

**"SKA MAN BEHÖVA ACCEPTERA ATT BLI SLAGEN VARJE  
DAG?"**

**En kvalitativ intervjustudie om vårdrelationens betydelse vid hot- och  
våldssituationer inom psykiatrisk slutenvård**

Examinationsdatum: 26 september 2015  
Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng  
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng  
Kurs: 44  
Författare: Farida al-Jeddahwi  
Författare: Robert Holmberg

Handledare: Louise Eulau  
Examinator: Sissel Andreassen Gleissman

## **SAMMANFATTNING**

### **Bakgrund**

Hot och våld påverkar den svenska vården och de sjuksköterskor som är verksamma inom den negativt, både professionellt och privat. Problemet med hot och våld är särskilt vanligt inom den psykiatriska slutenvården där över hälften av alla sjuksköterskor uppger att de utsatts för hot och våld under det senaste året.

### **Syfte**

Syftet var att identifiera faktorer som sjuksköterskor upplevde påverka omvårdnaden och vårdrelationen i hot- och våldssituationer inom psykiatrisk slutenvård.

### **Metod**

Kvalitativ deskriptiv design med semistrukturerade intervjuer tillämpades, där sex sjuksköterskor intervjuades, varav en pilotintervju som inkluderades i studien. Intervjuerna spelades in med diktafon, transkriberades och analyserades med induktiv innehållsanalys.

### **Resultat**

Av resultatet framkom att sjuksköterskor upplevde vårdrelation som en viktig faktor i förebyggandet av hot- och våldssituationer inom psykiatrisk slutenvård. Sjuksköterskorna upplevde att god vårdrelation byggde på respekt för människan, ett gott bemötande och god kommunikation. De största hindren som förelåg mot skapandet av god vårdrelation upplevdes vara tidsbrist och bristande möjlighet till reflektion. Resultatet visade att sjuksköterskor upplevde ett större behov av att ges möjlighet till reflektion för att undvika att bli känslomässigt desensibiliserade och att denna funktion upplevdes saknas vid deras arbetsplatser.

### **Slutsats**

Det förelåg ett behov av utökad möjlighet till reflektion och handledning för sjuksköterskor verksamma inom psykiatrisk slutenvård. Sjuksköterskorna upplevde att möjligheten till reflektion och rutiner för genomförande av reflektion saknades. Det förelåg ett behov hos klinikers och avdelningars ledning att möjliggöra för denna funktion inom psykiatrisk slutenvård.

**Nyckelord:** Psykiatri, Hot, Våld, Bergenmodellen, Omvårdnad, Vårdrelation

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>BAKGRUND</b> .....	1
Hot och våld .....	1
Sjuksköterskornas skydd.....	2
Psykiatri .....	2
Hot- och våldsförebyggande arbete .....	3
Omvårdnadshandling och vårdrelation som hot- och våldsprevention .....	4
Problemformulering.....	5
<b>SYFTE</b> .....	5
<b>METOD</b> .....	5
Val av Metod.....	5
Urval .....	6
Genomförande .....	6
Dataanalys.....	7
Forskningsetisk överväganden.....	9
<b>RESULTAT</b> .....	10
Interpersonella relationer .....	10
Teamarbete .....	12
Vårdmiljön .....	14
<b>DISKUSSION</b> .....	15
Resultatdiskussion .....	15
Metoddiskussion .....	17
Slutsats.....	19
<b>REFERENSER</b> .....	20

## BILAGA A-F

## **BAKGRUND**

Hot och våld leder i många fall till att sjuksköterskorna känner att deras arbete med patienter påverkas negativt, att arbetsuppgifter blir försenade, att de upplever att det är svårt att känna glädje i sitt arbete samt att deras privatliv påverkas negativt (Stevenson, Jack, O'Mara & LeGris, 2015). Rapporter visar på ökad frånvaro hos sjuksköterskor från arbetsplatser, att de byter arbetsplats eller till och med lämnar sjuksköterskeprofessionen eftersom de exponeras för hot och våld regelbundet (Edward, Ousey, Warelow & Lui, 2014; Menckel & Viitasara, 2002). Problemet upplevs vanligare bland mindre erfarna sjuksköterskor än mer erfarna sjuksköterskor och är vanligast förekommande inom akutsjukvård, geriatrik men främst inom psykiatri (Edward et al., 2014; Jackson, Clare & Mannix, 2002; Menckel & Viitasara, 2002).

### **Hot och våld**

Hot och våld definieras enklast utifrån begreppens separata betydelser. Begreppet hot betyder att varna om eventuella obehagligheter till följd av att den som hotar ej får sin vilja genomförd (Hot, 1995). Våld beskrivs som ”användning av fysisk styrka som påtrycknings- eller bestraffningsmedel mot ngn” (Våld, 1996, s. 555). Våld kan även definieras som en aktiv och riktad handling med avsikt att tillföra sig själv eller andra skada (Bauer & Kristiansson, 2012).

World Health Organization [WHO] (2014) beskriver våld som ett avsiktligt användande av fysisk kraft, makt, hot eller konkreta handlingar mot någon enskild människa, sig själv eller en grupp som resulterar i eller sannolikt kan resultera i skada, död, psykisk skada, underutveckling eller deprivation. Våld beskrivs även som något som kan inneha en abstrakt form - psykiskt våld. Denna form av våldsanvändning har samma mål som fysiskt våldsanvändande, dock används subtilare verktyg som ord, nedlåtande kommentarer, hot, kontroll samt makt i syfte att skrämja och kränka andra människor (Bauer & Kristiansson, 2012; WHO, 2014).

Hot kan ses som en upplevelse av att någon utmanar något som är värdefullt för en människa och ibland används även begreppet ”psykiskt våld” för att benämna hot (Larsson & Lindgren, 2012). I detta arbete kommer fortsättningsvis begreppen ”hot” och ”psykiskt våld” att benämnas som två separata företeelser utifrån de ovan angivna definitionerna. Hot- och våldsanvändning kan även specificeras utifrån en bredare analys av begreppen, där begrepp som aggression, våldshandling och misshandel kan inkluderas. Dessa begrepps innebörd speglar den uppfattning som råder kring vad hot och våld är.

### Förekomst av hot och våld inom vården

Hot och våld är vanligt förekommande problem inom vård- och omsorgssektorn, där frekvensen av anmälda hot- och våldsincidenter ökar för sjuksköterskor vid nära patientkontakt (Hahn, Hantikainen, Needham, Kok, Dassen & Halfens, 2012; Itzhaki, Peles-Bortz, Kostistky, Barnoy, Filshinsky & Bluvstein, 2015; Jackson et al., 2002; Menckel & Viitasara, 2002). Personal som är verksamma inom akutsjukvård, psykiatri och inom demensvård är särskilt utsatta. I Sverige uppges 59 procent av alla sjuksköterskor inom psykiatrisk slutenvård att de utsatts för hot eller våld det senaste arbetade året (Hallberg, 2011).

Motsvarande siffror för kvinnor verksamma inom vård och omsorg är 18 procent medan tio procent av männen uppger att de utsatts för hot och våld under det senast arbetade året (Hallberg, 2011). Det anses även förekomma ett stort mörkertal. Upp till 29 procent av sjuksköterskor som utsatts för hot eller våld uppger att de ej anmält vid det senaste tillfället, medan verbala hot till stor del inte anmäls (Roche, Diers, Duffield & Catling-Paull, 2010; Stevenson et al., 2015). Studier visar även på att sjuksköterskor ej upplever att de får stöd från ledningen när de rapporterat hot- och våldincidenter (Edward et al., 2014).

#### Uppkomst av hot- och våldssituationer

Riskerna för våld ökar vid begränsad fysisk yta, som kan uppkomma vid hög belägningsgrad vid psykiatriska vårdavdelningar (Stevenson et al., 2015). Hög belägningsgrad nämns som en riskfaktor för uppkomst av hot och våld, samtidigt har antalet heldygnsplatser inom psykiatrin minskat kraftigt som ett resultat av psykiatrireformen som genomfördes år 1995 (Foldemo, 2014).

Tvångsvård, missbruk, manligt kön, ung ålder samt tidigare våldincidenter i anamnesen är ytterligare riskfaktorer för uppkomst av hot och våld. Ökad risk för hot och våld uppstår även vid situationer där patienterna nekats något som de önskar samt vid akuta psykosor där en hög grad av ångest, fientlig inställning och låg självbild förekommer (Arnetz et al., 2014). Utöver detta ökar riskerna för våldsanvändning när patientnära omvårdnad (Hahn et al., 2012). Vidare beskrivs en livsvärld fylld av våld, missbruk samt ofrivillig inläggning som riskfaktorer för uppkomst av hot och våld (Iozzino, Ferrari, Large, Nielsens & de Girolamo, 2015). Risken ökar hos patienter med vissa neuropsykiatriska diagnoser samt patienter med schizofreni-diagnos (Arnetz et al., 2014; Iozzino et al., 2015).

#### **Sjuksköterskornas skydd**

Samtidigt som sjuksköterskor befinner sig i en miljö som exponerar dem för hot och våld i hög utsträckning (Roche et al., 2010; Stevenson et al., 2015), åtnjuter de inte samma lagstadgade skydd som andra yrkesgrupper, till exempel poliser, brandmän eller socialarbetare inom kommunal verksamhet, genom deras status som tjänstemän. Hot och våld utförd mot dessa yrkesgrupper medför strängare straff (SFS, 1962:700, kap. 17, 1 §). Sjuksköterskor kan uppleva att deras profession står i kontrast till situationer som innebär att de drabbas av hot och våld, eftersom bilden av sjuksköterskor historiskt bygger på en föreställning om altruism och uppoffring. Hot och våld är något som sjuksköterskor tvingas acceptera i sitt arbete (McPhaul & Lipscomb, 2004; Stevenson et al., 2015).

#### **Psykiatri**

Psykiatri beskrivs som "läran om de själsliga sjukdomarna och deras behandling" (Psykiatri, 1996, s. 629). Användandet av termen psykiatrisk vård innebär ett avgränsande från sjukdomar av ren medicinsk karaktär. Psykiatriska sjukdomar ger inga tydliga somatiska symptom och innebär att människan måste åskådas utifrån ett helhetsperspektiv när en bedömning av de hälsoinskränkande effekterna av sjukdomen genomförs. Psykiatri kan ingå i eller vara en del av den somatiska vården, en hjärtsjuk patient kan till exempel drabbas av svår ångest i samband med sin sjukdom. I dessa fall behandlas både de psykiatriska symptomen och den somatiska grundsjukdomen (Ottosson, 2015). Psykisk ohälsa beskrivs som något där människan får problem med att sköta sitt sociala-, arbets- och/eller privatliv på grund av sina symptom (Allgulander, 2008).

### Psykiatrisk slutenvård

Under år 2014 vårdades 61 372 personer inom psykiatrisk slutenvård (Socialstyrelsen, 2015). Med slutenvård avses vård när patienter är inlagda vid en vårdanstalt, således innebär psykiatrisk slutenvård den vård som bedrivs för patienter inneliggande vid en psykiatrisk vårdinrättning (Vård, 1996).

I Sverige har psykiatrisk slutenvård ändrats radikalt under det senaste 20 åren. Även uppfattningen av psykiatri och de som drabbas av psykisk ohälsa har förändrats. Synen på psykiatrisk vård har gått från att samhället skulle skyddas från de med psykisk ohälsa till att patientgruppen ska inkluderas i samhället. Detta har medfört att vården har decentraliserats från att bedrivs på avlägset belägna institutioner till patienternas hemkommuner och i olika vårdformer som öppenvård, hemsjukvård, mobila team etcetera. En reform för ökad välfärd och stärkt ställning för personer med psykiatrisk funktionsnedsättning genomfördes år 1995 (Foldemo, 2014).

