda i ett hörn vilket i sin tur kunde leda till ett våldsamt beteende. Det hör till sjukdomens karakteristika att inneha en mer reserverad hållning gentemot omgivningen. Flertalet informanternas upplevelser var att psykotiska symtom, framförallt vanföreställningar och paranoida tankegångar hos patienter var en faktor som kunde trigga igång en hot och våldssituation.

vissa patienter får kanske någon ide om någon specifik personal och blir aggressiva, paranoida idéer om vad som helst... I7

Flertalet informanter menade att patienter som lider av psykotiska symtom allt som oftast vårdas på tvångsvård, vilket innebär att de, framförallt i början av sin vårdtid inte har möjlighet att gå ut när de vill. Analysen i denna studie visade att patienter som led av psykotiska symtom och samtidigt var tvungna att befinna sig på en avdelning där dörrarna var låsta, där de hindrades att gå ut och där det inte fanns så mycket utrymme för dem, upplevdes som en dålig kombination även om det var en nödvändighet. Analysen visade vidare att det ibland, även om personals bemötande var bra, inte räckte för att få en patient lugn, hur mycket personal än försökte. Ibland var det symtomen, enskilt eller i kombination med omgivningen där patienten befann sig som kunde trigga igång en hot och våldssituation.

Dem är jättespsykotiska och får liksom inget utrymme alls så det är klart att det triggar miljön, det är liksom så det hänger smockan i luften ibland, sen är det låst precis överallt, det är en nödvändighet men det är också något som triggar, triggar till att folk känner sig instängda...I2.

Förebyggande åtgärder

Att arbeta förebyggande i syfte att minimera risk för hot och våldsbrott innefattade olika typer av åtgärder. Stabil personal som bemannar enheterna, samtal samt ett professionellt bemötande var faktorer som studiens informanter upplevde hade stor betydelse i att förebygga hot och våld.

Stabil personal

Flertalet av informanterna betonade vikten av att ha en bra bemanning med stabil personal för att kunna motverka och hantera hot och våldsbrott på ett optimalt sätt. Informanterna menade att en fungerande och stabil personalgrupp gav trygghet och lugn på avdelningen vilket patienter var bra på att känna av och påverkas av. När personalgruppen var stabil och trygg så återspeglade det sig oftast på patienterna också.

Analysen i denna studie visade också att flertalet informanter upplevde att det var mindre resurser på avdelningen men sjukare och mer krävande patienter än tidigare, vilket gjorde det än mer viktigt att avdelningarna bemannades med erfaren och rutinerad personal. Det framgick även att problemet med begränsade resurser i kombination med att patienters psykiatriska problematik har blivit svårare och mer komplex var något som kunde utlösa hot och våldsbrott. Hot och våldssituationer uppstod även om det var stabil personal på

avdelningen men risken att situationen skulle eskalera var mindre när rutinerad personal var i tjänst, detta på grund av att rutinerad personal visste och hade kunskap om hur de skulle hantera situationen. Analysen visade vidare att en stabil personalgrupp kännetecknades av att personalen hade både utbildning, erfarenhet men även ett sunt tänkande.

En stabil arbetsgrupp är det nog det bästa för att det ska kunna bli bra på jobbet, det kan man också hantera patienter på ett bra sätt... I5.

Ett professionellt förhållningssätt och bemötande

Majoriteten av informanterna i studien pratade mycket om bemötande och om vad de ansåg vara ett bra och effektivt bemötande. De upplevde att bra bemötande spelade en avgörande roll i att förebygga hot och våld. Ett lugnt och bra bemötande där de gav patienten utrymme förhindrade många onödiga konflikter. Flertalet informanter menade också att genom att använda sig av ett lågaffektivt bemötande där sjuksköterskan bevarade sitt eget lugn påverkade patienten på ett positivt sätt. Tillsägelser utan att låta auktoritär och att kunna bevara sitt lugn utan att bli stressad som sjuksköterska var ett bra sätt att bemöta en upprörd patient. En upprörd patient kanske lyckades bli lugn igen och situationen behövde inte eskalera ytterligare.

Lågaffektivt bemötande fungerar bra, det handlar om att personalen bemöter patienten på ett lugnt sätt även i de lägen där patienten är provocerad. I1

Analysen i denna studie visade att en av de viktigaste delarna när det gällde att förebygga att hot och våldssituationer uppkom var att vara lyhörd och uppmärksam. En del informanter pratade om hur betydelsefullt det var att se tidiga tecken. De menade att genom att observera patienten och på så sätt se tidiga tecken, kunde de agera och sätta in nödvändiga åtgärder i tid. Detta krävde att personalen var ute på avdelningen, nära patienterna.

Analysen visade även betydelsen av att se och bekräfta patienten. De menade att det var en balansgång att inte vara för påträngande och samtidigt visa patienten att man fanns där i syfte att få patienten att känna sig trygg. När sjuksköterskan såg och bekräftade en patient innebar det också att sjuksköterskan så småningom lärde känna patienten, vilket kunde underlätta arbetet eftersom sjuksköterskan lärde sig tyda vad som kunde göra patienten upprörd.

