

”En tickande bomb”

- Sjuksköterskors upplevelser av att vårda hotfulla och våldsamma patienter i psykiatrisk slutenvård

Charlotta Asplund och Magdalena Hallgren

Abstract

Bakgrund: Hot och våld i psykiatrisk slutenvård är ett vanligt förekommande fenomen. Hot och våld uppstår av en rad olika anledningar. Det är ett störande moment i sjuksköterskans arbete och väcker negativa känslor, vilket kan avspeglas i sjuksköterskornas interaktioner med patienterna.

Syfte: Att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att vårda hotfulla och våldsamma patienter i psykiatrisk slutenvård.

Metod: En intervjustudie genomfördes med åtta sjuksköterskor på två psykiatriska kliniker vid ett större sjukhus i en storstadsregion i västra Sverige. Materialet analyserades genom kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Fyra kategorier framkommer. Den första är *olustkänslor* med underkategorierna att känna oro och ångest, att känna stress, att känna sig ledsen samt att känna sig kränkt. Den andra kategorin är *rädsla*, med underkategorierna rädsla för den hotfulla patienten samt att känna rädsla för andras skull. Den tredje kategorin är *maktlöshet* med underkategorierna att förlora kontrollen, att känna frustration samt att arbeta med en tickande bomb. Den fjärde kategorin är *trygghetsskapande strategier* med underkategorierna att sätta sig in i patientens situation samt att våga stå kvar.

Slutsats: Ofta kan det aggressiva beteendet hos patienterna associeras till sjukdomsbild och/eller missbruksproblematik, vilket bekräftades i vår studie. I de flesta fall har sjuksköterskorna en djupare förståelse för patientens beteende och har därmed högre tolerans för hot och våld. Sjuksköterskorna betonar att det är viktigt att alltid vara tillgänglig för patienterna, då det skapar trygghet för båda parter samt är en förutsättning för en god vårdande relation.

Nyckelord: hot, psykiatrisjuksköterskor, sjuksköterskors upplevelser, slutenspsykiatrisk vård, våld

”En tickande bomb” - Sjuksköterskors upplevelser av att vårda hotfulla och våldsamma patienter i psykiatrisk slutenvård

”A ticking time bomb” - Nurses’ experiences of caring for aggressive patients in psychiatric inpatient care

Författare: Charlotta Asplund och Magdalena Hallgren

Handledare: Pia Alsén

Examinator: Elisabeth Dahlborg Lyckhage

Institution: Institutionen för hälsovetenskap

Arbetets art: Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Program/kurs: Specialistsjuksköterskeprogrammet, 60 hp, inriktning psykiatrisk vård

Termin/år: VT 2017

Antal sidor: 19

Abstract

Background: Inpatient aggression is common as a phenomenon in psychiatric inpatient care. Inpatient aggression arises for several reasons. It disturbs the nurses in their work assignments and causes negative emotions, which can be reflected in the interaction with the patients.

Aim: To describe nurse's experiences of caring for aggressive patients in psychiatric inpatient care

Method: An interview study was conducted with eight nurses at two psychiatric clinics at a hospital in a big town in Western Sweden. The material was analysed through qualitative content analysis.

Results: The analysis resulted in four main categories. The first category is *uneasiness*, with subcategories: to feel anxiety, to feel stress, to feel sad and to feel offended. The second category is *fear*, with subcategories: to feel fear for the aggressive patient and to feel fear for others sake. The third category is *powerlessness*, with subcategories: to lose control, to feel frustration and to work with a ticking time bomb. The fourth category is *work to create security policies* with subcategories: understanding the patients' situation and courage to remain in an aggressive encounter.

Conclusion: Inpatient aggression is often associated to symptoms and/or drug abuse, which also was confirmed in our study. In most scenarios the nurses had a deeper understanding for the patients behavior and thereby a higher tolerance towards inpatient aggression. The nurses claimed that being available to the patients was very important, since that created an atmosphere of security for both parties and it was assumed a presumption for a good caring relationship.

Keywords: Aggression, inpatient psychiatric care, nurses' experiences, psychiatric nurses, violence

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Definitioner av hot och våld.....	1
Lagstiftning och förordningar.....	1
Prevalens av hot och våld i psykiatrisk slutenvård.....	2
Sjuksköterskans roll i mötet med patienten.....	2
Hot och våld i sjuksköterskors dagliga arbete.....	3
Hot och våld i den psykiatriska slutenvården.....	3
Konsekvenser av hot och våld.....	4
Problemformulering.....	4
Syfte.....	5
METOD	5
Design.....	5
Urval.....	5
Datainsamling.....	5
Dataanalys.....	6
Etiska överväganden.....	7
RESULTAT	7
Olustkänslor.....	8
Rädsla.....	9
Maktlöshet.....	9
Trygghetsskapande strategier.....	10
DISKUSSION	11
Metoddiskussion.....	11
Resultatdiskussion.....	13
Slutsats.....	15
Kliniska implikationer.....	16
REFERENSER	17
Bilaga I Informationsbrev till vårdenhetschef	
Bilaga II Informationsbrev till sjuksköterskor	
Bilaga III Intervjuguide	
Bilaga IV Populärvetenskaplig sammanfattning	

INLEDNING

Vårdpersonal inom vuxenpsykiatrisk slutenvård ställs ofta inför situationer där patienter kan vara hotfulla och våldsamma. Hot och våld inom denna kontext uppstår av ett flertal olika anledningar och kan skapa en otrygg vårdande miljö för patienterna och en otrygg arbetsplats för vårdpersonalen. Konsekvenserna av att utsättas för hot och våld kan vara allvarliga och ha en negativ inverkan på både den som utsätts och på omgivningen. Här spelar vårdpersonal och i synnerhet sjuksköterskan som arbetsledare, en väsentlig roll för hur hot och våld från patienterna bemöts. Följande intervjustudie syftar till att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att vårda hotfulla och våldsamma patienter på sin arbetsplats inom den psykiatriska slutenvården.

BAKGRUND

Definitioner av hot och våld

Hot och våld kan beskrivas som ageranden som går över gränsen för vad som är lagligt, acceptabelt och tillåtet (Hallberg, 2011).

Våld på arbetsplatsen definieras enligt di Martino (2003) som följande:

”Incidents where employees are abused, threatened, assaulted or subjected to other offensive behaviour in circumstances related to their work” (di Martino, sid. 1).

Sjuksköterskor har svårt att definiera hot och våld. Alla har olika definitioner av begreppen. Många anser att verbala hot är så pass vanligt förekommande, att de inte alltid tolkar det som hot. Åsikterna om vad som är hot eller våld är splittrad i personalgruppen. Vissa sjuksköterskor anser att patientens agerande är hotfullt eller våldsamt om det är en medveten handling samtidigt som andra anser att det inte är det. I dessa fall styr kontexten, hur den tidigare relationen med patienten sett ut och hur agerandet påverkar den som utsätts. Att patienter är hotfulla och använder våld kan ses som en del av sjukdomsbilden och det reducerar på så vis upplevelsen av hot och våld (Stevenson, Jack, O'Mara & LeGris, 2015).

Verbala hot definieras av sjuksköterskor som att föra oväsen, skrika, använda sig av förolämpningar och ett olämpligt språk, svära, uttala sig rasistiskt eller argumentera emot personal (Stewart & Bowers, 2013).

Lagstiftning och förordningar

Patienter som vårdas inom sluten vuxenpsykiatrisk vård gör det med stöd av två lagstiftningar, Hälso- och sjukvårdslagen, HSL (SFS, 1982:763) respektive Lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT (SFS, 1991:1128).

Enligt HSL (SFS, 1982:763) ska patienten få en trygg och säker vård. Vården ska grunda sig på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Vården ska tillämpas på lika villkor.

För att en patient ska vårdas enligt LPT (SFS, 1991:1128) behöver vissa kriterier uppfyllas. Dessa är: om patienten lider av en allvarlig psykisk störning, har ett nödvändigt behov av psykiatrisk vård dygnet runt, om patienten är en fara för sig själv eller för andra samt motsätter sig vård.

I Lagen om psykiatrisk tvångsvård (SFS, 1991:1128) går det att läsa om tvångsåtgärder och avskiljning av en aggressiv patient. Tvångsåtgärder får endast nyttjas om de anses rimliga för syftet med åtgärden. Tvångsåtgärder för att kunna ge vård får nyttjas när patienten inte kan medverka frivilligt trots anpassad information till denne (SFS, 1991:1128, 2a §, 2b §). Patienten får spännas fast med bälte eller dylikt om det finns en risk för att denne skadar sig själv eller andra, personal måste då vara närvarande hela tiden (SFS, 1991:1128, 19§). Enligt 20§ (SFS, 1991:1128) får patienten hållas avskild från medpatienter enbart om situationen kräver detta, då patienten försvårar vården av de andra patienterna genom sitt aggressiva och störande beteende.