### Lagen om psykiatrisk tvångsvård

Vård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård får endast bedrivs efter beslut från legitimerad läkare och patienten måste uppfylla vissa kriterier enligt 3 §, i SFS 1991:1128. Patienter får enbart vårdas med tvångsvård om de lider av allvarlig psykisk störning, som innebär att de på grund av detta och sina personliga förhållanden i övrigt bedöms ha ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård. Vilket ej kan tillgodoses på något annat sätt än att patienten är intagen på psykiatrisk vårdinrättning där kvalificerad psykiatrisk vård kan ges dygnet runt (SFS 1991:1128).

### **Hot- och våldsförebyggande arbete**

Enligt Arbetsmiljölagen [AML] (SFS, 1977:1160), i 3 §, kap. 3, har arbetsgivaren skyldighet att förvissa sig om att arbetstagaren har tillräcklig kännedom om risker och faror med sitt arbete och att arbetstagaren har relevanta kunskaper och utbildning i hur faror kan hanteras och förebyggas. I det landsting där studien genomförts har arbetsgivaren valt att använda sig av Bergenmodellen som en övergripande metod i syfte att hantera och förebygga hot och våld.

### Bergenmodellen

Bergenmodellen är en övergripande metod med syfte att bemöta och förebygga hot- och våldssituationer inom den psykiatriska slutenvården. Modellen omfattar tre olika områden i det preventiva arbetet: positiv inställning, känslomässig balans och fungerande ordning (Björkdahl, Hansebo & Palmstierna, 2013).

Sjuksköterskor som arbetar enligt Bergenmodellen uppmuntras utifrån dessa tre områden att reflektera över sin egen roll och sina attityder gentemot aggressioner hos patienterna, men även över avdelningars vårdkultur och rutiner. Bergenmodellen innefattar även utbildning i aggressionsteori, vårdetik, avdelningsregler och rutiner, riskfaktorer och riskbedömningar, lagar och förordningar samt hur vårdmiljön påverkar förekomsten av hot och våld (Björkdahl et al., 2013).

Inom Bergenmodellen erhålls även praktiska verktyg som Brøset Violence Checklist [BVC] (Bilaga A) som är ett verktyg till stöd för sjuksköterskor i att förutse nära förestående utbrott av våld hos inneliggande patienter. Förekomsten av sex olika beteenden skattas antingen som förekommande (1) eller ej förekommande (0) varefter summan adderas och ger en total poäng som indikerar huruvida ett utbrott av aggression är nära förestående eller ej. De sex områden som skattas är förvirring, irritabilitet, bullrighet, fysisk hotfullhet, verbala hot och våld mot föremål (Aberhalden et al., 2004; Palmstierna, 2009). BVC är ett verktyg som ger en god möjlighet att förutse hot- och våldssituationer vid psykiatriska slutenvårdsavdelningar (Björkdahl, Olsson & Palmstierna, 2006).

För att sjuksköterskorna ska kunna utvärdera och utveckla sina arbetsmetoder behövs kvalitetsindikatorer som är lätta att använda och som kan omsätta händelser till något mätbart, ett sådant verktyg är Staff Observed Aggression Scale - Revised [SOAS-R] (Bilaga B; Palmstierna, 2009). SOAS-R låter personal vid slutenvårdsavdelningar mäta frekvens och allvarlighetsgrad av hot- och våldsincidenter genom att en beskrivning av en händelse poängsätts i en förbestämd poängskala. En ökning i antingen frekvens eller allvarlighetsgrad kan enligt SOAS-R tyda på att det förekommer brister i organisation och vårdkvaliten (Palmstierna, 2009).

### Reflektion

I Nationalencyklopedin (Reflektion, 1996) beskrivs reflektion som en noggrann och djup eftertanke. Att reflektera beskrivs även som att göra sig medveten om reaktioner och tankar och hur dessa påverkar ens handlingar (Foldemo, 2014). Bergenmodellen erfordrar en medvetenhet om faktorer både i miljön men även i sjuksköterskornas egna attityder och egna värderingar. Att reflektera beskrivs som en förutsättning för att bibehålla känslomässig balans (Björkdahl et al., 2013).

### **Omvårdnadshandling och vårdrelation som hot- och våldsprevention**

Mötet mellan sjuksköterskorna och patienterna som en form av omvårdnadshandling, bör ske med en medvetenhet hos sjuksköterskorna om hur deras språk och beteende påverkar vårdrelationen (Kristiansen & Strand, 2014). Det var av vikt att via sitt språk och beteende visa patienterna god vilja och ett genuint intresse av deras situation. Detta beskrivs även som något som ligger till grund för att visa patienter att sjuksköterskor är öppna för en ärlig och genuin dialog. Personliga egenskaper i relationen mellan sjuksköterskor och patienter kan vara avgörande för vårdrelationen. Patienter ombads beskriva faktorer hos sjuksköterskor som bidrog till en god relation och således verkade hot- och våldsförebyggande. Kontakter som upplevs som autentiska eftersöktes. I begreppet autentisk beskrivs bemötandet som grundat på mellanmänsklig respekt, att bli sedd som en människa, respekterad och baserad på sjuksköterskors uppriktiga vilja att göra gott (Carlsson, Dahlberg, Ekebergh & Dahlberg, 2006).

En icke autentisk relation, präglad av distans och kyla, där sjuksköterskorna på ett icke genuint sätt förmedlar känslan av att bry sig om patienterna kan leda till en känsla av övergivenhet hos patienterna (Carlsson et al., 2006). Känsla av övergivenhet kan leda till upplevelsen av osäkerhet och distans i vårdrelationen och har potential att utvecklas till rädsla och utbrott av aggression (Carlsson et al., 2006; Gildberg, Elverdam & Hounsgaard, 2010). Även Peplau (1988) menar att en avgörande faktor för patienternas tillfrisknande och utvecklingen av en helande vårdrelation är den verbala interaktionen mellan sjuksköterskor och patienter.

Det hot- och våldspreventiva arbetet är beroende av goda vårdrelationer, särskilt benämns vikten av en vårdrelation baserad på ömsesidig respekt. Den goda vårdrelationen bygger på frånvaron av stigmatisering av patientens sjukdom, vilket ger sjuksköterskorna en möjlighet att ta del av patienternas livsvärld och att känna igen tecken på aggression hos patienterna (Horowitz, Guyer & Sanders, 2015).

## **Problemformulering**

Bakgrunden har visat att sjuksköterskor utövar sitt yrke i miljöer där hot och våld är vanligt förekommande. Detta gäller i synnerhet sjuksköterskor verksamma inom psykiatrisk slutenvård (Edward et al., 2014; Stevenson et al., 2015). Sjuksköterskors upplevelser visar på förekomsten av en konflikt mellan deras bild av sin yrkesroll och verklighetens krav. Denna kontrast uppstår i den altruistiskt, uppoffrande och vårdande bild som kan kollidera med verklighetens krav (Menckel och Viitasara, 2002; Stevenson et al., 2015).

Det framgår i Socialstyrelsens (2005) kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor att sjuksköterskor ska ha förmågan att hantera situationer där hot, våld eller risk för våld förekommer. Det förekommer även en uppfattning om att hot och våld är något som sjuksköterskor måste acceptera i sitt yrke (McPhaul & Lipscomb, 2004; Stevenson et al., 2015). Denna bild ter sig utbredd och står i konflikt till svensk lagstiftning som stadgar att arbetsgivare är skyldiga att säkerställa att arbetstagaren har verktyg och kompetens att möta hot- och våldssituationer (SFS 1977:1160).

Baserat på kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor kan ett behov av att identifiera hur sjuksköterskor upplever att omvårdnaden och vårdrelationen påverkas av hot- och våldssituationer (Socialstyrelsen, 2005). Författarna till föreliggande studie anser att det finns ett behov av att identifiera faktorer som påverkar sjuksköterskors möjlighet till att bedriva god omvårdnad och upprätthålla en god vårdrelation där hot och våld förekommer.

## **SYFTE**

Syftet var att identifiera faktorer som sjuksköterskor upplevde påverka omvårdnaden och vårdrelationen i hot- och våldssituationer inom psykiatrisk slutenvård.

## **METOD**

### **Val av Metod**

Metoden som valdes var kvalitativ deskriptiv design, metoden används för att beskriva och studera människors upplevelser av ett fenomen (Polit & Beck, 2012). Semistrukturerade intervjuer utfördes, eftersom syftet med studien var att identifiera sjuksköterskors upplevelser. Enligt Danielson (2012a) är detta den datainsamlingsmetod som gav informanterna möjlighet att redogöra för deras situation med egna ord. Semistrukturerad intervju är enligt Gillham (2008) den viktigaste intervjuformen. Denna intervjumetod innebär att ingen specifik ordning på frågorna behövde följas (Danielson, 2012a), vilket var av fördel vid intervjutillfället eftersom det gav samtalet ett bättre flöde och gav möjlighet att välja riktning i intervjuerna.



## Urval

För att besvara studiens syfte valdes kriterierna att informanterna skulle ha varit legitimerade sjuksköterskor i minst ett år och blivit utsatt för hot och våld inom de senaste sex månaderna. Författarna valde begränsningen sex månader för att informanterna skulle ha minst en egen upplevelse av hot och våld i närtid att utgå ifrån för att en oförvanskad bild av upplevelsen skulle kunna återges. För att informanterna skulle förstå syftet med studien och förstå syftet med deras deltagande var ett kriterium att informanterna skulle ha förmåga att genomföra en intervju på svenska samt ha förmåga att tillgodogöra sig skriftlig information angående studiens syfte. Detta även för att författarna inte skulle missförstå informanterna (Helgesson, 2006). För att kontrollera detta genomfördes både skriftlig kontakt via elektroniskpost [e-post] och via telefonsamtal inför intervjutillfällena.

Med hänsyn till metodval (Danielson, 2012a; Gillham, 2008), studiens tidsbegränsning och svårigheten att hitta informanter, valdes sex informanter som uppfyllde ovanstående kriterier. Urvalsgruppens storlek fastställdes i enlighet med Kristensson (2014) och Trost (2010) som båda anser att urvalsgruppens storlek bör anpassas till studiens tidslängd och syfte. Urvalsgruppen bör inte vara för stor eller för liten eftersom detta anses göra tolkningen och analysen av intervjuerna svår. Fler intervjuer tillför inte nödvändigtvis mer information relevant för studiens syfte (Henricson & Billhult, 2012; Kvale & Brinkmann, 2014; Trost, 2010).

### Urvalsgrupp

Urvalsgruppen bestod av sex sjuksköterskor verksamma vid psykiatriska slutenvårdsavdelningar i en svensk storstad. Sjuksköterskorna hade varit legitimerade sjuksköterskor mellan ett och 11 år. Fem av sex sjuksköterskor uppgav att de blivit utsatta för någon form av hot eller våld inom de närmsta veckorna, varav tre av fem uppgav att de blivit utsatta för hot eller våld inom de närmsta fyra dagarna som föregick intervjutillfället. Hälften av sjuksköterskorna uppgav att de sällan eller aldrig gör en anmälan till sin närmaste chef efter dem blivit utsatta för hot eller våld, medan två sjuksköterskor angav att det berodde på omständigheterna. Sjuksköterskorna i studien uppgav i fem av sex fall att de genomgått utbildningen inom Bergenmodellen.

## Genomförande

### Inhämtande av tillstånd

Inledningsvis kontaktades verksamhetschefen på vald klinik via brev (Bilaga C). Efter inhämtat tillstånd från verksamhetschefen kontaktades i sin tur chefssjuksköterskorna för de avdelningarna som författarna ansågs skulle passa studiens syfte och inklusionskriterier via brev (Bilaga D). Chefsjuksköterskorna fick i sin tur ge sitt samtycke till att avdelningen skulle medverka i studien, efter det gick chefsjuksköterskorna ut med informationen till de sjuksköterskor som uppfyllde inkluderingskriterierna.

