

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2018:44

”Att vara rustad för storm”

Psykiatrisjuksköterskors uppfattningar av att möta hotfulla och våldsamma patienter inom psykiatrisk vård.

Jesper Hallberg
Michelle Karlsson



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel: Att vara rustad för storm – Psykiatrisjuksköterskors uppfattningar av att möta hotfulla och våldsamma patienter inom psykiatrisk vård.

Författare: Jesper Hallberg och Michelle Karlsson

Huvudområde: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Utbildning: Specialistsjuksköterska inom psykiatrisk vård

Handledare: Claes Ekenstam

Examinator: Elisabeth Lindberg

Sammanfattning

Hot och våld är vanligt förekommande inom psykiatrisk vård och ger upphov till ett stort antal sjukskrivningar varje år. Samtidigt saknas det idag en vedertagen definition av begreppen hot och våld. Hot och/eller våld är en utmaning i dagens psykiatri som kräver att specialistsjuksköterskan har tillräckliga kunskaper.

Studiens syfte är att undersöka psykiatrisjuksköterskors uppfattningar av att möta hotfulla och våldsamma patienter inom psykiatrisk vård.

Nio stycken intervjuer genomfördes med specialistsjuksköterskor vid två psykiatriska enheter i västra Sverige. Intervjuerna analyserades genom kvalitativ innehållsanalys.

Tre kategorier togs fram ur resultatet från intervjuerna. *Att riskera att möta hot och våld* med underkategorierna att vara förberedd, hot och våld är svårdefinierbart, arbetsgruppen påverkar samt att ligga steget före. *Resurser* med underkategorierna att arbeta tillsammans och inte bara samtidigt, att vara kompetent, att känna sig trygg samt regler som ett stöd. *Hinder* med underkategorierna resursbrist, rätt person på rätt plats, handling före tanke, att vara rädd samt att vara olika.

I resultatet framkommer att samarbetet och det gemensamma förhållningssättet i arbetsgruppen visar sig ha en tydlig koppling till förekomsten av hot och våld. Det framkommer att personal erbjuds träning i fysiska tekniker, dock efterfrågas utbildning i bemötande och verbala tekniker. Sjuksköterskorna upplever att det finns för lite kunskap kring bemötande och hantering av hot och våld måste lyftas i verksamheten. Det finns arbetsmodeller att tillgå, ett exempel på en sådan är Bergenmodellen. Specialistsjuksköterskan behöver verktyg att arbeta med hot och våld, detta är en kvalificerad uppgift som kräver en vårdvetenskaplig insikt i hur sjuksköterskan skapar ett positivt möte i en hotfull och/eller våldsam situation.

Nyckelord: *Psykiatrisk vård, Psykiatrisjuksköterska, Hot och våld, Upplevelse, Möte.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<i>Sammanfattning</i>	3
INNEHÅLLSFÖRTECKNING	4
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Begreppsdefinition	1
Psykiatrisjuksköterskans roll i mötet med den hotfulla/våldsamma patienten	2
Vård- och arbetsmiljö	3
När får tvång användas?	3
PROBLEMFÖRMULERING	4
SYFTE	4
METOD	5
Ansats	5
Deltagare	5
Datainsamling	5
Dataanalys	5
Meningsenhet	6
Kondenserad meningsenhet	6
Kod	6
Underkategori	6
Kategori	6
Etiska överväganden	7
RESULTAT	7
Att riskera att möta hot och våld	8
Att vara förberedd	8
Hot och våld är svårdefinierbart	9
Arbetsgruppen påverkar	9
Att ligga steget före	10
Resurser	11
Att arbeta tillsammans och inte bara samtidigt	11
Att vara kompetent	11
Att känna sig trygg	12
Regler som ett stöd	12
Hinder	13
Resursbrist	13

Rätt person på rätt plats	14
Handling före tanke	15
Att vara rädd	16
Att vara olika	16
METODDISKUSSION	17
RESULTATDISKUSSION	18
SLUTSATS	21
KLINISKA IMPLIKATIONER	21
REFERENSER	23
Bilaga I	27
Bilaga II	28
Bilaga III	29

INLEDNING

Vi har erfarit att det inom psykiatrin saknas mycket kunskaper kring bemötandet av hot och våld. Våra kliniska erfarenheter är att det förekommer en fostrande inställning till hotfulla och/eller våldsamma patienter. Det riskerar att bidra till att hot och våld angrips som ett ”problem som skall lösas” snarare än förebyggas. Fokus tenderar då att hamna på fysiska interventioner. Vi ser en risk för att ett ogenomtänkt arbetssätt kan skada både patienter och personal. Vår kliniska erfarenhet visar att detta kan leda till högre förekomst av hot och våld.

Mellan år 2010 och 2014 har antalet sjukskrivningar på grund av hot eller våld ökat med 40 procent inom vård och omsorg. Inom den slutna psykiatriska vården är risken åtta gånger så stor att drabbas av hot och våld jämfört med somatisk vård (Olsson, 2015). Anställda inom psykiatrisk slutenvård sjukskrivs i tre gånger så hög utsträckning som övriga inom socialtjänst, omsorg och sjukvård (Olsson, 2017). Av de totala antalet anmälningarna om hot och våld till Arbetsmiljöverket rörde 60 procent vård och omsorg. Merparten av anmälningarna gällde sjuksköterskor (Hallberg 2011, s. 17).

Då hot och våld är något som specialistsjuksköterskan inom den psykiatriska vården möter i någon typ av utsträckning förefaller det vara intressant att studera hur dessa sjuksköterskor upplever detta möte.

BAKGRUND

Begreppsdefinition

Det finns ingen vedertagen definition av *hot* och *våld*. Vi har valt ut definitioner enligt nedan för att ge en bredare bild av begreppen hot och våld.

Hallberg (2011, s. 8) definierar *hot* och *våld* som handlingar som överskrider gränserna för vad som är lagligt, socialt accepterat och tillåtet. Det framhålls att definitionen också varierar mellan olika yrkesgrupper och arbetstagare.

World health organization (2002, s. 5) definierar *våld* som avsiktligt användande av fysisk kraft eller makt, *hot* om eller faktiskt utövande av sådant mot sig själv, en annan person eller ett samfund som antingen resulterar i eller har stor sannolikhet för att leda till skada, död, psykisk skada, underutveckling eller deprivation.

Isdal (2017, s. 9) presenterar en definition på begreppet våld som fokuserar på handlingen och dess konsekvens snarare än på avsikten med våldet. Definitionen innebär: Våld är varje handling riktad mot en annan person, som genom att denna handling skadar, smärtar, skrämmer eller kränker, får denna person att göra något mot sin vilja eller avstå från att göra något som den vill.

Våld definieras som: Beteende som involverar fysisk kraft som är avsedd att skada, döda någon eller något.

Hot definieras som: Ett uttalande om en avsikt att påföra smärta, skada, eller annan fientlig åtgärd mot någon som straff för något gjort eller inte gjort.

Aggression definieras som: Känslor av ilska eller avsky som resulterar i fientligt eller våldsamt beteende; beredskap att attackera eller konfrontera (Oxford dictionary, 2018).

Då vårt syfte är att undersöka psykiatrisjuksköterskans unika upplevelse så har vi valt att inte utgå ifrån en specifik definition.

Psykiatrisjuksköterskans roll i mötet med den hotfulla/våldsamma patienten

Enligt psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor (2014, s. 9) skall specialistsjuksköterskan inom psykiatrisk vård ha kompetens att förebygga, identifiera, bedöma och hantera situationer där patient, medarbetare eller närstående riskerar att skadas.

Bimenyimana, Poggenpoel, Myburgh och V van Niekerk (2009) presenterar psykiatrisjuksköterskors upplevelser av aggressiva och/eller våldsamma patienter. Det framkom olika faktorer som påverkade: patienter som vårdas mot sin vilja, hög arbetsbelastning, avsaknad av stöd från andra yrkeskategorier och kollegor och dåligt stöd från överordnade. Sjuksköterskorna upplevde känslor som ilska, frustration, hjälplöshet och förtvivlan. Detta kunde i sin tur leda till eget missbruk, hämndbegär, apati, bitterhet och arbetsfrånvaro. Forté, Lanctôte, Geoffrion, Marchand och Guay (2016) problematiserar den påverkan som en hotfull och/eller våldsam arbetsmiljö riskerar att ha på vårdpersonal. Författarna pratar om ”empatisk utmattning” som ett begrepp för att beskriva hur en känslomässigt påfrestande arbetsmiljö kan leda till en nästintill personlighetsförändring hos personalen. Detta riskerar att leda till ett avståndstagande både i fysisk och känslomässig bemärkelse. Denna avtrubning kan äventyra vårdrelationen samt försvåra arbetet med att upprätthålla en patientcentrerad vård.

Jalil, Huber, Sixsmith och Dickens (2017) har i sin studie sett ett samband mellan sjuksköterskors ilska och patienternas aggressivitet. Författarna fann en positiv kausalitet mellan omvårdnadspersonalens attityder/känslor och förekomsten av situationer då personalen ingrep fysiskt – med eller utan avskiljning. Omvårdnadspersonalen är en del av den psykosociala miljön som påverkar frekvensen av aggressivitet bland inlagda patienter. Studien understryker vikten av att medvetandegöra hur vårdarens känslouttryck avspeglas på omgivningen. Arnetz och Arnetz (2001) ser ett samband mellan vårdpersonals erfarenheter av våld och hur patienterna skattar vårdkvaliteten. Författarna diskuterar vidare att patienter skattar sin upplevelse av sjuksköterskorna högre utifrån hur väl de lyckats hantera situationer där våld eller våldsamt beteende förekommer.

