

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP  
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD  
2017:84

**Att arbeta under hot och våld**  
Intensivvårdssjuksköterskors upplevelser och erfarenheter

Marie Drotz  
Gita Norén



HÖGSKOLAN  
I BORÅS

Uppsatsens titel:	Att arbeta under hot och våld Intensivvårdssjuksköterskors upplevelser och erfarenheter
Författare:	Marie Drotz och Gita Norén
Huvudområde:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Specialistutbildning inom intensivvård
Handledare:	Berit Lindahl
Examinator:	Thomas Eriksson

## Sammanfattning

Då intensivvårdsavdelningar idag innebär en mycket högteknologisk verksamhet krävs det specialistkompetens för att vårda dessa patienter. Att vårda kritisk sjuka patienter kräver att intensivvårdssjuksköterskan är välutbildad samt har ett vårdande perspektiv. Hot och våld blir mer vanligt förekommande och är något som intensivvårdssjuksköterskor skall kunna förhålla sig till. Syftet med examensarbetet var att undersöka intensivvårdssjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av att arbeta under hot och våld. En kvalitativ intervjustudie med kvalitativ innehållsanalys genomfördes. Totalt åtta intensivvårdssjuksköterskor intervjuades från tre olika intensivvårdsavdelningar i Sverige. Utifrån intervjupersonernas upplevelser och erfarenheter presenteras resultatet i två huvudkategorier: *Hot och våld väcker starka känslor och Strategier och resurser*. Resultatet beskriver att intensivvårdssjuksköterskor upplever ett flertal känslomässiga reaktioner när de utsätts för hot och våld. Det framkommer även att vissa strategier och resurser krävs för att kunna förhålla sig till hotfulla och våldsamma situationer. Intensivvårdssjuksköterskor beskriver att arbetsmiljön och patientsäkerheten kan påverkas när de utsätts för hot och våld och att ämnet bör belysas i större utsträckning. Diskussionen behandlar hur intensivvårdssjuksköterskors känslomässiga reaktioner kan påverka vården av patienten, samt hur strategier och resurser kan tillämpas för att kunna förhålla sig till hot och våld.

Nyckelord: *Hot, våld, intensivvårdssjuksköterskor, upplevelser, erfarenheter, känslor, strategier, resurser.*

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
<b>Definition av intensivvård</b>	<b>1</b>
<b>Intensivvårdsavdelning</b>	<b>2</b>
<b>Intensivvårdssjuksköterskors kompetens</b>	<b>2</b>
<b>Vårdmiljö</b>	<b>3</b>
<b>Patientsäkerhet</b>	<b>3</b>
<b>Hot och våld</b>	<b>4</b>
<b>Vårdande relationer</b>	<b>5</b>
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b>	<b>5</b>
<b>SYFTE</b>	<b>5</b>
<b>METOD</b>	<b>6</b>
<b>Ansats</b>	<b>6</b>
<b>Urval</b>	<b>6</b>
<b>Datainsamling</b>	<b>7</b>
<b>Dataanalys</b>	<b>7</b>
<b>Etiska övervägande</b>	<b>8</b>
<b>RESULTAT</b>	<b>9</b>
Medpatient och närstående berörs av hot och våld	9
Stöd och säkerhet från omgivningen	9
Att vara steget före	9
<b>Hot och våld väcker starka känslor</b>	<b>9</b>
Att vara rädd	9
Att vara utsatt	10
Närstående kan skapa oro	10
Medpatient och närstående berörs av hot och våld	11
<b>Strategier och resurser</b>	<b>11</b>
Stöd och säkerhet från omgivningen	11
Att vara steget före	12
Avsaknad av utbildning och bristande uppföljning	13
<b>DISKUSSION</b>	<b>14</b>
<b>Metoddiskussion</b>	<b>14</b>
Urval och trovärdighet	14
Förförståelse	15
<b>Resultatdiskussion</b>	<b>15</b>
Hot och våld väcker starka känslor	16
Strategier och resurser	17
<b>SLUTSATS OCH KLINISKA REKOMMENDATIONER</b>	<b>18</b>
<b>REFERENSER</b>	<b>20</b>
Bilaga 1	24

Bilaga 2	26
Bilaga 3	27
Bilaga 4	28

# INLEDNING

Hot och våld är ett vanligt förekommande problem i dagens samhälle och präglar sjukvården. Många riskfyllda situationer förekommer inom vården och intensivvårdsavdelningar är inget undantag. Hot och våld som förekommer kan uppstå från patienter men även anhöriga. Utökad kompetens och utbildning, inom ämnet, krävs för att intensivvårdssjuksköterskor skall kunna hantera hotfulla och våldsamma situationer och därmed minska riskerna för att vården av patienterna påverkas. Tidigare forskning påvisar hur sjuksköterskor som arbetar inom ambulanssjukvården, på akutmottagningar och inom psykiatrisk vård påverkas. Dock är det få som undersökt hur intensivvårdssjuksköterskor påverkas av att arbeta under hot och våld. Författarna avser med examensarbetet att undersöka intensivvårdssjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av att arbeta under hot och våld och hur detta kan påverka arbetet och patientvården.

# BAKGRUND

## Definition av intensivvård

Enligt Svensk förening för anestesi och intensivvård och Svenska Intensivvårdssällskapet (SFAI 2015) innebär intensivvård att behandla och förebygga svikt i ett eller flera organsystem så att fortsatt liv kan vara meningsfullt för patienterna. Intensivvård innebär diagnostik, övervakning, behandling och omvårdnad av svårt sjuka patienter med ofta livshotande skador eller sjukdomar. Vården skall bedrivas utifrån vetenskap, befintliga riktlinjer samt beprövade erfarenhet, där medicinska och etiska aspekter står i förgrunden. Intensivvården skall bedrivas i arbetslag med specialiserad vårdpersonal nära patienten och skall ledas av läkare med specialistkompetens inom anestesi och intensivvård. Vården skall vara ständigt aktiv och bedrivas dygnet runt, oavsett dag och med bibehållen kvalitet. Olika behandlingsstrategier skall kunna omvärderas när som helst beroende på patientens aktuella tillstånd. För att behålla hög kvalitet krävs hög kompetens. Detta innebär hög medicinsk kompetens inom farmakologi, patofysiologi, fysiologi, immunologi samt klinisk tillämpning (Redden, Evans & Sigma 2014). Uppdaterade kunskaper inom akutsjukvård avseende behandling, klinisk bedömning och organisation samt ett väl utvecklat etiskt förhållningssätt och god samarbetsförmåga krävs (SFAI 2015). Fasta rutiner för procedurer, undersökningar och behandlingar bör finnas skriftligt och lätt tillgängligt för vårdpersonalen (SFAI 2015). Intensivvården innefattar alla patientkategorier, oavsett ålder, med kirurgiska, medicinska och psykiska sjukdomstillstånd samt patienter som utsatts för trauma (Lindblad 2003). Varje enskild patient skall erbjudas bästa möjliga vård och behandling utifrån tillstånd, behov och mål. När en behandlingsplan har skapats skall anhöriga informeras och ges möjlighet att framföra sina synpunkter. Vid längre vistelse på intensivvårdsavdelning skall regelbundna multidisciplinära vårdkonferenser äga rum där rehabilitering och eftervård även skall diskuteras (SFAI 2015).

## **Intensivvårdsavdelning**

Framgångar inom teknik och medicin innebär att ett ökat antal svårt sjuka patienter i dag överlever kritiska tillstånd med ett behov av intensivvård. Dessa patienter vårdas oftast på en intensivvårdsavdelning (IVA) där avancerad utrustning är tillgänglig för att kunna övervaka vitala parametrar, assistera ventilation och när livshotande situationer uppstår kunna bidra med återupplivning (World Health Organization (WHO) 2003). Det finns olika typer av intensivvårdsavdelningar med olika specialiteter. Thoraxintensivvård innefattar patienter som genomgått kirurgiska ingrepp i hjärta och lungor. Neurointensivvård innefattar vård och behandling till patienter med akuta skall-skador och barnintensivvård innebär vård till barn under 16 år. Allmänna IVA förekommer också där framförallt vuxna patienter vårdas och även en del barn (Svenska intensivvårdsregistret (SIR) 2015). En IVA skall kunna behandla svårt sjuka patienter med organsvikt för att benämnas intensivvårdsavdelning. Specialistutbildad personal, bemanning, lokaler och resurser krävs för att uppnå detta och möjliggöra upprätthållande av expertkompetens. Om antalet patienter eller tillstånd kräver resurser som överstiger avdelningens kapacitet skall åtgärder vidtas för stabilisering och säker transport av dessa patienter till andra intensivvårdsavdelningar (SFAI 2015). Intensivvårdsavdelningens storlek bör kunna tillgodose kravet på tillgänglighet samt ha tillräckligt omfattande verksamhet för att kunskaper och färdigheter skall kunna upprätthållas och utvecklas (SFAI 2015). Avdelningen skall bemannas och dimensioneras så att möjligheten finns att ta emot minst 95 % av alla patienter som uppfyller antagningskriterierna (SFAI 2015). Avdelningen skall vara separat och avgränsad och endast bedriva intensivvård. I vissa fall inkluderar detta även akut hjärtsjukvård samt avancerad post-operativ vård eller intermediärvård.

