

Avancerad nivå

Uppsatskurs 15 hp

VT 21

Erfarenhet av hot- & våldspreventiva åtgärder

Sjuksköterskans röst – ett psykiatriskt
omvårdnadsansvar

Experience of threat & violence prevention measures

The nurse's voice – a psychiatric nursing
responsibility

Författare: Lisa Alexandersson & Emelie Gustafsson

Handledare: Henrik Eriksson

Examinator: Marja Schuster

Sammanfattning

Bakgrund: Hot och våld är ett stort problem inom hälso- och sjukvården. Det påverkar både personal och patienter negativt. Psykiatri är en verksamhet som är särskilt påverkad och där arbete kring hot- och våldsprevention är högst relevant. Våldspreventiva teorier och begrepp finns som framtagna forskning i bland annat Bergenmodellen, De-escalation och lågaffektivt bemötande. **Syfte:** Syftet är att beskriva sjuksköterskans erfarenhet av arbetsgruppens tillämpning av hot- och våldspreventiva åtgärder inom psykiatrisk omvårdnad. **Metod:** Studien är en kvalitativ intervjustudie med en deskriptiv ansats. **Resultat:** Tre teman identifierades - Profylaktiska åtgärder, avstyra eskalering och preserveera kunskap. Avgörande för det våldspreventiva arbetet inom akutpsykiatrisk vård var att alltid sträva efter en respektfull ton för att undvika att eskalera eller trappa upp en misstänkt hotfull situation. Kunskap, erfarenhet och utbildning tillsammans med ett gott samarbete i arbetsgruppen kan leda till färre våldssituationer då personalen ges möjlighet att uppleva trygghet och säkerhet. **Slutsats:** Adekvat omvårdnad med fokus på kommunikation och bemötande tillsammans med gedigen utbildning är viktigt för arbetsgruppens möjlighet att arbeta våldspreventivt.

Nyckelord: Psykiatrisk omvårdnad, våldsprevention, sjuksköterskans perspektiv, kvalitativ intervjustudie

ABSTRACT

Background: Threats and violence are a major problem in healthcare that negatively affects both staff and patients. Acute Psychiatric wards are one of the most affected workplaces in healthcare and where work on threat and violence prevention is highly relevant. Violent preventive theories and concepts exist as developed research like the Bergenmodel, De-escalation and low-impact arousal. **Aim:** The aim is to describe the nurse's experience of the working group's application of threat and violence prevention measures in emergency psychiatric care. **Method:** The study is a qualitative interview study with a descriptive approach. **Results:** Three themes were identified - Prophylaxis measures, avert escalation and preserve knowledge. Crucial to the violence prevention work in emergency psychiatric care was to seek for respectful tone in encounters with patients to avoid escalating a suspected threatening situation. Knowledge, experience and training together with good cooperation in the working group can lead to reduced situations of violence as staff is given the opportunity to experience safety and security. **Conclusion:** Adequate care with a focus on communication and professional encounter together with solid training is important for the working group's ability to work with violence prevention.

Keywords: Psychiatric care, prevention of violence, nursing perspective, qualitative interview study

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. BAKGRUND	5
1.1 HOT OCH VÅLD - DEFINITION, PREVALENS OCH PREVENTION.....	5
1.2 HOT- OCH VÅLDSPREVENTION - ETT OMVÅRDNADSANSVAR.....	6
1.3 HOT OCH VÅLD INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN.....	7
1.4 KONSEKVENSER AV HOT OCH VÅLD FÖR SJUKVÅRDSPERSONAL	8
1.5 PATIENTENS UPPLEVELSE – HOT, VÅLD OCH TVÅNG.....	9
1.6 VÅLDSPREVENTIVA TEORIER OCH BEGREPP	10
1.6.1 <i>Lågaffektivt bemötande</i>	10
1.6.2 <i>De-escalation</i>	11
1.6.3 <i>Bergenmodellen</i>	12
2. SYFTE	13
3. METOD.....	14
3.1 DESIGN.....	14
3.2 URVAL	14
3.3 DATAINSAMLING	15
3.4 DATAANALYS	16
3.5 ETISKA ASPEKTER.....	17
4. RESULTAT	19
4.1 PROFYLAKTISKA ÅTGÄRDER	19
4.2 AVSTYRA ESKALERING	22
4.3 PRESERVERA KUNSKAPER	24
5. DISKUSSION	27
5.1 METODDISKUSSION.....	27
5.2 RESULTATDISKUSSION.....	28
5.2.1 <i>Alliansbildning genom kommunikation och bemötande</i>	29
5.2.2 <i>Motverka hot och våld genom arbetsgruppens samarbete</i>	30
5.2.3 <i>Öka kompetens och säkerhet genom utbildning och erfarenhet</i>	31
6. SLUTSATS	32
6.2 KLINISK BETYDELSE	32
6.3 FÖRSLAG PÅ VIDARE FORSKNING	33
6.3 EPILOG	33
7. REFERENSER	34
Bilagor.....	42
BILAGA 1 - INTERVJUMALL.....	42
BILAGA 2 – DELTAGARINFORMATION OCH FÖRFRÅGAN	43

INLEDNING

Författarna av denna studie är yrkesverksamma inom akutpsykiatri i Mellansverige, varför hot och våld samt våldspreventiva åtgärder ses som mycket aktuellt för författarna. Genom att arbeta preventivt och förebyggande minskar risken för hot och våld (Arbetsmiljöverket, 2020). Preventiva åtgärder är essentiellt för att minska risken att personal eller patienter hamnar i en allvarlig våldssituation där åtgärder så som att ha ett vänligt bemötande bör användas (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2016a).