En psykiatrisk vårdavdelning har alltid låsta dörrar. Ibland kan konflikter uppstå mellan personal och patienter för att dörrarna är låsta och detta skapar en otrygg miljö. Patienterna uttrycker ibland att låsta dörrar omyndigförklarar dom och att det är en påfrestning att ständigt stå i beroendeställning till personal. Personalen upplever dock att låsta dörrar är en skyddsåtgärd för patienterna, då det skyddar från oönskade kontakter utanför sjukhuset. Det förhindrar även att droger och alkohol tas in på vårdavdelningen. Genom låsta dörrar skapas en osjälvständighet hos vissa patienter, som kan resultera i att de känner sig "sjuka" eller "farliga" (Haglund, von Knorring & von Essen, 2006). Att dörrarna till avdelningarna är låsta skapar även irritabilitet hos patienterna och kan på sikt leda till hot mot personalen. Irritabiliteten över att vara "inlåst" kan också ta sig våldsamma uttryck i form av utåtagerande på föremål och personal (Bowers, Allan, Simpson, Jones & Van Der Merwee, 2009).

Prevalens av hot och våld i psykiatrisk slutenvård

Prevalensen av hot och våld inom hälso- och sjukvård är svår att ange eftersom få vetenskapliga studier gjorts inom detta område. Hot och våld inom hälso- och sjukvården har studerats i ett flertal länder men få jämförande studier har genomförts, på grund av skillnader i definitioner och mätmetoder. Inom psykiatrin och missbruksvården är hot och våld överrepresenterat och fler anmälningar av hot och våld har gjorts de senaste åren. Att våldet är allvarligare i dessa grupper beror på att patienterna ofta är yngre och starkare än andra patientgrupper (Hallberg, 2011). Hot- och våldstillbud utreddes mellan juni 2001 och april 2002 baserat på skattningsskalan Staff Aggression Scale (SOAS-R). Vårdpersonal från fem akutpsykiatriska vårdavdelningar fyllde i denna skattningsskala och 254 tillbud registrerades. Studien utgick från 149 patienter som var involverade i dessa hot- och våldstillbud. Den vanligaste anledningen till att patienterna blir aggressiva är att de nekas något från personalen, exempelvis att få lämna avdelningen. Andra bidragande faktorer kan vara oenighet om behandlingar, exempelvis medicineringen. Ytterligare faktorer för uppkomst av hot och våld är provocerande medpatienter och när personal ställer krav på patienten. Mest utsatta är personalen som framförallt exponeras för verbala hot (84,1%). De blir också slagna av patienterna eller knuffade (16,6%). Personal som utsätts för våld från patienterna känner sig framförallt hotade (77,9%) och i 7,6 % fall rapporterar personal att de känner smärta, har en synlig skada eller behöver behandling. När hot eller våld riktas mot personal är den vanligaste metoden att stävja detta genom att prata med patienten (i 42,1% av fallen). Avskiljning är den näst mest vanliga metoden (i 35,9 % av fallen) (Bowers et al, 2006). I en annan studie med syftet att utreda antalet hot- och våldstillbud under en tre-årsperiod med SOAS-R, visar det sig att hot och våld kan ske oprovocerat (30 % av fallen) ur situationer som uppstår där patienterna blir aggressiva (Omérov, Edman & Wistedt, 2002). Sjuksköterskor utsätts för flera typer av våld. Detta kan vara: att bli jagad, bli slagen, bli fasthållen, sparkad, spottad på, strypt och hotad med någon form av tillhygge. Patienterna utövar i första hand våld på interiören (Stevenson et al, 2015).

Sjuksköterskans roll i mötet med patienten

Sjuksköterskan ska kunna hantera situationer där våld, hot om våld eller risk för skada föreligger enligt kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005). I kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska, inriktning psykiatri, (2008) framgår att sjuksköterskan ska sörja för en god vårdmiljö, som är trygg, säker, funktionell och är anpassad till patienternas behov men även medarbetares. Vidare ska sjuksköterskan kunna identifiera, bedöma, förebygga och hantera riskfyllda situationer för patienter och medarbetare.

Travelbee (1971) betonar vikten av att vara tillgänglig, hjälpsam och villig att lyssna på patienten när denne talar om rädsla och ångest. Sjuksköterskan bör vara observant på fysiska och psykiska besvär. Hon ska kunna se patientens behov alternativt fråga denne på ett adekvat sätt, då behov

uppstår. Sjuksköterskan ska vara införstådd i faktorer som inverkar på välbefinnandet såsom fysiska, psykiska och andliga. En mellanmänsklig kontakt bör skapas, som möjliggörs genom sympati och empati och där patienten står i centrum och ses som likvärdig. I den första kontakten mellan sjuksköterska och patient är båda främmande för varandra och har stereotypa tolkningar av varandra. Därför bör sjuksköterskan känna till de tolkningar som hon eller han har, för att kunna se varje enskild patient som en unik individ. Om sjuksköterskan brister i detta, blir mötet meningslöst och omvårdnaden blir utan djup. Travelbee (1971) menar att sjuksköterskan ska förhålla sig till individens upplevelser av sjukdom istället för sin egen eller medarbetares bedömningar. Det är sjuksköterskans ansvar att säkerställa att relationen skapas och upprätthålls, men hon eller han kan inte göra detta ensam. Relationen måste vara ömsesidig. Patienten måste också kunna sätta sig in i att sjuksköterskan har behov som hon tillgodoser i relationen.

Hot och våld i sjuksköterskors dagliga arbete

Sjuksköterskor som exponeras för hot och våld från patienter, drabbas av olika emotionella reaktioner. De flesta upplever det som en förolämpning, andra upplever även ilska. Andra känslor som är vanligt förekommande är rädsla och att känna sig överrumplad. De beskriver hur illa till mods de känner sig efter händelsen, att de tar med sig det hem efter jobbet samt kan ha mardrömmar. Svårigheter att slappna av och sedan återgå till sin arbetsplats anses vara mycket svårt (Omérov et al, 2002).

Sjuksköterskor som utsätts för våld reagerar främst med ilska (1544 av 2617 deltagare) men även sorgsenhet (1229 av 2617 deltagare), besvikelse (1125 av 2617 deltagare) och rädsla (1046 av 2617 deltagare). Det framgår att 1230 av deltagarna som utsätts för våldshandlingar har blivit mer försiktiga, 340 känner rädsla och 392 deltagare känner mindre glädje över patientarbetet. Vidare rapporteras att de som utsätts för våld har lägre mental energi, känner stress, har sämre arbetsförmåga, engagerar sig mindre i olika arbetsprocesser och har svårt att fatta beslut. Det presenterade resultatet baseras på enkäter från 1995 på ett allmänsjukhus i Sverige och berörde inte psykiatri (Arnetz & Arnetz, 2001).

Sjuksköterskor anpassar sig vid hot och våld på sin arbetsplats. De utvecklar strategier för att kunna hantera hot och våld samt försöker att finna en mening i det som inträffar. De försöker förstå såväl sitt som patientens beteende. Vissa sjuksköterskor kan skuldbelägga sig själva då de anser sig vara oerfarna. De kan exempelvis jämföra sig med andra sjuksköterskor som anser att de är bättre på att hantera situationer med hot och våld än sina kollegor. En annan strategi för att hantera hot och våld är att ta kontroll över situationen, vilket kan innebära att tvångsåtgärder vidtas i det akuta skedet. Efter ett våldstillbud kan sjuksköterskorna gå i samtalsterapi, göra polisanmälan samt försöka undvika att liknande situationer uppstår igen (Chapman, Styles, Perry & Combs, 2010). Förståelse utifrån sjuksköterskors perspektiv och erfarenheter av fenomenet, kan leda till en utveckling av interventioner för att förebygga och kunna bemöta hot och våld från patienterna (Stevenson et al, 2015).

Hot och våld i den psykiatriska slutenvården

Interaktionen mellan patient och vårdare definieras som en central aspekt i uppkomsten av våldshandlingar. Denna interaktion påverkas av omgivningen. Detta är arbetsmiljön för vårdpersonalen och den vårdande miljön för patienterna. Det negativa klimatet påverkar relationen mellan vårdpersonal och patienterna, då personal blir mer på sin vakt, spenderar mindre tid med patienterna och känner att de har ett mindre ansvar för deras behov. Detta resulterar i sin tur till sämre kvalitet på vården som bedrivs (Arnetz & Arnetz, 2001).

Bidragande faktorer till hot och våld i vårdmiljön kan påverkas av flera komponenter, där personalens tidsbrist för omvårdnadsuppgifter har en tydlig roll. Denna tidsbrist kan bidra till att patienterna känner sig orättvist behandlade, inte känner sig sedda och att deras integritet kränks.

Särskilt allvarliga är situationer i omvårdnadsarbetet som medför att patienten upplever maktlöshet när denne saknar kontroll över sin situation (Hallberg, 2011).

Bidragande faktorer till hot och våld kan vara patientrelaterade och rör sig då om psykiatrisk diagnos, historik av våldsam beteende samt missbruk. De kan också vara kopplade till sjuksköterskor och handlar då om kommunikation i personalgruppen och engagemang i debriefing efter ett våldstillbud. Riskfaktorerna kan även kopplas till vårdenheten och rör sig då om personalens tillgänglighet, begränsningar i den fysiska vårdmiljön samt tillgång till aktiviteter för patienterna (Stevenson et al, 2015).