## **Intensivvårdssjuksköterskors kompetens**

Den första vidareutbildningen för sjuksköterskor inom intensivvård startade i början på 1960-talet (Riksföreningen för anestesi och intensivvård (AnIva) & Svensk sjuksköterskeförening (SSF) 2012). Enligt WHO (2003) skall en sjuksköterska ha avslutat både grundutbildning till sjuksköterska och specialistutbildning inom intensivvård för att benämnas intensivvårdssjuksköterska. Patienter som vårdas på IVA är i dag mycket sjukare än för 20 år sedan vilket kräver ökad kompetens (Redden, Evans & Sigma 2014). Vid vård av den svårt sjuka patienten krävs det specialiserade kunskaper inom omvårdnad men även inom medicinsk teknik då utrustningen är mycket avancerad. Kunskapen krävs för att kunna göra snabba och välgrundade prioriteringar samt uppmärksamma förändringar och försämringar hos den svårt sjuka patienten, för att tidigt i förloppet kunna förhindra försämringen (Lakanmaa, Suominen, Perttilä, Puukka & Leino-Kilpi 2012). Intensivvårdssjuksköterskans uppgift innefattar även att ta hand om anhöriga till patienter som befinner sig på IVA och göra dem medvetna om och delaktiga i vården som bedrivs (Morton & Fontaine 2013, s. 1). Enligt WHO (2010) bör Hälso- och sjukvården erbjuda kompetensutveckling för både allmän- och specialistsjuksköterskor för att kunna förutse verksamheterna med kompetent personal. Möjlighet till utbildning, kontinuerlig utveckling och medvetenhet om aktuell forskning bör prioriteras för att sjuksköterskor skall kunna ge säker vård till patienterna (WHO 2003; AnIva & SSF 2012). Intensivvårdssjuksköterskan skall kunna hantera och identifiera svåra frågeställningar samt ha ett etiskt och professionellt förhållningssätt

gentemot patienter och närstående. Kompetens i att bemöta människor från olika kulturer utifrån individuella behov är också en stor del i intensivvårdssjuksköterskans arbete (AnIva & SSF 2012).

## **Vårdmiljö**

Människor påverkar och påverkas av miljön. Miljön ser olika ut inom olika vårdformer och upplevs olika av varje enskild individ. Vårdmiljön bör utgå ifrån patientens, närståendes och vårdarens behov. För att utforma miljön krävs delaktighet, kunskap och erfarenhet inom olika områden. Målet bör vara att skapa optimala förhållanden där närstående och patienter upplever trygghet och delaktighet samtidigt som vårdarna upplever arbetsglädje. Vårdarnas arbetsglädje och arbetsmiljö bidrar till vården som ges till patienterna (Ylikangas 2017, s. 275).

Patienter som vårdas på IVA har inte alltid möjlighet att själva ha synpunkter eller önskemål på miljön de vårdas i. Stora patientsalar kan upplevas skrämmande medan små patientsalar kan upplevas mindre privat och kan leda till sämre vila (Olausson, Lindahl & Ekebergh 2013). Patienter får acceptera och hantera ljud från apparaterna, ljuset och andra faktorer som ingår i miljön. De beskriver att ljud som hörs från medpatienter upplevs påfrestande för att de varken kan skydda sig själva eller fly ifrån det (Ylikangas 2017 s. 272; Johansson, Bergbom, Waye, Ryherd & Lindahl 2012). Vårdmiljön bör därför anpassas efter särskilda behov. Det som förhindrar patientens återhämtning bör elimineras och det som främjar känslor av trygghet bör lyftas fram (Meriläinen, Kyngäs & Ala-Kokko 2010).

## **Patientsäkerhet**

Hälso- och sjukvårdspersonal har skyldighet att upprätthålla och bidra till en god patientsäkerhet för att förhindra vårdskador. Vårdskada innefattar när en patient drabbats av ett kroppsligt eller fysiskt lidande, skada, sjukdom eller dödsfall som hade kunnat undvikas genom adekvata åtgärder vid patientens kontakt med sjukvården (SOSFS 2010:659). För att bedriva patientsäkert arbete skall hälso- och sjukvårdens kvalitet utvecklas fortlöpande och säkras för att förebygga vård skador (Sveriges kommuner och landsting (SKL) 2015, s.7). Olika händelser som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskador skall utredas och risker skall diskuteras konstruktivt. Syftet skall vara att klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som påverkar samt ge ett underlag för åtgärder som i framtiden kan förhindra liknande händelser att inträffa. Händelser som medfört eller kunnat medföra allvarlig skada skall anmälas till IVO av vårdgivaren (SKL 2015, ss. 7–8; SOSFS 2010:659). Vårdgivaren är sedan skyldig till att planera, leda och kontrollera verksamheten samt vidta det åtgärder som krävs för att förebygga att ytterligare patienter drabbas av liknande vårdskada (SOSFS 2010:659). Förutsättning för hög patientsäkerhet är att vårdgivaren tar ansvar för säkerheten och kvalitén på ett systematiskt sätt. Vårdgivaren är skyldig att ha fastställda principer för ledning av verksamheten. Riskanalys, egenkontroll och utredning av avvikelser är en del i det systematiska förbättringsarbetet och en del av arbetet för att utveckla säkerhetskulturen (SKL 2017, s. 8). Riskanalyser och incidentrapporter krävs för att förbättra patientsäkerhetsvården. För att kunna rapportera dessa avvikelser behövs det uppmuntran

och stöd från ledningen samt kollegor (Nygren, Roback, Öhrn, Rutberg, Rahmqvist & Nilsen 2013; Abdi, Delgoshaei, Ravaghi, Abbasi & Heyrani 2015; Ballangrud, Hedelin & Hall-Lord 2012). Ökad kommunikation mellan kollegor samt mellan patient och personal krävs för att förbättra patientsäkerhetskulturen (Ballangrud, Hedelin & Hall-Lord 2012; Abdi et al 2015). Tidsbrist vid exempelvis medicindelning och förberedelser av medicinteknisk apparatur beskrevs som en stressande faktor i intensivvårdssjuksköterskans arbete som kunde påverka patientsäkerheten. Sociala relationer till kollegor kunde även påverka genom att de tappade koncentrationen (Berland, Navig & Gundersen 2008).

## **Hot och våld**

Hot och våld kan definieras som en medveten gärning som används mot en annan människa som kan leda till bland annat fysisk eller psykisk skada (WHO 2010). Samtidigt som våldet växer i samhället förekommer det även på arbetsplatser (Gates, Gordon & Succop 2011). Tidigare studier visar att våld riktat mot personal inom hälso- och sjukvård är vanligt förekommande på nationell och internationell nivå (Hallberg 2011, s. 5). Vad som upplevs som hot eller våld kan skilja sig emellan individer. Hot kan yttra sig genom blickar, kommentarer eller utåtriktat våld med sparkar och slag (Avander, Heikki, Bjerså & Engström 2016). Arbetsplatser där människor är i beroendeförhållande till varandra samt arbetsplatser där myndighetsutövning och makt förekommer är mer utsatta än andra arbetsplatser när det gäller risker för hot och våld (Hallberg 2011, s. 6). Inom ambulanssjukvård, psykiatrisk och inom traumavård (Petsäll, Tällberg, Lundin & Suserud 2010; Avander et al 2016) visar forskning att det ofta var patienten själv som utsatte personalen för våld och då oftast när patienten var påverkad av narkotika- eller alkohol. Även patienter som lider av demens och psykisk sjukdom beskrivs som en patientgrupp som utgör risk för personalen. Personal som arbetar skift eller enbart nattskift är mer utsatta för våld och brist på sjuksköterskor är förenat med ökad risk av att någon typ av våld skall uppstå (Camerino, Estryn-Behar, Conway, Van Der Heijden & Hasselhorn 2007; Hallberg 2011; Zampieron, Galeazzo, Turra & Buja 2009). Flertalet studier visar att majoriteten av hotfulla och våldsamma situationer mot personal kommer direkt från patienten eller deras anhöriga (Camerino et al 2007; Magnavita & Heponiemi 2011; Menckel & Viitasara 2001; Lynch, Appelboam & McQuillan 2003; Zampieron et al 2009).

Vidare beskriver Menckel och Viitasara (2001) att de vanligaste hoten är verbala och beror oftast på brist på information och långa väntetider. I en studie genomförd av Lynch, Appelboam och McQuillan (2003) fann författarna att förekomsten av verbala och fysiska hot från patient och anhöriga gentemot intensivvårdssjuksköterskor var vanligt förekommande. Av 176 intensivvårdsavdelningar hade 87% av intensivvårdssjuksköterskorna som ingick i studien upplevt verbala hot från patienter medan 7% aldrig hade upplevt några verbala hot och 6% valde att inte svara på frågan. Verbala hot från anhöriga förekom hos 74% av de intensivvårdsavdelningarna som deltog. Fysiska hot från patient och anhöriga förekom på 77% respektive 17% av intensivvårdsavdelningarna. Intensivvårdssjuksköterskorna som upplevt hot och våld från patienter eller anhöriga upplevde stress och depressiva problem som följd. Enligt Arbetarskyddsstyrelsens föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1)



skall miljöarbetet på en arbetsplats omfatta de psykologiska, fysiska och sociala faktorer som är av betydelse för arbetsmiljön. Arbetet skall även följas upp och ingå i den dagliga verksamheten. Arbetsgivaren är därför skyldig att utreda risker som finns för hot och våld och vidta åtgärder därefter. Åtgärder som utbildning, förbättringar av säkerhetsrutiner, förändringar på organisationsnivå eller anskaffning av tekniska hjälpmedel skall ske.

## **Vårdande relationer**

Vårdrelationen mellan patient och sjuksköterska utgörs av ett professionellt engagemang där patientens vård står i fokus och sjuksköterskan använder sig av sin personliga erfarenhet och kunskap för att vara närvarande. För att upprätthålla vårdrelationen krävs ett naturligt, reflekterande förhållningssätt. Det är viktigt att sjuksköterskan är medveten om sin kunskapsgrund. Vårdande relationer kan se olika ut i olika vårdssammanhang men avsikten är att patientens hälsoprocesser skall stödjas och stärkas (Dahlberg & Segesten 2010, ss. 190-191;195). Berg och Danielsson (2007) belyser den vårdande relationen ur både patientens och sjuksköterskans perspektiv. Enligt studien strävade båda parter efter att bilda tillit till varandra för att få en fungerande relation. Trots skapandet av tillit och omsorg från sjuksköterskorna upplevde patienterna en känsla av utsatthet. Genom att använda sig av den egna kompetensen för att skapa vårdande relationer minskade patienternas upplevelse av utsatthet.