Jag sitter och har jätteskoj och trevligt med patienterna men samtidigt det kan hända vad som helst, om man är lite uppmärksam...vi måste göra nånting att alla faror eller svårigheter på avdelningen minskas, nåt annat kan vi inte göra . I8

Samtal

Även omvårdnadsplaner har jag skrivit med folk som har varit totalt galna...att man bara försöker få alltså även om det inte stämmer, vi har mycket samtal med våra patienter faktiskt. I2

I den psykiatriska verksamheten är samtal oerhört viktigt och värdefullt. Analysen i denna studie visade betydelsen av samtal i den psykiatriska heldygnsvården, detta var något som flera informanter upplevde som ett bra sätt att skapa lugn och trygghet på avdelningen. Informanterna upplevde och såg samtal som något som fyllde flera viktiga funktioner. Samtalets dynamik låg inte i att få fram något viktigt och vettigt, dynamiken låg istället på att genom samtal ge patienten en känsla av bekräftelse och värdefullhet, det i sin tur kunde vara

oerhört lugnande. Speciellt i början av vårddagen, då patienten var som sjukast, var det inte alltid det viktigaste att få patienten att prata så mycket som möjligt om sin situation. Genom att erbjuda samtal och visa intresse för patientens situation förmedlade sjuksköterskan en känsla av att patienten inte var ensam samt hopp om en lösning. Att dämpa ångest och oro samt besvara frågor eller funderingar som patienten hade, kunde göra att en allians med patienten kunde skapas så småningom och tillit byggas. Samtal fungerade således som ett bra verktyg till att förebygga hot och våld på avdelningen.

Patienterna är ett namn inte ett nummer....samtalet, verktyget för oss ja så är det...I8

Negativ respektive positiv aspekt av sjuksköterskeprofessionen

Arbetsledarrollen

Flera sjuksköterskor i studien upplevde en trygghet i sin roll som sjuksköterska och menade att de upplevde att de visste hur de skulle hantera en hot och våldssituation. Att vara arbetsledare ingår i sjuksköterskans roll och arbetsuppgifter. En frågeställning var vad informanterna upplevde som svårast i sin yrkesroll. Det framgick tydligt av de svar som informanterna gav att det som upplevdes som svårast i yrkesrollen var att hantera rollen som arbetsledare. Speciellt vid hot och våldssituationer var sjuksköterskan mer sårbar samtidigt som rollen som arbetsledare skulle axlas, beslut skulle tas, arbetet skulle fördelas och åtgärder skulle snabbt sättas in.

Anledningarna till varför arbetsledarrollen upplevdes som svår var flera. Analysen visade att flera informanter upplevde att deras roll som arbetsledare försvårades av att övrig personal och kollegor hade synpunkter på hur situationen skulle lösas. Detta skapade bara mer kaos och instabilitet. Att ha olika synpunkter och åsikter var bra men att tillfälle att prata om situationen fanns efter att en situation hade lösts och inte före eller under en hotfull situation. Att markera vem som var ansvarig och att övrig personal respekterade vad det innebar sågs också som betydelsefullt.

Att skuldbelägga sig själv och känna sig osäker visade analysen också var orsaker till att rollen som arbetsledare upplevdes som svår. Att reflektera över om situationen hade kunnat lösas på ett smidigare sätt och om andra åtgärder hade varit ett bättre val framgick också i analysen. Eftersom varje hot och våldssituation är unik är det svårt att lära sig hur man ska agera.

Arbetsledaren har ju ett stort ansvar vid hotfulla och våldsamma situationer...arbetsledaren är den som ska säga vem som ska göra vad...det som blir fel är att när alla agerar arbetsledare, jag gillar inte det, när många involverar och säger till övrig personal vad som ska göras och så vidare...massa åsikter och förslag från alla möjliga håll, nä det går inte, det blir bara rörigt och kaos...I4

Drivkraft

Jag gillar ju det här stället och jag älskar patienterna...I2

Trots att arbetet kunde vara påfrestande periodvis så upplevdes arbetet även som meningsfullt och det var också en stark orsak till att informanterna hade fortsatt sitt arbete inom

verksamheten. Analysen visade att fördelarna vägde tyngre än nackdelarna. Trots att verbala hot skedde på daglig basis och trots att risk för fysiskt våld ofta fanns närvarande så utgjorde patienterna drivkraften för informanterna, drivkraften att fortsätta sitt arbete som sjuksköterskor i psykiatri.

Analysen visade att tillfredsställelse upplevdes av att se ett gott resultat, ett förbättrat resultat. Även om informanterna oftast inte fick ett tack eller erkännande för arbetet de gjorde så var det viktigaste för dem när de såg att patienten mådde bättre än han eller hon mådde i början av vården. Att se ett förbättrat välbefinnande hos patienten och veta att man som sjuksköterska hade bidragit till patientens välbefinnande upplevdes som ett erkännande i sig.

Ett genuint och innerligt intresse för patientgruppen kunde skönjas i intervjuerna. Samtidigt blev det även tydligt i analysen att patienterna sågs som en utsatt och bortglömd grupp. Flertalet informanter upplevde att de ville försvara, stötta och stå upp för patienterna.

Jag har alltid tyckt om att jobba med människor, hjälpa de svagaste, de som har det extra svårt med allt, sen är det det här att jobbet i sig är varierande på nåt sätt, den ena dagen är aldrig lik den andra, ibland är det lugnt och ibland hektiskt, det gillar jag. I3

Diskussion

Metoddiskussion

En kvalitativ metod med semi-strukturerade intervjuer valdes för att belysa sjuksköterskors upplevelser av hot och våld i möten med psykos och/eller beroendepatienter. Den valda metoden var lämplig för att besvara denna studies syfte.