Konflikter mellan vårdpersonal och patienter uppstår när patienter bryter mot regler på vårdavdelningen, vägrar ta sina mediciner, skadar sig själva, avviker eller är drog- och/eller alkoholpåverkade och detta resulterar ofta i att patienten utsätter personalen för verbala hot och ibland våld (Bowers et al, 2009). Personalen uppger dock att hot och våld från patientens sida kan uppstå utan någon klarlagd anledning, konflikter med andra patienter, tvångsmedicinering, psykisk status hos patienten samt labilitet efter besök på avdelningen. De vanligaste strategierna för att hantera våldet är medicinering, bältesläggning och avskiljning (Duxbury, 2002).

Konsekvenser av hot och våld

Det är sannolikt att vissa former av hot och våld har normaliserats, vilket får till följd att sjuksköterskor kanske inte reagerar när de utsätts för våld. På sikt leder det till att deras hälsa påverkas negativt (Stevenson et al, 2015). Vårdpersonal skuldbelägger ofta sig själva när våldstillbud inträffat och bortförklarar och bagatelliserar det. Troligen finns det en viss uppgivenhet när det gäller att anmäla sådana tillbud. Resonemanget som råder är att det är lönlöst eftersom åtgärder sällan vidtas när anmälan görs (Hallberg, 2011).

Många sjuksköterskor som exponerats för hot och våld i sitt arbete, mår psykiskt dåligt en lång tid efteråt. Sjuksköterskorna blir på helspänn, oroliga och misstänksamma i veckor om inte månader under patientarbetet. För vissa kan detta psykiska trauma påverka de relationer de byggt upp med patienterna negativt. De håller ett säkert avstånd från patienter de misstänker kan bli våldsamma och interagerar sämre med dessa (Yang, Hsieh, Lee & Chen, 2016).

Sjuksköterskor anpassar sig till hot och våld men om de utsätts frekvent och allvarligt för hot och våld på sina arbetsplatser, kan det få till följd att de lämnar yrket (Chapman et al, 2010). Även Hallberg (2011) trycker på svårigheterna att behålla vårdpersonal relaterat till hög prevalens av hot och våld på arbetsplatsen. Förutom att arbetsplatsen förlorar kompetent personal, blir det även svårt att anställa ny. Trivseln försämras därmed, liksom kvalitén på vården.

Många sjuksköterskor hamnar i en konflikt med sig själva då de eftersträvar att ge bästa möjliga vård men samtidigt inte accepterar att bli slagna, vilket skapar en inre stress. Det kan då bli svårt för sjuksköterskor att genomföra sina arbetsuppgifter på ett professionellt sätt (Stevenson et al, 2015).

Problemformulering

Hot och våld är ett stort problem inom den psykiatriska slutenvården, vilket bekräftas av flera studier. Personalen känner sig rädd och otrygg på sin arbetsplats, får både kroppsliga och psykiska besvär till följd av att exponeras för hot och våld samt engagerar sig mindre i arbetet med patienterna som då blir lidande. Sjuksköterskan ska alltid vara tillgänglig för patienten och vara lyhörd för dennes behov, särskilt under svåra omständigheter. Det åligger även sjuksköterskan att upprätthålla en trygg vård- och arbetsmiljö.

Det finns ett flertal studier, som berör prevalens, förebyggande samt identifiering av riskfaktorer för hot och våld. Däremot har endast ett fåtal studier gjorts på vårdpersonals och i synnerhet sjuksköterskors upplevelser av att vårda hotfulla och våldsamma patienter inom den psykiatriska slutenvården. Sjuksköterskors beskrivning av hur de påverkas av att vårda dessa patienter kan ge ett viktigt kunskapsstillskott och öka förståelsen för vad som kan göras för att förbättra arbetsmiljön.

Syfte

Syftet var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att vårda hotfulla och våldsamma patienter inom den psykiatriska slutenvården.

METOD

Design

Vald metod till studien är kvalitativ metod med induktiv ansats.

Att förstå mänskliga upplevelser så som de levs, genom insamling och analys av subjektivt, berättande material är centralt inom kvalitativ forskning (Polit & Beck, 2012).

En kvalitativ intervjustudie gagnar studiens syfte, då intervjuer med berörda sjuksköterskor kan ge tillförlitlig information när det utgår från deras egna upplevelser.

Utgångspunkten i studien är induktiv ansats som innebär att generaliseringar från specifika observationer görs. I fokus står kliniska erfarenheter som sedan kritiskt analyseras. Detta är en metod för att förstå och organisera ett fenomen, vilket är en central del i omvårdnadsforskning. En hypotes skapas där forskaren utgår från mönster, trender och associationer kopplat till det aktuella fenomenet (a.a.).

Urval

Urvalet gjordes inom de områden vi båda arbetar i: beroende- respektive psykosvård. Till studien tillämpades bekvämlighetsurval. Enligt Kristensson (2014) innebär bekvämlighetsurval att personer som är tillgängliga i en specifik kontext tillfrågas. Nackdelen skulle dock kunna vara att variationerna blir mindre uttalade, då informanter rekryteras från samma kontext.

Inklusionskriterier var sjuksköterskor inom vuxenpsykiatrisk slutenvård med ett års arbetserfarenhet eller mer av psykiatrisk vård. Exklusionskriterier var därmed sjuksköterskor med en arbetserfarenhet under ett år inom vuxenpsykiatrisk vård och sjuksköterskor inom andra verksamhetsområden än beroende- och psykosvården.

Sjuksköterskor intervjuades från fem olika vårdavdelningar inom beroende- samt psykoskliniken vid ett större sjukhus i en storstadsregion i västra Sverige. Könsfördelningen av sjuksköterskorna var tre män och fem kvinnor. Av dessa hade hälften, det vill säga fyra av deltagarna specialistutbildning i psykiatri. Arbetserfarenheten inom psykiatri varierade mellan 5-40 år och de var mellan 30 och 63 år gamla. Sjuksköterskorna hade varit på sin nuvarande arbetsplats mellan tre månader till 10 år.

Efter konsultation med handledaren skickades informationsbrev (se Bilaga I) om studiens syfte ut till avdelningschefer samt till sjuksköterskor (se Bilaga II) på avdelningarna. Avdelningscheferna kontaktades via telefon och mejl när svar via mejl dröjde. Efter att ha fått avdelningschefernas godkännande, bokades tider in för intervjuer med sjuksköterskorna som skedde anslutningsvis till deras arbetstid.

Datainsamling

Åtta sjuksköterskor intervjuades enskilt under perioden december 2016 till januari 2017.

Intervjuerna varierade tidsmässigt, mellan 13 och 40 minuter, dock var de flesta intervjuerna runt 20 minuter. Intervjuerna spelades in med mobiltelefon via apparna Röstmemo i iPhone samt Röstinspelning i Samsung. Intervjuerna baserades på semi-strukturerade frågor (se Bilaga III). Följdfrågor ställdes för att få den intervjuade att förtydliga eller ge mer detaljerad information. Intervjuerna skedde på de rekryterade sjuksköterskornas arbetsplats i anslutning till deras arbetspass. Enbart en av oss höll i intervjuerna medan den andra förde stödanteckningar. Rollerna alternerades, det vill säga båda har varit intervjuare och den som fört anteckningar. Informanterna

fick information om vårt upplägg inför intervjun. Skälet till denna arbetsfördelning var att göra det enklare för informanterna att koncentrera sig. När varje intervju var transkriberad, raderades det inspelade materialet för att bibehålla konfidentialitet.

Dataanalys

Vald analysmetod är kvalitativ innehållsanalys, som är lämplig för att analysera mångfacetterade, känsliga och fenomenologiska aspekter av omvårdnad. Den syftar till att bygga en modell för att förklara ett fenomen i konceptuell form (Elo & Kyngäs, 2007). De transkriberade intervjuerna analyserades enligt Graneheim och Lundmans (2004) modell för kvalitativ innehållsanalys. Kvalitativ innehållsanalys innebär att likheter och skillnader identifieras i texten och utifrån detta skapas kategorier och teman (a.a.). Meningsenheter togs fram baserade på materialet från de transkriberade intervjuerna. Meningsenheter utgörs av ord eller meningar med meningsbärande innehåll. Dessa kondenserades för att göra innehållet mer lätthanterligt samtidigt som essensen i innehållet bevarades. Efter denna process kodades innehållet och sedan kunde likheter och skillnader urskiljas mellan koderna. Koder med liknande innehåll sorterades in i underkategorier. Underkategorier med motsvarande eller liknande egenskaper och attribut fördes samman till huvudkategorier (a.a.). Exempel från analysen visas i tabell 1.