## **PROBLEMFORMULERING**

Hot och våld är ett vanligt förekommande problem i dagens samhälle i Sverige men även internationellt. Detta är något som nu även präglar sjukvården. Inom Hälso- och sjukvården anmäls flest arbetsskador och sjukdomar till följd av hot och våld. Tidigare forskning har visat hur hot och våld påverkar verksamheten på akutmottagningar och inom psykiatrisk- och pre-hospital vård. Dock finns det få studier som undersökt hur hot och våld påverkar intensivvårdssjuksköterskor. Intensivvårdspersonal kan i dag tvingas att låsa dörrarna på avdelningarna och i vissa situationer krävs det att polis och väktare finns på plats, då det vårdas hotfulla och våldsamma patienter på avdelningen. Hur påverkar detta intensivvårdssjuksköterskors arbetsmiljö? Påverkar detta patientsäkerheten och vad innebär det för intensivvårdssjuksköterskor att arbeta under hot och våld?

## **SYFTE**

Syftet var att undersöka intensivvårdssjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av att arbeta under hot och våld.

# METOD

## Ansats

Utifrån syftet valdes en kvalitativ ansats. En kvalitativ design lämpar sig bäst då syftet är att undersöka enskilda individers upplevelser. Datainsamling skedde med hjälp av kvalitativa forskningsintervjuer (Polit & Beck 2017, s. 12, s. 507). Då inga tidigare publicerade studier i ämnet återfunnits inom detta område, där endast intensivvårdssjuksköterskans erfarenheter och upplevelser undersökts, ansågs detta som en lämplig forskning design (Kvale & Brinkmann 2014, s. 17).

## Urval

För att få ett bredare perspektiv av ämnet hot och våld utfördes intervjuerna på tre olika intensivvårdsavdelningar i tre olika regioner i Sverige. Inklusionskriterier för att delta i studien var att intervjupersonerna skulle vara intensivvårdssjuksköterskor med minst tre års erfarenhet av att arbeta inom intensivvård och de skulle ha upplevt hot och våld inom sitt arbete på IVA. För att få tillstånd och tillgång till intervjupersoner gjordes först en muntlig förfrågan via telefon till respektive vårdenhetschef och sedan skickades skriftlig information via e-post till verksamhetscheferna (Bilaga 1). Vid två av intensivvårdsavdelningarna valde vårdenhetschefen ut lämpliga deltagare och på den tredje gick informationsbrevet ut via ett veckobrev där intensivvårdssjuksköterskor som var intresserade av att delta kunde kontakta oss eller verksamhetschefen. På grund av att intresset på den sistnämnda avdelningen var lågt blev en intervjuperson tillfrågad personligen av författarna, medan den andra intervjupersonen kontaktades direkt. Därefter fick författarna namn och e-postadresser till de tillfrågade intervjupersonerna av respektive vårdenhetschef. Intervjupersonerna kontaktades individuellt via e-post där informationsbrevet var bifogat (Bilaga 2). Tid och plats för intervjuerna bestämdes sedan av respektive intervjuperson. Totalt intervjuades åtta sjuksköterskor, varav sju kvinnor och en man. De var mellan 29-62 år och hade arbetat inom intensivvård mellan 3-40 år. Ytterligare en sjuksköterska skulle ha intervjuats men fick förhinder och kunde inte delta.

Tabell 1. Demografiska data.

Intervjuperson	Kön	Ålder	Antal år inom intensivvård	Antal Specialistutbildningar
1	Kvinna	46	10	1
2	Kvinna	60	30	2
3	Man	35	7	1
4	Kvinna	32	3	1
5	Kvinna	47	18	1
6	Kvinna	29	3	1
7	Kvinna	62	40	1
8	Kvinna	41	7	1

## **Datainsamling**

Den kvalitativa forskningsintervjun (Kvale & Brinkman 2014, ss. 17-19) betraktas som ett vardagligt samtal mellan två parter. Men intervjun utgår också ifrån professionella erfarenheter som ger struktur och syfte till samtalet. Målet är att erhålla rika data som kan producera kunskap. Den kvalitativa forskningsintervjun är en vanlig datainsamlingsmetod inom kvalitativ forskning. Forskningsintervjuer kan genomföras på ett mer eller mindre strukturerat sätt. När specifik information önskas används oftast semistrukturerade intervjuer. Fördelarna med att använda denna typ av intervju, till skillnad från exempel fokusgruppsintervjuer, är enligt Polit och Beck (2017, s. 511) att intervjupersonerna vågar tala fritt om sina erfarenheter och upplevelser vilket kan vara svårt i grupp. Därav valdes semistrukturerade intervjuer med intervjuguide i detta examensarbete (Bilaga 4). Intervjuguiden är till för att leda intervjun men att ändå ge informanten möjlighet att tala fritt om de olika frågor som guiden innehåller (Polit & Beck 2017, ss. 510-511). De förbestämda frågorna ger forskaren möjlighet att vara följsam och ändra ordningen på sina teman utifrån undersökningspersonens berättelser, till skillnad från en intervju där en strikt struktur ges (Kvale & Brinkmann, 2014, ss. 165-166). Datainsamlingen utfördes veckorna 39-41 under hösten 2017 genom åtta kvalitativa semi-strukturerade forskningsintervjuer. Intervjuerna utfördes i ett avskilt samtalsrum på respektive intensivvårdsavdelning. Båda författarna var närvarande vid sex av de åtta intervjutillfällena. Två av intervjuerna utfördes av endast en av författarna. Vid de tillfällen där båda författarna deltog blev intervjupersonerna tillfrågade om det kändes bra att vi båda var närvarande. Intervjuerna inleddes med en kort muntlig presentation för att skapa en trygg och tillförlitlig miljö. Intervjuerna leddes av en av författarna medan den andra observerade och förde anteckningar. Samtliga intervjuer spelades in på band och pågick mellan 15-30 minuter. Efter varje intervju tillfrågades deltagarna om de hade något att tillägga eller om det fanns något de ville ändra.

## **Dataanalys**

Analysen av de transkriberade intervjuerna genomfördes med kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats som beskrivs av Elo och Kyngäs (2008). Induktiv metod används då det inte finns tillräckligt med tidigare forskning medan en deduktiv ansats kan användas när tidigare fakta önskas att testas (Elo & Kyngäs 2008). Resultatet av innehållsanalysen innebär att identifiera skillnader och likheter samt se mönster i texten. Målet är att författarna skall kunna identifiera en bredare och djupare beskrivning av det problem som undersöks. Det transkriberade materialet lästes flera gånger tills innehållet kunde återberättas utan problem. Syftet var att få djupare förståelse av materialet och att kunna identifiera mönster i texten. Meningsbärande enheter valdes ut ur det transkriberade materialet. Det meningsbärande enheterna kondenserades och koder framkom. Koder som innehöll likheter och olikheter kombinerades för att skapa subkategorier. Sju subkategorier utformades och bildade två huvudkategorier (Elo & Kyngäs 2008).

Tabell 2. Exempel på analysprocessen.

<b>Meningsbärande enhet</b>	<b>Kondensering</b>	<b>Kod</b>	<b>Subkategori</b>	<b>Huvudkategori</b>
dom är jätterädda patienter och anhöriga. De är rädda för att de skall hända deras anhöriga något som ligger i sängen bredvid	Medpatienter och anhöriga har berättat att de upplever rädsla att det skall hända dom något	Medpatienters och närståendes rädsla och oro	Medpatient och närstående berörs av hot och våld	Hot och våld väcker starka känslor

## **Etiska övervägande**

Helsingforsdeklarationen (2008) betonar att all forskning som involverar människor skall ta hänsyn till människors välbefinnande och hälsa. Forskningen får därmed aldrig prioriteras framför människans välbefinnande. Detta examensarbete utfördes inom ramen för högskoleutbildning på avancerad nivå och krävde inte prövning och inget godkännande från forskningsetisk kommitté. Trots detta har författarna noggrant övervägt etiska aspekter och omständigheter kopplat till olika moment inom vår aktuella forskningsprocess (SFS 2003:460). Enligt Polit och Beck (2017, s. 137) skall etiskt övervägande alltid ske när människor är involverade i studien. Fyra grundläggande etiska principer (Kvale & Brinkman 2014, ss. 107-114) har legat till grund för utförandet av detta examensarbete tillsammans med riktlinjer från Helsingforsdeklarationen (2008) och Vetenskapsrådet (2015). Dessa principer är informerat samtycke, konfidentialitet, konsekvenser och forskarens roll (Kvale & Brinkman 2014, ss. 107-114).

Informerat samtycke innebär att författarna förklarar för intervjupersonerna risker och fördelar med att delta i studien (Kvale & Brinkman 2014, s. 107). Samtliga deltagare fick ett informationsbrev via e-post som inkluderade en beskrivning av syftet med examensarbetet, hur datainsamlingen skulle ske och hur deras identitet skulle skyddas i samband med analysprocessen. Intervjupersonerna fick underteckna ett informerat samtycke att de hade tagit del av informationen (Bilaga 3). Helsingforsdeklarationen (2008) påtalar att informerat samtycke skall vara baserat på frivillighet och att intervjupersonen när som helst kan ta tillbaka sitt samtycke. Godkännande och samtycke från verksamhetschefen och samtliga informanter gavs både muntligt och skriftligt innan intervjuprocessen påbörjades. För att bevara konfidentialitet och anonymitet tilldelades intervjupersonerna ett nummer vid transkriberingen. Anonymitet är viktig för att skydda både informanterna och författarna (Polit & Beck 2017, s. 147; Vetenskapsrådet 2015). Det transkriberade materialet avkodades också så att arbetsplats och identitet inte kunde härledas så att utomstående personer inte kunde identifiera eller komma åt uppgifterna (Vetenskapsrådet 2015). Det transkriberade materialet förvarades i ett låst utrymme som endast författarna hade tillgång till.