Chefssjuksköterskorna skickade, via e-post, kontaktinformation till författarna som sedan ringde till de potentiella informanterna. Kortfattad information om studien gavs samt tid och plats för intervjun bokades. Därefter skickades informationsbrevet (Bilaga D) till informanterna via e-post. Detta gav informanterna möjlighet att förbereda sig inför intervjuerna, men även möjlighet till att fundera över deras deltagande och ges en viss betänketid (Kjellström, 2012).

Informationsbrevet (Bilaga D) innehöll, utöver information om studien, en blankett för informanterna att ge sitt informerade samtycke, en förklaring att all medverkan kom att behandlas strikt konfidentiellt och att informanterna när som helst kunde avbryta sin medverkan i studien, i enlighet med Helgesson (2006).

### Intervjuguide

En intervjuguide konstruerades med öppna frågor, uppdelade i fem domäner. Dessa domäner var: allmänt, upplevelse, utveckling, rutiner och utbildning och avslutande (Bilaga E). Intervjuerna genomfördes med semistrukturerad metod, vilket innebar att intervjuaren tilläts ställa följdfrågor relaterade till intervjuguiden i syfte att få informanterna att utveckla sina redogörelser (Danielson, 2012a).

### Pilotintervju

En pilotintervju genomfördes i syftet att fastställa att intervjuernas planerade tidsåtgång hölls inom tidsramen på en timme och för att pröva intervjuguidens innehåll. Enligt Danielson (2012a) är detta av vikt eftersom det ger ett tillfälle att pröva teknisk utrustning samt att intervjuaren får möjlighet att vänja sig vid sin roll. Intervjun valdes senare att ingå i studien eftersom inga ytterligare frågor eller justeringar av intervjuguiden bedömdes nödvändiga.

### Intervjutillfälle

Intervjutillfällena inleddes med att författarna legitimerade sig och försäkrade sig om att informanterna kände sig bekväma med att delta i studien. Försäkran gjordes genom ett informellt samtal innan intervjuerna där informanterna även informerades om beräknad tidsåtgång. Trost (2010) menar att detta var av vikt eftersom ambitionen att genomföra en intervju bör balanseras med respekten för människors integritet och önskemål. Detta gjordes genom att säkerställa huruvida informanterna kände att de hade tid att avsätta för sitt deltagande.

Efter det inledande samtalet genomfördes en uppläsning av informationsbrevet (Bilaga D). Informanterna informerades därefter muntligen om att deltagandet var helt frivilligt och att de när som helst kunde återta sitt deltagande utan att förklaring skulle komma att efterfrågas (Helgesson, 2006). Innan intervjun påbörjades skrev informanterna på ett samtycke (Bilaga D, s. 3) om deltagande, ett exemplar gavs till informanterna och ett exemplar sparade författarna.

Samtliga intervjuer spelades in med diktafon och längden på intervjuerna varade mellan 25 minuter till 59 minuter.

### **Dataanalys**

Efter samtycke från informanterna, spelades intervjuerna in med diktafon och transkriberades i anslutning till intervjutillfällena, men senast inom 24 timmar för att vara närvarande i författarnas minnen. Intervjuerna transkriberades ordagrant och ljud som skratt, längre tystnader samt betoningar inkluderades för att minska risk för missförstånd i efterhand (Trost, 2010). Intervjuerna transkriberades av en och samma författare för att behålla samma förfaringssätt. För att säkra detaljer från samtalen var den transkriberande författaren med vid samtliga intervjutillfällen (Kvale & Brinkmann, 2014; Trost, 2010).

För att analysera intervjuerna valdes kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats, vilket var det tillvägagångssätt som rekommenderades av Elo och Kyngäs (2008) att användas när det inte finns tillräckligt med information eller kunskap om ett fenomen.

Kvalitativ innehållsanalys delas upp i tre faser: förberedelse, organisering och rapportering. I den förberedande fasen väljs den enhet som ska analyseras, vilket var intervjutexterna med informanterna (Elo & Kyngäs, 2008). Graneheim och Lundman (2004) anser att hela intervjuerna ska analyseras för att ge en helhet, vilket även gjordes. Därefter fortsatte förberedelsen där transkriberingarna lästes noggrant upprepade gånger för att få en förståelse och en helhet. Den induktiva ansatsen delas även den upp i tre faser: öppen kodning, skapandet av kategorier och abstraktion (Elo & Kyngäs, 2008).

Den öppna kodningen gjordes löpande samtidigt som transkriberingstexten lästes. Den öppna kodningen genomfördes genom att anteckningar fördes i marginalen på transkriberingarna. Koderna användes för skapandet och identifieringen av subkategorierna. Genom abstraktion av subkategorierna bildades huvudkategorier. Abstraktion syftar till att formulera en allmän beskrivning av ett område. Huvudkategorierna bildade slutligen en övergripande kategori: vårdrelation, vilken var tydligt kopplad till studiens syfte. Sista fasen i en kvalitativ innehållsanalys är rapportering. I rapporteringsfasen sammanställdes resultatet och en redogörelse av analysprocessen redovisas, se tabell 1 (Elo & Kyngäs, 2008).

I resultatet presenterades citat, detta gjordes genom att meningsenheter lyftes från transkriberingen. Meningsenheterna lyftes från transkriberingen och kondenserades för att göra innehållet i intervjuerna överskådliga. Citaten skrevs om från talspråk till skriftspråk, utan att dess innebörd ändrades. Detta för att ge ett bättre flöde i texten och göra det enklare för läsaren att förstå texten (Danielson, 2012b). Enligt Trost (2010) bör citat ändras från talspråk till skriftspråk, eftersom människan skulle formulera sig annorlunda i skrift än i tal.

**Tabell 1.** Exempel på analysprocessen

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Subkategori	Huvudkategori	Övergripande kategori
Det handlar om alliansbildning framförallt /.../ att bilda en god allians är a och o /.../ Att skapa en allians med patienten är att skapa en god relation, att skapa ett förtroende.	Att skapa en allians är en förutsättning för god omvårdnad.	Allians	Bemötande	Vårdrelationen
Det är viktigt att man förebygger genom att vara mjuk och bedriva rätt omvårdnad, så att det inte behöver leda till någon hot- och våldssituation.	Mjukt förhållningssätt och god omvårdnad förebygger hot- och våldssituationer.	Förebyggande		

### **Forskningsetisk överväganden**

En av författarna har tidigare arbetat inom psykiatrisk slutenvård, och utbildat i hot- och våldsprevention i form av Bergenmodellen, vilket gjorde att författarna valde att söka sig till andra kliniker än de som författaren varit verksam vid. Detta för att försöka minimera risken för bias hos författarna och informanterna.

#### Informerat samtycke

Informerat samtycke har som syfte att värna om informanternas självbestämmande. Enligt Kjellström (2012) krävs minst tre saker för ett informerat samtycke: information om studien, förmåga att fatta beslut och möjlighet till betänketid. Inför intervjutillfället fick informanterna muntlig och skriftlig information om studien och dess syfte. Eftersom informanterna gavs information om studien av chefssjuksköterskorna och sedan av författarna (Bilaga F), gavs betänketid till informanterna att överväga deras medverkan i studien (Kjellström, 2012). Vid intervjutillfällena upprepades informationen och skriftligt samtycke skrevs på av informanterna (Bilaga F, s. 3).

### Konfidentialitet

Enligt Kjellström (2012) består konfidentialitet av två delar: att förvara data säkert och redovisa data där informanternas identitet inte framgår eller kan återkopplas till en viss människa. Intervjuinspelning skedde med diktafon, ljudfilerna laddades ner på en privat dator där all transkribering skedde. Efter transkriberingarna raderades ljudfilerna och transkriberingarna avkodades. I resultatet redovisades data på gruppnivå i enlighet med Elo och Kyngäs (2008), eftersom detta gav möjlighet till att bibehålla informanternas konfidentialitet och anonymitet.

## **RESULTAT**

Resultatet redovisades under de huvudkategorier som framkom under dataanalysen med subkategorierna som underrubriker (Tabell 2). Kategorierna redovisades i tabellform (Tabell 2) med syfte att göra resultatredovisningen tydlig och överblickbar (Elo et al., 2014).

Citaten presenterades på gruppnivå, vilket representerade majoriteten av informanterna (Elo & Kyngäs, 2008). Informanterna kommer i resultatet och resultatdiskussionen att benämnas som sjuksköterskorna. I enlighet med Kvale och Brinkmann (2014) presenteras citaten med indragning samt i kursiverad stil. Ofullständiga meningar samt meningar där ord uteslutits kommer att anges genom /.../.

**Tabell 2.** Resultatöversikt

Övergripande kategori	Huvudkategori	Subkategori
Vårdrelationen	Interpersonella relationer	Bemötande/Kommunikation Vårdrelationens hinder
	Teamarbetet	Interprofessionella teamet Reflektion Rutin
	Vårdmiljön	

### **Interpersonella relationer**

#### Bemötande/Kommunikation

Det beskrevs i merparten av intervjuerna att sjuksköterskorna såg god omvårdnad som ett viktigt verktyg i förebyggandet av hot- och våldssituationer. Det framgick i intervjuerna att sjuksköterskorna benämnde omvårdnad och vårdrelation som synonyma begrepp. Sjuksköterskorna beskrev omvårdnad som ett brett begrepp, men redogjorde vid flera tillfällen att de ansåg att god omvårdnad innebar att skapa en god vårdrelation, en allians.

*Det handlar om alliansbildning framförallt /.../ att bilda en god allians är a och o /.../ att skapa en allians med patienten är att skapa en god relation, att skapa ett förtroende.*

De ansåg även att den psykiatriska omvårdnadens kärna låg i att skapa god vårdrelation. För att uppnå god vårdrelation beskrevs viktiga faktorer som att ha gott bemötande och att upprätthålla god kommunikation gentemot patienterna.

*Det är viktigt att man förebygger genom att vara mjuk och bedriva rätt omvårdnad, så att det inte behöver leda till någon hot- och våldssituation.*

Sjuksköterskorna upplevde att skapandet av en god vårdrelation var en viktig del av deras arbete. Sjuksköterskor ansåg att kraft borde läggas vid att tidigt skapa vårdrelationer tillsammans med patienterna. Den goda vårdrelationen framstod som särskilt viktig för sjuksköterskornas upplevelse av att kunna bedriva god omvårdnad. Enligt sjuksköterskorna bör detta göras med empati och respekt för patienternas personliga integritet och autonomi för att ha förutsättning att lyckas.

*Jag tror att man kan förebygga hot och våld väldigt mycket bara genom att visa respekt och empati.*

Sjuksköterskorna upplevde att det var av vikt att se till patienternas unika människa och att bemöta patienterna med ett mjukt förhållningssätt i syfte att skapa tillit.

*Man måste se till varje individ lite grann och inte hålla på så mycket, inte vara som psykiatrin har varit tidigare med att bara sätta gränser hela tiden. Att vara lite mjuk med patienterna, inte bara säga nej fast man inte vet varför.*

Sjuksköterskorna upplevde att en god vårdrelation bidrog till att uppnå uppsatta omvårdnads mål.