Hejlskov (2018) beskriver det som inom psykologin betecknas som lågaffektivt bemötande. Författaren menar att det som av omgivningen kan upplevas som ett problemskapande beteende. Till exempel en våldshandling eller uttalade glåpor. Detta menar Hejlskov är problemskapande för omgivningen men inte nödvändigtvis för individen med beteendet. Författarens ståndpunkt är att personer med dessa svårigheter ofta har svårt att reglera sina affekter. Som ett exempel på detta beskrivs att de ofta svarar an med samma affekt som de bemöts med. Dessutom kan det finnas problem med

att skilja på sina egna affekter från andras. Med detta i beaktande menar Hejlskov att vi måste bli medvetna om våra egna affekter och hur dem påverkar mötet med dessa individer. Metoden syftar till att skapa förutsättningar för att minska problemskapande beteenden och stress. Vandecasteele, Debyser, Van Hecke, De Backer, Beeckman och Verhaeghe (2015) visar på att sjuksköterskor tenderar att uppfatta patienters beteende utifrån sina personliga referensramar. Sjuksköterskan riskerar att missa den unika kontext där patienten befinner sig och kan därför bedöma situationen utifrån vad som i egen mening är socialt oacceptabelt. Författarna uttrycker ett behov av egenreflektion hos sjuksköterskan. Ett reflekterande förhållningssätt kan skapa en djupare förståelse för patientens upplevelse och perspektiv.

Inom vårdvetenskapen talar vi om det vårdande hermeneutiska mötet. Rehnsfeldt (2014, ss. 65–67) beskriver detta som varje människas ontologiska beroende som sådant eller i mötet med andra människor. När en individs livsförståelse utmanas kan detta innebära att hans eller hennes ”verkliga natur” framkommer. Detta beskrivs dels som ontologiskt som det rent mellanmänniska mötet och existentiellt som det konkreta mötet där livsförståelsen på ett eller annat sätt berörs.

När sjuksköterskan i vårdandet av en hotfull och/eller våldsam patient möter denne är det i vårdvetenskapens mening en uppgift som kräver både kunskap och erfarenhet men som samtidigt bygger på ett rent medmänskligt möte. Inom psykiatrisk vård ställs sjuksköterskan inför utmaningen att hitta något gemensamt som berör, att möta patienten i en ”gemensam mening”. Genom att möta patienten med denna typen av intention arbetar sjuksköterskan livsförståelseetiskt. Med andra ord; ett vårdande möte där intentionen är att patienten skall utveckla sin livsförståelse.

Vård- och arbetsmiljö

Enligt Hejlskov (2014, s. 43) finns det en koppling mellan trygghet och minskad förekomst av våld. Otrygghet kan resultera i ett våldsamt beteende. Miljön påverkar även vårdpersonalen och i en otrygg miljö ses en ökad risk för att bli utsatt för våld. Därför är det en viktig del i ett våldspreventivt arbete att skapa förutsättningar för att personalen skall känna sig trygg. Hylén, Kjellin, Pelto-Piri och Warg (2017) har funnit att våld, konflikter mellan kollegor och arbetsrelaterad stress upplevs av närmare en tredjedel av personalen inom psykiatrisk slutenvård. Det förekommer även positiva aspekter såsom god sammanhållning i gruppen, ett gott arbetsklimat samt positiv organisationskultur. Arbetet kring värdefrågor lyfts särskilt fram som en nyckel till en god arbetsmiljö för personal i psykiatrisk vård. I förlängningen kan då förutsättningarna förbättras för personal att ge patienterna en god vård och en vårdmiljö.

När får tvång användas?

I psykiatri är det nödvändigt att känna till att det finns lagstiftning som styr när tvångsåtgärder får användas. Detta för att säkra personals men också patientens säkerhet. Det är som specialistsjuksköterska inom psykiatrisk vård viktigt att känna till patientens rättigheter på samma sätt som man måste känna till lagstiftning kring när

personal har juridisk rätt att ta till åtgärder för att skydda sig mot hot och/eller våld. Förutom lagar som styr personalens rätt att skydda sig så presenteras också lagar som styr den psykiatriska vård som ges mot patientens vilja (LPT).

Syftet med tvångsvården är att få patienten i stånd att frivilligt samverka till nödvändig vård och ta emot det stöd och den vård som krävs (SFS 1991:1128, 2§.).

Lagstiftningen säger att de åtgärder som är nödvändiga kan användas för att hindra en patient från att lämna inrättningen eller den delen av inrättningen där patienten skall vistas (SFS 1991:1128, §18). Vidare kan tvångsåtgärder också användas för att upprätthålla ordning på vårdinrättningen, eller för att upprätthålla säkerheten. Tvångsåtgärder som fastspänning kan användas om patienten utgör en omedelbar fara för sig själv eller någon annan (SFS 1991:1128, §19). Socialstyrelsen (2013) visar att det under 2013 utfördes 3567 fastspänningar inom den slutna psykiatriska vården. Dessa fastspänningar utfördes på 1709 patienter. Således utförs i snitt ca två fastspänningar per vårdad patient.

Inom psykiatrin, såväl som ute i samhället skyddas vi i Sverige av lagen om rätt till nödvärn. Brottsbalken 24 kapitlet, §1 (SFS 1962:700) säger att "En gärning som någon begår i nödvärn utgör brott endast om den med hänsyn till angreppets beskaffenhet, det angripnas betydelse och omständigheterna i övrigt är uppenbart oförsvarlig". Lagen träder in då en individ utsätter en annan individ för en överhängande risk för, alternativt påbörjan till brott mot person eller egendom. Socialstyrelsen (2009) understryker vikten av ett gott bemötande i samband med tvångsvård och tvångsåtgärder. I de fall det är möjligt skall tvångsåtgärder undvikas, till exempel finns det bevis för att miljöfaktorer kan minska behovet av tvångsåtgärder. Grundidén är att alltid värna om patientens integritet. Vården skall beakta patientens erfarenhet av och tillit till sjukvården.

PROBLEMFORMULERING

I dagens psykiatri ställs sjuksköterskan inför komplexa situationer som kräver både kunskap och en ständig beredskap. Psykisk ohälsa kan medföra hotfulla och/eller våldsamma beteenden. Det finns statistik som talar för att tvångsåtgärder är relativt vanliga inom den psykiatriska vården. Samtidigt ser vi att det inom psykiatrin idag pratas mycket litet om hur vi kan förebygga och bemöta en hotfull och/eller våldsam situation. Detta ser vi blir problematiskt eftersom en risk finns att man tar till fysiska interventioner för att det är den enklaste lösningen.

Vi vill därför studera hur specialistsjuksköterskor uppfattningar i möten med hot och/eller våld i sitt yrke. Denna kunskap hoppas vi skall leda till en djupare insikt i hur sjuksköterskor kan arbeta med att förebygga och på bästa sätt hantera situationer där risk för hot och/eller våld föreligger.

SYFTE

Att undersöka psykiatrisjuksköterskors uppfattningar i möten med hotfulla och/eller våldsamma patienter inom psykiatrisk vård.

METOD

Ansats

Vi har valt att använda oss av en kvalitativ metod då det är sjuksköterskornas unika uppfattningar vi önskar studera. Den kvalitativa metoden är lämplig då fenomenet vi valt är kopplat till upplevelser och vad innebörden i det som sägs är. Detta enligt hur (Dahlberg, 2014, s. 20) presenterar metoden. Vidare har vi använt oss av innehållsanalys med en induktiv ansats för att kunna fånga de uppfattningar som är kopplade till fenomenet vi har valt att studera. Lundman och Hällgren Graneheim (2012, ss. 187–188) beskriver detta som en opartisk analys av textmaterial baserat på berättelser om mänskliga upplevelser. Det framgår att en kvalitativ innehållsanalys är särskilt tillämplig vid tolkning av texter såsom inspelade och nedskrivna intervjuer.

Deltagare

Informanterna består av nio stycken sjuksköterskor med specialistutbildning inom psykiatrisk vård. Vi valde specialistutbildade sjuksköterskor då vi är intresserade av deras erfarenheter och reflektion av fenomenet. Tre män och sex kvinnor deltog. Deltagarnas ålder sträcker sig från 32 till 59 år. Åtta av sjuksköterskorna arbetar vid ett universitetssjukhus och en av sjuksköterskorna arbetar vid ett mellanstort sjukhus. Informanternas arbetserfarenhet inom psykiatri varierade mellan 5 och 40 år.

Datainsamling

Vi valde av praktiska skäl att leta efter informanter inom Västragötalandsregionen då vi själva är verksamma i denna region. Information och förfrågan om att få utföra studien skickades via mail till verksamhetscheferna för respektive klinik. När studien godkänts skickades information ut till de enhetschefer vi fann kontaktuppgifter till inom de psykiatriska klinikerna på de båda sjukhusen. De sjuksköterskor som var intresserade av att delta i studien tog sedan kontakt med oss efter att ha nåtts av informationen via sin chef. Tid för intervju bokades in med respektive informant. Inför intervjun ombads sjuksköterskorna reflektera kring situationer där de upplevt hot och/eller våld. Samtliga intervjuer ägde rum på den enhet där sjuksköterskan arbetade. Informanterna delades upp mellan oss. Då det sedermera inte gick att nå en av de tilltänkta resulterade detta i fem informanter för den ena av oss och fyra för den andra. Intervjuernas längd varierade mellan 28–53 minuter. Vi valde att använda smartphone för att spela in intervjuerna, inspelningarna sparades endast fram till att de transkriberats till text. Vi transkriberade de intervjuer vi själva genomfört. Intervjuerna utgick ifrån ett flertal riktade frågor (se bilaga I). Dahlberg (2014, ss. 89–90) beskriver två sekvenser av intervjufrågor. Den första är mer riktad, ett exempel ur vår intervju är ”Vad innebär hot och våld för dig?”. Den andra beskrivna sekvensen handlar om de följdfrågor som blir på de svar informanten ger, till exempel ”Vad kände du då?”.

Dataanalys

Varje intervju transkriberades ordagrant och gavs olika färger och varsin siffra för att underlätta handhavandet. Den metod som har används är kvalitativ innehållsanalys,

denna metod beskrivs av Lundman och Hällgren Graneheim (2012, s. 189). Författarna menar att fokus vid en kvalitativ innehållsanalys är att finna likheter/skillnader i materialet. Analyser sker på olika tolkningsnivåer och kan uttryckas i kategorier med underkategorier. Det manifesta budskapet beskrivs som det textnära och uppenbara, en tolkningsnivå som handlar om att beskriva något som uttrycks. Ett manifest budskap presenteras i så kallade kategorier. Vi presenterar i vår uppsats ett resultat utifrån den manifesta tolkningsnivån.