## RESULTAT

Intensivvårdssjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av att arbeta under hot och våld presenteras i två huvudkategorier med sju tillhörande subkategorier. För att styrka resultatet redovisas citat under varje subkategori. Hot och våld förekom på samtliga intensivvårdsavdelningar och beskrevs i form av både verbala hot och fysiskt våld. Hotet och våldet som beskrevs kunde uppstå från både patient och anhörig. Verbala hot var mest förekommande. Intensivvårdssjuksköterskorna beskrev hot som en verbal handling medan våld beskrevs som en fysisk handling.

Tabell 3. Beskrivning av huvudkategorier och subkategorier

Huvudkategori	Subkategori
<b>Hot och våld väcker starka känslor</b>	Att vara rädd
	Att vara utsatt
	Närstående kan skapa oro
	Medpatient och närstående berörs av hot och våld
<b>Strategier och resurser</b>	Stöd och säkerhet från omgivningen
	Att vara steget före
	Avsaknad av utbildning och bristande uppföljning

### Hot och våld väcker starka känslor

Intensivvårdssjuksköterskorna beskrev att de upplever ett flertal känslomässiga reaktioner då de utsattes för hot och våld. De beskrev även att närstående ibland kunde ses som ett hinder i arbetet, samtidigt som både de och medpatienter påverkades av hotfulla och våldsamma situationer.

#### Att vara rädd

Verbala hot som exempelvis svordomar och könsord från patienter och anhöriga väckte i första hand ilska, men övergick ibland till rädsla. Vid väckning efter exempelvis kirurgiska ingrepp eller i samband med extubering var verbala hot vanligt förekommande. Vid dessa tillfällen beskrevs tillgång till olika sorters sederande läkemedel som en trygghet i att kunna få kontroll över situationen. I samband med situationer, där verbala hot förekom, beskrev intensivvårdssjuksköterskorna att rädslan uppstod först, men att rädslan sedan övergick till att vara förbannad och visa versa. I situationer där fysiskt våld från patient förekom, i form av till exempel sparkar och slag, upplevdes rädsla och direkt

chock. De kände rädsla för att själva bli fysiskt skadade, men även för att deras kollegor skulle drabbas. Detta beskrevs som plikt känsla och ansvar gentemot sina kollegor och ökade deras rädsla ytterligare. Intervjupersonerna beskrev plikt känsla även gentemot patienten;

*”...ja ger fan i, jag skiter i dig tänker man ju...beter man sig så så är man inte värd att få vård på nått vis, sen har man ju en plikt känsla att man vill ju ändå vårda...”*

Vidare talade intensivvårdssjuksköterskorna om att när de blev utsatta för hotfulla eller våldsamma situationer på arbetsplatsen kunde rädsla uppstå även i hemmet. De beskrev att de inte kände sig rädda för att gå till arbetet men att känslan kunde kvarstå vid arbetes slut. Intervjupersonerna sa att det även krävdes ett säkerhetstänkande kring att personalen kunde utsättas för hot och våld på väg till eller från arbetet, exempelvis i parkeringshusen.

### **Att vara utsatt**

Känslor av utsatthet framkom också i samband med hot och våld. På samtliga intensivvårdsavdelningar där intervjuerna genomfördes vårdades två patienter av en intensivvårdssjuksköterska och en undersköterska. Intervjupersonerna beskrev att de ofta arbetade ensamma inne på patientrummet vilket gjorde att de kunde känna sig utlämnade och utsatta. När de arbetade nattpass kändes de extra utsatta då det innebar mer ensamarbete. Vidare beskrev intervjupersonerna att de tog av sig sina namnskyltar när de vårdade hotfulla och/eller våldsamma patienter för att de inte skulle få tillgång till deras fullständiga namn. Trots detta kunde patienterna genom 1177 få tillgång till för- och efternamn på ansvarig personal genom att läsa sin journal hemifrån. Intensivvårdssjuksköterskorna talade om att detta skapade känslor av utsatthet och otrygghet då patienterna hade tillgång till denna information. De oroade sig, då risken fanns att de kunde bli uppsökta utanför arbetsplatsen.

*” Ni vet väl att man hemifrån kan öppna upp sin journal och läsa och där står det mitt namn och vad jag har skrivit och allting... det gör ingenting att folk kan läsa, utan det första som kom upp var att tänk på dom som sitter, som hotar oss och sitter och läser ”*

### **Närstående kan skapa oro**

Oro och osäkerhet beskrevs av intensivvårdssjuksköterskorna när ett stort antal närstående befann sig utanför IVA när det exempelvis vårdades en skottskadad patient på avdelningen. Trots att personalen försökte begränsa antalet besökare till två åt gången förekom det tillfällen när de anhöriga släppte in varandra. Ett stort antal närstående och deras brist på respekt för personalens arbete och avdelningens regler uppfattades som något som påverkade personalen och patientvården. Att ständigt bli avbruten, besvara frågor från anhöriga och behöva avvisa anhöriga uttrycktes som tidskrävande, stressande och som något som tog tid från patientvården. Intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att detta ibland ledde till att patienten fick sämre vård. Intervjupersonerna beskrev också att närstående kunde uttrycka frustration eller missnöjdhet i samband med vårdandet av deras anhöriga. I dessa situationer upplevdes detta ibland som hotfullt.

*”Jag skulle nästan säga att de får sämre vård deras anhöriga, för man hinner inte...man hinner bara prata och försöka hålla dom borta från rummet..”*

Trots att hot och våld förekommer på IVA och framkallar starka känslor av rädsla, ilska, otrygghet och utsatthet påtalade intensivvårdssjuksköterskorna att verksamheten kändes tryggare jämfört med exempelvis situationer på akutmottagningar och inom psykiatrisk vård. De beskrev IVA som en skyddad verksamhet då avdelningen är låst och anhöriga enklare kan begränsas.

*”intensiven som sådan är ju ganska skyddad verkstad...”*

### **Medpatient och närstående berörs av hot och våld**

Intervjupersonerna påtalade att det fanns risk för att medpatienter och anhöriga kunde utsättas för våldsamma och hotfulla situationer. Intensivvårdssjuksköterskorna berättade att vid återbesöksmottagningen framkom det att vissa patienter och anhöriga kände sig rädda. De beskrev även att en del medpatienter hade uttryckt sin rädsla när de vårdades bredvid en patient som uppträdde hotfullt eller våldsamt mot personalen. Vidare berättade intervjupersonerna att medpatienter som vårdades postoperativt hade uttryckt att de kände sig utsatta för att de inte kunde förflytta sig utan hjälp. När patienten gapade, skrek eller uppträdde hotfullt kunde medpatienterna och deras anhöriga känna obehag. Intensivvårdssjuksköterskorna uttryckte då att anhöriga till medpatienter försökte skydda sina anhöriga när patienten bredvid uppträdde hotfullt eller våldsamt. I en situation när en drogpåverkad patient började kasta och sparka sönder saker beskrev intervjupersonen att anhöriga försökte skydda medpatienten genom att ställa sig i vägen.

*”Det var anhöriga inne till hon som låg i respirator också ... och försökte skydda sin mamma eller vem det nu var”.*

Det fanns önskemål hos intensivvårdssjuksköterskorna om att hotfulla och våldsamma patienter inte skulle vårdas tillsammans med andra patienter utan vårdas på enkelrum med avsatt personal.

### **Strategier och resurser**

Intensivvårdssjuksköterskorna beskrev att de använde sig av olika strategier och resurser för att förhålla sig till hot och våld. Dessa uttrycktes som ett stöd då de utsattes för hotfulla och våldsamma situationer.

### **Stöd och säkerhet från omgivningen**

På samtliga sjukhus där intervjuerna utfördes fanns väktare att tillgå och polis tillkallades vid behov. Intensivvårdssjuksköterskorna berättade att tillgången till väktare dygnet runt upplevdes som en trygghet. Dock beskrevs trygghetskänslan större när polisen var närvarande. Det fanns önskan att tidigt få mer information om patienten som vårdades innan de anlände till IVA ifrån exempelvis akutmottagningens personal, polis eller annan vårdenhet. Intervjupersonerna uppgav att tillgång till denna information hade kunnat hjälpa personalen att vara mer förberedda. Väktare och/eller polis hade då kunnat

tillkallas i ett tidigare skede. Intensivvårdssjuksköterskorna nämnde att med denna åtgärd kunde de känna sig mer trygga med att vårda patienter med känd våldsbenägenhet.

God kommunikation med polis ansågs vara viktig. Intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att kommunikationen och stödet från polisen fungerade väl, men att stödet från polis behövdes i större utsträckning då väktare inte hade lika stor befogenhet. Vidare berättade de att kommunikationen med polisen kunde förbättras och att det skulle kännas tryggare att ha polisen mer närvarande. När exempelvis skottskadade patienter eller patienter med annan känd hotbild anlände till IVA, beskrev intensivvårdssjuksköterskorna att polisen ibland medföljde patienten. När detta skedde upplevdes det som en trygghet både för patienten och personalen. I de situationer där stort antal anhöriga medföljde till IVA kunde polisen även vara till hjälp med att avvisa och förhindra dem från att komma in på avdelningen. På intensivvårdsavdelningarna kunde de anhöriga tilldelas en sifferkod om det exempelvis fanns en känd hotbild mot patienter eller personal. Denna kod användes även när anhöriga ringde eller skulle besöka patienten. Detta upplevdes som ytterligare trygghet och stöd för intensivvårdssjuksköterskorna och övrig personal.