*Man kan ju aldrig sätta igång och planera något medan någon fortfarande är misstänksam mot oss, inte litar på oss /.../ Man jobbar för tillit, det är en form av omvårdnad. Sen när man kommit över det stadiet, så kan man börja planera.*

Ett återkommande begrepp var fingertoppskänsla. Fingertoppskänsla var även det ett begrepp som sjuksköterskorna upplevde som svårt att förklara. Fingertoppskänsla byggde på sjuksköterskornas erfarenhet och/eller vårdrelation till patienterna och ansågs som en del av den hot- och våldspreventiva omvårdnaden. Begreppet tolkas i studien som att ha förmågan att göra avkall på rutiner och regler i syfte att tillmötesgå patienterna som annars bedömdes vara/kunna bli hotfull eller våldsam.

*Det gäller ju att kunna tumma lite på reglerna när det gäller, det är det som är så svårt att förklara. Det är någon form av fingertoppskänsla.*

Förmågan att se patienterna som människor benämndes ofta som en viktig faktor i att kunna bemöta patienterna väl. Sjuksköterskorna uppgav förmågan som viktig i samtliga delar av omvårdnaden, även i de fall där hot och våld redan förekom.

*Det är faktiskt något som är viktigt att komma ihåg, även i hot- och våldssituationer, att varje person är en individ. Det är inte bara en patient.*

Sammantaget visade resultatet att sjuksköterskorna lade stor vikt vid ett gott bemötande och en god kommunikation gentemot patienterna. Sjuksköterskorna ansåg att den viktigaste hot- och våldspreventiva åtgärden var att skapa en god vårdrelation, genom att upprätthålla en god kommunikation, ett gott bemötande samt att bedriva en personcentrerad omvårdnad.

#### Vårdrelationens hinder

Resultatet visade att hinder för att upprätthålla en god vårdrelation oftast förekom i form av upplevd brist på tid för att bedriva stödsamtal, informella samtal och att observera patienterna. Sjuksköterskorna beskrev vårdrelationen som en ofta tidskrävande åtgärd som upplevdes central för att kunna bedriva god omvårdnad.

*Tid upplever jag att jag inte alltid har. Man skulle som sköterska, eller vårdpersonal överhuvud taget önska att man hade mer tid med patienterna, för att kunna prata med dem och observera /.../ För att på ett mer optimalt sätt kunna bedriva en optimal omvårdnad.*

Hinder kunde även uppstå vid särskilt vårdkrävande patienter, där medpatienternas omvårdnad blev lidande.

*Säg att en patient måste ha två personer med sig hela tiden, att man måste skugga denne, då blir det ju en person mindre som kan ha samtal med de andra patienterna. Omvårdnaden blir lidande för medpatienterna på grund av att personalresurserna inte räcker till alla.*

Sjuksköterskorna upplevde främst att hinder för upprättandet av god vårdrelation och gott bemötande uppstod när personkemin ej stämde eller när det förekom tidsbrist.

#### **Teamarbete**

##### Interprofessionella teamet

Sjuksköterskorna ansåg att de var beroende av olika professioner vid avdelningen för att hantera hot- och våldssituationer. Framförallt framkom detta vid utförandet av tvångsåtgärder som rumsavskiljning, tvångsmedicinering och bältesläggning.

*Vår överläkare brukar ge väldigt klara riktlinjer över vad som gäller med de som är mest våldsamma, och det är väldigt skönt. För då vet man.*

Sjuksköterskorna upplevde att överläkarna var viktiga i det preventiva arbetet.

*Att läkaren informerar patienten väl om att de kommer att få injektioner /.../ är ett av de större /.../ preventionsmedlen vid hot- och våldssituationer. För då vet patienten om det, och att det ska gå så fort som möjligt. För det mesta blir det då inget tvång.*

Sjuksköterskorna beskrev även teamarbetet med skötarna som vitalt för att arbetet skulle kunna genomföras. Skötarnas erfarenhet och kompetens var viktig för att kunna hantera och förebygga hot- och våldssituationer, men även vid utförandet av beroende omvårdnadsåtgärder och vid medicinering utförd under tvång.

*Det bästa är nog liksom alla sorters typer med lite olika livserfarenheter, lite olika bakgrund och gärna skötare i såna här hotsamma situationer. Det är ju faktiskt så att i hot- och våldssituationer är det faktiskt bra just med lite äldre skötare med lång erfarenhet av våld. Dem är ju oftast de bästa.*

Sjuksköterskorna upplevde att det var av vikt att personalen de arbetade med skulle upplevas som kompetent och att detta var centralt för upplevelsen av kontroll över arbetssituationen. Sjuksköterskorna ansåg kompetenser som erfarenhet, fysisk styrka, god relation och gott bemötande var viktiga inom arbetslaget.

### Rutin

Sjuksköterskorna upplevde att goda rutiner fanns vid avdelningen för hur hot- och våldssituationer skulle hanteras.

*/.../ vi arbetar med väldigt mycket med rutiner här på avdelningen /.../ vad vi ska göra och inte göra.*

Hur bra rutinerna efterföljdes ansågs vara beroende av vilka kollegor sjuksköterskorna arbetade med under varje enskilt arbetspass.

*/.../ jag tycker det brister ibland, men det är väl som på alla arbetsplatser, det beror på vem du jobbar med.*

### Reflektion

Det var representativt för sjuksköterskorna att de ej upplevde ges nog med tid eller möjlighet till reflektion under arbetstid. Sjuksköterskorna uppgav att den reflektion som skedde var utanför arbetstid och endast på avdelningen vid allvarliga incidenter som suicid. Förmågan att inte ta åt sig av hot och våld som förekom i vardagen, uppgav sjuksköterskorna vara vanligt och utbrett. Sjuksköterskorna redogjorde att detta ej var en egenskap de hade haft med sig som nya i yrket utan att det var en förvärvad egenskap.

*Jag tror inte att någon som pluggar till sjuksköterska tycker att det är särskilt festligt att tvinga en annan människa att göra något mot dennes vilja, men i slutändan är det ju något som någon måste göra.*

Även om fysisk våld inte alltid var vanligt förekommande, frågade sig sjuksköterskorna om hot och våld var något de skulle behöva acceptera i sitt dagliga arbete.

*Ska man behöva acceptera att bli slagen varje dag?*

Sjuksköterskorna i studien redogjorde för att hot och våld var vanligt förekommande, men att det under perioder var mer förekommande.

*Varje vecka, sen tätare i vissa perioder. Det kan bli nästa varje dag. Men det blir ju vardag, så det är svårt att tänka tillbaka på vissa händelser /.../ Man blir ju hemmablind /.../ Man bara skakar av sig /.../ Det är väl om någon åker på stryk som det är något man kommer ihåg /.../ Men det vardagliga hotet och våldet, det är ju svårt att sätta fingret på. Det är ju liksom vardagligt. Det smälter väl in i arbetsdagen, man uppfattar det inte.*



Sjuksköterskorna ansåg att hot- och våldssituationerna blev vardag. Att de inte längre reflekterade över de situationer de vart utsatta för, utan endast de få gånger som hotet ansågs vara av grov karaktär.

*Det är nästan vardag.. Vissa saker tänker man inte ens på, om det inte är specifika grövre hot, annars skakar man bara av sig och går vidare liksom.*

Sjuksköterskorna menade att behovet av möjlighet till reflektion var av stort vikt eftersom de ansåg att bristen på reflektionstillfällen var en faktor som kunde leda till förlust av empatiförmåga hos personalen. Sjuksköterskorna upplevde att de desensibiliserades mot hot och våld. Sjuksköterskorna önskade mer möjligheter till organiserade reflektionstillfällen inom arbetsgruppen på regelbunden basis.

*Om man inte öppnar upp för reflektion och ger tid för det, så finns en risk för att den gruppen av människor som stannar kvar inom psykiatrin är den gruppen som saknar mest.. Empati, och därutav inte är lämpade i att jobba med just det här klientelet.*

Sjuksköterskorna uppgav att desensibilisering av deras och övriga kollegors förmåga till att känna empati med patienterna till stor del kunde härröras från avsaknaden av tillfällen för reflektion.

## **Vårdmiljön**

Sjuksköterskorna påtalade även vikten av vårdmiljön och ansåg att utformningen av vårdmiljön var en bidragande faktor till förebyggandet av hot och våld.

*Man har satsat på att det ska vara lugnare, att patienterna ska få en lugnare start i vården. Jag kan tycka att det är tragiskt på en del andra ställen /.../ hur miljön ser ut, man mår jättedåligt bara av att gå in /.../ Flagigt på väggarna, tråkig färg och trasiga möbler /.../*

Dels beskrevs den fysiska miljön som en faktor. Men även situationer gällande hög belägningsgrad och patienters möjlighet till sin privata sfär benämndes som viktiga faktorer vid uppkomst av hot och våld.

*Jag tror att vi har finare miljö /.../ Vi har inga överbeläggningar /.../ Vi har färre patienter.*

Sjuksköterskorna nämnde även att de upplevde svårigheter att bedriva god omvårdnad när vårdmiljön på avdelningen upplevdes som stökig, intensiv och turbulent och att detta ofta berodde på vilken typ av patientgrupp som fanns på avdelningen vid ett visst tillfälle.

## DISKUSSION

### Resultatdiskussion

Huvudfynden i studien var att sjuksköterskorna upplevde hot och våld som vanligt förekommande och de saknade möjlighet till reflektion. Studiens resultat visade att detta ansågs kunna leda till en känslomässig desensibilisering i form av förlorad förmåga att känna empati för patienterna. Vidare ansåg sjuksköterskorna i studien att detta riskerade påverka vårdrelationerna negativt. Goda vårdrelationer beskrevs som ett fundament inom begreppet god omvårdnad. Ett aktivt arbete med syfte att skapa god vårdrelation ansågs vara av vikt vid hot- och våldsförebyggande arbete. Detta korrelerar även med studie av Stevenson et al. (2015) som visar att sjuksköterskor väljer att distansera sig mot patienter med ett hotfullt och aggressivt beteende. Detta istället för att aktivt arbeta med att skapa goda vårdrelationer (Stevenson et al., 2015).

Desensibiliseringen upplevdes påverka utvecklingen och uppkomsten av nya incidenter av hot och våld vid sjuksköterskorna i studiens arbetsplatser. Förnekandet av att hot och våld var vanligt förekommande och kunde leda till att sjuksköterskorna som deltog i studien inte hade beredskap för dessa situationer. Denna nedsatta beredskap ledde sannolikt ej till att sjuksköterskorna systematiskt bedrev omvårdnad i ett hot- och våldsförebyggande syfte. Enligt studie av Carlsson et al. (2006) redogör patienter att faktorer som bristande ömsesidig respekt och en icke genuin vårdrelation var faktorer för uppkomsten av hot och våld. När dessa faktorer upplevdes bidrog det till känslor av aggression hos patienten. Både sjuksköterskor och patienter uppgav att vårdrelationen var viktig och bör baseras på respekt och empati (Carlsson et al., 2006).

Enligt Bergenmodellen (Björkdahl et al., 2013) är övning att hålla sig känslomässigt balanserad en central faktor vid arbetet att förebygga hot och våld inom psykiatrisk slutenvård. Möjlighet till reflektion sågs som ett sätt att göra detta, eftersom sjuksköterskorna gavs möjlighet att dela sina upplevelser med kollegor. I föreliggande studies resultat framkom att bristen på reflektion utgjorde ett problem eftersom detta ledde till att ingen konsekvent utvärdering av omvårdnadsåtgärder och arbetsmetoder gjordes. Sjuksköterskorna i studien ansåg att bristen av reflektion förhindrade god omvårdnad och sedermera även påverkade arbetsmiljön för sjuksköterskorna negativt. Samtidigt beskriver Björkdahl et al. (2013) att deltagare inom Bergenmodellens grundutbildning uppmuntras att reflektera över sina attityder gentemot patienter med våldsamma beteenden. Deltagarna uppmuntras att reflektera kring faktorer som egna förutfattade meningar samt avdelningars vårdkultur och organisation (Björkdahl et al., 2013). I föreliggande studies resultat framkom att sjuksköterskorna upplevde att förutsättningar för reflektion kring dessa faktorer saknas vid deras arbetsplatser. Detta trots att majoriteten av sjuksköterskorna var utbildade inom Bergenmodellen och yrkesverksamma vid avdelningar som angav att de arbetade enligt Bergenmodellen.