Vi läste materialet både individuellt och gemensamt. När vi bekantat oss med materialet valdes den del av materialet ut som kom att utgöra våra meningsenheter. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012, s. 190) innebär en meningsenhet en del av texten som är meningsbärande. Den kan bestå av stycken, ord eller meningar som hänger ihop genom sin kontext och sitt innehåll. I nästa urval kondenserades meningsenheterna till en ny mer lätthanterlig text. Därefter sattes koder på respektive kondenserad meningsenhet. Vi förde sedan samman liknande koder och kunde då få fram underkategorier. Lundman och Hällgren Graneheim (2012, ss. 190–191) beskriver att en kategori består av flera koder (etiketter) med liknande innebörd. Vi såg över de underkategorier som tagits fram och slog samman de som bedömdes vara likartade. De slutliga kategorierna togs fram genom att liknande underkategorier fördes samman. Samtliga moment gjorde författarna tillsammans, detta för att tillse att allt material genomgick samma analysprocess.

Exempel på meningsenhet, kondenserad meningsenhet, kod, underkategori och kategori.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
”Asså har vi en bra personalgrupp så eh, där vi liksom tycker om varandra, vi hälsar vänligt alltså patienter uppmärksammar att vi tycker om varandra, respekterar varandra, har roligt med varandra så smittar det över. Asså avdelningen är pytteliten liksom...och jag tror...liksom att man bjuder in mer till att det är en ganska trevlig miljö liksom.”	En personalgrupp som behandlar varandra väl och respekterar varandra överför detta till patienterna. Avdelningen är liten, personalen skapar en trevlig miljö.	Respekt	Att arbeta tillsammans och inte bara samtidigt Att vara kompetent Att känna sig trygg Som ett gummiband Att arbeta förebyggande	Resurser

Etiska överväganden

Lagen om etikprövning för forskning som avser människor (SFS, 2003:460) skall skydda deltagare och de uppgifter som behandlas i forskningen. Syftet är att skydda den enskilda människan och att respektera människovärdet hos deltagarna.

Då vår uppsats är på avancerad högskolenivå krävs ingen ansökan till Etikprövningsnämnden enligt ovan nämnda lagstiftning. Vi har trots detta förhållit oss till de etiska riktlinjer som presenteras i Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2018). Det innebär att vi har beaktat individens omsorg och värnat om integriteten. All information har hanterats konfidentiellt.

I bilaga III presenteras den information som gavs forskningsdeltagarna, där presenteras hur den information som inhämtats i samband med intervjuer kommer att hanteras.

I bilaga II presenteras den information som gavs verksamhetscheferna för respektive klinik där intervjuerna ägt rum. I respektive bilaga finns den information som gavs deltagarna/verksamhetscheferna. Verksamhetschefernas samtycke presenteras i form av underskrifter. Informanternas underskrifter publiceras inte i uppsatsen av konfidentiella skäl.

Studien är helt frivillig och deltagarna kan när som helst avbryta sin medverkan utan att behöva uppge varför.

RESULTAT

De intervjuade specialistsjuksköterskorna delger sina erfarenheter kring mötet med hotfulla/våldsamma patienter inom den psykiatriska vården. Här presenteras de kategorier och underkategorier som utvunnits ur resultatet.

I vårt resultat utgår vi ifrån begreppet *sjuksköterska* när vi avser *specialistsjuksköterska*, detta för att underlätta läsoplevelsen.

Tabell 2. Kategorier och underkategorier.

Kategori	Underkategori
Att riskera att möta hot och våld	Att vara förberedd
	Hot och våld är svårdefinierbart
	Arbetsgruppen påverkar
	Att ligga steget före
Resurser	Att arbeta tillsammans och inte bara samtidigt
	Att vara kompetent
	Att känna sig trygg
	Regler som ett stöd
Hinder	Resursbrist
	Rätt person på rätt plats

	Handling före tanke
	Att vara rädd
	Att vara olika

Att riskera att möta hot och våld

Med undantag av två informanter så uppfattar sjuksköterskorna det som vanligt förekommande med hot/våld på arbetsplatsen. Informanterna uttrycker i stort att det är ovanligt med händelser som de skattar som allvarliga. En av informanterna uppskattar att cirka en procent av patienterna är hotfulla och/eller våldsamma, dock har dessa patienter en stor inverkan på personalen. Antalet hotfulla och/eller våldsamma möten varierar mellan informanternas arbetsplatser, gemensamt är dock att det finns en medvetenhet om all psykiatrisk vård kan innebära en risk för att möta hot och våld.

Samtliga av de intervjuade sjuksköterskorna såg tydligt att arbetsgruppen påverkar förekomsten av hot/våld. Informanterna strävar efter att arbeta lågaffektivt. Kommunikation och självreflektion betonas som viktiga förutsättningar för att arbeta förebyggande kring hot och våld.

Att vara förberedd

”Nä...Sen nu när jag pratar om det hot och våld så låter det som att det är väldigt omfattande men de e egentligen, det är en väldigt liten klick av patienterna...om man skulle göra en uppskattning, en procent kanske...som utgör detta...men...när det väl kommer till kritan så blir det en stor inverkan.” (Informant 6)

Antalet larmsituationer och tvångsåtgärder upplevs av informanterna ha minskat de senaste åren. Det framkommer samtidigt en medvetenhet om att personalen lätt tappar garden i en miljö där hot/våld är ovanligt. Hot och våld beskrivs som en del av den psykiatriska vården som måste hanteras efter bästa förmåga. Det är dock tydligt att informanterna inte anser att det ingår i arbetet att bli skadad.

Hot förekommer i högre utsträckning än *våld* vilket beskrivs leda till att personalen blir avtrubbade. Detta visar sig genom upplevelsen av att glömma händelser mellan gångerna de inträffar. Informanterna berättar om åtskilliga upplevda *hot*. Det förekommer en spridning mellan *hot* som inte berörde sjuksköterskorna och mer uttalade *hot* som påverkade dem i högre grad. En informant har blivit utsatt för mordhot två gånger de senaste åren.

En av sjuksköterskorna beskriver en diskrepans mellan organisationens uppfattning om att hot och/eller våld är sällsynt, den upplevda verkligheten är att så inte är fallet. Sjuksköterskan upplever att verksamheten bygger på att hotfulla och våldsamma situationer är ytterst ovanliga. Informanten upplever att dessa händelser är en del av vardagen inom psykiatrin.

”Men det är just den praktiska hanteringen i våldsamma situationer från ledningshåll, är väl inte riktigt...skulle väl behöva verklighetsförankras lite mer ja.” (Informant 3)

Trots att sjuksköterskorna beskriver att hot/våld är vanligt förekommande på arbetsplatsen känner de inte till någon rutin för att anmäla inträffade händelser. Informanterna menar att de inte reflekterat över vad som skulle krävas för att de skulle anmäla. Det framkommer att det är mer självklart att anmäla fysiskt *våld* än *hotelser*.

Hot och våld är svårdefinierbart

Underkategorin *Hot och våld är svårdefinierbart* innefattar sjuksköterskornas egna definitioner av vad hot och våld innebär för dem. Informanterna ger ingen entydig definition utan det förefaller vara en individuell upplevelse av fenomenet. *Hot* beskrivs som någonting verbalt, att uttala att något skall göras. Det uppfattas som en föraning om våld, ett sätt att varna om vad som kan hända. *Hot* kan lindas in vilket gör det svårare att identifiera. Det beskrivs som allt ifrån okvädesord riktade mot personal till en mer diffust hotande attityd. Sjuksköterskorna beskriver ett ständigt värderande kring vad som anses vara *hot*, något slags ständigt ställningstagande till om de känner sig hotade eller ej.

Informanterna har svårare att konkretisera vad *hot* innebär jämfört med våldsbegreppet. *Våld* beskrivs som någonting dramatiskt och överraskande som leder till rädsla. *Våld* beskrivs som skadande handling riktad mot person eller inredning. Det upplevs vara ett slags verkställande av ett hot.

En informant beskriver en tydlig skillnad mellan upplevelsen av hot/våld i sin roll som sjuksköterska jämfört med som privatperson. I sin yrkesroll upplevs inte hot och våld vara lika skrämmande. Detta förklaras med att de på arbetsplatsen har vana, kunskap och erfarenhet kring hantering av hotfulla/våldsamma personer.

"Ähm...Ja..asså de e nån..hot och våld inom..asså..arbetet e ju de e ju väldigt väldigt vanligt och är nog ganska för mig avdramatiserat när det kommer till arbetet för att det förekommer väldigt-väldigt ofta. Tänker jag på hot och våld asså i privatlivet så..väcker det ju väldigt liksom starka tankar å känslor men på min arbetsplats så e det nånting som är...a men det är nog väldigt avdramatiserat...för mig" (Informant 8)

Arbetsgruppen påverkar

De intervjuade sjuksköterskorna ser ett tydligt samband mellan förekomsten av hot och våld och arbetsgruppen. Gruppens gemensamma bemötande, förhållningssätt och vad de utstrålar till patienterna påverkar beskrivs som viktiga faktorer. Det framhålls som naivt att se på fenomenet hot och våld ur ett individperspektiv. En informant uttrycker att det är nödvändigt att se betydelsen av arbetsgruppens normer och förhållningssätt. Den kultur som gruppen tillsammans skapar ger förutsättningarna för hur problem såsom hot och våld hanteras.

Resultatet visar också att sjuksköterskorna upplever att olika gruppkonstellationer kan påverka förekomsten av hot och våld. Till exempel belyser en informant att personal kan ha svårt att hitta ett fungerande samarbete.