Tabell 1. Exempel på meningsenheter, kondensering, koder och kategorier.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Man blir ledsen när en kollega råkar illa ut...om han eller hon blir slagen av en patient	Ledsen om en kollega råkar illa ut.	Ledsen	Att känna sig ledsen	Olustkänslor
Något jag känner har gått över gränsen, något som är riktat och man känner sig rädd eller skrämmd.	Något som gått över gränsen...känner sig rädd eller skrämmd	Rädd eller skrämmd	Att känna rädsla för den hotfulla patienten	Rädsla
Det kändes som om han styrde oss och jag kände att jag inte hade något övertag eller kontroll...han skrämde alla och jag kände mig maktlös.	Han styrde oss och jag var maktlös	Maktlös	Att förlora kontrollen	Maktlöshet
När en patient hotar om våld och och man vet att det kommer att	Något kommer att hända...man går och väntar	Går och väntar	Att arbeta med en tickande bomb	Trygghetsskapande strategier

hända...man går och väntar på att det ska hända...det är jobbigare än att det händer				
--	--	--	--	--

Koderna inordnades och abstraherades till kategorier på olika nivåer. När osäkerhet uppstod om koderna var relevanta, ställdes dessa mot syftet. Analysprocessen resulterade i 4 kategorier och 11 underkategorier. Dessa sammanställs i tabell 2.

Etiska överväganden

När människor används som studiedeltagare, vilket de ofta gör i omvårdnadsforskning, måste garantier finnas för att deras rättigheter skyddas (Polit & Beck, 2012). Mänskliga rättigheter och basala friheter skall garanteras vid etikprövning samtidigt som respekt visas för intresset av att ny kunskap kan uppnås genom forskning. Människors välfärd kommer före samhällets och vetenskapens behov. Detta framgår i etikprövningslagen (SFS, 2003:460). Lagen syftar till att skydda varje individ samt respektera värdigheten som varje individ har vid forskning. Då detta är ett arbete på avancerad nivå på högskolan, krävs ingen etikprövning, vilket styrks i etikprövningslagen (a.a.). Dock är författarna väl medvetna om etiska principer och dess centrala del i forskningssammanhang. Deltagarna i studien tog del av information om studiens bakgrund och syfte samt sitt deltagande i den såväl skriftligt som muntligt. Deltagarna var införstådda i att deras uppgifter skulle hanteras varsamt och konfidentiellt samt att deltagandet var frivilligt och att de närsomhelst kunde dra sig ur studien utan att behöva ange något skäl till detta.

RESULTAT

Sjuksköterskorna i studien hade stor erfarenhet av hot och våld i det dagliga arbetet i den psykiatriska slutenvården. De upplevde olustkänslor, rädsla och maktlöshet men strävade efter att arbeta med trygghetsskapande strategier.

Tabell 2. Översikt kategorier och underkategorier.

Kategorier	Underkategorier
Olustkänslor	Att känna oro och ångest
	Att känna sig stressad
	Att känna sig ledsen
	Att känna sig kränkt
Rädsla	Att känna rädsla för den hotfulla patienten
	Att känna rädsla för andras skull
Maktlöshet	Att förlora kontrollen
	Att känna frustration
	Att arbeta med en tickande bomb
Trygghetsskapande strategier	Att sätta sig in i patientens situation
	Att våga stå kvar

Olustkänslor

Under kategorin *Olustkänslor* beskrev sjuksköterskorna att de kände en rad olustiga känslor i samband med att vårda hotfulla och våldsamma patienter. Många beskrev att de *kände oro och ångest* då hot och våldssituationer var så pass frekvent förekommande. När det förekom mycket hot och våld i det dagliga arbetet, medförde det ökad arbetsbelastning och således kände de *stress*. Många sjuksköterskor kände sig *ledsna* över hot- och våldssituationer samt när en hotbild av en patient inte delades av kollegorna. Sjuksköterskorna kände sig *kränkta* när de fick höra fula och nedvärderande ord om sig själva.

Att känna oro och ångest

Ångest var en vanligt förekommande känsla hos sjuksköterskorna när de kände sig illa till mods i mötet med hotfulla och våldsamma patienter.

"Jag blir sällan irriterad eller arg på patienter men jag känner ett starkt obehag, ja ångest."
(Informant 2)

Både under och efter en våldsam situation upplevde somliga sjuksköterskor ångest när de konfronterade patienten.

"När det väl händer får personalen bära med sig mycket ångest efteråt och man måste hela tiden tänka på att inte gå in i någon sorts dåligt mående när man befinner sig i den situationen. När man får ångestpåslag så kan man bli mycket påverkad som personal." (Informant 5)

Oro och ångest uttrycktes när hotbilden var mer personligt riktad och i vissa fall till och med mot sjuksköterskans familj.

"Han sa: jag ska fixa dina barn" Då var det droppen...det var en obehaglig känsla i några veckor...ja jag kände ångest, kraftig ångest..." (Informant 3)

Att känna stress

För många sjuksköterskor innebar en hotfull vårdmiljö mycket stress och särskilt när sjuksköterskan arbetade ensam på avdelningen. Just i en pågående hot- eller våldssituation blev det en stor arbetsbörda för sjuksköterskorna då de hade flera arbetsuppgifter att ta itu med och det skulle göras skyndsamt.

"Ju mer hotfullt det blir på avdelningen, desto mer påverkar det mig och jag blir mer stressad. Det blir väldigt mycket att göra när patienterna är hotfulla. Och när man är ensam sjuksköterska då är det mycket mycket mer stress." (Informant 4)

Sjuksköterskorna kunde också känna stress när en aggressiv patient lades in en fredag kväll och då inte skulle få samtal med avdelningsläkaren förrän på måndag. Detta innebar att patienten var rastlös och kunde vara mycket hotfull mot personalen.

"Det kan bli långtråkigt för patienterna och det kan öka risken för utåtagerande, vilket leder till mer stress för oss personal naturligtvis." (Informant 7)

Att känna sig ledsen

Ledsamhet kunde visa sig om det rådde delade uppfattningar i arbetsgruppen om en patient var hotfull eller inte. Sjuksköterskorna började då tvivla på sig själva och fick en dålig självkänsla.

"Känner man sig hotad vill man ju gärna att den bilden ska delas av alla. Så då kan man ju bli ledsen om det inte är någon annan som känner sig hotad av den patienten." (Informant 6)

Några påverkades starkt känslomässigt och blev ledsna efter att tvångsåtgärder tagits till mot våldsamma patienter.

"Jag är väldigt känslomässig...empatisk...så jag kan bli väldigt ledsen efteråt. Det har hänt att jag gråtit av lättnad eller...att det inte blev som jag tänkt mig eller att jag tyckte så synd om patienten."

(informant 1)

Att känna sig kränkt

Många sjuksköterskor kunde känna sig kränkta när de blev kallade fula eller nervärderade ord.

”När jag började här var det några som sade att: ”han kallade mig för hora” och då kände jag: Herregud jag har blivit kallad för hora jag vet inte hur många gånger i mitt liv. Eller ”du är den fulaste som finns här på avdelningen”. Åh gud, är jag så jävla ful? Dom unga som inte är vana vid det här kan nog bli lite chockade över att höra sådant.” (Informant 1)

Förutom fula och nedvärderande ord kunde även utåtagerande beteende så som att bli spottad på, upplevas som kränkande. Sjuksköterskorna kände sig då väldigt utsatta.

”Det är kränkande när dom säger fula ord eller spottar på en.” (Informant 5)

Rädsla

I kategorin *Rädsla* framkom olika typer av rädsla hos sjuksköterskorna. De kunde känna *rädsla för den hotfulla patienten* samt *rädsla för andras skull*, då ofta sina kollegor men även andra patienter.

Att känna rädsla för den hotfulla patienten

Trots rädslan som uppstod efter att ha utsatts för allvarligt våld, valde ändå sjuksköterskor ofta att inte sjukskriva sig då det skulle förvärra situationen. De menade att rädslan inte fick bli ett hinder för dem i sitt arbete.

”Jag fick hjärnskakning en gång...för slag mot huvud och nacke...men det...jag var inte sjukskriven trots att jag var rädd för den här patienten. Jag gick till jobbet. Jag ville inte vara hemma...då gör jag det bara större. Jag ville vara med mina kollegor och så.” (Informant 6)

Rädsla uttrycktes också över att behöva konfrontera patienter där personal inte visste hur patienterna skulle agera om dom blev tillrättavisade och det kändes väldigt obehagligt.

”Inom mig var jag faktiskt lite rädd för han var ju väldigt obehaglig, hotfull och i dåligt psykiskt skick. Jag var ju lite stressad och orolig för att han skulle göra någonting” (Informant 4)

Att känna rädsla för andras skull

Rädsla för andras skull kunde handla om att sjuksköterskorna var rädda för sina kollegors skull, att något allvarligt skulle hända dem.

”Det finns få patienter som jag är rädd för men det finns en, det gör det. Och jag känner alltid när den här patienten kommer in att jag inte är rädd för min egen skull men jag rädd för personalens skull, mitt teams skull.” (Informant 1)

Att alltid veta var kollegorna befann sig under arbetspasset var viktigt för den ansvariga sjuksköterskan då denna var rädd om sina kollegor.