*”Jag kan uppleva att det känns tryggt för polisen är ju liksom här för att skydda mig och patienten då”*

När hotfulla eller våldsamma händelser hade skett upplevde intensivvårdssjuksköterskorna stort kollegialt stöd. Stöd från andra intensivvårdssjuksköterskor, undersköterskor samt läkare beskrevs och i vissa fall stöd från närmsta chefer. Att kunna samtala med sina kollegor, ventilera och få utlopp för sina känslor upplevdes som ytterligare trygghet.

För att försöka skapa en säkrare arbetsmiljö var dörrarna till IVA låsta och kameror uppsatta utanför entrén. Patientrummen var utrustade med egna telefoner och larm knappar. Intervjupersonerna fann också trygghet i att vara fler antal personer på patientsalen. De belyste att på vissa akutmottagningar och inom psykiatrisk vård hade personalen larm på sig under arbetspasset. Detta förekom dock inte på IVA men var något som intensivvårdssjuksköterskorna ansåg kunde behövas.

### **Att vara steget före**

Intensivvårdssjuksköterskorna beskrev att de anpassade sina arbetsuppgifter och arbetssätt när de vårdade kända våldsbenägna patienter för att försöka ligga steget före. Vissa sjuksköterskeuppgifter utfördes snabbare och omvårdnadsarbetet påskyndades på grund av att de kände sig stressade. De berättade även att de ibland var återhållsamma med information som gavs till patient och anhöriga som tidigare uppträtt hotfullt. De uttryckte också att de anpassade samtalen med patienterna och anhöriga genom att tänka på hur och vad de sade för att inte skapa ytterligare konflikter.

Intervjupersonerna talade om en situation där de förvarnades att de skulle vårda en känd våldsam patient efter kirurgiskt ingrepp. Förberedelser gjordes genom att bestämma var patienten skulle ligga på uppvakningsavdelningen redan innan patienten anlände. När patienten väl ankom hade medicinsk övervakning reducerats. Endast SPO2 klämman



användes för att minimera risken att patienten skulle vakna för tidigt eller bli våldsam vid uppvaknandet. Intensivvårdssjuksköterskorna belyste att hantera patienten på detta sätt är avvikande från normala rutiner men att vårdandet anpassades utefter situationen. Det beskrevs att vissa patienter kunde bli hotfulla när personalen inte gjorde som de ville, exempelvis när de bad om smärtstillande läkemedel, trots att det bedömdes att det inte fanns ett behov. Smärtlindring kunde ges ändå av intensivvårdssjuksköterskorna då de kände sig hotade.

*”ja menar vi har som rutin att alla patienter skall kissa innan dom går från post-op...de här är kanske inte en patient som man alltid ser till kissar innan de går hem för man vill ju ha ut dom så snabbt som möjligt så att det inte skall bli någon situation av det liksom”*

### **Avsaknad av utbildning och bristande uppföljning**

Intensivvårdssjuksköterskorna beskrev att de inte erbjöds eller hade tillgång till någon utbildning inom hot och våld på IVA. Avsaknaden av kunskap inom hot och våld ansågs resurs- och tidskrävande och något som påverkade säkerheten. Intensivvårdssjuksköterskorna påpekade dock att inom psykiatrisk vård fick personalen utbildning inom ämnet men att detta saknades på IVA. De berättade att på en utav sjukhusets psykiatriska avdelningar erbjöds personalen både teoretisk och praktisk utbildning. Den teoretiska utbildningen gav tips på hur olika kroppsställningar och kroppsspråk kunde påverka patienten medan den praktiska delen bestod av att träna självförsvar. Genom att alla i personalen hade fått likvärdig utbildning upplevde intervjupersonerna att det var lättare att veta vad de skulle göra när hotfulla och våldsamma situationer uppstod, vilket skapade större säkerhet. I flera situationer där fysiskt våld uppstod fick intervjupersonerna hjälp med att göra polisanmälan. Intensivvårdssjuksköterskorna berättade att när dessa händelser hade skett lyftes detta inte med resten av arbetsgruppen. Inga uppföljningar gjordes, varken på arbetsplatsen eller på organisationsnivå. De önskade att någon slags uppföljning skulle gjorts och även att de hade förts diskussioner i arbetsgruppen för att belysa ämnet.

Riktlinjer och rutiner om hot och våld fanns på samtliga avdelningar och fanns tillgängliga via intranätet. På vissa avdelningar fanns rutinerna uppsatta på väggen och på en avdelning fanns en hot- och våld pärm. Innehållet i pärmen ansågs dock sparsamt då det endast innehöll telefonnummer till väktare och polis. På en intensivvårdsavdelning beskrevs det att diskussioner kring hot och våld lyftes på lagmöten, medan på en annan saknades det helt. Intensivvårdssjuksköterskorna önskar att ämnet hot och våld skulle belysas oftare på arbetsplatsen och på organisationsnivå, inte enbart när specifika händelser skedde, utan som ett kontinuerligt samtalsämne.

*”Jag tror många gånger att det måste hända någonting liksom handgripligen, att någon verkligen får ett slag för att det skall bli någonting utav det”*

# DISKUSSION

## Metoddiskussion

Syftet med examensarbetet var att undersöka intensivvårdssjuksköterskors enskilda upplevelser och erfarenheter. Därav ansågs den kvalitativa metoden mest lämplig att använda (Kvale & Brinkmann 2014, s. 17). När litteratursökningen genomfördes fann författarna inga svenska publicerade studier. Då det inte fanns tillräckligt med tidigare forskning om fenomenet valdes kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats (Elo & Kyngäs 2008). Kvantitativ ansats ansågs också ha kunnat ge intressant material om syftet exempelvis varit att påvisa hur ofta fenomenet förekom. Dock önskades en djupare förståelse och beskrivning av upplevelser och erfarenheter (Kvale & Brinkmann 2014, s. 47; Polit och Beck, s. 11).

Datainsamlingen skedde med hjälp av kvalitativa semistrukturerade forskningsintervjuer. Denna intervjuform valdes för att intervjupersonerna skulle kunna berätta fritt och med egna ord om sina upplevelser och erfarenheter av att arbeta under hot och våld (Polit & Beck 2017, s. 510). Användning av fokusgrupper i stället för enskilda intervjuer var något som också diskuterades. Fördelarna med fokusgrupper hade kunnat vara att intervjupersonerna kände större trygghet i att dela med sig inför andra som varit utsatta för liknande situationer (Kvale & Brinkman 2014, s. 191). Nackdelen är dock att vissa människor kan känna sig obekväma att prata om sina upplevelser och erfarenheter i grupp (Polit & Beck 2017, s. 511). Därför valdes enskilda intervjuer för att få så innehållsrikt material som möjligt och för att intervjupersonerna skulle känna sig trygga. Intervjuerna utfördes för- eller efter arbetstid, förutom en intervju som utfördes under pågående arbetspass på en tom patientsal. Polit och Beck (2017, s. 509) betonar vikten av att utföra intervjuerna i en tyst och lugn miljö för att få ut så mycket som möjligt av varje intervju. Under intervjun som utfördes på arbetspasset förekom det flera avbrott. Detta anses ha kunnat påverka kvalitén av intervjun och även materialet.

## Urval och trovärdighet

Inom kvalitativ forskning är det viktigt att författarna tydligt beskriver analysprocessen, steg för steg, för att läsaren enkelt skall kunna följa analysen. För att öka tydligheten, och därmed trovärdigheten, kan resultatet styrkas med citat (Elo & Kyngäs 2008). Elo och Kyngäs (2008) innehållsanalys med induktiv ansats användes. Syftet med dataanalysen var att organisera, skapa struktur och tolka stora mängder data. På grund av mängden insamlade data upplevdes det svårt att organisera data och skapa kategorier (Polit & Beck 2017, ss. 530-531). Diskussion kring att använda en tematisk analys, i stället för innehållsanalys, fördes då det möjligtvis hade förenklat analysprocessen (Braun & Clarke 2006).

Åtta intervjuer önskades utföras, på två olika sjukhus, då det var viktigt att få ett brett perspektiv och så innehållsrikt material som möjligt (Dahlberg, Dahlberg & Nyström 2008, s. 175). På grund av bristande intresse från personalen på ett av sjukhusen och bortfall av en intervjuperson från det andra, kontaktades ett tredje sjukhus, för att uppnå det önskade antalet intervjupersoner. Totalt utfördes åtta intervjuer, på tre olika sjukhus.

Maximal variation i urvalet av intervjupersoner förbättrar tillförlitligheten och därmed trovärdigheten av studien (Polit & Beck 2017, ss. 558-559). Endast intensivvårdssjuksköterskor med tre års erfarenhet inkluderades då det var viktigt att intervjupersonerna hade rikliga erfarenheter som motsvarade examensarbetets syfte. Det övervägdes att inkludera undersköterskor då detta ansågs kunna ge examensarbetet ett bredare perspektiv. Dock var författarna endast intresserade av intensivvårdssjuksköterskans upplevelser och erfarenheter därav exkluderades undersköterskor. Sammansättningen av intervjupersonerna ansågs ge tillräckligt med värdefull information till det genomförda examensarbetet. Variation fanns vad gäller intervjupersonernas ålder, erfarenhet av intensivvård samt att de arbetade på tre olika sjukhus. På grund av liten variation avseende kön är visst material utelämnat i resultatet. Detta var en mycket liten del och beslutet syftade till att bevara intervjupersonens anonymitet så att innehållet i intervjuerna inte kunde härledas till den manliga intervjupersonen. Författarna har diskuterat att om variation vad gäller kön hade funnits med i inklusionskriterierna så hade materialet möjligtvis fått större bredd. Vi anser dock inte att trovärdigheten i resultatet minskades.