”Det är väl klart...ähh...att det finns olika konstellationer, de ibland när vissa personal jobbar ihop så kan det hända hur mycket saker som helst...när vissssa...andra personalgrupper jobbar ihop så att säga så händer det ingenting...öhh..personkemi och allt möjligt, man skall hitta varandra och kunna ha en bra arbetsmiljö.” (Informant 5)

Något annat som en av informanterna upplever påverka förekomsten av hot/våld är arbetsgruppens förmåga, framför allt lyfts kunskap som något avgörande. Informanter ser ett behov av att personal skall kunna arbeta med sin egen utveckling såväl som gruppens. Exempelvis uttrycks ett behov av att medvetandegöra hur personal påverkas av olika beteenden hos patienter. Genom att reflektera över detta tror informanten att personalens självkänedom kan förbättras.

Att ligga steget före

Sjuksköterskorna ser värdet i att försöka arbeta lågaffektivt så långt det är möjligt. Det framkommer dock att det kan finnas en övertro på metoden och att den är mindre tillämplig på till exempel drogpåverkade patienter. Trots ett lågaffektivt förhållningssätt så upplevs det svårt att undvika bältesläggningar helt. Det beskrivs att psykiatrisk vård ofta är komplex och att en ensam arbetsmodell således inte kan användas i samtliga situationer.

Informanterna beskriver att det finns ett medvetet arbetssätt kring patienter där en ökad risk för hot och våld föreligger. Flera av sjuksköterskorna upplever att arbetsgruppen bör bli bättre på att utnyttja varandras erfarenhet och att kommunicera efter en uppkommen situation. De ser vikten av att reflektera även när det gått bra i syfte att bli bättre.

Informanterna menar att utbildning i bemötande är nödvändigt då detta ger en ökad förmåga att hantera uppkomna situationer. En sjuksköterska pratar om betydelsen av självkänedom och att inse sina begränsningar såväl som sina styrkor.

”Jag kanske inte är den som ska gå först fram eller jag kanske är den som ska gå först fram...av den anledningen att jag kanske är bra på att lugna ner en situation eller att jag inte är det.” (Informant 1)

Ett sätt att arbeta preventivt som delges är att ibland ta ett steg tillbaka för att kunna sätta sig in i patientens mående och göra en god bedömning.

En informant tror sig se ett samband mellan god personkänedom, alliansskapande och minskad förekomst av hot/våld.

”Ärligt talat förstår jag inte hur man inte kan jobba mer förebyggande! För man tjänar ju på det själv, asså när man inte jobbar förebyggande så blir man asså ganska icke-omtyckt av patienterna och det blir ganska hård stämning på avdelningen och alltså lägger man nån i bälte för snabbt så är det jävligt tufft sen att jobba vidare med patienten, eh så jag tycker ju att alla tjänar på det.” (Informant 2)

Det beskrivs att det i en hot- och våldssituation ofta kan räcka med att tillkalla personal, ordningsvakt eller att synliggöra bältesängen för att uppnå en avväpnande effekt.

Resurser

I sjuksköterskornas berättelser har vi identifierat beskrivningar av vilka verktyg de upplever finns för att möta hotfulla/våldsamma patienter. Informanterna pratar framför allt om kunskap, kompetens och om strukturer som gynnar mötet med dessa patienter.

Att arbeta tillsammans och inte bara samtidigt

Sjuksköterskorna framhåller vikten av att varje individ tar ansvar för sitt förhållningssätt då de ser att detta tydligt bidrar till arbetsgruppens gemensamma attityd. Egna affekter bör inte överföras till patienten, för att motverka detta måste negativa attityder motarbetas på gruppnivå.

Det beskrivs att det är nödvändigt med ett prestigelöst samarbete där personalen inser sina begränsningar och tar hjälp av varandra.

En informant framhåller vikten av att personalen behandlar varandra väl och kommunicerar med varandra och patienterna.

” Asså har vi en bra personalgrupp så eh, där vi liksom tycker om varandra, vi hälsar vänligt alltså patienter uppmärksammar att vi tycker om varandra, respekterar varandra, har roligt med varandra så smittar det över.” (Informant 2)

Ett teamarbete där ambitionen är att hänvisa patienten till ett begränsat antal vårdgivare framhålls som positivt. Sjuksköterskorna beskriver också vikten av ett fungerande samarbete i arbetsgruppen med patienten i fokus. Detta resulterar i en kontinuitet och ger förutsättningar för personal att ge tydliga besked till patienten, på det sättet undviks många onödiga konflikter och det upplevs också ge patienterna trygghet.

Anhöriga beskrivs som en resurs och att vården bör sträva mot att bjuda in dem och göra de delaktiga.

Att vara kompetent

I informanternas berättelser beskrivs en positiv utveckling inom psykiatrin. Idag ses en större kompetens kring hur personal skall bemöta hot och våld. Mötet med hotfulla och våldsamma patienter kräver grundläggande kunskap i psykiatri där en förståelse för olika beteenden finns. Sjuksköterskorna upplever att de kan luta sig mot sin erfarenhet men också att det krävs tålmodighet och att kunna vänta ut patienten. Van och erfaren personal upplevs underlätta arbetet med att möta hot och våld. Även om sjuksköterskan och arbetsgruppen besitter erfarenhet och kunskap vidhålls att det handlar om komplexa bedömningar. En informant beskriver komplexiteten i att bedöma risken för hot och våld.

”Patienter registreras ju som våldsamma, att man vet att man får in en sån patient..så att det är mer såna diffusa...grejer...oftast så e de så att det gick bra den här gången, det var ju inga problem...men den tionde gången så kanske det blir problem, det beror lite på. Så att oftast e de...det är mycket diffusa grejer och inte så många konkreta exempel de e inte ofta att det leder fram till en...en fullgjord hot- och våldssituation.” (Informant 6)

Att känna sig trygg

Samtliga informanter framhåller att tilliten till sina kollegor är grunden till att uppleva trygghet på arbetsplatsen.

Sjuksköterskorna beskriver att de känner sig mer trygga tillsammans med kollegor som har ett liknande synsätt på hur arbetet skall bedrivas. Också att arbetsgruppen är överens om vad som skall göras och hur det skall göras. Det framkommer att en förutsättning för att känna sig trygg är att uppleva sina kollegor som kompetenta. Det uppnås genom att säkerställa att personal utbildas samt erbjuds handledning. Verksamheten måste ge förutsättningar för personal att delta vid de utbildningar som krävs för att upprätthålla kompetens. En informant lyfter betydelsen av att känna de du arbetar med samt att ges möjlighet till att förbereda sig för eventuella situationer.

” Dom gångerna det blir liksom bäst situationer om man säger när de, jag springer ju på larm också så jag är ju runt på liksom andra avdelningar och så, men dom gångerna jag tycker det blir bäst ähm...situationer här på avdelningen e ju när det är med mina kollegor som jag känner, där vi har hunnit prata ihop oss innan, hur gör vi om detta, asså att man alltid har, ligger steget före liksom.” (Informant 8)

Informanterna betonar upplevelsen av att kollegorna är närvarande i en hot- och våldssituation, att de står kvar. Sjuksköterskorna upplever en större trygghet i ett arbetsklimat som präglas av öppenhet. Att kollegor tillsammans strävar mot ett klimat där känslor som till exempel rädsla eller osäkerhet är tillåtna.

En sjuksköterska som arbetar i en miljö där hot och våld är mycket vanligt framhåller att det känns tryggt att ha tillgång till ordningsvakter.

”Jag kan säga så här att det finns...ordningsvakter att tillgå det tycker jag...det känns jättetryggt.” (Informant 6)

Regler som ett stöd

Sjuksköterskorna beskriver utmaningen i att finna en balans i utövandet av regler, rutiner och strukturer. Det framkommer att informanterna upplever det som nödvändigt att ha en slags lägstanivå med regler och rutiner som krävs för att upprätthålla en säker miljö, till exempel att bära larm. Dock upplever sjuksköterskorna att det tenderar att skapas konflikter och frustration bland patienterna i en allt för strikt och regelstyrd verksamhet, att ambitionen snarare bör vara någon slags flexibilitet. Dessutom framhålls att en arbetsmiljö där mindre fokus ligger på regler/rutiner ger förutsättningar för varje individs förmåga att fatta beslut och göra bedömningar.

En sjuksköterska berättar att det på dennes arbetsplats diskuteras vilka inskränkningar och regler psykiatrien har rätt att använda.

”Det står ingenstans i lagstiftningen att vi får bestämma när de ska dricka kaffe tex. Det är nånting vi har hittat på här på sjukhuset liksom. Så vi har jobbat jättemycket med de frågorna! Och sen att vi har anställt folk som vill jobba på det här sättet, chefen innan mig gjorde det och jag gör det också.” (Informant 2)

Samma sjuksköterska problematiserar psykiatriens överanvändande av regler och menar att detta ibland går för långt.

”Ja verkligen, jag brukar ta ett tydligt exempel som hände på (nämner sin förra avdelning) då där det hände att en anhörig kom fem i tolv och det stod en skötare på riktigt och bara: nej det är fem minuter kvar du får komma tillbaka.” (Informant 2)

Det framkommer samtidigt en upplevelse av att regler/rutiner skapar en trygghet då personal vet sina skyldigheter och rättigheter. Regler/rutiner ses som ett verktyg för att hantera situationer och blir ett stöd för personalen.

Sjuksköterskorna ser att det skett en positiv utveckling inom psykiatri från en mer rigid och regelstyrd vård till dagens mer flexibla och individanpassade vård.

Två informanter lyfter begreppet ”fostra”. De ger varsin bild av hur de ställer sig till begreppet.

”Det är viktigt också att fostra patienterna, nu kom det ordet...att fostra nu lät det väldigt nedlåtande men vi måste också visa de att det är inte okej att göra så och så och så.” (Informant 1)

”Ja det tycker jag! Alltså dels så är jag inte intresserad av att fostra nån och så tror jag också det här – att vara så stensäker på att såhär gör man, såhär beter man sig och gör man inte det så är det fel och...alltså väldigt rigida/oflexibla förhållningssätt till sin omvärld...i stort säkert men det blir ju väldigt påtagligt i en vårdmiljö.” (Informant 4)

Hinder

På samma sätt som vi i intervjuresultatet identifierat resurser för att möta hot och våld har vi också identifierat hinder i mötet. Sjuksköterskorna pratar här om otillräckliga personalresurser, vikten av rätt kompetens samt om vad hot och våld kan väcka för känslor hos personalen.