”Jag är rädd om mina kollegor och brukar säga till dom att jag blir tacksam, särskilt helger och kvällar när vi är så få att de ska säga till vart dom går...Det låter kanske komiskt men jag säger till personalen att nu går jag på toaletten. För annars har jag ingen koll på mina kollegor om det händer dom någonting. Var är hon? Var är han?” (Informant 3)

Maktlöshet

Kategorin *Maktlöshet* handlade om den press sjuksköterskorna kände när det var en hotfull atmosfär på avdelningen. Här beskrev sjuksköterskorna att de *förlorade kontrollen* då de upplevde att patienterna hade övertaget. Sjuksköterskorna uppgav också att de kände *frustration* över situationen. *Att arbeta med en tickande bomb* handlade om att sjuksköterskorna inte visste när det ”skulle smälla”

Att förlora kontrollen

Många av sjuksköterskorna berättade om den maktlöshet de kände när det var oroligt på avdelningen. Det fanns en hotbild från en eller flera patienter om våld och sjuksköterskorna upplevde det som att de förlorat kontrollen när de inte vågade konfrontera dessa patienter.

”Han var väldigt psykotisk och påtänd och vi kände honom inte. Han gick runt på avdelningen och då var jag rädd då jag inte kände att jag inte hade något övertag, att jag tappat kontrollen. Det kändes som att han styrde oss. Jag vågade inte säga att han skulle gå in på rummet för jag ville hellre att han skulle gå ute på avdelningen och tänja på gränserna. Han skrämde alla. Jag var feg liksom.” (Informant 6)

Att känna frustration

Sjuksköterskorna kunde känna frustration till följd av maktlösheten, särskilt om patienterna agerade hotfullt eller var utåtagerande avsiktligt då det gav merjobb och ledde till en negativ syn på patienterna.

”Är det utstuderat våld från patienterna så leder det ju till mer frustration.” (Informant 2)

Sjuksköterskor kände också frustration då de ville hjälpa patienten men möttes av hot och otacksamhet.

”Jag vet att jag säger det ibland: ”Vad ger dig rätten att stå här och skrika?” Man vill ju komma till jobbet och hjälpa folk. Det känns otacksamt och så.” (Informant 5)

Frustrationen tog sig också uttryck som psykisk trötthet för flera sjuksköterskor.

”Man blir psykiskt trött och det är jobbigt när en patient hotar om våld och går och laddar. Man vet att det kommer att hända eller antagligen kommer att hända. Det är värre att vänta än att det händer för man måste gå och vakta hela tiden.” (Informant 8)

Att arbeta med en tickande bomb

Arbetsmiljön blev otrygg för många sjuksköterskor när det rådde en hotfull atmosfär och många blev spända och väntade på att någonting skulle hända. Det kunde upplevas värre än att faktiskt utsättas för fysiskt våld från patienterna.

”När väldigt hotfulla patienter är inlagda leder det till att man ständigt är på sin vakt.” (informant 4)

När sjuksköterskorna motvilligt måste stanna hos en hotfull patient kändes det otäckt. De visste aldrig vad som kunde hända då patienten var instabil i sitt mående och beteende och därmed oberäknelig.

”Det kan jag ångra i efterhand. Jag borde ha ringt på förstärkning innan och inte låtit patienten gå och tära så. Jag var så himla nervös. Det var så läbbigt att ta tag i det liksom.” (Informant 6)

Sjuksköterskorna kände sig väldigt utsatta i hotfulla och våldsamma situationer då de ansåg sig vara sjuksköterskor och inga ordningsvakter eller poliser.

”För man står ju här i sina mjukiskläder liksom och vi är ju inga poliser. Vi har inga befogenheter” (Informant 6)

Trygghetsskapande strategier

Kategorin *Trygghetsskapande strategier* handlade om att kunna möta patienterna på ett respektfullt sätt för att förebygga våld. *Att sätta sig in i patientens situation* handlade om att förstå patienten och dennes upplevelser. *Att våga stå kvar* belyste vikten av att stanna hos patienten trots hot och risk för våld för att kunna fortsätta vårda patienten under vårdtiden.

Att sätta sig in i patientens situation

Sjuksköterskor kunde känna förståelse för patientens upplevelser av tvångsåtgärder, då de själva

kunde sätta sig in den situationen. De förstod att patienterna var rädda och arga samt upplevde en stor hjälplöshet i dessa situationer.

"Om man ska ge en spruta och någon säger: "släpp mig jag skå ihjäl dig"...det hade jag också tyckt i den situationen om det är fyra personer som håller fast mig." (informant 7)

Flera sjuksköterskor pratade om hur patienterna kunde bli frustrerade av att vara inlåsta och att det på sikt kunde leda till hot och våld.

"Och det här att vi låser in dom...dom har inget val...vi bestämmer ju allt. När de ska äta, när de ska sova eller när de är bältade när och om de ska gå på toaletten och det bär dom ju med sig hela vårdtiden...och det är ju en risk för hot och våld." (informant 8)

När patienter kallade sjuksköterskor och annan personal fula, nedsättande ord eller till och med hotade dom, kunde vissa sjuksköterskor tolka detta som att patienten måste få utlopp för sina känslor som de inte kunde hantera. Det fanns en förståelse för detta och hög tolerans.

"Senast idag var det en patient som skulle gå på LPT-permission som sade: "Fixa mer Oxinorm eller dö"...Den patienten skulle aldrig göra det utan det är mer hennes sätt att visa att hon är frustrerad." (Informant 7)

Att våga stå kvar

Att våga stå kvar i ett hotfullt möte med patienten och säga ifrån att patientens beteende inte är acceptabelt menade många av sjuksköterskorna var mycket viktigt.

"Hela mitt psykiska jag och mitt hjärta var inne på expeditionen med stängd dörr men jag stod kvar i korridoren. I efterhand så kanske det inte var ett jättebra val men i denna situationen kändes det som att jag inte kan backa nu för då kommer jag att förlora kontrollen över situationen imorgon och i övermorgon och dagen efter det." (Informant 8)

Tydlighet var viktigt när sjuksköterskorna informerade patienterna om att deras beteende inte var acceptabelt. Vidare var detta viktigt för att trycka på att patientens agerande inte accepterades utanför avdelningen heller.

"Jag tror att det är ganska viktigt att förstå att man står kvar och säger hit men inte längre och sedan också att man är väldigt tydlig med att det finns en konsekvens för din handling. För mitt mål inom vården är att vi ska stå för det som är friskt och sunt och det som är godtagbart i samhället för dom ska tillbaka dit." (Informant 8)

DISKUSSION

Metoddiskussion

Vi har båda erfarenhet av hot och våld från vårt arbete inom psykiatri. Denna förförståelse kring ämnet anser vi vara en stor fördel då vi har en viss kunskap om det samt att det blev enklare att formulera relevanta frågor, för att få så uttömmande svar som möjligt. En nackdel med denna förförståelse skulle dock kunna vara för stort personligt engagemang under vissa intervjuer, så till vida att för stort fokus läggs på enskilda frågor som kan hamna utanför syftet med studien.

Den induktiva ansatsen för studien anser vi var lämplig, då studien baserar sig på sjuksköterskors upplevelser av ett fenomen, i detta fall hur det är att vårda hotfulla och våldsamma patienter inom den psykiatriska slutenvården. Utifrån de berättelser vi tagit del av under intervjuerna, har sedan innehållet analyserats utan att egna värderingar lagts i det.

Bekvämlighetsurval tillämpades när studiedeltagare skulle rekryteras. Detta då vi ansåg att det var en metod där vi kunde få tag på lämpliga informanter. Så här efteråt kan det diskuteras om detta inte medförde att skillnaderna mellan studiedeltagarnas svar blev för små, det vill säga att alla mer eller

mindre hade likartade upplevelser kring ämnet då de rekryterades från samma klinik. Vi vände oss enbart till två kliniker: beroende- respektive psykoskliniken. Hade rekrytering av deltagare från andra kliniker gjorts, exempelvis rättspsykiatri och allmänpsykiatri hade svaren kanske varit mer mångfacetterade.

Till intervjuerna gjordes en intervjuguide med de frågor skulle ställas till studiedeltagarna. I efterhand insåg vi att det hade underlättat för deltagarna om de fått ta del av denna intervjuguide i förväg för att kunna förbereda sig. Vissa av deltagarna var nervösa under intervjun och var osäkra på vilken information som var av intresse. Hade de fått läsa in sig på de frågor som skulle ställas innan samt ha frågorna framför sig under intervjun, hade det underlättat för både deltagarna och oss.

Syftet omformulerades i analysfasen från ”Sjuksköterskors upplevelser av hot och våld i psykiatrisk slutenvård” till ”Sjuksköterskors upplevelser av att vårda hotfulla och våldsamma patienter i psykiatrisk slutenvård”. Detta eftersom vi kom fram till kategorier som vi ansåg var för viktiga för att ”kasta bort” då de inte svarade på syftet med studien.