### **Förförståelse**

Ingen av författarna har varit utsatta för hot och våld på en intensivvårdsavdelning. Därav ansågs detta inte kunna påverka intervjuprocessen eller innehållet i analysen. Båda författarna var närvarande vid sex av de åtta intervjutillfällena. Två av intervjuerna utfördes dock av endast en av författarna då den andre hade en personlig relation till en av intervjupersonerna (Dahlberg, Dahlberg & Nyström 2008, ss. 160-164). Vid de tillfällen där båda författarna deltog blev intervjupersonerna tillfrågade om det kändes bra att vi båda var närvarande. Detta gjordes för att intervjupersonerna inte skulle känna sig i underläge. Att skapa en relation där intervjupersonerna känner sig trygga är viktigt för att de skall kunna delge sina personliga och privata upplevelser och erfarenheter (Polit & Beck, 2017, s. 507; Nunkoosing 2005) i detta fall gällande hot och våld. Författarna var medvetna om att ämnet kunde väcka starka och obehagliga känslor hos intervjupersonerna. Inför utförandet av en kvalitativ studie är det forskarens ansvar att överväga eventuella konsekvenser för informanterna då känslig information kan framkomma under intervjuerna (Kvale & Brinkman 2014 s. 110). Detta var något som togs hänsyn till under genomförandet av alla intervjuerna och samtliga intervjupersoner hade möjlighet att avbryta deltagandet när som helst.

### **Resultatdiskussion**

Resultatet visar att intensivvårdssjuksköterskors upplevelser och erfarenheter skapar starka känslor i samband med att bli utsatta för hot och våld. Dessa känslomässiga reaktioner uttrycktes i form av rädsla, utsatthet och oro för anhöriga och medpatienter. De belyser även att anhöriga och närstående tar plats och kan påverka arbetet och patientvården. Ytterligare beskrivs det att olika strategier används för att göra arbetet så patientsäkert som möjligt och att tillgång till olika resurser krävs för att uppnå detta. Då syftet med examensarbetet var att undersöka intensivvårdssjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av att arbeta under hot och våld och resultatet tydligt beskriver olika känslor och erfarenheter, anser vi att resultatet svarar väl på syftet.

## Hot och våld väcker starka känslor

Hester, Harrelson och Mongo (2016) beskriver att hot och våld är i dag är vanligt förekommande inom hälso- och sjukvården och att all personal kan utsättas. Vidare påtalar studien att sjuksköterskor är extra utsatta eftersom de är de som arbetar närmast patienten. Examensarbetets resultat belyser att intervjupersonernas känslomässiga reaktioner påverkar deras arbete men även patientvården. Deans (2004) beskriver att hot och våld påverkar sjuksköterskor fysiskt, psykiskt och socialt. Detta leder till att de upplever nedsatt koncentration, sämre motivation och minskad arbetsglädje. I Deans (2004) studie beskrivs sjuksköterskorna som oförberedda, både professionellt och emotionellt för att kunna hantera dessa situationer. Detta anser vi kunna påverka intensivvårdssjuksköterskors sätt att vårda patienterna eftersom när rädsla uppstår är det svårt för intensivvårdssjuksköterskorna att behålla fokus och koncentrera sig på patientarbetet.

Resultatet beskriver att intensivvårdssjuksköterskor upplever en plikt känsla gentemot sina kollegor och är rädda att även dem skulle utsättas för hot och våld. Deans (2004) påtalar att brist på kollegialt stöd minskar självförtroendet och ökar sjuksköterskors känslor av rädsla. Vårt resultat påvisar dock att intervjupersonerna upplever ett stort kollegialt stöd, men trots detta upplevde de rädsla.

Ensamarbete präglar arbetet på intensivvårdsavdelningarna och bidrar till att intervjupersonerna kände sig utsatta i samband med hotfulla och våldsamma situationer. Resultatet belyser att nattarbete är något som ökade känslan av utsatthet vilket styrks i en studie gjord av Camerino et al (2007). Trots att intensivvårdsavdelningar är tätt bemannade anser vi att det är viktigt att bemanningen ökas vid vård av våldsamma och hotfulla patienter, så att patienterna såväl personalen inte blir mer lidande.

I resultatet framkom det att intervjupersonerna försökte att dölja sin identitet genom att ta av sig sina namnskyltar när de vårdade hotfulla och våldsamma patienter. Ett tillägg i Patientdatalagen (SFS 2008:355) ger i dag patienter och närstående tillgång till all information som dokumenteras av legitimerad sjukvårdspersonal. Detta innebär att patienter och deras närstående kan öppna sin journal hemifrån där de kan läsa intensivvårdssjuksköterskornas fulla namn. Det beskrivs att tillägget i lagen gjordes för att öka patientens delaktighet i vården och öka patientsäkerheten (Hoffmann & Magnusson 2015). Vi anser dock att detta utgör en större risk för att den enskilde vårdaren skall utsättas för hot och våld då specifika åtgärder som dokumenterats kan härledas direkt till intensivvårdssjuksköterskan.

Intervjupersonerna berättar att stora antal närstående anses påverka utförandet av arbetet och vården som ges till patienterna. I vissa situationer upplevs närstående som ett större hinder än en tillgång. Tidigare forskning gjord av McConnel och Moroney (2015) visar att det är viktigt att inkludera närstående i patientvården då detta exempelvis bidrar till snabbare återhämtning. När anhöriga uppträder hotfullt, exempelvis när de skriker och gapar åt personalen, leder deras närvaro ibland till att sjuksköterskorna tvingas utföra sina arbetsuppgifter snabbare. Detta leder till att närståendes deltagande i vården oftast blir ändå mindre. Mcadam, Dracup, White, Fontaine, Runtillo (2010) beskriver att närstående

till kritisk sjuka patienter upplever ångest, depression och rädsla för att deras närstående inte skall överleva och att dessa känslor kan leda till att de kan bli utåtagerande och ställer högre krav på personalen. Vi anser att detta kan vara bidragande orsak till närståendes missnöjdhet och till att de ibland upplevs hotfulla mot intensivvårdssjuksköterskorna som vårdar deras anhöriga. Därav anses det viktigt att även närstående får emotionellt stöd under tiden deras anhörig vårdas på IVA, vilket Mcadam et al. (2010) påtalar i sin studie. Studien påvisar även att det är viktigt för intensivvårdssjuksköterskan att vara medveten om närståendes känslor och erbjuda dem exempelvis kuratorstöd.

Trots att anhöriga kan skapa oro och ses som ett hinder i vården beskriver intervjupersonerna att både närstående och medpatienter berörs av hot och våld. Intervjupersonerna uttrycker att de upplever att anhöriga och medpatienter påverkas då det vårdas hotfulla och/eller våldsamma patienter på samma sal. I en tidigare studie gjord av Fridh, Forsberg och Bergbom (2007) påtalas vikten av enkelrum vid vård i livets slut, för att ge den döende patienten och dennes anhöriga en lugn och fridfull miljö att ta avsked. Trots att studien belyser vikten av att patienter vårdas på enkelrum är detta fortfarande något som sällan förekommer inom intensivvård i Sverige. Inom dagens intensivvård ges enkelrum i första hand till patienter med smittsamma sjukdomar (SOSFS 2015:168). I resultatet framkom det ett önskemål från intervjupersonerna att hotfulla och våldsamma patienter skulle vårdas på enkelrum, för att minimera risken för att medpatienter och anhöriga skulle påverkas. För att skapa en bättre vårdmiljö, för både intensivvårdssjuksköterskor, patienter och närstående anser vi att enkelrum bör erbjudas i större utsträckning. För att detta skall kunna tillämpas anser vi att utrymmena på avdelningen bör utnyttjas bättre och personalbristen bör ses över.

### **Strategier och resurser**

Resultatet visar att vissa strategier och resurser krävdes för att intensivvårdssjuksköterskor skulle kunna förhålla sig till hot och våld. Ett bra samarbete och stöd från polis och kollegor upplevdes som viktigt. Polisens närvaro uppskattades av intensivvårdssjuksköterskorna och upplevdes som ett stort stöd. De beskrev att polisens närvaro skapade trygghet som de inte upplevde när de var frånvarande eller när endast väktare var på plats. Intervjupersonerna uttryckte vikten av att känna sig trygga på sin arbetsplats då otrygghet ansågs bidra till sämre patientvård. En trygg arbetsplats ökar sjuksköterskors engagemang vilket kan ge förbättrad patientvård och patientsäkerhet (Spence & Leiter 2006; Stone & Gershon 2006). För att även patienter skall känna sig trygga är det viktigt att sjuksköterskan kan bidra med bästa möjliga vård. Wassenaar, Shouten och Schoonhoven (2014) belyser i sin studie att det är viktigt att sjuksköterskorna kan utföra sitt arbete på bästa sätt då detta leder till att även patienterna upplever trygghet. När patienter känner sig trygga stimulerar detta till bättre återhämtning, minskar oro och stress och förbättrar helhetsvården kring patienten. Ökad patientsäkerhet på intensivvårdsavdelningar anses öka kvalitén av vården som ges (Stone & Gershon 2006).

Intensivvårdssjuksköterskorna beskrev att de saknar utbildning inom hot och våld. De berättade att om det hade haft utbildning och mer kunskap kring detta hade det möjligtvis kunnat påverka deras sätt att vårda patienterna och att känna sig tryggare i sitt arbete. Vi anser att med ökad utbildning och kunskap skulle sjuksköterskorna kunna vara mer förberedda på hur man hanterar dessa situationer. Hester, Harrelson och Mongo (2016)

beskriver att vara förberedd på hotfulla och våldsamma situationer är det första steget till att minska utsattheten för personalen. Enligt Hester, Harrelson och Mongo (2016) har arbetsgivaren en skyldighet att se till att det finns utbildning och kunskap för att förebygga hotfulla och våldsamma situationer.