Resursbrist

Sjuksköterskornas berättelser innehåller upplevelser av att det är brist på personal. Förutom personalbrist framkommer det även en resursbrist i form av tidsbrist och en alltför hög personalomsättning. Informanterna upplever att detta leder till mer stress och frustration samt att de får mindre tid för patienterna. Det kan till exempel visa sig genom att patienterna nekas meningsfulla aktiviteter. Informanterna beskriver att minskade resurser riskerar att indirekt öka förekomsten av hot och våld. Sjuksköterskorna vill inte endast erbjuda patienterna mediciner, utan ser att det ofta kan räcka med att låta patienterna få möjlighet till att komma ut en stund. En sjuksköterska beskriver upplevelsen av att vara för få med liknelsen att ”släcka bränder”. Det krävs en adekvat bemanning för att kunna bedriva heldygnsvård.

”Mm, det är också svårt asså..öhh..jag tycker inte att det finns...om vi säger att en patient har jättemycket ångest...man kan sitta ner och prata med dom, men dom vill liksom ha nåt fysiskt att kunna göra och folk...en del tycker att träning är jättebra exempelvis..ähh..få cykla eller vad som helst för att avleda sig själva, men det finns inte dom resurserna. ” (Informant 5)

Faktorer såsom hög personalomsättning och svårigheter i att delta vid utbildningar ses som konsekvenser av begränsade personalresurser. Personalomsättningen beskrivs också försvåra i mötet med patienten då de riskerar att uppleva det svårare att öppna upp sig för nya människor. Personalbristen försvårar möjligheten att arbeta preventivt, till exempel genom att notera saker som kan bli hotfullt och/eller våldsamt.

”Ja, nej men om man bara är en sjuksköterska hela dagen så kommer en patient: jag mår så jävligt dåligt jag får inte tag i min mamma och får jag inte tag i henne så kommer jag bli jättegalen liksom. Och så hinner sköterskan inte registrera liksom och lyssna till det för man har fullt upp med sjuhundra andra saker.” (Informant 2)

En sjuksköterska berättar om en händelse där personal larmade på en avdelning och endast en kollega från övriga avdelningar kom för att bistå. Samma sjuksköterska har upplevt att bli ensam kvar då en kollega sprang på ett larm på en annan avdelning. Känslan av att arbeta på en avdelning som enda sjuksköterskan upplevs som ensamt och bidrar till en osäkerhet. Det framkommer ett behov av att ha en sjuksköterskekollega att resonera med.

”Där då avdelningar kan ringa runt för man tycker man är för få så man kan inte springa på ett larm och detta hände, vi är ju inte så många nattetid... Och hur det då är, jag anser det ju inte, att man kan bedriva en verksamhet, där det, i akutpsykiatri där man anser att man inte kan springa på ett larm. För det måste ju vara den mest akuta situation som finns. För det mesta måste kunna släppas för det.” (Informant 3)

En informant beskriver en svajig organisation med avsaknad av stöd. Detta tillsammans med hög förekomst av hot/våld ledde till att sjuksköterskan valde att byta arbetsplats.

Rätt person på rätt plats

Sjuksköterskorna beskriver att personal som saknar vårdutbildning och har en annan yrkesbakgrund, till exempel som väktare upplevs ha ett annat synsätt på hur man bäst hanterar hotfulla och våldsamma situationer. De ser att detta blir problematiskt då de saknar en djupare förståelse för orsaken till beteenden. En sjuksköterska beskriver en fara i att sakna ett vårdande perspektiv och bara se ett problem som skall plockas bort. Informanterna lyfter behovet av någon form av lämplighetsprov för personal inom psykiatri. Det beskrivs att det förekommer personal som anses vara olämplig pga. att de skapar irritation och ”retar upp” patienterna.

I sjuksköterskornas berättelser framkommer att det bland manlig personal diskuterats att de ofta förväntas medverka i hot- och våldssituationer. Det beskrivs att manlig personal förväntas klara av den typen av situationer och det finns en föreställning om att de skulle vara mer kvalificerade på grund av sin fysiska styrka. Detta problematiseras då det upplevs att manlig personal är olämplig i vissa situationer, på samma sätt som kvinnlig personal är olämplig i andra fall.

”Att en del killar, asså dom dom vet ju själva ibland inte vad dom ska göra, va ska ja och dom är också rädda, dom är ju människor som alla andra de där kan jag också förstå det är väl inte kul att komma fram till en våldsam situation...Jag vet inte vad jag

ska göra? Jag har ingen lust att åka på stryk heller...så det kan jag absolut förstå...och sen finns det också nån sån här...att man som kille då ska vara lite häftig och det är ju sånt som killar inte pratar om. Jag har pratat med en del manlig personal och dom säger nå...jag vill inte göra de, jag känner mig inte trygg i de och jag tycker inte om att det är bara killar som ska gå på larm eller..aa..eller hjälpa till vid tvångsinjektioner och sådär...så det är värt att tänka på.” (Informant 5)

Det framkommer en tanke om att psykiatrin i sin rekrytering av personal i större utsträckning borde kartlägga personals egna erfarenheter av hot och våld. De ser ett behov av att anställa personal som i första hand inte löser situationer med hjälp av våld. En sjuksköterska berättar om en avdelning där de haft stora svårigheter att behålla personal, till stor del på grund av hög förekomst av hot och våld. Sjuksköterskan resonerar kring detta och menar att ledningen kanske skall ställa sig frågan om verksamheten rekryterar rätt personer.

”För har man valt att bli sjuksköterska i psykiatri eller skötare så tänker man ändå att man, ja att man ska bidra med någonting.

Om det sen då visar sig bli, att det får mer karaktär av det här gamla vård och vakta...och vakta tar över taget då va, eh, då kanske man ska vara lite mer vaksam och tänka igenom vad är det för personalgrupper vi rekryterar?

Att man är mer medveten kring vilket klientel har vi och vilka rekryterar vi?

Var går gränsen? Nån period så plockar man in väktare, eh, och då kanske man ska tänka såhär: ja är det rätt personalgrupp som jobbar med den här målgruppen?” (Informant 1)

Det framkommer reflektion kring att vårdpersonal i regel inte valt yrke för att vara repressiv på det sätt som vissa tvångsåtgärder kräver.

Informanterna beskriver en otydlighet i vad som förväntas att personalen skall klara av. Det erfars att många arbetsplatser saknar förutsättningar för att hantera hot och våld. En av informanterna upplever det bisarrt att så stort fokus läggs på fysiska tekniker för våldshantering.

Handling före tanke

Sjuksköterskorna uttrycker att det finns regelbunden självskyddsutbildning att tillgå där fokus ligger på fysiska tekniker. Dock ses ett behov av utbildning i bemötande som ett komplement till självskyddet.

”Ja, precis. För det blir lite bisarrt liksom om man för sjunde året i rad får lära sig hur man bältar någon när det händer typ en gång i halvåret. Men det händer ju hela tiden att vi förhindrar saker...” (Informant 2)

En informant reflekterar över det faktum att det är mer tidskrävande att förebygga hot och våld än att gå in med fysiska interventioner. Sjuksköterskan betonar dock att förebyggande arbete alltid är värt det extra arbetet det innebär.

Det beskrivs att det förekommer personal inom psykiatrin som anser att åtgärder såsom bältesläggning bör användas i ett tidigare skede, att personal inte skall vara alltför tålmodiga. Det framkommer en upplevelse av att personal tenderar att undvika att

ingripa i hot- och våldssituationer i en sådan grad att det riskerar att ackumuleras och att situationen då istället urartar.

En sjuksköterska berättar om en psykiatrisk enhet med hög förekomst av hot och våld där arbetssättet präglas av ett strängt förhållningssätt.

”Eh, ja. Det som hände på den här platsen jag berättade om, det var inte att personalgruppen blev mer våldsamt...så var det inte, utan de som var intagna där förstod ganska snabbt att de som jobbar där var ingen idé att tjafsa med.

För de kunde hantera hoten och våldet, de hade liksom nån slags, eh, man får ju inte prata om våldskapital men...eh, men det ja det blev en förskjutning där. Så det som jag berättade om i min tidiga karriär i psykiatrin, det var inte bra...för där använde personalen våldet som ett instrument.” (Informant 1)

Att vara rädd

Det framkommer i intervjuerna att det finns ett samband mellan förekomsten av hot och våld och rädsla hos personalen.

Sjuksköterskorna beskriver att personal kan välja att blunda för vissa beteenden, ett slags undvikandebeteende. Detta ses utmytna i att viss personal tenderar att alltid få hantera alla hot- och våldssituationer och att det i sin tur riskerar att skapa splittringar i personalgruppen. Informanterna upplever inte att detta är någonting det pratas om i arbetsgruppen.

Det beskrivs en rädsla för att närma sig en hotfull och våldsamt patient, samt en rädsla i situationer där personal går in handgripligen och utför åtgärder.

I en intervju ges en beskrivning på hur rädsla kan försvåra hanterandet av hot- och våldssituationer.

”Ja tex eftersom vi pratar om hot och våld, i en hot och våldssituation att man inte backar. Sen kan man ju i en stressig situation kanske reagera så att man blir paralyserad, det kanske man faktiskt inte vet innan. Men man ska i alla fall inte ha den intentionen ifrån början för jag har ju också varit med om att man träffar på folk som menar på att: nej men larmat det så låser jag in mig på, inte här men på rättspsykiatrin, larmar det så låser jag in mig på toaletten bara helt såhär.” (Informant 3)

Rädsla ses också hindra relationsskapandet med patienten, detta upplever sjuksköterskorna ge sämre förutsättningar för att kunna ge god vård. Till exempel kan personals rädsla leda till att patienter inte får tydliga besked vilket i sin tur kan leda till frustration hos patienterna.