Forskningsfynd ska vara så trovärdiga som möjligt och de måste utvärderas i förhållande till vald forskningsmetod. Trovärdigheten mäts i form av giltighet, överförbarhet och tillförlitlighet som alla ingår i kvalitativa metoder (Graneheim & Lundman, 2004). Tillförlitlighet berör hur sanningsenligt resultatet som redovisas är och i vilken omfattning tolkningarna som gjorts är grundade i det insamlade materialet och inte i egna värderingar och tankar. I kvalitativ innehållsanalys innebär tolkning en svår balansgång för forskaren. Å ena sidan är det omöjligt att inte ha egna perspektiv på det som undersöks men samtidigt måste texten få tala för sig själv utan att egna tolkningar av innehållet görs (a.a.). Tillförlitlighet påvisas också när fynd är återkommande i kontexten (Polit & Beck, 2012). Vi har under hela analysprocessen reflekterat över den insamlade datans betydelse och diskuterat våra tolkningar och ställt oss frågan om de kategorier vi kommit fram till svarar på syftet med studien.

Giltighet är ett kriterium för att utvärdera integritet och kvalitet i studier (Polit & Beck, 2012). Giltighet speglar materialets styrka över tid och då även resultatets styrka. En metod för att demonstrera resultatets giltighet är att redogöra för perioden som materialet insamlats. En annan metod för att stärka giltigheten avseende intervjustudier är att följa en intervjuguide (Graneheim & Lundman, 2004). Vi anser att vi lyckats visa på giltighet då vi både angett för när materialet samlades in samt har bifogat intervjuguiden vi använt oss i intervjuerna. Öppna frågor tillämpades i intervjuguiden och ställdes till samtliga deltagare för att få ett så trovärdigt resultat som möjligt.

Överförbarhet berör en rimlighetsbedömning av den som läser forskningsrapporten. Här visar forskaren på stark överförbarhet genom att noggrant redogöra för studiedeltagarna och kontexten som studien genomförts i och hur analysprocessen sett ut. Att använda sig av lämpliga citat är också en metod för att öka överförbarheten (Graneheim & Lundman, 2004). I denna studie anser vi att överförbarheten är stark, då vi beskrivit studiedeltagarnas egenskaper så som kön, ålder, utbildningsgrad och arbetserfarenhet samt var och när vi genomfört intervjuerna.

Vad gäller forskningsetiska principer har vi säkerställt att dessa följts i enlighet med etikprövningslagen (SFS, 2003:460) och som redan klargjort har vi inte behövt ansöka om etikprövning. Vi har givetvis haft egna etiska ställningstaganden vad gäller studien så till vida att säkerställa att inga studiedeltagare far illa och att de ska känna till sina rättigheter, så som att de kan avbryta studien när de vill utan att ange orsak. Lyckligtvis var det ingen deltagare som drog sig ur, utan alla som avsetts delta gjorde detta. Det kan framstå som ett känsligt ämne, då många påverkas känslomässigt av att utsättas för hot och våld men det var inget som hindrade deltagarna när de delgav sina erfarenheter av ämnet.

Resultatdiskussion

Alla studiedeltagare beskriver att de utsätts för hot och våld i olika utsträckning i sitt dagliga arbete. Sjuksköterskorna har olustkänslor, känner rädsla och maktlöshet inför hotfulla situationer med eventuellt våld, samtidigt som de arbetar med trygghetsskapande strategier. Många av de fynd som gjorts i vår studie var återkommande i ett flertal andra studier, vilket bekräftar att hot och våld i psykiatrisk slutenvård är ett utbrett problem i sjuksköterskans dagliga arbete.

Olustkänslor kopplat till exponering för hot och våld uttrycktes av sjuksköterskorna. Dessa olustkänslor var oftast övergående men för vissa blev de bestående i dagar om inte veckor efter att de varit involverade i ett hot- eller våldstillbud.

Sjuksköterskor känner ångest och stress inför hot- och våldstillbud men även kontrollförlust och nervositet. De beskriver att de känner oro när situationen eskalerar (Ward, 2013). De som utsätts för hot och våld på sin arbetsplats mår dåligt psykiskt och har svårigheter att återgå till arbetet efter sjukskrivning (Omérov et al, 2002). Sjuksköterskor som exponeras för hot och våld, drabbas av ett psykologiskt trauma och känner stark ångest och oro lång tid efteråt (Yang et al, 2016).

Under kategorin rädsla beskrev sjuksköterskorna att de kände rädsla för inte bara sin egen skull utan också för andras. De var rädda när de var tvungna att konfrontera obehagliga och oberäkneliga patienter. Sjuksköterskorna var rädda om sina kollegor och var noggranna med att informera dom om eventuella hotbilder, det vill säga patienter som varit eller kunde bli utåtagerande.

Sjuksköterskor känner rädsla inför konfrontationer med våldsamma patienter och kan de inte hantera rädslan, resulterar det i en negativ attityd mot patienterna. Trots att sjuksköterskorna upplever rädsla försöker de enligt bästa förmåga hantera den känslan och stanna kvar för att dela upplevelsen med patienten. De kan hantera rädslan genom att hålla en inre dialog med sig själva om viljan att göra gott. Ohanterbar rädsla bidrar till att sjuksköterskorna känner sig utsatta och hjälplösa. Det leder också till svårigheter att tänka klart. De blir osäkra och de får en olustig känsla inom sig, vilket kan förvärra situationen. Rädslan eskalerar snabbt och kan bidra till att sjuksköterskorna uppträder aggressivt mot patienterna. Rädsla kan också resultera i att de säger fel saker eller begår misstag. När sjuksköterskor uppvisar rädsla men också sin oförmåga att hantera denna inför patienten, kan det ha en negativ inverkan på mötet mellan patient och sjuksköterska (Carlsson, Dahlberg, Lützen & Nyström, 2004).

Det framkommer i vår studie att våldsamt ofta uppstår som ett försvar mot otydliga förhållanden i en otrygg tillvaro och kan eskalera kraftigt om inga åtgärder vidtas. Detta var ett vanligt förekommande problem i mötet mellan patient och sjuksköterska, särskilt om patienten hade en störd verklighetsuppfattning. Därför anses det viktigt med ett gott bemötande, empatisk förmåga och uppmärksamhet på förändringar i patientens beteende för att förebygga våldet men också för att skingra det när situationer uppstår.

Ett annat intressant fynd i våra intervjuer, är att sjuksköterskor som utsatts för våld snabbt återgick till arbetet, ofta utan sjukskrivning. De upplevde att de erhöll ett gott stöd från kollegor och chefer samt att de kunde bearbeta sina känslor enklare när de var på arbetsplatsen istället för att stanna hemma. Detta gick emot vår förståelse om att den ökade sjukfrånvaron inom psykiatri delvis kunde bero på hot och våld.

Under kategorin maktlöshet talade sjuksköterskorna om att arbeta med en tickande bomb, vilket handlade om ovissheten när det skulle "smälla". De ansåg att väntan på att något skulle ske var svårare att hantera än när något väl skedde. De kände sig spända och övervakade andra patienter och kollegor för att skydda dessa mot en hotfull patient.

Sjuksköterskor blir spända, misstänksamma och på sin vakt och patientmötena påverkas av detta (Yang et al, 2016). Problem kan då uppstå när sjuksköterskorna känner sig otrygga på arbetsplatsen. Det blir svårt att genomföra arbetsuppgifterna på ett professionellt sätt när det råder en hotfull atmosfär på arbetsplatsen. De eftersträvar att ge bästa möjliga vård men har samtidigt en nolltolerans för hot och våld, vilket då skapar ytterligare påfrestningar för sjuksköterskorna (Stevenson et al, 2015).

Relationen mellan sjuksköterska och patient kan således påverkas negativt, när sjuksköterskan känner sig orolig inför att utsättas för våld och bemöter då patienten utifrån denna förväntning. Personal känner sig rädda och otrygga på vårdavdelningen men även medpatienterna kan känna av spänningarna och atmosfären av osäkerhet, vilket skulle kunna eskalera till ytterligare hot- och våldstillbud.

Patienter kan känna irritabilitet över att vara inlåsta på en vårdavdelning. Detta ses som ett stort problem för vårdpersonal inom den psykiatriska slutenvården. Irritabiliteten hos patienterna kan på sikt leda till att de blir våldsamma (Bowers et al, 2009).

Sjuksköterskor och annan vårdpersonal ställs inför en svår situation, då de inte får släppa ut patienterna från den låsta vårdavdelningen. Detta regleras av lagstiftning som tidigare belysts men också av patientens psykiska status. Patienterna läggs in inom den psykiatriska heldygnsvården då de är instabila i sitt mående och kan utgöra en fara för både sig själv såväl som för andra. Här ställs den arbetsledande sjuksköterskan inför ett dilemma när en patient vill lämna avdelningen men inte får. Patienten kan hota om våld och frågan som ställs blir då om sjuksköterskan ska utsätta sig själv och andra för fara, när hon egentligen skulle kunna släppa ut patienten.