Under urvalsprocessen har kontakt tagits med psykiatriska verksamheter där sjuksköterskor som passar till denna studies syfte är verksamma på, det vill säga, psykiatrisk heldygnsvård med inriktning psykos och/eller beroende. Enligt Holme och Solvang (2012), är urval av undersökningspersoner en avgörande del av undersökningen i kvalitativa studier. Att inkludera personer i urvalet som inte uppfyller vissa kriterier kan leda till att hela studien påverkas negativt och tappar i trovärdighet. För att få ett så stort informationsinnehåll som möjligt har författarna till denna studie strävat efter en variationsbredd i urvalet genom att inkludera sjuksköterskor från fyra olika kliniker fördelade på tre orter inom Västra Götalandsregionen. Sjuksköterskorna var olika beträffande kön, ålder, yrkesverksamma år som sjuksköterska i psykiatrisk verksamhet samt utbildningsnivå, det vill säga grundutbildad eller psykiatrisjuksköterska. Graneheim och Lundman (2004), betonar vikten av att ha en bra spridning på informanter eftersom detta medför en högre trovärdighet.

Ett strategiskt urval eftersträvades men urvalet är slumpmässigt, dels för att det inte var författarna till denna studie som valde vilka sjuksköterskor som skulle delta i studien, och dels för att det var svårt och tog tid att rekrytera sjuksköterskor som ville delta, vilket innebar att kraven inte var så höga vid val av informanter. Antalet sjuksköterskor som deltog i studien var åtta stycken, vilket författarna anser, med hänsyn till tidsaspekten, var tillräckligt för att syftet skulle besvaras.

Strävan var att endast rekrytera sjuksköterskor som var verksamma inom psykos heldygnsvård. Det blev dock tydligt ganska omgående att det skulle bli svårt att rekrytera tillräckligt med sjuksköterskor från endast psykosvård, vilket ledde till att även beroendevård inkluderades. Denna breddning av urvalet kan ha påverkat resultatet men det är svårt att avgöra om resultatet har påverkats eftersom det då hade behövts en jämförande analys av resultatet. Valet att utesluta affektiva avdelningar berodde till största delen på författarnas egna intryck av att hot och våld förekommer till största delen inom psykos och beroendeverksamheter och mindre inom affektiva avdelningar även om det ibland förekommer där också. En annan orsak till att även inkludera beroendevård var att patienter som vårdas inom beroende många gånger även har en psykosdiagnos och patienter som vårdas inom psykosvård många gånger även har en beroendeproblematik.

Holme och Solvang (2012), betonar vikten av att urvalet görs även utifrån den förförståelse, de förutfattade meningar och förkunskaper författare till en studie besitter när de startar sin forskning. Fördelen med vår förförståelse har varit igenkänningsfaktorn i mycket av det som framkommit i intervjuerna. Nackdelen och det svåra har varit att försöka att inte tolka utifrån vår egen förförståelse och på så sätt färga data med våra egna förutfattade meningar. Att vi båda arbetar inom psykosvård och har erfarenhet av hot och våld inom denna domän har gjort det svårt att helt och hållet undvika eller bortse från vår förförståelse kring det.

Datainsamlingen gjordes genom semi-strukturerade intervjuer, som inleddes med några slutna frågor samt öppna frågor. En informant i taget intervjuades av en av oss, detta bidrog till en

mer avslappnad atmosfär mellan informant och intervjuare. Informanterna har pratat fritt om sina upplevelser och känslor som annars kanske hade varit svårt att prata om i grupp eller liknande sammanhang. Varje intervju föregick av lite småprat vilket författarna upplevde bidrog till att skapa en mer avspänd miljö och bygga upp en positiv interaktion med respektive informant.

För att kunna spela in intervjuerna har teknisk utrustning i form av bandspelare använts. Den tekniska utrustningen testades ett antal gånger före varje intervju för att säkerställa att utrustningen var intakt. Varje informant fick tillfälle att ändra och/eller lägga till i slutet av intervjun. Intervjuerna ställde även ibland frågor såsom ”menar du att..”, ”kan du förklara mer, närmare...” Detta för att korrigera eventuella kommunikations- och tolkningsproblem kring det som uttalats och därmed kunna försäkra oss om informationens pålitlighet. Holme och Solvang (2012), menar att informationens pålitlighet i kvalitativa studier i första hand inte fokuserar på att den är reproducerbar, den fokuserar istället på att de undersökta personerna själva kan bidra till att kontrollera pålitligheten i den information som samlats in.

Vidare menar Holme och Solvang (2012), att det kan vara svårt för forskaren i kvalitativa studier att veta hur han eller hon ska få information som är så giltig som möjligt och på vilket sätt, det vill säga om det är genom att vara passiv eller aktiv. Det har funnits en medvetenhet att gå in i rollen som den intresserade lyssnaren för att på så vis få fram upplevelser och uppfattningar som är sjuksköterskornas egna. Att en intervjuguide har använts som stöd kan till viss del ha påverkat studiens resultat. När intervjuaren följer en intervjuguide styrs arbetet medvetet till vissa områden, intervjuaren kan således till viss del påverka vilka områden svaren ska täcka. Det finns även fördelar med att använda sig av en intervjuguide, en fördel i vår studie var att alla informanter fick svara på samma frågor, det i sin tur ledde till att vi fick bra material att arbeta med under analysen och som besvarade vårt syfte.