Att vara olika

Informanterna upplever att det är svårt för alla i en personalgrupp att förhålla sig på ett och samma sätt då varje individ i gruppen har olika egenskaper. Trots att det finns en strävan mot en gemensam struktur riskerar enskilda personer att gå utanför denna. Detta riskerar att leda till konflikter och splittringar i arbetsgruppen.

Sjuksköterskorna ser svårigheter i att ändra sitt förhållningssätt radikalt efter olika patienters behov. Det framhålls att personal har olika förutsättningar för att till exempel förhålla sig lågaffektiva då de har olika temperament.

”Ja det tror jag, jag tror det är väldigt olika, jag tror att det är väldigt personligt inriktat hur man vill förhålla sig. Jag skulle väl i så fall önska att man gjorde en mer strukturell satsning kanske på hur man ska förhålla sig.” (Informant 3)

METODDISKUSSION

Den metabok vi valt att utgå ifrån benämner vår valda metod som kvalitativ innehållsanalys (Lundman och Hällgren Graneheim, 2012, ss. 187–201).

Dahlberg (2014, s. 123–126) talar om kvalitativ innebördsanalys, denna analysmetod riktar sig mot människors existentiella värld. Analysmetoden lämpar sig för data som består av människors upplevelser i syfte att försöka förstå hur de erfar världen.

Vi ser stora likheter mellan Dahlbergs innebördsanalys och vår valda innehållsanalys. Dahlberg (2014, ss. 113–119) menar att innehållsanalysen är en lägre form av analys. Innehållsanalysen beskrivs vara inriktad på mer konkreta företeelser som till exempel åsikter.

Vi ställer oss frågan om valet av metabok har påverkat utfallet av vår analys? I efterhand funderar vi kring om Lundman och Hällgren Graneheims metabok begränsat våra möjligheter till mer djupgående analyser. Det förefaller vara så att vi i slutändan inte nådde den abstraktionsnivå vi avsåg att göra. Vi anser dock att vi besvarat vårt syfte och lyckats analyserat innehållet i informanternas berättelser.

Begreppet förförståelse beskrivs av Lundman och Hällgren Graneheim (2012, s. 197). Begreppet innefattar forskarens förkunskaper, attityder och erfarenheter av det valda fenomenet. Författarna problematiserar hur vår förförståelse kan komma att påverka resultatet. Det framkommer att det finns delade meningar i forskarvärlden huruvida förförståelsen skall sättas åt sidan eller ej. Vi har båda flerårig erfarenhet av psykiatrisk vård och väl förtrogna med den verklighet som informanterna delger i sina berättelser. Detta kan ha påverkat hur vi i analysarbetet valde att kategorisera materialet. Vår förförståelse kan ha påverkat intervjuförloppet genom att vi omedvetet kan ha missat möjliga infallsvinklar. Det faktum att vi själva har erfarenhet av hotfulla och våldsamma möten kan ha bidragit till en mindre grad av öppenhet. Detta på grund av att vi själva har en föreställning om hur dessa möten kan se ut. Samtidigt ser vi att vår erfarenhet kan ha bidragit till en bättre förståelse i ämnet. Detta kan i sin tur ge ett rikare material jämfört med om studien till exempel hade utförts av studenter på grundnivå. Det är också möjligt att vi hade haft annorlunda förutsättningar om vi valt verksamheter där vi själva inte är yrkesverksamma. Resultatet kan ha påverkats av att urvalsprocessen byggde på sjuksköterskans egna intresse för området. Dock ser vi svårigheter med att kringgå detta då studien bygger på frivilligt deltagande. Vi ser en styrka i att informanterna är både män och kvinnor, har varierande antal år i yrket samt har erfarenhet från många olika psykiatriska verksamheter.

Lundman och Hällgren Graneheim (2012, ss. 197–199.) beskriver begreppen *tillförlitlighet*, *giltighet*, *delaktighet* samt *överförbarhet*. Dessa begrepp kan särskilt användas vid en kvalitativ metod för att bedöma studiens trovärdighet.

En studies *tillförlitlighet* kan sättas i samband med huruvida forskaren kontinuerligt lyckats bekräfta sina ställningstaganden under forskningsprocessen.

Det faktum att vi var två som intervjuade informanterna ser vi både som positivt och negativt för *tillförlitligheten*. Uppföljande frågor kan vara varierande på grund av detta, dock ser vi också att det kan bidra till ett mer innehållsrikt material. Att två personer har läst igenom och analyserat materialet tillsammans anser vi också stärka *tillförlitligheten*. Begreppet *giltighet* beskrivs som det som är representativt, alltså vad som utmärkande för just det fenomen som studeras.

Vi anser att vi fått fram informanternas upplevelser vilket var vårt syfte. Vår metod innefattar förbestämda frågor som bjuder in informanten att dela med sig av sina erfarenheter. Intervjufrågorna i kombination med öppna följdfrågor menar vi har gett oss ett rikt material med god *giltighet*.

Lundman och Hällgren Graneheim (2012, s. 199.) framhåller att i en kvalitativ studie är det inte möjligt för forskaren att undvika *delaktighet*. I en intervju är forskaren med och skapar texten tillsammans med informanten. Med andra ord har resultatet påverkats av forskaren i någon grad.

Vi har under intervjuerna haft en ambition att förhålla oss öppna mot fenomenet. Genom följsamhet till det som uttrycks av informanterna samtidigt som vi har försökt tygla vår förförståelse har vi varit medvetna om graden av vår *delaktighet*.

Överförbarhet innebär i vilken omfattning resultatet kan tillämpas på andra situationer och grupper. Detta görs med hänsyn till studiens helhet, från urval till analysen och den kontext studien är utförd i.

Vi beskriver i vår metod tydligt hur vi gått till väga under hela processen. Urvalet är begränsat till västra Sverige och två olika psykiatriska kliniker. Då vår studie rör unika upplevelser är det svårt att bedöma graden av överförbarhet till annan psykiatrisk verksamhet. I vår bakgrund presenterar vi statistik på att hot och våld är vanligt förekommande inom svensk psykiatri. Det ligger nära till hands att utgå ifrån att vårt resultat inte hade varit helt annorlunda i en annan del av landet.

RESULTATDISKUSSION

I resultatet framkommer att informanterna har svårare att definiera begreppet hot än att definiera begreppet våld. Begreppet hot beskrivs som en subjektiv upplevelse där sjuksköterskan själv värderar allvarlighetsgraden. Vi ser att det riskerar att bli godtyckligt beträffande vad som är ett hot beroende på vem som är mottagare. Sjuksköterskorna vittnar om att det saknas tydlighet för när en incident skall anmälas eller inte. Vi tänker att avsaknaden av regelverk/policy för vad verksamheten accepterar gör att det blir vanskligt för den enskilda individen att avgöra var gränsen skall dras. Resultatet visar på att resursbrist, framför allt personalbrist tenderar att leda till en hög personalomsättning. Detta minskar i sin tur möjligheten för personal att delta vid olika utbildningar.

Carlsson (2009) beskriver ett behov av fortlöpande handledning och utbildning för att skapa förutsättningar för en god relation med patienten. Det framkommer att handledning skall erbjudas och inte bör prioriteras bort av till exempel ekonomiska skäl. Författaren menar att vårdaren också behöver vårdas. Verbal och fysisk aggressivitet är tämligen påfrestande att utsättas för.

Vårt resultat visar att personal kan uppleva rädsla för att närma sig patienten i en hotfull/våldsam situation. Vår erfarenhet är att sjuksköterskeutbildningen såväl som

specialistsjuksköterskeutbildningen ger kunskaper inom psykiatriska diagnoser och omvårdnad. Däremot saknas mer konkreta tekniker i bemötande och/eller konflikthantering. Vi ser ett behov av att sjuksköterskor ges verktyg för att klara av att bemöta och hantera detta. Resultatet pekar på att det finns brister i den utbildning som verksamheten idag erbjuder personalen. Informanterna efterlyser mer utbildning i bemötande som ett komplement till den självskyddsstråningen som ges. Abderhalden, Needham, Dassen, Halfens, Haug och Fischer (2008) fann att strukturerade riskbedömningar kan vara både ett kostnadseffektivt och ett enkelt sätt för att minska förekomsten av hot och våld.

Maguire, Daffer, Bowen och McKenna (2018) fann att det inte finns någon särskild åtgärd som är bra för att hindra aggression från patienter med överhängande risk för aggression. Författarna menar att fokus bör ligga på tidiga och förebyggande åtgärder för att förbättra patienternas vård och att förebygga aggressioner hos ineliggande patienter. Författarna menar att för att uppnå detta krävs att det fokuseras på att förbättra interventioner som används för att minska aggressioner, samt användandet av sådana insatser som begränsar patienten. Vi ser således att det finns ett stort behov av att utveckla effektiva metoder för att förebygga hot och våldssituationer. Vi anser att det inte bara hjälper att kartlägga att det finns en risk om det inte finns en bra metod för att hantera och förebygga det våld som riskerar att uppstå. Vi ser behov av att det finns tydliga riktlinjer för vilka interventioner som bör tillämpas, vilka som passar bäst för en visst beteende och att patienten får en central roll och kan vara delaktig i riskbedömningen.

Borch Terkelsen och Larsen (2014) har funnit att de verktyg som gynnar arbetet med att minska aggressivitet och våldsamhet på en psykiatrisk avdelning bör handla om patientfokuserade interventioner snarare än personalfokuserade. I sin studie finner de att rädsla och aggressivitet hos personal riskerar att skapa hotfulla och/eller våldsamma situationer. I en vårdmiljö där patienterna upplever sig inkluderade i kombination med att personal ges verktyg för att bemöta på ett icke-provocerande sätt finns goda förutsättningar för att förhindra farliga situationer för både patienter och personal. Författarna lyfter särskilt fram betydelsen av en levande etisk diskussion i arbetsgruppen. Om diskussion regelbundet finns kring hur personal bemöter patienter ses nödvändiga verktyg kunna skapas i arbetsgruppen.