Under kategorin trygghetsskapande strategier framkommer betydelsen av att kunna sätta sig in i patientens situation. De flesta av sjuksköterskorna hade en förståelse för patientens lidande till följd av att exempelvis vårdas mot sin vilja. Därför strävade de efter att bemöta patienterna på ett respektfullt sätt för att bevara deras integritet och inte kränka dem.

Personal kan förstå de hotfulla situationerna genom sitt eget uppträdande som kan ha brister, genom att de intar en överlägsen roll mot patienterna. Det blir ett positivt möte med patienten om personalen har en ödmjuk inställning inför dennes lidande och visar respekt. Därmed känner patienten trygghet och värdighet (Carlsson, Dahlberg & Drew, 2000).

Det uttrycktes av sjuksköterskorna i vår studie att de hade en god kännedom om att patientens aggressiva beteende kunde associeras till vanföreställningar, hallucinationer, paranoia och rädsla. Detta gällde både på psykoskliniken och beroendekliniken, men framförallt på psykoskliniken hade sjuksköterskorna en större förståelse för att patienterna är sjuka och inte alltid kan kontrollera sina känslor och ageranden därefter. Detta medför att sjuksköterskorna har en förståelse för en viss del av våldet, då patienterna ses som hjälplösa i sin sjukdomsbild och inte förstår sina handlingar.

Sjuksköterskor kan sätta sig in i patientens situation genom att associera våldet till symtom och sjukdomsbild. Patienter kan uppvisa olika grad av aggression beroende på diagnos. De patienter som är aggressiva anses vara de med missbruksproblematik i kombination med schizofreni eller annan psykosjukdom (Fereidooni Moghadam, Pazargadi & Fallahi Knoshknab, 2013). Sjuksköterskor ser våld som ett normalt förekommande fenomen i sitt arbete på psykiatriska vårdavdelningar. De kan rationalisera patienternas aggressiva beteenden, då detta associeras med symtom som exempelvis hallucinationer och vanföreställningar och att de därför inte kan styra över sitt beteende. Därmed ser de på hot och våld som en del av arbetet. Genom att rationalisera kan sjuksköterskor ge sig själva stöd och fortsätta ge en patient vård efter ett våldstillbud utan negativa

attityder mot den patienten. En del sjuksköterskor lär sig att vårda våldsamma patienter när de utsatts för våld. De förbättrar sina metoder att interagera med patienterna i syfte att förebygga att utsättas för hot och våld igen. Ord och samtalston väljs med omsorg när de pratar med patienterna (Yang et al, 2016).

Sjuksköterskor är medvetna om att patienterna kan sakna insikt i sin sjukdom och att de därför inte ser något behov av inläggande vård. Effektiv kommunikation mellan sjuksköterska och patient är därför viktigt för att förebygga våld från patientens sida. Fortlöpande riskbedömningar av patienter är nödvändigt för att kunna bemöta dem adekvat (Ward, 2013).

Bedömningsformuläret Bröset-Violence Checklist, BVC, används för att förebygga våld på akutpsykiatriska vårdavdelningar. Det som skattas på BVC är förvirring, irritabilitet, bullrigt beteende, verbala hot, fysiska hot och attacker på föremål. Skattningen sker de tre första dagarna patienten är inlagd. Det framkommer av studien att våldet minskar, då personal har en bättre kännedom om patientens beteende och då kan vidta adekvata åtgärder i tid för att förebygga våldet (Aberhalden et al, 2004).

Ingen av sjuksköterskorna i vår studie nämnde BVC eller andra skattningar som görs för att bedöma patienter som kan bli våldsamma. Detta reagerade vi på eftersom hot och våld är ett problem inom psykiatrisk slutenvård. Det skulle kunna bero på tidsbrist från personalens sida men konsekvenserna av att inte fylla i BVC eller vidta andra våldspreventiva åtgärder kan bli allvarliga. Det är också onödigt då det skulle kunna gå att förutse eventuella våldstillbud.

Betydelsen av att stanna kvar under hotfulla eller våldsamma situationer nämns av sjuksköterskorna i vår studie. Att inte backa för patienten anses viktigt då det tyder på osäkerhet och en acceptans av hot och våld. Sjuksköterskorna kvarstannade hos patienten trots risk för att utsättas för fysiskt våld, de menade att detta fick patienterna att lita på dom. Att stå kvar och inte backa medför att en atmosfär av säkerhet skapas.

Att vara närvarande i situationen, fysiskt, mentalt och även känslomässigt är av stor vikt (Carlsson et al, 2000). Vårdpersonal ska vara tillgänglig, hjälpsam och villig att lyssna på patienten när denne talar om rädsla och ångest. Sjuksköterskan skapar en mellanmänsklig kontakt genom sympati och empati, där patienten ses som likvärdig (Travelbee, 1971). Att inte vara närvarande som personal med patienten leder till ett negativt möte för båda parter. Personal som är frånvarande kan vara detta till följd av rädsla och okunskap om hur de ska hantera situationen. Detta resulterar i en negativ attityd mot patienterna. I de negativa mötena med patienten ses denna som ett objekt snarare än en individ. Trots att personalen vet hur de ska agera i en hotfull eller våldsam situation, är de oförmögna att göra detta. Personalen ser inte patientens behov och förlorar då möjligheten att göra gott, vilket leder till osäkerhet och ångest hos personalen (Carlson et al, 2004).

Sjuksköterskorna i vår studie anser att det ofta är obehagligt att stå kvar i en situation med en hotfull och våldsam patient men att de gör det för att markera för patienten att dennes beteende inte är acceptabelt. Det är viktigt att tala om för patienten att hot och våldshandlingar alltid får konsekvenser. Detta kan skapa inre konflikter hos sjuksköterskor, då de är auktoritära samtidigt som de ska se patientens behov och bemöta denne med empati, respekt och ödmjukhet.

Slutsats

Hot och våld är ett vanligt förekommande fenomen inom den psykiatriska slutenvården. Enligt tidigare studier försämrar det vårdens kvalitet, kan påverka vårdpersonalens hälsa negativt, fysiskt såväl som psykiskt och detta kan skapa en dålig arbetsmiljö. Patienter kan bli hotfulla och/eller

våldsamma av flera olika skäl. Ofta kan det aggressiva beteendet associeras till sjukdomsbild och/eller missbruksproblematik, vilket bekräftades i vår studie. I de flesta fall har sjuksköterskorna en djupare förståelse för patientens beteende och har därmed hög tolerans för hot och våld. Sjuksköterskorna betonar att det är viktigt att alltid vara tillgänglig för patienterna, då det skapar trygghet för båda parter samt är en förutsättning för en god vårdande relation.

Kliniska implikationer

Denna studie hoppas vi kan bidra till ökad kunskap om sjuksköterskors upplevelser av att vårda hotfulla och våldsamma patienter inom psykiatrisk slutenvård.

Vi såg i vår studie att det ständigt förebyggande arbetet kring hot och våld kunde förbättras. Våldet kan sannolikt förhindras på de psykiatriska vårdavdelningarna om adekvata åtgärder vidtas i ett tidigt skede, varför bedömningsformulär och andra skattningsverktyg bör användas mer frekvent. Att våga prata med varandra i arbetsgruppen om sina upplevelser av hot och våld, tror vi är en viktig del i det förebyggande arbetet samt för att få stöd av varandra i det som känns svårt.

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*, 193: 44-50. doi: 10.1192/bjp.bp.107.045534
- Aberhalden, C., Needham, I., Miserez, B., Almvik, R., Dassen, T., Haug, H-J., & Fischer, J.e. (2004). Predicting inpatient violence in acute psychiatric wards using the Brøset-Violence-Checklist: a multicentre prospective cohort study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11: 422–427.
- Arnetz, J. E., & Arnetz, B. B. (2001). Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Social Science and Medicine*, 52: 417-427.
- Bowers, L., Allan, T., Simpson, A., Jones, J., & Van Der Merwe, M. (2009). Identifying key factors associated with aggression on acute inpatient psychiatric wards. *Issues in Mental Health Nursing*, 30: 260-271. doi: 10.1080/01612840802710829.
- Carlsson, G., Dahlberg, K., & Drew, N. (2000). Encountering violence and aggression in mental health nursing: a phenomenological study of tacit caring knowledge. *Issues in Mental Health Nursing*. 21: 533-545.
- Carlsson, G., Dahlberg, K., Lützen, K., & Nyström, M. (2004). Violent encounters in psychiatric care: a phenomenological study of embodied caring knowledge. *Issues in Mental Health Nursing*. 25: 191-217. doi: 10.1080/01612840490268325
- Chapman, R., Styles, I., Perry, L. & Comba, S. (2010). Nurses' experience of adjusting to workplace violence: a theory of adaption. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19, 186-194. doi:10.1111/j.1447-0349.2009.00663.x
- Di Martino, V. (2003) Workplace violence in the health sector. Relationship between work stress and workplace violence in the health sector. World Health Organization.
- Duxbury, J. (2002). An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: a pluralistic design. *Journal of Mental Health Nursing*, 9, 325-337.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2007). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*. 62(1), 107-115.
- Fereidooni Moghadam, M., Pazargadi, M. & Fallahi Khoshknab, M. (2013). Iranian nurses' experience of aggression in psychiatric wards: a qualitative study. *Issues in Mental Health Nursing*, 34, 765-771. doi: 10.3109/01612840.2012.737893
- Foster, C., Bowers, L. & Nijman, H. (2006). Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *Journal of Advanced Nursing*, 58(2): 140-149. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04169.x

Friberg, F. (2012). Dags för uppsats-vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur.