Syftet var inte för brett eftersom strävan har varit att synliggöra aspekter som sjuksköterskor upplever viktiga i samband med hot och våld, att smalna ner syftet till någon specifik frågeställning, exempelvis sjuksköterskors upplevelser om tvångsåtgärder var inte aktuellt eftersom syftet då hade blivit något helt annat.

En medvetenhet om författarnas egna reaktioner för att inte ta över informanternas känslor har diskuterats under arbetets gång. Det var första gången författarna till denna studie genomförde intervjuer av denna typ så viss nervositet och osäkerhet upplevdes när första intervjun skulle genomföras, denna nervositet och osäkerhet släppte dock ganska snabbt och övriga intervjuer förlöpte utan närvaro av nervositet eller osäkerhet. Författarna förberedde sig genom att läsa relevant litteratur om intervjuteknik i kvalitativa studier.

Analys av insamlade data genomfördes i flera steg enligt kvalitativ innehållsanalysmetod såsom Lundman och Graneheim (2012), beskrivit den i sin bok. De olika stegen i analysfasen innefattade att identifiera meningsbärande enheter, kondensera, namnge koder samt skapa subkategorier och kategorier. Enskilt lästes intervjuerna igenom flera gånger, text som var relevant för vårt studiesyfte färgmarkerades, och meningsbärande enheter plockades ut. Tillsammans och genom diskussion jämfördes och sammanställdes de färgmarkerade texterna. Fyra kategorier med tillhörande nio subkategorier identifierades.

Strävan i denna studie har varit att låta varje sjuksköterska i studien påverka samtalets utveckling i den mån det har varit möjligt, samtidigt som författarna säkerställt att de områden som intervjuguiden innehöll täcktes. Genomförandet av denna studie har dock varit

tidskrävande, framförallt vid rekrytering av sjuksköterskor men även genomförande av insamlingsmaterialet samt analysering av intervjumaterialet. Att analysarbetet upplevts som tidskrävande beror till stor del på att författarna aldrig tidigare har använt denna metod som analysmetod.Handledare har funnits som stöd under arbetets gång och som även har läst arbetet. Enligt Henricson (2012), stärks studiens pålitlighet och trovärdighet när en tredje part får ta del av analysarbetet.

Enligt Danielsson (2012), kan en kvalitativ innehållsanalys aldrig generaliseras men den kan vara överförbar till liknande kontext. Då endast åtta intervjuer utgör underlag för denna studie är det svårt att prata om överförbarhet, dock har intervjuerna varit spridda på fyra olika kliniker och på tre olika orter, mycket av det som framkommit har varit likartad oberoende av vilken kontext informanten har varit verksam i.

Resultatdiskussion

Kategorier som framkom under analysprocessen och som presenterades i resultatet var *Psykisk påverkan, Triggarfaktorer, Förebyggande åtgärder samt Negativ och positiv aspekt av sjuksköterskeprofessionen*. Varje kategori är kopplad till en eller flera subkategorier vilka belyser sjuksköterskors upplevelser av hot och våldsincidenter i den psykiatriska heldygnsvården. Resultatdiskussionen kommer att diskuteras utifrån de fynd som analysen har visat har varit viktigast för informanterna.

Även om studien visade att informanterna påverkades psykiskt på olika sätt efter en våldsincident så var de känslouttryck som dominerade mest likartade. De mest framträdande känsloreaktioner efter en våldsincident var chock och rädsla. Chock över att faktiskt ha blivit utsatt för våld och rädsla för både vad som hade kunnat hända men även rädsla för patienten. Det i sin tur kunde leda till att vårdrelationen eller kontakten med den aktuella patienten påverkades negativt. Studien visade dock inte hur länge rädslan varade och om den sedan övergick till någon annan reaktion, exempelvis sömnstörningar. Fyndet om de dominerande känsloreaktionerna chock och rädsla hos informanterna, stämmer bra överens med forskning författarna har läst. I exempelvis Temas et al., (2011) studie, framkom att rädsla var den känsla som var mest framträdande och påverkade sjuksköterskorna mest. Clarke, Brown och Griffith (2010) menar att rädsla relaterat till våld från patienter bidrar till att vårdkvaliteten påverkas negativt.

Trots upplevelser av att ha blivit utsatta för våld på sin arbetsplats upplevde majoriteten av informanterna att de hade accepterat verbala hot som en del av jobbet. De berättade om att verbala hot efter ett tag blir en vanesak och att de hade nått en punkt av acceptans. Upplevelser av att inte ha tid, ork eller energi till att vidta åtgärder mot verbala hot var också en orsak till att verbala hot normaliserades. Normalisering av verbala hot leder dessvärre till underrapportering av problemet. Anmälningar och rapportering kring inträffat hot och våld är låg. Detta beror dels på att sjuksköterskor oftast anser hot och våld som en förväntad fara/problem som inte kan påverkas genom rapporteringar av problemet utan de accepterar det som något som tillhör arbetet. Det har bekräftats att personal som ofta utsätts för hot och våld i sitt dagliga vårdarbete till slut accepterar detta som en del av sitt jobb (Carlsson, 2003).