Den rädsla som vårt resultat visar kan finnas i samband med hotfulla och våldsamma vårdssituationer bör tas på allvar. Personal som upplever sig rädda riskerar att inte handla på det för patienten mest skonsamma sättet. Detta blir problematiskt inte minst ur ett konsekvensetiskt perspektiv. Om en etisk diskussion ständigt är närvarande i arbetsgruppen ges personalen förutsättningar att behålla patientens bästa i fokus. Då torde risken för ”icke-reflekterade” handlingar från personal bli mer sällsynt.

Våra intervjuer visar att rädsla kan hindra relationsskapandet med patienten. Detta upplever sjuksköterskorna ge sämre förutsättningar för att kunna ge god vård. Till exempel kan personals rädsla leda till att patienter inte får tydliga besked vilket i sin tur kan leda till frustration hos patienterna. Här tycks det alltså finnas utrymme för att ställa frågan vad som skulle kunna minska rädslan hos personalen? Om inte personalen ges verktyg för att inge patienterna trygghet så minskar troligen också patienternas upplevelser av att vara i trygga händer, då äventyras många gånger också deras chanser till tillfrisknande.

Carlsson (2003, s. 62) bekräftar den bild som sjuksköterskorna i vår studie ger, att fokus tenderar att ligga på fysisk träning i form av självförsvar/självskydd.

Det tycks alltså inte ha hänt så mycket i verksamheternas utbildningsutbud på 15 år. Vi ser att psykiatrin behöver göra en satsning för att klara av den utmaning som framtidens psykiatri innebär. Sjuksköterskorna behöver vara rätt rustade för att klara av att möta hot och våld. Inte minst för att patienterna förtjänar ett kompetent bemötande men också för att verksamheten bör värna om att behålla och rekrytera personal.

Björkdahl, Hansebo och Palmstierna (2013) presenterar Bergenmodellen som har visat positiva resultat i arbetet med att förebygga och hantera hot och våld. Fokus ligger på tre områden, en hos personalen positiv inställning, att uppnå känslomässig balans samt att finna en fungerande ordning. Det tycks finnas kunskap kring hantering och förebyggande av hot och våld på många håll i Sverige. Det framkommer i vårt resultat att den kunskapen inte verkar vara implementerad i de verksamheter där våra informanter verkar. Det förefaller vara rimligt att psykiatrin på en nationell nivå har en ambition att arbeta för gemensamma riktlinjer. Oavsett var i landet du bor bör du ha rätt till den bästa möjliga psykiatriska vården.

En av våra informanter reflekterar kring sjuksköterskans yrkesroll och vad som rimligen kan förväntas av oss i en hot- och våldssituation. Sjuksköterskan menar att verksamheten kanske skall ställa sig frågan om rätt personer med rätt kompetens rekryteras till enheter med hög förekomst av hot och våld. Vår reflektion är att det är en intressant frågeställning som oss veterligen inte diskuteras idag. Det kanske kan komma att bli nödvändigt med någon typ av lämplighetstest i framtidens psykiatri? Är det rimligt att anta att sjuksköterskan med vårdvetenskap som huvudämne är den yrkeskategori som anses bäst lämpad för uppgiften?

Carlsson (2003, s. 61) betonar vikten av ett välfungerande samarbete i arbetsgruppen. Detta menar författaren kan vara avgörande för att vårdaren skall klara av att fortsätta arbeta i en miljö där hot och våld är ett vanligt inslag.

Det framkommer att sjuksköterskorna upplever att arbetsgruppen i högre grad än individen påverkar förekomsten av hot och våld. Informanterna framhåller att det är tydligt hur olika arbetsgruppers förmåga respektive oförmåga påverkar förekomsten.

Vi anser att arbetsgruppens kraft inte skall förringas, en rådande kultur kan vara avgörande för hur gruppen väljer att lösa en situation. Således kan en och samma situation resultera på vittskilda sätt beroende av vilken grupp som tar sig an situationen.

Carlsson (2003, s. 17) skiljer mellan positiva och negativa våldsamma möten. Det positiva våldsamma mötet innebär att vårdaren klarar av att möta patienten och undviker uppkomsten av hot och våld. Det negativa våldsamma mötet innebär i sin tur att vårdaren misslyckas med att möta patienten och det resulterar i någon form av hot och våld.

Vidare lyfter Carlsson (2003, s. 49) begreppet beröring som något centralt i mötet mellan vårdaren och patienten. Med beröring avses en av patienten upplevt äkta och ärlig avsikt både i abstrakt och verklig mening. I en hotfull och/eller våldsam situation där sjuksköterskan är rustad samt har genuint goda intentioner ges förutsättningar för ett positivt möte.

Det är tydligt i våra intervjuer att hot är vanligt förekommande på sjuksköterskornas arbetsplatser. Våld beskrivs förekomma men i lägre utsträckning än hot. Detta är så pass vanligt att informanterna uttrycker att de blir avtrubbade. Sjuksköterskorna ser att hot och våld är en del av den psykiatriska vården men att det inte ingår i arbetet att bli skadad.

Enligt Ridenour et al (2015) löper sjukvårdspersonal inom psykiatrin hög risk att utsättas för aggressivt beteende från patienter. De intervjuade sjuksköterskorna gör en distinktion mellan upplevelsen av att bli utsatt för hot och våld i sin yrkesroll kontra som privatperson. Detta blir för oss anmärkningsvärt då det i grunden handlar om samma kränkning mot dig som person. Det väcker tankar kring att rollen som sjuksköterska skulle innebära att acceptera en högre grad av kränkningar jämfört med andra yrkesgrupper.

Vi ser att det är problematiskt att det är så vanligt med hot och våld inom psykiatrisk vård. En jämförelse som är intressant är arbetsmiljön på till exempel en bank. Det bör i vår mening vara lika oacceptabelt att bli hotad i rollen som sjuksköterska som i rollen som banktjänsteman.

SLUTSATS

Hot och våld beskrivs vara vanligt förekommande i den psykiatriska vården. Det framkommer att arbetsgruppen och dess beskaffenhet har en avgörande roll för förekomsten av hot och våld. Fokus tenderar fortfarande att hamna på självskyddsträning med mycket fysiska inslag. Informanterna efterfrågar mer utbildning i bemötandehantering. Brist på kunskap, rätt kompetens och avsaknad av adekvat bemanning beskrivs utgöra ett hinder i mötet med en hotfull och/eller våldsam patient.

KLINISKA IMPLIKATIONER

Vi ser behov av tydliga riktlinjer kring vad verksamheten anser vara hot respektive våld. Det förefaller vara orimligt att den enskilda medarbetaren skall definiera vad som till exempel är ett hot utifrån sin unika upplevelse. Vi anser att det bör finnas en policy på varje psykiatrisk enhet där det framgår när och hur en incident skall polisanmälas. Det är då chefens sak att utgöra det stöd som den drabbade medarbetaren behöver.

Utbildning i bemötande och hantering av hot och våld efterfrågas av sjuksköterskorna. Det torde krävas relativt stora utbildningsinsatser. Dels för att kvalitetssäkra vården och dels för att uppnå ett mer likartat arbetssätt. Vi tycker inte att det skall vara någon skillnad mellan att vara patient på en klinik i Malmö eller i Umeå. Patienten har oavsett var de bor rätt till bästa tänkbara vård och bemötande utifrån ett tydligt patientfokuserat perspektiv.

Frågan kring personlig lämplighet bör lyftas bland verksamheterna. Rekryterar vi rätt personal till psykiatrin? Hur skall urvalet i rekryteringsprocessen gå till?

Förutom rätt personal på rätt plats framkommer det att personalbristen är en stor och bidragande faktor till förekomsten av hot och våld. Det är inte hållbart att tillåta att en bristande bemanning riskerar att leda till mer hot och våld. Dessutom har personalen, när de är för få, sämre förutsättningar att möta och hantera dessa situationer.

Vi har i vår yrkesutövning stött på begrepp som ”minimibemanning” och ”grundbemanning” för att beskriva lägsta antalet personal på en enhet under ett arbetspass. Vi ställer oss frågande till vad dessa bemanningstal är baserade på och om det är applicerbart på dagens komplexa psykiatri? Allt detta sammantaget ses som en del i dem nödvändiga åtgärder som bör beaktas för att få till en hållbar utveckling inom framtidens psykiatriska vård. I ett samhälle där psykisk ohälsa klassas som ett folkhälsoproblem blir det både socioekonomiska och sociala konsekvenser av att inte ta psykiatrins behov i beaktande.

REFERENSER

Abderhalden, C., Needham, I., Dassen, T., Halfens, R., Haug, H. J. & Fischer, J. E. (2008). Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial. *The British Journal Of Psychiatry: The Journal Of Mental Science*. 193(1) 44–50.

Arnetz, J. E. & Arnetz, B. (2001). Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Social Science and Medicine*. 52(3). 417–427.

Bimenyimana, E., Poggenpoel, M., Myburgh, C. & van Niekerk, V. (2009). *The lived experience by psychiatric nurses of aggression and violence from patients in a Gauteng psychiatric institution*. *Curationis*: 32(3) 4–13.

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.

Borch Terkelsen, T. & Larsen, I B. (2014). Fear, danger and aggression in a Norwegian locked psychiatric ward: Dialogue and ethics of care as contributions to combating difficult situations. *Nursing ethics*. 23(3) 308–317.

Carlsson, G. (2003). *Det våldsamma mötets fenomenologi – om hot och våld i psykiatrisk vård*. Diss. Växjö.

Carlsson, G. (2009). Våldsamma möten. *Nordisk tidsskrift for psykiatriske sykepleiere/sjuksköterska*. 3(1) 24–26.

Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa & vårdande*. Stockholm: Natur och Kultur.

Forté, L., Lanctôte, N., Geoffrion, S., Marchand, A. & Guay, S. (2016). Experiencing violence in a psychiatric setting: Generalized hypervigilance and the influence of caring in the fear experienced. *Work*. 57(1) 55–67.