Eftersom 18 procent av kvinnor och tio procent av män verksamma inom sjukvården i Sverige uppgav att de utsatts för hot eller våld under det senast arbetade året kan problemet inte begränsas till något som enbart berör den psykiatriska slutenvården (Hallberg, 2011). Med anledning av detta ansåg författarna till föreliggande studie att det kunde finnas ett behov av utbildning redan under sjuksköterskors grundutbildning. Detta särskilt eftersom förmågan att hantera hot och våld ingår i Socialstyrelsens (2005) kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska.

Behovet kunde anses vara av särskild vikt vid specialistutbildningar för de sjuksköterskor som valde en specialisering inom psykiatrisk omvårdnad. Enligt Hallberg (2011) utsattes 59 procent av de sjuksköterskor som arbetat inom psykiatrisk slutenvård för hot och våld det senast arbetade året.

Studiens resultat visade på att det förelåg en oklarhet i var ansvaret låg för att sjuksköterskorna skulle ges relevanta verktyg för att hantera hot och våld i sitt yrkesutövande, eftersom Socialstyrelsens (2005) kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska beskriver att sjuksköterskor ska ha förmågan att hantera hot och våld, men ej erbjuds utbildning under grundutbildningen. Detta kunde innebära att nytexaminerade sjuksköterskor skulle kunna sakna kompetenser som av Socialstyrelsen (2005) beskrivs ska ingå i deras kompetens. Samtidigt framgår det av Arbetsmiljölagen 3 §, kap. 3, (SFS 1977:1160) att arbetsgivaren har ansvar för att säkerställa att arbetstagaren har tillräcklig utbildning för att kunna hantera hot- och våldssituationer som förekommer i arbetsmiljön. Lagens innehåll visade att ansvaret för relevant utbildning kan tolkas ligga hos arbetsgivaren. Detta kunde enligt författarna föranleda att lärosäten som examinerar sjuksköterskor bör ta ett ansvar för att säkerställa att förmågan att hantera hot och våld finns hos sjuksköterskor innan de möter arbetslivet.

Detta bör betraktas i ljuset av Socialstyrelsens (2005) kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Arbetsgivaren bör dock efter sjuksköterskors grundutbildning ha ansvar för att säkerställa att denna förmåga ej förloras, men bör även kunna förvänta sig att nytexaminerade sjuksköterskor uppfyller Socialstyrelsens (2005) kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska.

Faktorer som positiv inställning, känslomässig balans och fungerande ordning inom personalgruppen påtalas inom Bergenmodellen som en riskfaktor för uppkomst av hot och våld (Björkdahl et al., 2013). Samtidigt framgick det att sjuksköterskorna i föreliggande studie i hög utsträckning ansåg att fingertoppskänsla och erfarenhet var viktiga egenskaper när psykiatrisk omvårdnad bedrevs. Sjuksköterskorna redogjorde även att de upplevde att det fanns goda rutiner på deras arbetsplatser och att de kände sig trygga med dessa. Det framkom även att sjuksköterskorna upplevde sig beroende av vilka som arbetade under deras arbetspass huruvida rutinerna efterföljdes. Sjuksköterskorna redogjorde för att ett enigt arbetslag med ett gemensamt arbetsätt underlättade deras omvårdnadsarbete. Samtidigt motsade sjuksköterskorna detta genom redogörelser för fingertoppskänsla som förmåga att kunna göra avkall på rutiner för att möta patienters behov när risk för uppkomst av hot- och våldssituationer förekom. Detta kan innebära svårigheter att bibehålla enighet i arbetslaget, något som Björkdahl et al. (2013) uppger vara av vikt vid hot- och våldsförebyggande arbete.

Carlsson et al. (2006) beskriver att en icke autentisk relation, präglad av distans och kyla, där sjuksköterskor inte på ett genuint sätt förmedlar känslan av att bry sig om patienten kan leda till en känsla av övergivenhet hos patienten. Denna känsla av övergivenhet kan i sin tur leda till upplevelser av osäkerhet och distans i vårdrelationen och har potential att utvecklas till rädsla och även utbrott av aggression inom vårdrelationen (Carlsson et al., 2006; Gildberg, Elverdam & Hounsgaard, 2010). En syn på omvårdnad sprungen ur en god och genuin vårdrelation mellan sjuksköterskorna och patienterna stärks av Watsons (1993) teori om den transpersonella omsorgsmodellen.

Watson (1993) menar, samstämmigt med Carlsson et al. (2006), att graden av transpersonel omsorg kännetecknas av sjuksköterskornas förmåga att förhålla sig till patienten med äkthet och uppriktighet. Om patienterna upplevde att sjuksköterskornas intentioner och känslor gentemot dem inte är äkta och genuina menar Watson (1993) att detta istället kan leda till ökad ohälsa och disharmoni. Watsons (1993) teori om transpersonel omsorg kan tolkas som en syn som delas med de sjuksköterskor som deltog i studien. Detta eftersom det är representativt för gruppen att sjuksköterskorna anser att en god vårdrelation baseras på respekt för människan, empati och ett gemensamt förtroende mellan patienterna och sjuksköterskorna. En av de avgörande faktorerna för att klara av denna typ av relation torde vara förmågan att befinna sig i känslomässig balans, en förmåga som författarna ansåg blev lidande vid brist på möjlighet till reflektion.

## **Metoddiskussion**

Kvalitativa studier och kvalitativa intervjuer har alltid ett grundläggande problem med trovärdigheten (Trost, 2010). Därför var det av vikt att visa att vald datainsamlingsmetod och analysförfarandet var relevant för studiens syfte. Kvalitativa analysprocessers trovärdighet har sitt ursprung i sin förberedelsefas där val av metod, urval, och analysmetod valdes för att passa studiens syfte (Danielson, 2012b; Elo et al., 2014). Samtliga steg i processen har därför kontinuerligt värderats från tanke till färdigt resultat. Även hur resultatet skulle rapporteras har värderats under studiens planeringsfas (Trost, 2010).

Vid val av metod ansågs kvalitativ deskriptiv intervjustudie besvara syftet bäst, eftersom beskrivning av sjuksköterskors egna upplevelser eftersöktes. I enlighet med Danielson (2012a) gav intervjustudien möjlighet till att ta del av informanternas egna erfarenheter och upplevelser i större utsträckning, eftersom informanterna fick möjlighet att berätta med egna ord. Litteraturstudier har i syfte att hitta relevanta samband och överföra dessa i praktik (Kristensson, 2014), det hade krävt att ett flertal intervjustudier i ämnet redan skulle ha genomförts för att kunna hitta samband mellan olika sjuksköterskors upplevelser. Därmed ansågs att kvalitativ intervjustudie besvarade syftet bäst.

För att öka trovärdigheten i studien har ett syftes Anpassat urval gjorts i enlighet med Elo et al. (2014) där informanterna passar in i de urvalskriterier som utformats för att hitta de informanter som förväntades kunna bidra med relevant kunskap inom det valda ämnet.

För att informanterna skulle kunna känna sig avslappnade vid intervjutillfällena erbjöds de själva vara med och utse lämplig plats för lokal där intervjun genomfördes (Trost, 2010). Informanterna erbjöds att intervjuerna kunde hållas vid Sophiahemmets högskola, men de valde själva att intervjuas vid sina arbetsplatser. Detta ansågs ge informanterna en ökad känsla av trygghet, eftersom intervjuerna kunde genomföras vid en tid och plats där informanterna tillåts att känna sig avslappnade och trygga. Det bedömdes att det visserligen kunde förekomma störningar i miljön vid arbetsplatserna, men att dessa intervjuplatser var de som informanterna upplevde sig trygga i (Trost, 2010).

Vid intervjutillfällena närvarande båda författarna, eftersom detta bedömdes hjälpa författarna att få förståelse för informationen som framkom. Vid planeringen av studien en avvägning i lämpligheten med detta, eftersom bådadas närvaro kan kännas som en form av obalans i maktförhållande gentemot informanterna. För att undvika denna känsla hos informanterna klargjordes författarnas rollfördelning tydligt innan intervjutillfället inleddes (Trost, 2012).

Under intervjutillfällena var ena författaren passiv och den andra aktiv, detta anser Trost (2012) ge ett bättre flyt i intervjun eftersom det leder till ett samtal mellan två människor. För att tydligare kunna återge en bild av vad informanterna ville delge i intervjuerna antecknade författaren, med passiv roll, tonlägen och händelser under intervjuerna, till exempel när informanterna pekade på saker i rummet. Anteckningarna användes sedan vid transkriberingen (Danielson, 2012a). Intervjuerna summerades genom att medlyssnaren, den passiva författaren, eventuellt ställde följdfrågor som bedömdes relevanta för studiens syfte och i enlighet med intervjuguiden. Trost (2010) anser att de som ska analysera innehållet i intervjuerna har bättre förståelse efter att ha närvarat vid intervjutillfället eftersom intervjun finns kvar i minnet, vilket gav den passiva författaren en fördel vid transkriberingen.

I enlighet med Kristensson (2014) och Trost (2010) bör en urvalsgrupp anpassas efter studiens tidslängd och syfte. Tidigt i planeringen av arbetet var ambitionen att ha åtta informanter, vilket var maximalgränsen för antalet informanter enligt Sophiahemmet Högskolas studieguide för självständigt arbete. Enligt Kvale och Brinkmann (2014) och Henricson och Billhult (2012) behöver en för stor urvalsgrupp inte nödvändigtvis ge mer information som kan vara relevant för studiens syfte och kan försvåra analysarbete.

En av informanterna som inkluderats i studien, upplevde sig själv inte uppfylla urvalskriteriet om att ha upplevt hot och våld de senaste sex månaderna. Det framgick dock i intervjun att även om informanten inte själv upplevde sig blivit utsatt för hot och våld, nämnde informanten att det förekommit situationer som kunde anses som hot- och våldssituationer i arbetslaget, därför valdes informanten att inkluderas i studien.

Under rekryteringsperioden framkom svårigheter att hitta frivilliga till studien. En chefssjuksköterska menade att sjuksköterskorna vid avdelningen ej upplevt hot och våld. Efter att ha bokat in sju intervjuer drog en sjuksköterska tillbaka sin medverkan. Därför valdes att efterfråga informanter vid andra avdelningar för att ha ett högre antal vid eventuella avböjningar. De sex intervjuerna som var bokade utfördes och inga ytterligare informanter visade intresse.

Sammanlagt eftersöktes informanter på sju avdelningar inom vald klinik, endast två av dessa avdelningar visade intresse, vilket betyder att utspridningen mellan olika typer av avdelningar blev begränsat. Detta kan minska trovärdigheten på studien (Kristensson, 2014), vilket författarna haft i åtanke och övervägt att söka informanter vid ytterligare kliniker men på grund av studiens tidsbegränsning valde författarna att inte göra detta. Eftersom att studiens syfte var att identifiera sjuksköterskors upplevelser och att antalet informanter var lågt, ansåg författarna att detta inte minskade trovärdigheten avsevärt, i enlighet med Kvale och Brinkmann (2014).

Tillförlitligheten kunde stärkas genom att visa ett samband mellan resultatet och den insamlade data, detta har tydliggjorts genom att kategorierna användes vid redovisningen av resultatet. Även användning av citat i resultatet visar på tillförlitlighet (Elo & Kyngäs, 2008).