Bowers och Stewart (2013) studie, visade höga nivåer av verbal aggression på psykiatriska enheter, detta kunde leda till att sjuksköterskorna såg verbal aggression som något som ingick i jobbet, speciellt när det ansågs höra till patientens sjukdomsbild. I McKenna, Poole, Smith,

Coverdale och Gale (2003) studie uppgav sjuksköterskorna att de hade alla upplevt hot och våld minst en gång i sin karriär.

Faktorer som informanterna upplevde kunde trigga igång en hot och våldsincident var flera, exempelvis psykotiska symtom och personals bemötande. De faktorer som framkom i studien stämmer väldigt bra överens med forskning. Det som nästan alla informanter betonade och gärna återkom till under intervjun var personals bemötande gentemot patienter samt att de upplevde att många hot och våldssituationer går att undvika om personal har ett bra och respektfullt bemötande. Ibland uppstår hot och våldssituationer även om personal har ett professionellt och bra bemötande mot patienter, informanterna menade att psykotiska symtom som patienter har kan ibland vara orsak till irritation hos patienter, irritationen kan sedan eskalera till en hot och våldsincident. I Duxbury och Whittingtons (2005) studie, framkom det att sjuksköterskorna ansåg att patientens psykiska sjukdom utgjorde den största orsaken till aggressivitet, även om den fysiska omgivningen i heldygnsvården också ansågs påverka patienterna negativt. Troligtvis leder enbart psykotiska symtom inte till hot och våld inom heldygnsvården utan det är oftast en kombination av yttre och inre faktorer. Självklart kan inte psykotiska symtom eller abstinens dämpas med enbart bra bemötande från personal, utan det krävs medicinska insatser i form av adekvat medicinering för att dämpa symtomen och förbättra patientens psykiska mående. Att skapa allians, etablera kontakt och förmedla trygghet och tillit till patienten börjar när patienten kommer till avdelningen. Ju fortare och ju bättre kontakt som etableras med patienten desto fortare kommer patienten att förbättras i sitt psykiska mående.

Informanterna i studien upplevde även att det finns mycket som personal kan göra för att förebygga att hot och våldssituationer uppkommer. Informanterna menade att personal bör fokusera på att få patienter att känna sig trygga på avdelningen. Stabil och rutinerad personal samt professionellt bemötande kan tillsammans förebygga upprörda situationer där patienten i ren frustration många gånger blir hotfull och/eller aggressiv. Ett lågaffektivt bemötande upplevde flertalet informanter vara effektivt i möten med patienter. Rätt förhållningssätt och bra kommunikation spelar stor roll för att minska risken till hot och våld. Enligt Björkdahl (2012) är kommunikation som har en lugnande effekt på patienter ett viktigt redskap i arbetet med psykiska patienter som tenderar att bli hotfulla och våldsamma. Samtal upplevdes som ett verktyg, som kunde användas till att skapa tillit i det psykiatriska omvårdnadsarbetet. Samtal är kanske det främsta arbetsredskapet som personal i psykiatri har, via samtal byggs vårdrelationer upp och via samtal synliggörs patienten och dennes behov.

Enligt Björkdahl (2010), kräver all våldsförebyggande arbete att personal har ett vårdande förhållningssätt. Det står även att läsa att orsakerna till hot och våld i psykiatriska enheter är komplex och innefattar både interaktionen mellan patient och personal, den fysiska miljön på avdelningen men även faktorer som är patientrelaterade. För att kunna implementera personcentrerad vård krävs specifika värderingar, exempelvis att respekt för patientens individuella behov tillgodoses (Gabrielsson, Sävenstedt, & Zingmark, 2015).

Det var påfallande många av informanterna som upplevde att arbetsledarrollen var svårast att hantera vid en hot och våldssituation, orsakerna var flera. Att de upplevde rollen som arbetsledare som svår berodde i de flesta fall inte på att de kände sig osäkra i sin yrkesroll utan det berodde oftast på omständigheter runt omkring. Även om sjuksköterskan känner sig trygg i sin roll som sjuksköterska så kan otrygghet upplevas när sjuksköterskan vid en hot och våldssituation omges av personal som inte kan hantera situationen. Ur säkerhetsaspekt är detta

farligt och både patient, medpatienter och personal riskerar att skadas. Vid en hot och våldssituation är det extra viktigt och betydelsefullt att personalen är enig och att det finns ett samförstånd över situationen och arbetet.

Trots risk för hot och våld upplevde informanterna meningsfullhet i att vårda psykiskt sjuka människor. En del pekade på att det är en utsatt och bortglömd grupp och att någon måste stå upp för deras sak. Ett genuint intresse för patienterna kunde skönjas i intervjuerna.

Resultatet hade möjligtvis blivit annorlunda och informanternas berättelser hade troligtvis inte blivit lika rikt beskrivande om båda författarna fanns närvarande vid varje intervju. Det var ett medvetet val att genomföra alla intervjuer enskilt, med närvaro av endast en av författarna som intervjuare, och på så vis underlätta intervjusituationen för informanterna att prata så fritt som möjligt om sina upplevelser om hot och våld.

Slutsatser

Fördjupningen i sjuksköterskors upplevelser av hot och våld i den psykiatriska heldygnsvården har gett mer förståelse om vikten av korrekt och professionellt bemötande gentemot patienter. Inte minst om personcentrerad vård ska bedrivas, eftersom personcentrerad vård förutsätter en allians och tillit mellan personal och patient.