Utöver utbildning fanns det ett önskemål hos intervjupersonerna att ämnet hot och våld skulle belysas på organisationsnivå. Intensivvårdssjuksköterskorna ansåg att de oftast har stöd från närmsta chefer när hot och våld förekom på avdelningarna. Dock upplevde de lite stöd från övriga organisationen. Wolf, Delao och Perhats (2014) beskriver att trots stöd från närmsta chefer så kunde organisationen ses som ett hinder vid exempelvis anmälningar av olika händelser. När intervjupersonerna tillfrågades om vilket stöd de upplevde från organisationen hade de svårigheter att besvara frågan. Flertal studier nämner att när sjuksköterskor gjorde anmälningar fokuserade cheferna mer på hur detta kunde ses utåt sett i stället för att se hur det påverkade sjuksköternas välbefinnande (Wolf, Delao & Perhats 2014; Deans 2004). Vidare beskriver Deans (2004) att vissa sjuksköterskor undvek att göra anmälningar för att deras kompetens inte skulle ifrågasättas. Trots att intervjupersonerna upplevde stöd från närmsta chefer anser vi att ytterligare stöd från organisationen kan leda till ökad trygghet och välbefinnande för personal som utsätts för hot och våld.

## **SLUTSATS OCH KLINISKA REKOMMENDATIONER**

I resultatet framkom det tydligt att både personalen, arbetet, miljön, medpatienter och närstående påverkas av hot och våld. Det var även tydligt att det krävs ytterligare kunskap inom det belysta området för att kunna förbättra arbetsmiljön och öka patientsäkerheten i framtiden. Vi ger följande förslag för att stödja intensivvårdssjuksköterskor i mötet med hot och våld samt att främja arbetsmiljön:

- Kända våldsbenägna patienter eller patienter som tros kunna bli våldsamma bör vårdas på enkelrum med avsatt personal.
- Våldsamma patienter kräver en högre personaltäthet för att vårdpersonalen inte skall vara ensamma och på det sättet kunna uppleva en ökad trygghet.
- Arbetsgivaren bör implementera innehåll i internutbildningar om hot och våld till samtliga anställda på intensivvårdsavdelningarna i Sverige. Utbildning inom hot och våld bör även ingå i introduktionen för all nyanställd personal.
- Ämnet hot och våld bör belysas i större utsträckning för att synliggöra problemet, kunna skapa riktlinjer och rutiner därefter och förbättra arbetsmiljön.

Dessa rekommendationer anses bidra till en bättre arbetsmiljö och förbättring av patientsäkerheten. Då de i dag råder brist på intensivvårdssjuksköterskor anses det relevant att skapa bättre arbetsmiljö för att intensivvårdssjuksköterskor skall vilja stanna kvar på sin nuvarande arbetsplats. En trygg och säker arbetsmiljö bidrar även till god

hälsa hos personalen vilket kan leda till färre sjukskrivningar. Detta bidrar till hållbar utveckling då kompetensen på intensivvårdsavdelningarna bibehålls och personalomsättningen minskar, vilket bidrar till lägre samhällskostnader. Examensarbetet bidrar till en ökad förståelse av intensivvårdssjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av att arbeta under hot och våld. Då denna studie var bland det första i Sverige som gjordes ur intensivvårdssjuksköterskors perspektiv bör ytterligare forskning göras inom ämnet. Vår rekommendation är att undersöka detta fenomen utifrån medpatienter eller närståendes perspektiv.

## REFERENSER

Abdi, Z., Delgoshaei, B., Ravaghi, H., Abbasi, M. & Heyrani, A. (2015). The culture of patient safety in an Iranian intensive care unit. *Journal of Nursing Management*, 23(3), ss. 333-345.

AFS 2001:1. *Systematiskt arbetsmiljöarbete-Arbeitsmiljöverkets föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete och allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna*. Stockholm: Arbetsmiljöverket

Avander, K., Heikki, A., Bjerså, K. & Engström, M. (2016). Trauma nurses' experience of workplace violence and threats: Short- and long- term consequences in a swedish setting. *Journal of Trauma Nursing*, 23(2), ss. 51-57.

Ballangrud, R., Hedelin, B. & Hall-Lord, M.L. (2012). Nurses' perceptions of patient safety climate in intensive care units: A cross- sectional study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 28(6), ss. 344-354.

Berg, L. & Danielsson, E. (2007). Patients' and nurses' experiences of the caring relationship in hospital: an aware striving for trust. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(4), ss. 500-506.

Berland, A., Natvig, G. & Gundersen, D. (2008). Patient safety and job-related stress: A focus group study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24(2), ss. 90-97.

Braun, V. & Clarke, V., (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), ss.77-101.

Camerino, D., Estryng-Behar, M., Maurice Conway, P., van Der Heiden. & Hasselhorn, H-M. (2007). Work-related factors and violence among nursing staff in the European next study: A longitudinal cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(1), ss. 35-50.

Dahlberg, K., Dahlberg, H. & Nyström, M. (2008). *Reflective lifeworld research*. Lund: Studentlitteratur.

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa & vårdande: I teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Deans, C. (2004). Who cares for nurses? The lived experience of workplace aggression. *Collegian*, 11(2), ss. 32-36.

Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), ss. 107-115.

Fridh, I., Forsberg, A. & Bergbom, I. (2007). End-of-life care in intensive care units-family routines and environmental factors. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(1), ss. 25-31.



Gates, D., Gordon, G. & Succop, P. (2011). Violence Against Nurses and its Impact on Stress and Productivity. *Nursing Economics*, 29(2), ss 59-67.

Hallberg, U. (2011). *Kunskapsöversikt - Hot och våld inom vård och omsorg*. (Rapport 2011:16). Stockholm: Arbetsmiljöverket.  
<https://www.av.se/arbetsmiljoarbete-och-inspektioner/kunskapssammanstallningar/hot-och-vald-inom-var-d-och-omsorg-rap-201116-kunskapssammanstallning/> [2017-11-14]

Helsingforsdeklarationen (World Medical Association Declaration of Helsinki). (2008). *Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*.  
<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> [2017-10-01]

Hester, S., Harrelson, C. & Mongo, T. (2016). Workplace violence against nurses: making it safe to care. *Creative Nursing*, 22(3), ss. 204-209.

Hoffman, M. & Magnusson, P. (2015). Den gemensamma elektroniska patientjournalen. I Örtqvist, P. (red.) *Läkemedelsboken*. Uppsala: Läkemedelsverket  
[https://lakemedelsboken.se/kapitel/regelverket\\_och\\_it-stod/den-gemensamma-elektroniska-patientjournalen.html?id=u7\\_1](https://lakemedelsboken.se/kapitel/regelverket_och_it-stod/den-gemensamma-elektroniska-patientjournalen.html?id=u7_1) [2017-11-01]

Johansson, L., Bergbom, I., Waye, K.P., Ryherd, E., & Lindahl, B. (2012). The sound environment in an ICU patient room- a content analysis of sound levels and patient experiences. *Intensive & Critical Care Nursing*, 28(5), ss. 269-279.

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

Lakanmaa, R.L., Suominen, T., Perttilä, J., Puukka, P. & Leino-Kilpi, H. (2012). Competence requirements in intensive and critical care nursing- still in need of definition? A Delphi study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 28(6), ss. 329-336.

Lindblad Fridh M. (2003). *Från allmänsjuksköterska till specialistsjuksköterska: En studie av erfarenheter från specialistutbildningen och från den första yrkesverksamma tiden inom intensivvården*. Diss. Jönköping: Högskolan i Jönköping.  
[https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/10299/1/gupea\\_2077\\_10299\\_1.pdf](https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/10299/1/gupea_2077_10299_1.pdf)

Lynch, J., Appelboam, R. & McQuillan, P.J. (2003). Survey of abuse and violence by patients and relatives towards intensive care staff. *Anaesthesia*, 58(9), ss. 874-910.

Magnavita, N & Heponiemi, T. (2011). Workplace violence against nursing students and nurses: an Italian experience. *Journal of nursing scholarship*, 43(2), ss. 203-210.

McAdam, J.L., Dracup, K.A., White, D.B., Fontaine, D.K. & Puntillo, K.A. (2010). Symptom experiences of family members of intensive care unit patients at high risk for dying. *Critical care Medicine*, 38(4), ss. 1078-1084.

- McConnell, B. & Moroney, T. (2015). Involving relatives in ICU patient care: critical care nursing challenges. *Journal of Clinical Nursing*, 24(7-8), ss. 991-998.
- Menckel, E. & Viitasara, E. (2001). 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.
- Meriläinen, M., Kyngäs, H. & Ala-Kokko, T. (2010). 24-Hour intensive care: An observational study an environment and events. *Intensive care and critical care nursing*, 26(5), ss. 246-253.
- Morton, P. G. & Fontaine, D. K. (Eds.) (2013). *Critical care nursing a holistic approach*. (Tenth edition). Philadelphia: Wolters kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Nunokoosing, K. (2005). The problems with interviews. *Qualitative Health Research*, 15(5), ss. 698-706.
- Nygren, M., Roback, K., Öhrn, A., Rutberg, H., Rahmqvist, M. & Nielsen, P. (2013). Factors influencing patient safety in Sweden: perceptions of patient safety officers in the county councils. *BMC Health Services Research*, 13(52), ss. 1-10.
- Olausson, S., Lindahl, B. & Ekebergh, M. (2013). A phenomenological study of being cared for in a critical setting: the meanings of the patient room as a place of care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(4), ss. 234-243.
- Petzäll, K., Tällberg, J., Lundin, T. & Suserud, B. (2010). Threats and violence in the Swedish pre-hospital emergency care. *International Emergency Nursing*, 19(1), ss. 5-11.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. 10. ed., Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Redden, P., Evans, J. & Sigma, (2014). It takes teamwork... The role of nurses in ICU design. *Critical Care Nursing Quarterly*, 37(1), ss. 41-52.
- Riksförening för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening. (2012). Kompetensbeskrivning: Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård. [http://aniva.se/wp-content/uploads/2014/12/kompetensbeskrivning\\_intensivvard.pdf](http://aniva.se/wp-content/uploads/2014/12/kompetensbeskrivning_intensivvard.pdf)
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet
- SFS 2008:355. *Patientdatalagen*. Stockholm: Socialdepartementet
- SOSFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Socialdepartementet
- SOSFS 2015:168. *Smittkyddslag*. Stockholm: Socialdepartementet

Spence Laschinger, H.K. & Leiter, M.P. (2006). The impact of nursing work environments on patient safety outcomes. *The Journal of Nursing administration*, 36(5), ss. 259-267.