För att stärka överförbarheten har urvalet och datainsamlingen försökt förklaras grundligt (Kristensson, 2014), men för att bibehålla informanternas konfidentialitet blev förklaringen av urvalet begränsat. Detta kan minska överförbarheten, men i detta fall har informanternas konfidentialitet prioriterats.

Citaten har valts att återges i resultatet för att stärka verifierbarheten och tillförlitligheten (Kristensson, 2014). Enligt Kristensson (2014) bör även intervjuerna transkriberas ordagrant för att eventuella granskare skulle kunna läsa datainsamlingen och på detta sätt själva kunna bilda sig en uppfattning om insamlad data. Transkriberingarna skrevs ut ordagrant inom 24 timmar efter intervjutillfället. En förbestämd intervjuguide (Bilaga E) användes vid samtliga intervjutillfällen, Kristensson (2014) anser att detta stärker giltigheten av studien eftersom att det får intervjuaren att hålla fokus vid det ämne som ska efterforskas och att samtliga informanter får samma öppna frågor.

## **Slutsats**

Studiens resultatet visade att sjuksköterskorna identifierade vårdrelationen som avgörande för omvårdnadsarbetet samt hanteringen av hot- och våldssituationer hanterades. Vårdrelationen påverkades av sjuksköterskornas möjlighet till interaktion med patienterna i form av gott bemötande och god kommunikation. God vårdrelation upplevdes som en viktig del av det hot- och våldspreventiva arbetet. Enligt studiens resultat bör den goda vårdrelationen baseras på respekt och empati för människan. Sjuksköterskorna påtalade att en vårdmiljö där en tillvänjning av hot och våld skedde innebar ett hinder i skapandet av meningsfulla vårdrelationer. Andra hinder för att vidhålla goda vårdrelationer upplevdes vara brist på tid samt brist till reflektion vid arbetsplatsen. Reflektion upplevdes som ett viktigt verktyg för att bibehålla förmågan att känna empati med patienterna samt upprätthållandet av ett respektfullt förhållningsätt.

## Fortsatta studier

Studien visade på att ett fortsatt behov av forskning inom området avseende hur reflektionstillfällen och handledning för sjuksköterskor inom psykiatrisk slutenvård förelåg. Det bör även utredas hur blivande sjuksköterskor bäst förbereder sig för att möta hot och våld i arbetslivet. Studier av nyutexaminerade sjuksköterskors förväntningar på den psykiatriska slutenvården skulle även vara av intresse eftersom verklighetens krav och sjuksköterskors bild av professionen anses stå i kontrast till varandra. Studier som tillvaratar den inneliggande patientens upplevelser av hot- och våldssituationer torde även vara av användning. Detta eftersom hotfull och våldsamt miljö kan antas påverka deras upplevelse av omvårdnad och möjlighet till hälsa samt påverka vårdrelationen.

## Klinisk tillämpbarhet

Att sjuksköterskor utsätts för våld i sitt arbetsliv är idag en allt vanligare företeelse. Studiens resultat visade att det var av vikt att sjuksköterskor gavs möjlighet och verktyg att hantera de utmaningar som hot och våld ställer dem inför. Studien belyser vikten av möjlighet till känslomässig reglering i form av till exempel reflektion. Detta särskilt eftersom sjuksköterskans eget förhållningsätt och bemötande kan vara en utlösande faktor vid uppkomst av hot- och våldsamma situationer.

Studien kan tillämpas genom att psykiatriska slutenvårdsavdelningar ser över sina rutiner för hur reflektionstillfällen planeras och genomförs. Det förelåg ett behov att vid sjuksköterskors arbetsplatser att diskutera hur hot och våld kan förebyggas och bemötas. Studien tyder även på att god omvårdnad med fokus på interpersonella relationer skulle kunna förebygga ohälsa och uppkomst av aggression vid psykiatrisk slutenvård. Slutligen visade studien på att arbetsmetoder för hot- och våldspreventivt arbete existerar och är väl etablerade, dock kan studiens resultat tolkas som att ett behov av kontinuerlig utvärdering av arbetsmetoderna förelåg.

## REFERENSER

- Abderhalden, C., Needham, I., Miserez, B., Almvik, R., Dassen, T., Haug, H.-J., & Fischer, J. E. (2004). Predicting inpatient violence in acute psychiatric wards using the Brøset-Violence-Checklist: a multicentre prospective cohort study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 11*, 422–427. doi: 10.1111/j.1365-2850.2004.00733.x
- Allgulander, C. (2008). *Introduktion till klinisk psykiatri* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Arnetz, J.E., Hamblin, L., Essenmacher, L., Upfal, M.J., Ager J., & Luborsky, M. (2015). Understanding patient-to-worker violence in hospitals: a qualitative analysis of documented incident reports. *Journal of Advanced Nursing, 71*(2), 338–348. doi: 10.1111/jan.12494
- Bauer, M., & Kristiansson, M. (2012). *Hot och våld på jobbet*. Lund: Studentlitteratur.
- Björkdahl, A., Hansebo, G., & Palmstierna, T. (2013). The influence of staff training on the violence prevention and management climate in psychiatric inpatient units. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 20*, 396-404. doi: 0.1111/j.1365-2850.2012.01930.x
- Björkdahl, A., Olsson, D., & Palmstierna, T. (2006). Nurses' short-term prediction of violence in acute psychiatric intensive care. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 113*(3), 224-229. doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00679.x
- Carlsson, G., Dahlberg, K., Ekebergh, M., & Dahlberg, H. (2006). Patients longing for authentic personal care: A phenomenological study of violent encounters in psychiatric settings. *Issues in Mental Health Nursing, 27*(3), 287–305. doi: 10.1080/01612840500502841
- Danielson, E. (2012a). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (3. uppl. ss. 164-173). Stockholm: Studentlitteratur.
- Danielson, E. (2012b). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (3. uppl. ss. 329-343). Stockholm: Studentlitteratur.
- Edward, K., Ousey, K., Warelow, P., & Lui, S. (2014). Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *British Journal of Nursing, 23*(12). doi: 10.12968/bjon.2014.23.12.653
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008) The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing, 62*(1), 107-115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K., & Kyngäs, H. (2014). Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. *SAGE Open, 4*(1). doi: 10.1177/2158244014522633

- Foldemo, A. (2014). Mötet med individer med psykisk ohälsa i olika öppenvårdsformer. I Skärsäter, I. (red.) *Omvårdnad vid psykisk ohälsa - på grundläggande nivå* (2 uppl. ss. 369-381). Lund: Studentlitteratur.
- Gildberg, F. A., Elverdam, B., & Hounsgaard, L. (2010). Forensic psychiatric nursing: a literature review and thematic analysis of staff–patient interaction. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(4), 359–368. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01533.x
- Gillham, B. (2008). *Forskningsintervju: Tekniker och genomförande*. Lund: Studentlitteratur.
- 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. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Hahn, S., Hantikainen, V., Needham, I., Kok, G., Dassen, T., & Halfens, R. J.G. (2012). Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional survey. *Journal of Advanced Nursing*, 68(12), 2685–2699. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05967.x
- Hallberg, U. (2011). *Kunskapsöversikt – Hot och våld inom vård och omsorg*. Stockholm: Arbetsmiljöverket. Hämtad från <https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/kunskapssammanstallningar/hot-och-vald-inom-varld-och-omsorg-kunskapssammanstallningar-rap-2011-16.pdf>
- Helgesson, G. (2006). *Forskningsetik: för medicinare och naturvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (red.) *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (3. uppl. ss. 129-137). Lund: Studentlitteratur.
- Horowitz, D., Guyer, M., & Sanders, K. (2015). Psychosocial approaches to violence and aggression: contextually anchored and trauma-informed interventions. *CNS Spectrums*, 20(3), 190-199. doi: 10.1017/S1092852915000280
- Hot. (1995). I *Nationalencyklopedin* (1:a bandet s. 640). Höganäs: Bra böcker AB.
- Iozzino, L., Ferrari, C., Large, M., Nielssen, O., & de Girolamo, G. (2015). Prevalence and Risk Factors of Violence by Psychiatric Acute Inpatients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 10(6). doi: 10.1371/journal.pone.0128536
- Itzhaki, M., Peles-Bortz, A., Kostistky, H., Barnoy, D., Filshtinsky, V., & Bluvstein, I. (2015). Exposure of mental health nurses to violence associated with job stress, life satisfaction, staff resilience, and post-traumatic growth. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 24(5), 403-412. doi: 10.1111/inm.12151
- Jackson, D., Clare, J., & Mannix, J. (2002). Who would want to be a nurse? Violence in the workplace - A factor in recruitment and retention. *Journal of Nursing Management*, 10(1), 13–20. doi: 10.1046/j.0966-0429.2001.00262.x



Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (red.) *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 69-92). Lund: Studentlitteratur.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik: för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & kultur.

Kristiansen, L., & Strand, S. (2014). Rättspsykiatri. I Skärsäter, I. (red.) *Omvårdnad vid psykisk ohälsa - på grundläggande nivå* (2. uppl. ss. 323-343). Lund: Studentlitteratur.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Larsson, O., & Lindgren, M. (2012). *Hot och våld i arbetslivet: minska de negativa konsekvenserna*. Lund: Studentlitteratur.

McPhaul, K., & Lipscomb, J., (2004). Workplace Violence in Health Care: Recognized but not Regulated. *Online Journal of Issues in Nursing*, 9(3). Hämtad 22 september, 2015, från <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume92004/No3Sept04/ViolenceinHealthCare.aspx>

Menckel, E., & Viitasara, E. (2002). Threats and violence in Swedish care and welfare - Magnitude of the problem and impact on municipal personnel. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(4), 376–385. doi: 10.1046/j.1471-6712.2002.00103.x

Ottosson, J-O. (2015). *Psykiatri* (8:e uppl.). Stockholm: Liber.

Palmstierna, T. (2009). Våld i klinisk psykiatri. I Herlofson, J., Ekselius, L., Lund, L-G., Lundin, A., Mårtensson, B., & Åsberg, M. (red.) *Psykiatri* (ss. 631-643). Lund: Studentlitteratur.

Peplau, H. E. (1988). *Interpersonal Relations in Nursing*. New York: Palgrave Macmillan.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Principles and methods*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Psykiatri. (1996). I *Nationalencyklopedin* (2:a bandet s. 629). Höganäs: Bra böcker AB.

Reflektion. (1996). I *Nationalencyklopedin* (2:a bandet s. 661). Höganäs: Bra böcker AB.

Roche, M., Diers, D., Duffield, C., & Catling-Paull, C. (2010). Violence toward nurses, the work environment, and patient outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(1), 13–22. doi: 10.1111/j.1547-5069.2009.01321.x

SFS 1962:700. *Brottsbalken*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 23 april, 2015, från [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Brottsbalk-1962700\\_sfs-1962-700/?bet=1962:700](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Brottsbalk-1962700_sfs-1962-700/?bet=1962:700)

SFS 1977:1160. *Arbetsmiljölagen*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 14 september, 2015, från [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Arbetsmiljolag-19771160\\_sfs-1977-1160/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Arbetsmiljolag-19771160_sfs-1977-1160/)

SFS 1991:1128. *Lag om psykiatrisk tvångsvård*. Hämtad 22 april, 2015, från [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-19911128-om-psykiatrisk\\_sfs-1991-1128/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-19911128-om-psykiatrisk_sfs-1991-1128/)

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2015). *Sjukdomar i slutenvård 1989–2014: Inpatient diseases in Sweden 1989–2014*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-10-1>

Stevenson, K. N., Jack, S. M., O'Mara, L., & LeGris, J. (2015). Registered nurses' experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units: an interpretive descriptive study. *BMC Nursing*, *14*(1), 1-13. doi:10.1186/s12912-015-0079-5

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Våld. (1996). I *Nationalencyklopedin* (3:e bandet s. 555). Höganäs: Bra Böcker AB.