Studien har synliggjort både hur sjuksköterskor påverkas psykiskt men även att vårdrelationen riskerar att påverkas negativt efter en hot och våldincident. Att verbala hot och våld, och i synnerhet verbala hot, inte alltid rapporteras gör att det finns ett mörkertal. Å andra sidan har studien inte visat att verbala hot påverkar sjuksköterskor nämnvärt eftersom verbala hot blir en del av jobbet.

Det finns ett behov för vidare forskning om hot och våld, och dess både kortsiktiga och långsiktiga konsekvenser för patienter, sjuksköterskor och övrig personal. Hot och våld leder till otrygghet och interaktionen mellan sjuksköterskan och patienten störs vilket inte gagnar patienten. Det är också betydelsefullt med fortsatt forskning gällande hur man konkret och aktivt kan arbeta för att förebygga hot och våld. Hur implementering av olika modeller som har till syfte att minimera risk för hot och våld i psykiatrin, och på så sätt göra arbetsmiljön säkrare och tryggare för personal bör ske för bästa möjliga resultat.

Kliniska implikationer

Utifrån studiens huvudfynd som är bemötande, är det tydligt att bemötande inom den psykiatriska heldygnsvården behöver uppmärksammas ytterligare. Ett bra och professionellt bemötande är avgörande i psykiatrisk omvårdnad och många hotfulla situationer kan avledas och avvärjas. Både ur kortsiktigt och långsiktigt perspektiv torde det därför vara av intresse för verksamheten att uppmärksamma bemötande ytterligare; det handlar både om utbildning men även på att höja kraven vid rekrytering av personal.

Referenslista

- Abrams, D., Harty, M., & Lundin, L. (2012). Mötet med psykiskt funktionshindrade personer. I L. Lundin, & Z. Mellgren (Red.), *Psykiska funktionshinder-stöd och hjälp vid kognitiva funktionsnedsättningar* (s.163-207). Lund: Studentlitteratur.
- Alvehus, J. (2013). *Skriva uppsats med kvalitativ metod: En handbok*. Stockholm: Liber AB.
- Arbetsmiljöverket. (2016). *Våld och hot i arbetsmiljön, AFS 1993:2, föreskrifter*. Hämtad 2016-11-23, från <https://www.av.se/arbetsmiljoarbete-och-inspektioner/publikationer/foreskrifter/vald-och-hot-i-arbetsmiljon-afs-19932-foreskrifter/>
- Bauer, M., & Kristiansson, M. (2012). *Hot och våld på jobbet*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Björkdahl, A. (2010). *Violence prevention and management in an acute psychiatric care, aspects of nursing practice* (Doctoral thesis, Department of Clinical neuroscience, Karolinska Institutet). Stockholm: Karolinska Institutet. Tillgänglig: <https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/40284/Anna%20Bj%C3%B6rkdahl%20ramber%C3%A4ttelse%20doc%20-%20genv%C3%A4g%20lnk.pdf?sequence=1>
- Björkdahl, A. (2012). *Våldsprevention i en 9D triangel*. Hämtad 2017-02-26, från <https://file:///F:/Anna%20Bj%C3%B6rkdahl%20,%20hot%20och%20v%C3%A5ld.pdf>
- Bowers, L., & Stewart, D. (2013). Inpatient verbal aggression: content, targets and patient characteristics. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 236-243. Doi: 10.1111/j.1365-2850.2012.01905.x
- Carlenius, P., & Aakvaag, P.T. (1998). *Hur man förebygger hot och våld i arbetslivet*. Stockholm: Kommentus.
- Carlsson, G. (2003). *Det våldsamma mötets fenomenologi : om hot och våld i psykiatrisk vård*. (Akademisk avhandling för filosofie doktorsexamen vid Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete, 32). Växjö universitet. Acta Wexinensia. Tillgänglig: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:206692/FULLTEXT01.pdf>
- Centrum för forsknings- och bioetik, CODEX. (2016). Regler och riktlinjer for forskning. Hämtad 2016-12-12, från <http://codex.vr.se/manniska2.shtml>
- Clarke, D.E., Brown, A.M., & Griffith, P. (2010). The Brøset Violence Checklist: clinical utility in a secure psychiatric intensive care setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(7), 614–620.
- Clayton, A.R. (2013). How “Person-Centered” Care Helped Guide Me Toward Recovery From Mental Illness. *Health Affairs*, 30 (3), 622-626. doi: 10.1377/hlthaff.2012.0461

- Danielson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod-från ide till examination inom omvårdnad* (s.163-174). Lund: Studentlitteratur.
- Danielson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod-från ide till examination inom omvårdnad* (s.329-343). Lund: Studentlitteratur.
- Dixon, L., & Lieberman, J. (2014). *Psychiatry Embraces Patient-Centered Care*. Hämtad 2017-02-27, från <http://psychnews.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.pn.2014.2a15>
- Duxbury, J., & Whittington, R. (2005). Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 469–478
- Ekman, I., & Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård-teori och tillämpning. I A.K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk, & J. Öhlen (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå-kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s.29-53). Lund: Studentlitteratur.
- Ekman, I., Norberg, A., & Swedberg, K. (2014). Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård-Från filosofi till praktik* (s.69-96). Stockholm: Liber.
- Gabrielsson, S., Sävenstedt, S., & Zingmark, K. (2015). Person-centred care: clarifying the concept in the context of inpatient psychiatry. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29, 555-562. doi: 10.1111/scs.12189
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112.
- Hartman, J. (2004). *Vetenskapligt tänkande – Från kunskapsteori till metodteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod-från ide till examination inom omvårdnad* (s.471-479). Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod-från ide till examination inom omvårdnad* (s.129-137). Lund: Studentlitteratur.
- Holme, I.M., & Solvang, B.K. (2012). *Forskningsmetodik: Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Studentlitteratur: Lund AB.