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24, 105-122

Hallberg, U. (2011). Kunskapsöversikt – Hot och våld inom vård och omsorg. Stockholm: Arbetsmiljöverket. Hämtad från: <https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/kunskapssammanställningar/hot-och-vald-inom-vard>

Haglund K., von Knorring L., von Essen L. (2006). Psychiatric wards with locked doors: advantages and disadvantages according to nurses and mental health nurse assistants. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 387-394.

Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med Specialistsjuksköterskeexamen, inriktning psykiatrisk vård (2014). Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor och Svensk Sjuksköterskeförening: Stockholm.

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

Omérov, M., Edman, G., & Wistedt B. (2002). Incidents of violence in psychiatric inpatient care. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56: 207-213. doi: 10.1080/080394802317607192.

Polit, D. F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (9th ed). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslag. Hämtad 10 december, 2016, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763

SFS 1991:1128. Lagen om psykiatrisk tvångsvård. Hämtad 10 december, 2016, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911128-om-psykiatrisk-tvangsvard_sfs-1991-1128

SFS 2003:460. Lagen om etikprövning av forskning som avser människor. Hämtad 23 januari, 2017, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

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

Stewart, D., & Bowers, L. (2013). Inpatient verbal aggression: content, targets and patient characteristics. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20: 236-243. doi: 10.1111/j.1365-2850.2012.01905.x

Stevenson, K.N., Jack, S.M., O'Mara, L., & LeGris, J. (2015). Registered nurses' experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units: an interpretive descriptive study. *BMC Nursing*, 14:35. doi: 10.1186/s12912-015-0079-5

Travelbee, J. (2000). Joyce Travelbees teori om omvårdnadens mellanmänskliga aspekter. I M. Kirkevold (Red.). *Omvårdnadsteorier - analys och utvärdering*. (s. 130-147). Malmö: Studentlitteratur AB.

Ward, L. (2013). Ready! Aim fire! Mental health nurses under siege in acute inpatient facilities. *Issues in Mental Health Nursing*, 34: 281-287. doi: 10.3109/01612840.2012.742603

Yang, C-I., Hsieh, W-P., Lee, L-H., & Chen, S-L. (2016). Assault experiences: lessons learned from mental health nurses in Taiwan. *Interventional Journal of Mental Health Nursing*, 25: 225-233. doi: 10.1111/inm.12203



Institutionen för hälsovetenskap
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 slutenvården.

Ansökan om tillstånd för genomförande av intervjustudie.

Vi vill genomföra en intervjustudie vars syfte är att undersöka hur sjuksköterskor på en psykiatrisk avdelning upplever hot- och våldssituationer, då vi har sett att detta problem har ökat.

Vi ber om tillstånd att få genomföra intervjuer med 1-2 sjuksköterskor från avdelningen i samband med deras arbetspass. Intervjuerna kommer att utföras med diktafon och intervjutiden beräknas vara cirka 30 minuter. Sjuksköterskorna kommer att informeras om att all medverkan är frivillig och att de kan avbryta sitt deltagande när de vill utan att behöva uppge skäl till det. All insamlad data kommer att behandlas konfidentiellt och endast de som utför studien kommer att ha tillgång till materialet. Vi har skickat ut information och förfrågan om deltagande till andra psykiatriska slutenvårdsavdelningar inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Vi är två specialistsjuksköterskestudenter, inriktning psykiatri, vid Högskolan Väst. Vår studie kommer att resultera i ett examensarbete på magisternivå, 15 högskolepoäng i ämnet vårdvetenskap.

Vänligen,

Charlotta Asplund
070-4760207
charlotta.asplund@gmail.com

Magdalena Hallgren
073-8409404
magdalena.hallgren@student.hv.se



Institutionen för hälsovetenskap
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 slutenvården.

Vi ska göra en intervjustudie där syftet är att beskriva hur sjuksköterskor på en sluten psykiatrisk avdelning upplever hot- och våldssituationer, då vi kan se att förekomsten av detta har ökat idag inom psykiatrin. Vi önskar därför att vi kan få intervjua Dig och höra vad du har för erfarenheter kring detta.

Härmed tillfrågas du om du vill delta i studien. Deltagande i studien är frivilligt och kan avbrytas när som helst utan att något skäl behöver anges. Intervjusvaren kommer att behandlas konfidentiellt och endast vi som utför studien kommer att ha tillgång till materialet. I examensarbetet kommer upplevelser inte att kunna härledas till specifik person. Om du väljer att delta i vår intervjustudie så beräknas intervjun ta cirka 30 minuter och den kommer att spelas in med diktafon. Vi har även skickat ut information och förfrågan om deltagande till andra sjuksköterskor inom psykiatri på Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Vi är två specialistsjuksköterskestudenter med inriktning psykiatri, vid Högskolan Väst. Vår studie kommer att resultera i ett examensarbete på magisternivå, 15 högskolepoäng i ämnet vårdvetenskap.

Vänligen,

Charlotta Asplund
070-4760207
charlotta.asplund@gmail.com

Magdalena Hallgren
073-8409404
magdalena.hallgren@student.hv.se

Intervjuguide

- Berätta lite om dig själv.
 - Vad fick dig att börja arbeta inom psykiatri?
 - Hur länge har du arbetat på din nuvarande arbetsplats? Vad har du för erfarenhet sedan innan?
- Vad är hot och våld enligt dig?
- Finns det några riskfaktorer?
- Vad, enligt dig bidrar till att hot och våld uppstår på din arbetsplats?
- Hur påverkar hot och våld arbetsmiljön?
- Kan du beskriva en situation där hot och våld varit inblandat?
 - Vad hände?
 - Vad tänkte du?
 - Vad **kände** du?
 - Hur slutade det?
 - Beskriv hur du upplevde **känslan** av att gå tillbaka till arbetet efter en hot- och våldssituation.
 - Vad fick du för stöd? Från chefen? Från kollegorna?
- Finns det direktiv/riktlinjer om hur man agerar i hot- och våldssituationer?
- Hur ofta inträffar hot- och våldssituationer?
- Rapporteras händelser av hot och våld?
- Har du något att tillägga?

Populärvetenskaplig sammanfattning

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att vårda hotfulla och våldsamma patienter i psykiatrisk slutenvård.

Sjuksköterskor som exponeras för hot och våld från patienterna de vårdar, reagerar med negativa känslor, vilket kan resultera i en dålig relation med patienterna. Trots en arbetsmiljö med frekvent förekommande hot och våld, kan sjuksköterskorna hantera detta då de har en förståelse för patienterna och deras sjukdomsbild.

Sjuksköterskor inom psykiatrin har svårt att definiera hot och våld eftersom det grundar sig på egna uppfattningar och tolkningar om vad hot och våld är. Många är dock eniga om att hot och våld är oacceptabelt och att det skapar rädsla och otrygghet på arbetsplatsen.

Tidigare studier redogör för riskfaktorer och bidragande faktorer för hot och våld hos patienter som är inlagda inom slutenvården. Andra risker som påvisats är om patienten har missbruksproblematik och en psykossjukdom. Vidare innebär vård enligt Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård, LPT (SFS, 1991:1128), det vill säga att patienten vårdas mot sin vilja, en stor risk för att hot och våld ska uppstå mot vårdpersonal.

I vår studie fann vi att sjuksköterskor inom psykiatrisk slutenvård är väldigt utsatta vad gäller hot och våld från patienterna de vårdar. Fyra kategorier framkommer utifrån fynden som gjorts. Den första kategorin är *olustkänslor*, med underkategorierna att känna oro och ångest, att känna stress, att känna sig ledsen samt att känna sig kränkt. Den andra kategorin är *rädsla*, med underkategorierna rädsla för den hotfulla patienten samt att känna rädsla för andras skull. Den tredje kategorin är *maktlöshet*, med underkategorierna att förlora kontrollen, att känna frustration samt att arbeta med en tickande bomb. Den fjärde kategorin är *trygghetsskapande strategier* med underkategorierna att sätta sig in i patientens situation samt att våga stå kvar.

Slutsatsen som kan dras av vår studie är att hot och våld inom psykiatrisk slutenvård är ett problem, då det påverkar vården negativt. Det kan vara svårt att upprätthålla en god vårdande relation men med hjälp av trygghetsskapande strategier, så som att sätta sig in i patientens situation, kan sjuksköterskorna bemöta patienterna med empati och respekt och då möjliggöra en fortsatt god relation med patienterna.