Stone, P.W. & Gershon, R.R. (2006). Nurse work environments and occupational safety in intensive care units. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 7(4), ss. 240-247.

Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård och Svenska Intensivvårdssällskapet. (2015). *Riktlinjer för svensk intensivvård*. <https://sfai.se/wp-content/uploads/2015/02/Riktlinjer-Svensk-Intensivvård-rev-2015.pdf>

Svenska Intensivvårdsregistret. (2015). *Vad är intensivvård?*  
<http://www.icuregswe.org/sv/For-patienter/Vad-ar-Intensivvard/>

Sveriges kommuner och landsting (SKL). (2015). *Risikanalytisk och händelseanalys. Analytiska metoder för att öka patientsäkerheten*. Stockholm: SKL

Vetenskapsrådet (2015). *Forskningsetiska principer inom humanistisk samhällsvetenskaplig forskning*.

Wassenaar, A., Shouten, J. & Schoonhoven, L. (2014). Factors promoting intensive care patients' perception of feeling safe: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(2), ss. 261-273.

Wolf, L.A., Delao, A.M. & Perhats, C. (2014). Nothing changes, nobody cares: understanding the experience of emergency nurses physically or verbally assaulted while providing care. *Journal of Emergency Nursing*. 40(4), ss. 305-310.

World Health Organization (2003). WHO Europe Critical Care Nursing Curriculum, Who European Strategy for Continuing Education for Nurses and Midwives. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Tillgänglig: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0017/102266/e81552.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/102266/e81552.pdf) [2017-09-12]

World Health Organization (2010). Nursing & Midwifery services- Strategic directions 2011-2015. Geneva: Department of Human Resources for Health. Tillgänglig: [http://www.who.int/hrh/nursing\\_midwifery/nurse\\_midwifery-report/en/](http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/nurse_midwifery-report/en/) [2017-09-12]

Ylikangas, C. (2017). Miljö - ett vårdvetenskapligt begrepp. I Wiklund Gustin, L & Bergbom, I. (red.) *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Studentlitteratur AB, ss. 269-280

Zampieron, A., Galeazzo, M., Turra, S. & Buja, A. (2009). Perceived aggression towards nurses: study in two Italian health institutions. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15-16), ss. 2329- 2341.



HÖGSKOLAN  
I BORÅS

**Verksamhetschefs godkännande av datainsamling**

Vi är två sjuksköterskor, Marie Drotz och Gita Norén, som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot Intensivvård vid Högskolan i Borås. Som en del i denna utbildning genomför vi ett examensarbete på avancerad nivå. Syftet med examensarbetet är att undersöka vilka erfarenheter och upplevelser intensivvårdssjuksköterskor har av att arbeta under hot och våld. Hot och våld är ett vanligt förekommande problem i dagens samhälle i Sverige men även internationellt. Tidigare forskning visar hur hot och våld påverkar akutmottagningar, psykiatrisk och pre-hospital vård. Dock finns det fåtal studier som undersöker hur hot och våld påverkar sjuksköterskors arbete på intensivvårdsavdelningar.

Vi önskar samla in data genom bandade intervjuer med sjuksköterskor som arbetar på en intensivvårdsavdelning. För att få ett bredare perspektiv önskar vi att utföra dessa intervjuer på två olika intensivvårdsavdelningar i Sverige. Förhoppningen är att intervjua åtta sjuksköterskor totalt. Vi ber därför om tillstånd att få genomföra intervjuer med fyra sjuksköterskor på er intensivvårdsavdelning. Vi skulle uppskatta om ni har möjlighet att tillfråga intresserade sjuksköterskor som vill delta i vår studie. Vi vänder oss till intensivvårdssjuksköterskor som har arbetat minst tre år på en intensivvårdsavdelning och som har erfarenhet av vårdssituationer som har innehållit hot och våld.

Intervjuerna kommer att äga rum under hösten 2017 helst under v.38-v.40. Vi beräknar tidsåtgången för varje intervju mellan 40-60 min. Intervjupersonerna kommer att ges möjlighet att välja tid och plats för intervjun. Om det finns möjlighet att få tillgång till ett enskilt rum på avdelningen där intervjuerna kan utföras är det en fördel. Vi bifogar informationsbrev som är riktat till intervjupersonerna/sjuksköterskorna och är tacksamma om ni vidarebefordrar dessa till de sjuksköterskor som önskar delta.

Muntligt och skriftligt samtycke kommer att inhämtas och medverkan i intervju är frivilligt samt att deltagandet kan avbrytas utan förklaring. Uppgifter som kan identifiera deltagarna i studien kommer tas bort och ingen obehörig har tillgång till det insamlade materialet. Vid publicering kommer det analyserade resultatet att vara oidentifierat och när examensarbetet är examinerat och godkänt kommer all data att raderas. Examensarbetet kan också vidarebefordras till er verksamhet om så önskas. Vid frågor vänligen kontakta oss.

Med vänliga hälsningar,

Marie Drotz Gita Norén

XXXXX XXXXXX

Handledare: Berit Lindahl, Professor Högskolan i Borås

XXXXXXXX

### **Godkännande**

Undertecknad verksamhetschef godkänner härmed att **Marie Drotz** och **Gita Norén** genomför datainsamlingen inom ramen för vad som ovan beskrivits.

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Namn:

Titel:

\_\_\_\_\_

Verksamhet:

\_\_\_\_\_



### **Informationsbrev till sjuksköterskor verksamma inom intensivvård**

Vi är två sjuksköterskor, Marie Drotz och Gita Norén, som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot Intensivvård vid Högskolan i Borås. Som en del i denna utbildning genomför vi ett examensarbete på avancerad nivå. Syftet med examensarbetet är att undersöka vilka erfarenheter och upplevelser intensivvårdssjuksköterskor har av att arbeta under hot och våld.

Hot och våld är ett vanligt förekommande problem i dagens samhälle i Sverige men även internationellt. Detta är något som nu även präglar Hälso- och Sjukvården. Tidigare forskning visar hur hot och våld påverkar akutmottagningar, psykiatrisk och pre-hospital vård. Dock finns det fåtal studier som undersöker hur hot och våld påverkar sjuksköterskors arbete på intensivvårdsavdelningar.

Vi kommer att genomföra fyra intervjuer med fyra sjuksköterskor på din arbetsplats. Intervjuerna kommer att vara enskilda och pågå mellan 40-60 minuter. Vi kommer att använda oss av en intervjuguide som består av ett flertal frågor som intervjun kommer att kretsa kring. Vi kommer båda två att närvara vid intervjutillfället och intervjun kommer att spelas in på band. Dock kommer en av oss att leda intervjun, medan den andra kommer att föra anteckningar och sköta inspelningen.

Den inspelade intervjun kommer att skrivas ut i text och det är bara vi och vår handledare som har tillgång till materialet. Innehållet i intervjun garanteras att inte kunna härledas till dig och kommer behandlas så att inga obehöriga kan ta del av det under tiden vi analyserar materialet. Godkänt examensarbete kommer att finnas tillgängligt vid Borås Högskolas databas DIVA. Om du önskar ett eget exemplar av examensarbetet när det är examinerat och godkänt överlämnar vi gärna det till dig.

Ditt deltagande i studien är frivilligt och du kan när som helst avbryta utan att redovisa anledning. Vi hoppas att vi har väckt ditt intresse för ämnet och att du vill medverka och dela med dig av dina erfarenheter och upplevelser.

Vid frågor, vänligen kontakta oss.

Med vänliga hälsningar,

Marie Drotz och Gita Norén

Handledare: Berit Lindahl, Professor



**Informerat samtycke för deltagande i intervju om intensivvårdssjuksköterskors erfarenhet och upplevelse av att arbeta under hot och våld.**

Jag har tagit del av den skriftliga informationen angående studien om “Intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter och upplevelser av att arbeta under hot och våld”.

Jag ger mitt samtycke till att delta i studien och vet att mitt deltagande är helt frivilligt.

Jag är medveten om att jag när som helst och utan förklaring kan dra tillbaka mitt samtycke och avsluta deltagandet.

Datum:

---

Underskrift:

---

Namnförtydligande:

---



## Intervjuguide för forskningsintervju

### Syfte

Syftet med examensarbetet är att undersöka vilka erfarenheter och upplevelser intensivvårdssjuksköterskor har av att arbeta under hot och våld.

### Frågor

1. Öppningsfrågor
  - a. Kan du berätta kort om vem du är och hur länge du har arbetat inom intensivvård?
  - b. Ålder
  - c. Eventuella specialistutbildningar?
  
2. Introduktionsfråga
  - a. Vad innebär begreppet hot och våld för dig?
  
3. Nyckelfråga
  - a. Kan du berätta om en situation då du upplevt hot och/eller våld eller känt dig hotad på din arbetsplats?
  - b. Kan du berätta om och i så fall hur detta har påverkat patientsäkerheten och säkerhet för dig och dina kollegor?
  - c. Kan du berätta hur du upplever att detta påverkar ditt arbetssätt och förmåga att utföra dina sjuksköterskeuppgifter?
  - d. Kan du berätta om hur du upplever att detta påverkar arbetsmiljön?
  - e. Kan du berätta om vilket stöd du upplever att du får från din arbetsplats, chefer och organisation när det gäller frågan om hot och våld?
  
4. Uppföljande frågor
  - Hur menar du?
  - Kan du beskriva ytterligare?
  - Kan du ge exempel?
  - Hur tänkte du?
  - Hur kände du?