- Inde, M. (2011). *Ännu närmre – För en god och säker patientnärmre vård*. Landstinget i Värmland.
- Itzhaki, M., Peles-Bortz, A., Kostistky, H., Barnoy, D., Filshtinsky, V., & Bluvsteen, I. (2015). Exposure of mental health nurses to violence associated with job stress, life satisfaction, staffresilience, and post-traumatic growth. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(5), 403-412. doi: 10.1111/inm.121511.
- Kihlgren, M., Engström, B., & Johansson, G. (2009). Sjuksköterskans värdegrunder. I M.Kihlgren (Red.), *Sjuksköterskan med uppdrag att leda* (s.13-28). Lund: Studentlitteratur AB.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Kompetenscentrum för schizofreni. (u.å). *Individuell Samarbetsplan*. Hämtad 2017-02-26, från www.2.sahlgrenska.se/sv/SU/ForskningKompetenscentrum/Forskning-2/Individuell-samarbetsplan
- Lundman, B., & Graneheim, U.H. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s.187-196). Lund: Studentlitteratur AB.
- Magnusson, A.S. (2014). *Om kommunikation – för personal i vårdande yrken*. Stockholm: Liber AB.
- McCormack, B., & McCance, V.T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472-479. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x
- McKenna, B.G., Poole, S.J., Smith, N.A., Coverdale, J.H., & Gale, C.K. (2003). A survey of threats and violent behaviour by patients against registered nurses in their first year of practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12(1), 56–63.
- Moylan, L.B., McManus, M., Cullinan, M., & Persico, L. (2016). Need for Specialized Support Services for Nurse Victims of Physical Assault by Psychiatric Patients. *Issues in Mental Health Nursing*, 37, 446-450. DOI: 10.1080/01612840.2016.1185485.
- Nolan, P., Soares, J., Dallender, J., Thomsen, S., & Arnetz, B. (2001). A comparative study of the experiences of violence of English and Swedish mental health nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 38, 419-426.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber AB.

- Palmstierna, T. (2010). Våld i klinisk psykiatri. I J. Herlofson, L. Ekselius, L-G. Lundh, A. Lundin, B. Mårtensson & M. Åsberg (Red.), *Psykiatri* (s.631-643). Lund: Studentlitteratur.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2016). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (10.ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins
- Qi, Y-K., Xiang, Y-T., An, F-R., Wang, J., Zeng, J-Y., Ungvari, G.S.,...Chiu, H.F.K. (2014) Nurse's workrelated stress in China: A comparison between psychiatric and general hospitals. *Perspectives in Psychiatric Care*, 50, 27-32. doi: 10.1111/ppc.12020.
- Sandström, S. (1996). *Våld och hot i människovårdande yrken: teori och bemötande*. Stockholm: Liber AB
- Sandström, S. (2007). *Hot och Våld: I vård, omsorg och socialt arbete*. Stockholm: Gothia.
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- Tema, T.R., Poggenpoel, M., & Myburgh, C.P.H. (2011). Experiences of psychiatric nurses exposed to hostility from patients in a forensec ward. *Journal of Nursing Management*, 19, 915-924.
- Thornberg, R., & Frykedal, K.F. (2015). Grundad teori. I A. Fejes & R. Thornberg (Red.), *Handbok i kvalitativ analys* (s.44-68). Stockholm: Liber AB.
- Vetenskapsrådet (u.å). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad 2016-12-26, från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- Viitasara, E. (2000). Skilda fokus i forskningen. I E. Menckel (Red.), *Hot och våld i vård och omsorg: Fakta, forskning och förebyggande arbete* (s. 49-66). Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- World Health Organization. (2016). *Definition and typology of violence*. Hämtad 2016-11-28, från <http://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en>



GÖTEBORGS UNIVERSITET

SAHLGRENSKA AKADEMIN

Bilaga 1 Forskningspersonsinformation och samtyckesblankett

Forskningspersonsinformation

Bakgrund och syfte:

Hot och våldincidenter inom den psykiatriska heldygnsvården förekommer och är ett ständigt och aktuellt problem. Vid hot och våldincidenter riskerar både personal och patienter att skadas, fysiskt eller/och psykiskt. Ofta leder hot och våldincidenter till olika former av tvångsåtgärder. För att förebygga och minska att sådana situationer uppstår behövs ökad förståelse och mer kunskap.

Syftet med studien är att belysa sjuksköterskors upplevelser av hot och våldincidenter inom den psykiatriska heldygnsvården.

Förfrågan om deltagande:

Eftersom du arbetar som sjuksköterska inom den psykiatriska heldygnsvården tillfrågas du om att delta i studien. Vi har tagit kontakt med ansvariga chefer på din klinik för att få godkännande att intervjua sjuksköterskor.

Hur går studien till?