Vård. (1996). I *Nationalencyklopedin* (3:a bandet s. 556). Höganäs: Bra böcker AB.

Watson, J. (1993) *En teori för omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

World health organization. (2014). *Global status report on violence prevention 2014*. Luxemburg: World health organization. Hämtad från [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/status\\_report/2014/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/)

## BILAGA A 1(1)

### Brøset Violence Checklist

Måndag /	Dag	Kväll	Natt
Förvirrad			
Retlig			
Bullrig			
Verbalt hotfull			
Fysiskt hotfull			
Attackerar föremål			
<b>Summa</b>			
<b>Signatur</b>			

Tisdag /	Dag	Kväll	Natt
Förvirrad			
Retlig			
Bullrig			
Verbalt hotfull			
Fysiskt hotfull			
Attackerar föremål			
<b>Summa</b>			
<b>Signatur</b>			

Onsdag /	Dag	Kväll	Natt
Förvirrad			
Retlig			
Bullrig			
Verbalt hotfull			
Fysiskt hotfull			
Attackerar föremål			
<b>Summa</b>			
<b>Signatur</b>			

Torsdag /	Dag	Kväll	Natt
Förvirrad			
Retlig			
Bullrig			
Verbalt hotfull			
Fysiskt hotfull			
Attackerar föremål			
<b>Summa</b>			
<b>Signatur</b>			

Fredag /	Dag	Kväll	Natt
Förvirrad			
Retlig			
Bullrig			
Verbalt hotfull			
Fysiskt hotfull			
Attackerar föremål			
<b>Summa</b>			
<b>Signatur</b>			

Lördag /	Dag	Kväll	Natt
Förvirrad			
Retlig			
Bullrig			
Verbalt hotfull			
Fysiskt hotfull			
Attackerar föremål			
<b>Summa</b>			
<b>Signatur</b>			

Söndag /	Dag	Kväll	Natt
Förvirrad			
Retlig			
Bullrig			
Verbalt hotfull			
Fysiskt hotfull			
Attackerar föremål			
<b>Summa</b>			
<b>Signatur</b>			

Frånvaro av symptom/beteende ger 0 poäng.  
 Förändring i, eller förekomst av beteende ger 1 poäng  
 (t ex är pat vanligtvis förvirrad ger detta 0 poäng, men ökar förvirringen ges 1 poäng).  
 Totalpoäng (Summa) är summan av vertikal kolumn.  
**Bedömning:**  
**Summa:**  
 0 = ingen eller liten risk för våld  
 1-2 = måttlig risk för våld, förebyggande åtg bör vidtas  
 > 2 = hög risk för våld. Förebyggande åtg bör vidtas och man bör planera för hur ett eventuellt utbrott skall hanteras

*Brøset Violence Checklist, Almvik. R. 1998*

## Staff Observed Aggression Scale – Revised

<b>Stockholm Läns Sjukvårdsområde</b> <b>Klinik:</b>		Personnummer:		
<b>Avd/Enhet:</b>		Namn:		
<b>SOAS-R: AGGRESSIONSRAPPORTBLAD</b> (Staff Observation Aggression Scale-Revised)				
Hur började aggressionen?	Vad använde patienten?	Vart riktades aggressionen	Vad hände/skadades	Hur lugnades patienten
<input type="checkbox"/> Ej provocerad  <b>Provocerad av:</b> <input type="checkbox"/> Medpatienter <input type="checkbox"/> ADL-hjälp <input type="checkbox"/> Nekas förmån <input type="checkbox"/> Krav från personal, ex medicinering <input type="checkbox"/> Tillrättavisas av Personal. <input type="checkbox"/> Annat: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Ord, ej hot <input type="checkbox"/> Ord, fysiskt hot <b>Vanliga föremål:</b> <input type="checkbox"/> Stol <input type="checkbox"/> Glas <input type="checkbox"/> Annat: _____ _____  <b>Egna kroppen:</b> <input type="checkbox"/> Hand <input type="checkbox"/> Fot <input type="checkbox"/> Tänder (bits) <input type="checkbox"/> Annat: _____ _____  <b>Farliga föremål eller metoder:</b> <input type="checkbox"/> Strypgrepp <input type="checkbox"/> Kniv <input type="checkbox"/> Sax <input type="checkbox"/> Annat: _____ _____	<input type="checkbox"/> Ingen/Inget <input type="checkbox"/> Annat föremål <input type="checkbox"/> Vårdpersonal <input type="checkbox"/> Patienten själv <input type="checkbox"/> Medpatient <input type="checkbox"/> Annan person	<input type="checkbox"/> Inget/ingen Skada  <b>Föremål:</b> <input type="checkbox"/> Skadat, användbart <input type="checkbox"/> Skadat, kasseras  <b>Personer:</b> <input type="checkbox"/> Kände sin säkerhet hotad <input type="checkbox"/> Fick ont < 10 min <input type="checkbox"/> Fick ont > 10 min <input type="checkbox"/> Fick synlig skada, t ex blåmärke, rivsår mm <input type="checkbox"/> Behövde behandling, t ex vila, värktablett, bandage <input type="checkbox"/> Behövde läkarvård	<input type="checkbox"/> Av sig själv <input type="checkbox"/> Samtal med pat <input type="checkbox"/> Fördes bort <input type="checkbox"/> Fick läkemedel (tabl, flytande) <input type="checkbox"/> Fick injektion <input type="checkbox"/> Måste fasthållas <input type="checkbox"/> Isolering i avskilt rum <input type="checkbox"/> Bältesläggning
<b>Datum:</b>		<b>Klockslag:</b>		<b>Sign:</b>
Vid varje aggressionstillfälle från patienten görs markering för tidpunkt samt markeringar i <b>alla</b> tillämpliga rutor, minst ett kryss i varje kolumn. Rapporteringen avser alla aggressionstillbud, adekvata som inadekvata				

## BILAGA C 1(3)

Stockholm 2015-06-21

Till verksamhetschef  
XXX XXX  
XXX psykiatri, XXX sjukhus

Vi heter Farida al-Jeddahwi och Robert Holmberg, och är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola, termin fem, som ska genomföra ett självständigt arbete omfattande 15 högskolepoäng. Området som ska studeras berör sjuksköterskans upplevelse av omvårdnad i hot- och våldssituationer (var god se nästa sida för sammanfattning av studiens innehåll och upplägg). Vi är därför mycket intresserade av att få genomföra arbetet vid XXX psykiatri, XXX sjukhus.

Om Du godkänner att studien genomförs vid XXX psykiatri, är vi tacksamma för din underskrift av denna bilaga som därefter returneras i bifogat svarskuvert. Om Du känner dig tveksam till att studien genomförs vid XXX psykiatri är vi tacksamma för besked om detta. Har Du ytterligare frågor rörande undersökningen är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare.

Vänlig hälsning

---

Farida al-Jeddahwi  
e-post: farida.aljeddahwi@stud.shh.se  
XXX-XX XX XXX

---

Robert Holmberg  
e-post: robert.holmberg@stud.shh.se  
XXX-XX XX XXX

Handledare  
Fil dr. leg SSK. Louise Eulau  
e-post: XXXXX@shh.se  
XX-XXX XX XX

Sammanfattning av ARBETETS upplägg och innehåll  
*Sjuksköterskans upplevelse av hot- och våldsituationer - inom psykiatrisk slutenvård*

Hot och våld är vanligt förekommande inom vård och omsorgssektorn, och frekvensen av anmälda hot- och våldsincidenter ökar för sjuksköterskan vid nära patientkontakt. Personal verksam inom akutsjukvård, psykiatri och demensvård tillhör det grupper som är särskilt utsatta. Detta innebär att sjuksköterskor verksamma inom dessa verksamhetsområden ställs inför utmaningar i form av att bedriva ett patientsäkert omvårdnadsarbete med samtidig respekt för patientens autonomi och integritet.

Hot och våld kan definieras som en aktiv och riktad handling med avsikt att tillföra sig själv eller annan skada. World Health Organization beskriver även våld som avsiktligt användande av fysisk kraft, makt, hot eller konkreta handlingar mot någon enskild individen, sig själv, eller en grupp som resulterar i eller sannolikt kan resultera i skada, död, psykisk skada, underutveckling eller deprivation. Våld beskrivs även som något som kan inneha en abstrakt form, psykiskt våld. Denna form av våldsanvändning har samma mål som fysiskt våldsanvändande, dock används subtilare verktyg som ord, nedlåtande kommentarer, hot, kontroll samt makt i syftet att skrämja och kränka andra människor

Omvårdnad kan ses som en process som baseras på ett samspel mellan vårdgivare och vårdtagare, där båda parterna strävar efter ett gemensamt mål. Eftersom att hot och våld påverkar flera olika faktorer i relationen mellan vårdare och vårdtagare så är syftet med vår studie att undersöka hur sjuksköterskan upplever omvårdnad i hot- och våldssituationer inom psykiatrisk slutenvård.

Urvalskriterierna för deltagande personer;

- Legitimerad sjuksköterska, sedan minst ett (1) år
- Blivit utsatt för hot och våld, under de senaste sex (6) månaderna
- Har goda kunskaper i det svenska språket, både i tal och skrift

Arbetet är en kvalitativ intervjustudie, där en kvalitativ innehållsanalys kommer användas för att bearbeta insamlad data. Deltagarna kommer inför intervjutillfället få tydlig information om studien, samt vid tidpunkt för intervju få informationen upprepad. Allt deltagande är frivillig och deltagaren kan när som helst under studiens gång avbryta sin medverkan. En semistrukturerad intervjuguide kommer att användas och datainsamlingen sker, efter godkännande av deltagarna, med diktafon. Det inspelade materialet kommer läggas in på en privatdator och inom 24 timmar transkriberas ordgrant på ett sätt att den som intervjuas förblir anonym. Efter transkriberingen raderas ljudfilerna permanent. Den transkriberade texten kommer endast vara tillgänglig för författarna, handledaren samt examinatorn som alla lyder under tystnadsplikt. Tid och plats för intervjuerna bestäms i samråd med deltagaren, tiden för intervjutillfället beräknas till cirka en (1) timme. Vid intervjutillfället kommer vi båda att närvara, vi kommer presentera oss samt legitimera oss för varje deltagare.

Studien påbörjas under vecka 34 och pågår fram till vecka 43, intervjuperioden/datainsamlingen sker mellan vecka 35 och vecka 37.

Jag godkänner härmed att Farida al-Jeddahwi och Robert Holmberg får utföra studien *Sjuksköterskans upplevelse av hot- och våldsituationer - inom psykiatrisk slutenvård* På XXX psykiatri, XXX sjukhus under tidsperioden augusti-september 2015.

---

Ort, datum

---

Namnteckning, Verksamhetschef

---

Namnförtydligande

Chefsjuksköterska  
Avdelning X  
XXX X, X tr.  
XXX sjukhus  
XXX XX XXXXX

Vi heter Farida al-Jeddahwi och Robert Holmberg, och vi är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola, termin fem, som ska genomföra ett självständigt arbete omfattande 15 högskolepoäng. Området som ska studeras berör sjuksköterskans upplevelse av omvårdnad i hot- och våldssituationer. Vi är med anledning av detta intresserade av att hitta informanter vid er avdelning som uppfyller följande kriterier;

- Legitimerad sjuksköterska sedan minst ett (1) år
- Har blivit utsatt för hot och/eller våld de senaste sex (6) månaderna
- Har goda kunskaper i det svenska språket, både i tal och skrift

Vi önskar att sjuksköterskorna som väljs ut som informanter ska uppfylla dessa urvalskriterier då det är av högsta vikt för studiens genomförande att informanterna har egna upplevelser om forskningsämnet samt tillräckligt lång yrkeserfarenhet för att på ett gott sätt kunna reflektera kring sina egna upplevelser och sin egen yrkesroll inom hot- och våldssituationer, samt på ett tillfredställande sätt kunna vara införstådd med studiens tillvägagångsätt och syfte.