Hallberg, U. (2011). *Kunskapsöversikt – Hot och våld inom vård och omsorg*. Stockholm: Arbetsmiljöverket. [Hämtad 2018-02-08] från: <https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/kunskapssammanstallningar/hot-och-vald-inom-varld-och-omsorg-kunskapssammanstallningar-rap-2011-16.pdf>

Heljskov, B. (2014). *Fysiske rammer og problemskabende adfærd*. I From, D., Kaas, M., Skovgaard Schmidt, S., Damgård Kristensen, HM. & Heljskov, B. Særforanstaltninger – anbefalinger til god praksis for organisering, samarbejde og borgerinddragelse. Odense: Socialstyrelsen.

Heljskov, B. (2018). *Lågaffektivt bemötande*. [Hämtad 2018-06-02] från <https://heljskov.se/lagaffektivt-bemotande/>.

Hylén, U., Kjellin, L., Pelto-Piri, V. & Warg, L. E. (2017). Psychosocial work environment within psychiatric inpatient care in Sweden: Violence, stress, and value incongruence among nursing staff. *International Journal of Mental Health Nursing*. 27. 1086–1098.

Isdal, P. (2017). *Meningen med våld*. Stockholm: Gothia Fortbildning.

Jalil, R., Huber, R. W., Sixsmith, J. & Dickens, G. L. (2017). Mental health nurses' emotions, exposure to patient aggression, attitudes to and use of coercive measures: Cross sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 75 130–138.

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Maguire, T., Daffer, M., Bowen, S. J. & McKenna, B. (2018). Risk assessment and subsequent nursing interventions in a forensic mental health inpatient setting: Associations and impact on aggressive behaviour. *Journal of Clinical Nursing*. 27 5–6.

Olsson, A. (2015). *Kraftig ökning av hot och våld i vården*. [Hämtad 2018-02-12] från <https://www.vardfokus.se/webbnyheter/2015/november/Kraftig-okning-av-hot-och-vald-i-varden/>

Olsson, A. (2017). *Tre gånger så vanligt med hot och våld inom slutenvård*. [Hämtad 2018-02-20] från: <https://www.vardfokus.se/webbnyheter/2017/september/tre-ganger-sa-vanligt-med-hot-och-vald-inom-slutenpsykiatri/>.

Oxford living dictionaries. (2018). [Hämtad 2018-02-12] från <https://en.oxforddictionaries.com/definition/violence>

Oxford living dictionaries. (2018). [Hämtad 2018-02-12] från <https://en.oxforddictionaries.com/definition/threat>

Oxford living dictionaries. (2018). [Hämtad 2018-02-12] från <https://en.oxforddictionaries.com/definition/aggression>

Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor. (2014). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen, inriktning psykiatrisk vård*. [Hämtad 2018-04-05] från: <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning.sjukskoterska.psykiatri.2014.pdf>

Rehnsfeldt, A. (2014) Livsförståelse som utgångspunkt för patientens perspektiv. I Wiklung Gustin, L. (red) *Vårdande vid psykisk ohälsa – på avancerad nivå*. Lund: Studentlitteratur. 61–76.

Ridenour, M., Lanza, M., Hendricks, S., Hartley, D., Rierdanc, J., Zeiss & Amandus, H. (2015). Incidence and risk factors of workplace violence on psychiatric staff. *Work*. 51, 19–28.

SFS 1962:700. *Brottsbalken*. Stockholm: Sveriges Riksdag.

SFS 1991:1128. *Lag om psykiatrisk tvångsvård*. Stockholm: Sveriges Riksdag.

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Sveriges Riksdag.

Socialstyrelsen. (2009). *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård*. [Hämtad 2018-04-23] från https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8336/2009-126-114_2009_126_114.pdf

Socialstyrelsen. (2013). *Statistik om psykiatrisk tvångsvård – enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT), år 2013*. [Hämtad 2018-02-16] från <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/statistik-om-psykiatrisk-tvangsvard-enligt-lpt-2013.pdf>

Vandecasteele, T., Debyser, B., Van Hecke, A., De Backer, T., Beeckman D. & Verhaeghe, S. (2015). Nurses' perceptions of transgressive behaviour in care relationships: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*. 71(12) 2786–2798.

World health organization. (2002). *World report on violence and health*. [Hämtad 2018-02-26] från http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf

World Medical Association. (2018). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects*. [Hämtad 2018-05-28] från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Bilaga I

Intervjufrågor

- Kan du berätta vem du är och vad du har för erfarenheter av psykiatri?
- Vad innebär hot och våld för dig?
- Vad har du för erfarenheter av att möta hotfulla och våldsamma patienter? (Även små harmlösa situationer). - Kan du beskriva situationer där det har gått bra och där det inte har gått bra?
- Hur tror du att arbetsgruppen påverkar förekomsten av hot och våld?
- Hur arbetar ni på er enhet för att förebygga hot och våld? – Upplever du att det fungerar?
- Vad krävs för att du skall känna dig trygg på din arbetsplats?
- Finns det andra tankar/erfarenheter som du vill tillägga avslutningsvis?

Bilaga II

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning psykiatri

Information och förfrågan om deltagande i en studie som syftar till att beskriva sjuksköterskans upplevelse av hot- och våldssituationer inom den psykiatriska vården.

Hej!

Vi heter Jesper och Michelle och läser vår sista termin av specialistsjuksköterskeprogrammet inom psykiatrisk vård på högskolan i Borås. Vi har inlett arbetet med vårt examensarbete och söker nu efter 10 stycken psykiatrisjuksköterskor att intervjua. Vår frågeställning rör psykiatrisjuksköterskors erfarenheter av mötet med hotfulla och/eller våldsamma patienter inom den psykiatriska vården. Intervjun som helhet kommer att ta mellan 30-60minuter och kräver från informantens sida ingen särskild förberedelse. Intervjun är tänkt att utövas i verksamheten under deltagarens arbetstid.

Intervjuerna kommer att ske helt under frivilliga premisser. Informanterna kan när som helst avbryta sin medverkan, de väljer själva hur mycket de vill berätta och vi garanterar anonymitet.

Vi kommer att skicka ut information till de sjuksköterskor som är intresserade av att delta.

Vi hoppas få chansen att utföra studien i er verksamhet!

Önskas mer information går det självklart bra att maila eller ringa oss.

Tack på förhand

Vänliga hälsningar

Jesper Hallberg - 0736–215928

Jesper_hallberg@outlook.com

Michelle Karlsson - 0705–730479

michelle.karlsson@hotmail.com

Claes Ekenstam - 0703–165981 – Handledare

Claes.Ekenstam@hb.se

Signatur verksamhetschef

Namnförtydligande

Datum

Ort

Information till forskningspersonerna

Vi vill fråga dig om du vill delta i ett forskningsprojekt. I det här dokumentet får du information om projektet och om vad det innebär att delta.

Vad är det för projekt och varför vill ni att jag ska delta?

Vi är två studenter vid högskolan i Borås som studerar till specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård. Vi skriver magisteruppsats och har valt att använda intervjumetodik.

Hot och våld är vanligt förekommande inom psykiatrisk vård. Vi är intresserade av att ta reda på vilket sätt psykiatrisjuksköterskor blir påverkade av att möta hotfulla och våldsamma patienter i en psykiatrisk vårdkontext. Vi ser ett behov av att arbeta mer våldspreventivt och att det behövs ökad kunskap inom ämnet. Idag saknar psykiatrin tydliga riktlinjer och metoder för hur detta arbete skall bedrivas.

Vi har genom mailutskick till chefer inom psykiatrin kommit i kontakt med dig och hoppas att du vill delta i vår studie.

Forskningshuvudmän för projektet är Michelle Karlsson och Jesper Hallberg - under ledning av docent Claes Ekenstam vid högskolan i Borås.

Hur går studien till?

Vi kommer tillsammans med dig att boka in en tid och plats för en intervju. Vi beräknar att intervjun kommer att ta cirka 30–60 minuter. För dig som informant krävs inga specifika förberedelser, men vi förordar att ni funderar lite kring ämnet och om det är någon speciell tanke, eller händelse som ni vill delge.

Möjliga följder och risker med att delta i studien

Att samtala om sina erfarenheter av hotfulla och våldsamma möten kan i vissa fall väcka starka och jobbiga känslor. Du kan komma att uppleva intrång på din personliga integritet, men vi vill tydliggöra att du när som helst kan avbryta intervjun. Vi är intresserade av dina unika upplevelser och du bestämmer vad du vill dela med dig av. Vi arbetar under sekretess enligt personuppgiftslagen och lagen om etikprövning. Allt material kommer att vara anonymt och avidentifierat när det publiceras i studien.

Vad händer med mina uppgifter?

Projektet kommer att samla in och registrera information som framkommer vid intervjun, om dig. Intervjun kommer att spelas in genom ljudupptagning, transkriberas, avpersonifieras och delas in teman. Ljudupptagningen kommer efter avslutad bearbetning att raderas och finns bara tillgänglig för forskningens huvudmän. I sin slutliga form kommer ingen information att kunna härledas till enskild person.

Hur får jag information om resultatet av studien?

Du har rätt till att läsa igenom den transkriberade utskriften av intervjun som du har medverkat till - men det är inte tvunget.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför. Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta den ansvariga för studien (se nedan).

Ansvariga för studien

Michelle Karlsson 0705-730479 – michelle.karlsson@hotmail.com

Jesper Hallberg 0736-215928 – Jesper_hallberg@outlook.com

Claes Ekenstam 0703-165981 – Claes.Ekenstam@hb.se

Samtycke till att delta i studien

Jag har fått muntlig och skriftlig informationen om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

- Jag samtycker till att delta i studien - Psykiatrisjuksköterskans upplevelse av att möta hotfulla och våldsamma patienter inom psykiatisk vård.

- Jag samtycker till att uppgifter om mig behandlas på det sätt som beskrivs i forskningspersonsinformation.

Plats och datum	Underskrift