Studien kommer genomföras som en intervju om upplevelser av hot och våldincidenter inom den psykiatriska heldygnsvården. Du kommer bli intervjuad av en sjuksköterska vid ett tillfälle. Intervjun kan komma att ta mellan 30 till 60 minuter i anspråk, utförs under arbetstid och i anslutning till din arbetsplats. Du väljer själv vilken dag som passar bäst att genomföra intervjun. Intervjun kommer att ljudinspelas för att sedan skrivas ut ordagrant och analyseras. Analysen kommer sedan att presenteras som ett resultat i studien.

Finns det risker med att delta?

När man berör ämnen som kan upplevas som känslosamma och/eller svåra att prata om finns det alltid risk att olika känslomässiga reaktioner utlöses.

Finns det fördelar med att delta? En förhoppning är att deltagandet i studien ska leda till reflektion över din roll som sjuksköterska samt vad du som sjuksköterska kan göra för att förebygga hot och våldincidenter. Utöver det finns inga andra direkta fördelar för dig att delta i studien.

Hantering av data och sekretess:

Hantering av dina uppgifter sker i enlighet med personuppgiftslagen (PUL 1998: 204). All material som inhämtas under studiens gång kommer endast att användas för denna studies syfte. Dina svar och resultat kommer att behandlas konfidentiellt så att obehöriga inte kan ta del av dem. Allt som spelas in under intervjun kommer att avidentifieras. Ljudfilerna från intervjun kommer att förvaras i ett låsbart skåp som endast författarna till denna studie har tillgång till. Inga personuppgifter kommer finnas med i studien. Karaktäristika om intervjupersonerna såsom kön, ålder, arbetslivserfarenhet som sjuksköterska samt utbildningsnivå kommer dock framgå i studien. All material kommer att förstöras när studien avslutas.

Hur får jag information om studiens resultat?

Studiens resultat kommer att presenteras i en magisteruppsats. Magisteruppsatsen kommer att publiceras på Göteborgs Universitets e-publikationssystem vilket innebär att uppsatsen blir tillgänglig på nätet och sökbar via t.ex. Google. Det går också bra att kontakta ansvariga för studien om du vill ta del av studien. Du finner kontaktuppgifter nedan.

Frivillighet:

Att delta i studien är helt frivilligt. Du har rätt att när som helst och utan särskild förklaring avbryta ditt deltagande. All material från din intervju kommer då att förstöras. För ändrat samtycke kan du kontakta ansvariga för studien, kontaktuppgifter finner du nedan.

Tack för din medverkan!

Ansvariga för studien

Margarita Vestersund
Leg.ssk
Specialistsjuksköterskestudent
Vid Inst. f. Vetenskap och
Hälsa, Sahlgrenska Akademin,
Göteborgs Universitet
Tel: 076-339 40 99
Email: guskosmima@student.gu.se

Hermela Melke
Leg. ssk
Specialistsjuksköterskestudent
Vid Inst. f. Vetenskap och
Hälsa, Sahlgrenska Akademin
Göteborgs Universitet
Tel: 076-2036309
Email: gusmelkhe@student.gu.se

Lilas Ali
Leg.ssk,
Universitetslektor/
Forskare
ansvarig för studien
Vid Inst.f. Vetenskap
och Hälsa, Sahlgrenska,
Göteborgs Uni-
versitet
Tel: 070-758 78 56
Email:
Lilas.ali@gu.se

Samtyckesblankett

Härmed samtycker jag att delta i studien efter att ha fått erforderlig information. Deltagandet är frivilligt och jag kan när som helst återkalla mitt samtycke.

Namnunderskrift

Datum

.....

Namnförtydligande

.....

Bilaga 2 Intervjuguide

Intervjuguide

Alla intervjuer inleds med följande öppna frågor:

- *Kan du berätta om dina upplevelser av hot och våldssituationer på arbetsplatsen?
- * Hur har du hanterat situationerna? Vad gjorde du då?
- *Hur kändes det att utsättas för detta?
- * Vilken situation har påverkat dig mest? Hur/på vilket sätt har den specifika situationen påverkat dig?
- * Hur gick du vidare med detta efteråt, både med dig själv och med rapportering, anmälningar osv. ?
- *Vilka faktorer upplever du kan leda till att en hot och våldssituation kan uppstå?
- *Vilka faktorer upplever du kan leda till att man undviker att en hot och våldssituation uppstår eller avleds?
- *upplever du att du har en ständig beredskap på att något ska hända? Hur/på vilket sätt påverkar det dig?
- *Vilka effekter får det på din fritid, när du går hem efter ett tufft arbetspass?
- *Vad känner du när du är på väg till jobbet och du vet att ni har 1-2 väldigt krävande patienter på avdelningen just nu vilket kan innebära att många ur personalen är spända och väntar på att det ska hända något? Hur känns atmosfären när du kommer till avdelningen? Finns det något som kan göra att du känner dig lite tryggare under ett sådant arbetspass och i så fall vad?
- *Hur kan du trots att du vet att du riskerar att utsättas för hot och våld varje gång du går till jobbet fortsätta att gå till jobbet och känna att det är meningsfullt?
- *Vad tycker du är svårast i din yrkesroll som sjuksköterska och arbetsledare att hantera vid en hot och våldssituation?
- *Hur kan du som sjuksköterska förebygga hot/våld på din arbetsplats?

Stöd/följdfrågor som ställs:

- *Kan du berätta mera.....?/ kan du förklara närmare.....? Hur gjorde du....?

Intervjuerna avslutas med att fråga informanten om han/hon vill lägga till något eller tycker något var oklart.