Hot och våld kan definieras som en aktiv och riktad handling med avsikt att tillföra sig själv eller annan skada. World Health organization beskriver även våld som avsiktligt användande av fysisk kraft, makt, hot eller konkreta handlingar mot någon enskild individ, sig själv, eller en grupp som resulterar i eller sannolikt kan resultera i skada, död, psykisk skada, underutveckling eller deprivation. Våld beskrivs även som något som kan inneha en abstrakt form, psykiskt våld. Denna form av våldsanvändning har samma mål som fysiskt våldsanvändande, dock används subtilare verktyg som ord, nedlåtande kommentarer, hot, kontroll samt makt i syfte att skrämja och kränka andra människor.

Arbetet är en kvalitativ intervjustudie, där en kvalitativ innehållsanalys kommer användas för att bearbeta insamlad data. Deltagarna kommer inför intervjutillfället få tydlig information om studien, samt vid tidpunkt för intervju få informationen upprepad. Allt deltagande är frivillig och deltagaren kan när som helst under studiens gång avbryta sin medverkan. En semistrukturerad intervjuguide kommer att användas och datainsamlingen sker, efter godkännande av deltagarna, med diktafon. Det inspelade materialet kommer läggas in på en privatdator och inom 24 timmar transkriberas ordgrant på ett sätt att den som intervjuas förblir anonym. Efter transkriberingen raderas ljudfilerna permanent. Den transkriberade texten kommer endast vara tillgänglig för författarna, handledaren samt examinatorn som alla lyder under tystnadsplikt. Tid och plats för intervjuerna bestäms i samråd med deltagaren, tiden för intervjutillfället beräknas till cirka en (1) timme. Vid intervjutillfället kommer vi båda att närvara, vi kommer presentera oss samt legitimera oss för varje deltagare. Kontakt med intervjudeltagarna kommer efter inhämtande av godkännande samt identifiering av frivilliga deltagare att ske via telefon för överenskommelse om tid och plats för intervjutillfället.



Tillstånd för att genomföra studien vid XXX Psykiatri har inhämtats av verksamhetschef XXX XXX 2015-06-22 och därmed vänder vi oss nu till Er, som chefsjuksköterskan, vid avdelning X i syfte att inhämta Ert tillstånd för att genomföra studien, samt för att efterlysa frivilliga informanter som uppfyller urvalskriterierna.

Om Du godkänner att studien genomförs vid avdelning X, är vi tacksamma för din underskrift i nästföljande bilaga, samt returnerar denna i det bifogade svarskuvertet. Om Du känner dig tveksam till att studien genomförs vid avdelning X är vi tacksamma för besked om detta. Har Du ytterligare frågor rörande undersökningen är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare. Totalt så eftersöker vi mellan sex och åtta deltagare till studien, kontakt kommer att tas med flera avdelningar inom XXX Psykiatri. Om antalet frivilliga informanter, som uppfyller urvalskriteriet, överstiger detta antal så kommer en lottnings ske mellan deltagarna.

Vi önskar, efter Ert godkännande, kontakt med Er vi mail för identifiering av frivilliga deltagare till studien. Studien påbörjas under vecka 34 och pågår fram till vecka 43, intervjuperioden/datainsamlingen sker mellan vecka 35 och vecka 37.

Vänlig hälsning

Farida al-Jeddahwi  
e-post: farida.aljeddahwi@stud.shh.se  
XXX-XXX XX XX

Robert Holmberg  
e-post: robert.holmberg@stud.shh.se  
XXX-XXX XX XX

Handledare  
Fil dr. leg ssk. Louise Eulau  
e-post: XXX@shh.se  
XX-XXX XX XX

Jag godkänner härmed att Farida al-Jeddahwi och Robert Holmberg får utföra studien *Sjuksköterskans upplevelse av hot- och våldsituationer - inom psykiatrisk slutenvård* på XXX psykiatri, avdelning X, XXX sjukhus under tidsperioden augusti-september 2015.

---

Ort, datum

---

Namnteckning, Chefsjuksköterska

---

Namnförtydligande

Vänlig fyll i kontaktinformation till er nedan:

---

Mejl

---

Telefonnummer

## Intervjuguide

**Allmänt**

- Hur många år är du?
- Hur länge har du varit legitimerad sjuksköterska?
- Har du någon specialistutbildning, inom psykiatri eller annat? Vilken/vilka?
- Hur länge har du arbetat inom psykiatrisk slutenvård?
- Stämmer din uppfattning om vad hot och våld innebär med den beskrivning du fått av oss?
- Kan du beskriva vad hot innebär för dig?
- Kan du beskriva vad våld innebär för dig?
- Enligt den beskrivning du fått av oss tidigare upplevde du senast hot och våld?

**Upplevelse**

- Berätta om en hot- och våldssituationen du varit med om
- Upplevde du att du hade kontroll över situationen vid hot- och våldstillfället?
- Vad kunde öka din upplevelse av kontroll? Vad gjorde att du upplevde kontroll?
- Hur påverkas du av hot- och våldssituationer? Yrkesmässigt och personligt?
- Anser du att du ges tillräcklig tid för reflektion efter hot- och våldssituationer?
- Upplever du att du har tid för omvårdnad?
- Upplever du att omvårdnadens kvalitet försämrats vid hot- och våldssituationer?
- Upplever du att arbetslaget är ett gott stöd i ditt omvårdnadsarbetet vid hot- och våldssituationer?
- Vad för kompetenser behövs vid hot- och våldssituationer anser du?
- Hur ofta på ett ungefär upplever du hot och våld?
- Anmäler du hot- och våldssituationer? Skriver du avvikelser?

**Utveckling, rutiner och utbildning**

- Upplever du att du har instrument för att hantera en hot- och våldssituation?
- Har du gått någon utbildning i hot- och våldshantering? Vilken/Vilka?
- Erbjuds du att repetera eller få möjlighet till utbildning i hot- och våldshantering?
- Upplever du att det finns rutiner för hur omvårdnad ska ske vid hot- och våldssituationer? Efterföljs dessa?
- Upplever du att ni som vårdpersonalen får stöd i att hantera hot- och våldssituationer från högre instanser?
- Upplever du att god omvårdnad kan förebygga hot- och våldssituationer?

**Avslutande**

- Har du något du vill tillägga som kan vara intressant för studiens syfte? (Nämn syftet)

**Eventuella följdfrågor**

- Kan du berätta mer om.. ?
- Kan du utveckla.. ?
- Hur.. ?
- Varför.. ?
- När.. ?
- På vilket sätt.. ?
- Vad menar du med.. ?

## Informationsbrev till informanter

Vi heter Farida al-Jeddahwi och Robert Holmberg, och vi är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola, termin fem, som ska genomföra ett självständigt arbete omfattande 15 högskolepoäng. Området som ska studeras berör sjuksköterskans upplevelse av omvårdnad i hot- och våldssituationer. Vi är med anledning av detta intresserade av att intervjua Er om Era erfarenheter. Kriterierna för deltagande är som följer.

- Legitimerad sjuksköterska sedan minst ett (1) år
- Har blivit utsatt för hot och/eller våld de senaste sex (6) månaderna
- Har goda kunskaper i det svenska språket, både i tal och skrift

Vi önskar att Ni som väljs ut som informanter ska uppfylla dessa urvalskriterier då det är av högsta vikt för studiens genomförande att informanterna har egna upplevelser om forskningsämnet samt tillräckligt lång yrkeserfarenhet för att på ett gott sätt kunna reflektera kring sina egna upplevelser och sin egen yrkesroll inom hot- och våldssituationer, samt på ett tillfredställande sätt kunna vara införstådd med studiens tillvägagångsätt och syfte.

Syftet med studien är att undersöka sjuksköterskans upplevelse av omvårdnad vid hot- och våldssituationer, inom psykiatrisk slutenvård.

Hot och våld kan definieras som en aktiv och riktad handling med avsikt att tillföra sig själv eller annan skada. World Health Organization (WHO) beskriver även våld som avsiktligt användande av fysisk kraft, makt, hot eller konkreta handlingar mot någon enskild individen, sig själv, eller en grupp som resulterar i eller sannolikt kan resultera i skada, död, psykisk skada, underutveckling eller deprivation. Våld beskrivs även som något som kan inneha en abstrakt form, psykiskt våld. Denna form av våldsanvändning har samma mål som fysiskt våldsanvändande, dock används subtilare verktyg som ord, nedlåtande kommentarer, hot, kontroll samt makt i syfte att skrämja och kränka andra människor.

Arbetet är en kvalitativ intervjustudie, där en kvalitativ innehållsanalys kommer användas för att bearbeta insamlad data. Ni kommer inför intervjutillfället få tydlig information om studien, samt vid tidpunkt för intervju få informationen upprepad. Allt deltagande är frivilligt och deltagaren kan när som helst under studiens gång avbryta sin medverkan.

En semistrukturerad intervjuguide kommer att användas och datainsamlingen sker, efter Ert godkännande, med diktafon. Det inspelade materialet kommer läggas in på en privatdator och inom 24 timmar transkriberas ordgrant på ett sätt så att Ni som intervjuas förblir anonym.

Efter transkriberingen raderas ljudfilerna permanent. Den transkriberade texten kommer endast vara tillgänglig för författarna, handledaren samt examinatorn som alla lyder under tystnadsplikt. Tid och plats för intervjuerna bestäms i samråd med deltagaren, tiden för intervjutillfället beräknas till cirka en (1) timme. Vid intervjutillfället kommer vi båda att närvara, vi kommer presentera oss samt legitimera oss. Kontakt med Er har tagits efter inhämtande av tillstånd samt identifiering via telefon för överenskommelse om tid och plats för intervjutillfället.

Tillstånd för att genomföra studien vid XXX Psykiatri har inhämtats av verksamhetschef XXX XXXX 2015-06-22 samt chefssjuksköterska på Er avdelning under vecka 34.

Har Du ytterligare frågor rörande undersökningen är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare. Totalt så eftersöker vi mellan sex och åtta deltagare till studien, kontakt kommer att tas med flera avdelningar inom XXX Psykiatri. Om antalet frivilliga informanter, som uppfyller urvalskriteriet, överstiger detta antal så kommer en lottning ske mellan deltagarna.

Studien påbörjas under vecka 34 och pågår fram till vecka 43, intervjuperioden/datainsamlingen sker mellan vecka 35 och vecka 37.

Vänlig hälsning

Farida al-Jeddahwi  
e-post: farida.aljeddahwi@stud.shh.se  
XXX-XXX XX XX

Robert Holmberg  
e-post: robert.holmberg@stud.shh.se  
XXX-XXX XX XX

Handledare  
Fil dr. leg ssk. Louise Eulau  
e-post: XXX@shh.se  
XX-XXX XX XX

## Informerat samtycke

- Jag bekräftar härmed att jag har mottagit information om studiens syfte och tillvägagångsätt, och att jag har förstått denna.
- Jag bekräftar att jag härmed lämnar samtycke till att delta i studien, och att mitt deltagande är helt frivilligt.
- Jag bekräftar att jag är medveten om att jag när som helst och utan förklaring kan avbryta mitt deltagande i studien.

.....

Datum            Namnteckning            Namnförtydligande

Studiens syfte och tillvägagångsätt har förklarats och gåtts igenom av undertecknad person, samtycke har inhämtats och deltagare har fått en kopia av information för deltagare.

.....

Datum            Namnteckning            Namnförtydligande