1. BAKGRUND

Bakgrunden presenterar tidigare forskning, begrepp och teorier, av hot och våld som ett omvårdnadsvar genom definition, prevalens, prevention och konsekvenser. Vidare redovisas patientens subjektiva upplevelse av hot- och våldssituationer.

1.1 Hot och våld - definition, prevalens och prevention

Hot och våld är något som människan i sig har svårt att förlika sig med. Samtidigt är aggressivt beteende med våldsinslag något som har funnits i människans historia, likaså i djurens natur där våldsbenägenhet och aggressivitet beskrivs som ett socialt beteende (Palmstierna, 2016). Enligt World Health Organisation [WHO] (2014) definieras våld som en intention att använda fysiskt våld. Det kan vara skrämmande eller faktiskt, riktad sig själv, en annan person eller en grupp, och resulterar i fysisk eller psykisk skada eller död (World Health Organisation [WHO], 2014).

Något som diskuteras och forskas kring gällande våldsprevalens, är om psykisk ohälsa i sig är en risk och orsak för ökat våld. Det våld som framför allt är forskat på är mäns våld mot kvinnor (Brottsförebyggande rådet [Brå], 2020). Enligt Brå (2020) förhöjer inte psykisk ohälsa som ensam faktor riskerna för våldskriminella beteenden. Detta trots att ca 4 av 10 personer som har åsamkat andra dödligt våld, har uppsökt psykiatrisk öppenvårdsmottagning eller haft inläggande psykiatrisk vård en tid innan brottet. För ökad våldsprevalens behöver alltså andra faktorer så som bland annat sociokulturell utsatthet, tillfälliga frihetsbegränsningar, eller traumatiska händelser innefattas (BRÅ, 2020).

De aktörer inom sjukvården som oftast riskerar att möta våldssituationer finns på akutmottagningar, inom ambulanssjukvård, primärvård och psykiatrisk vård (Palmstierna,

2016). Inom sluten psykiatrisk vård finns olika medel för att mäta och förutse beteenden kring tidiga varningstecken för hot och våld. Bröset Violence Checklist, BVC, är något som kan användas för att förutse och tidigt sätta in åtgärder för att motverka risker både för patienter och vårdpersonal (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2016b; Svanborg, 2016). Vaaler et al (2014) och Rechenmacher et al (2011) påvisade att användandet av BVC gav bra möjlighet att upptäcka tidiga varningstecken för möjligt snart uppkommande våld.

1.2 Hot- och våldsprevention - Ett omvårdnadsansvar

Sjuksköterskan har en övergripande och viktig roll inom den psykiatriska slutenvården men vikten av deras arbete förbises ofta (Delaney & Johnson, 2014). Sjuksköterskan besitter en arbetsledande roll och ansvarar för adekvat bedömning av patientens aktuella tillstånd och omvårdnadsbehov. Detta förutsätter att en god kommunikation med andra professioner sker för att tillsammans skapa optimal vård för patienten. Sjuksköterskans delegerande funktion av väsentliga uppgifter är av stor vikt för att säkerställa patientsäker vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Specialistsjuksköterskan med inriktning mot psykiatrisk omvårdnad ser på människan som en individ med möjlighet att utvecklas och växa där syftet med omvårdnaden är att stärka personens upplevelse av att ha kontroll över sitt eget liv. Förutom ovanstående nämnt ska specialistsjuksköterskan med psykiatrisk inriktning kunna identifiera, förebygga och hantera situationer som kan innebära en risk för skada hos patienten, medarbetare eller anhöriga (Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

Svårigheterna som en sjuksköterska många gånger tampas med är att utreda och göra den första och preliminära bedömningen av patientens symptom och ifall dessa är baserade på en somatisk problematik eller är grundade i psykiatriska problem. Detta är många gånger ett tidskrävande arbete som samtidigt behöver genomföras under stressande situationer. Samtidigt kan det ses som en svårighet att bedöma patientens tillstånd när det kommer till symptom (Holmberg et al., 2020). Sjuksköterskans grundläggande och viktigaste uppdrag är att se till och garantera patienternas säkerhet genom att bland annat bibehålla adekvat personaltäthet i förhållande till behov (Delaney & Johnson, 2014).

Sjuksköterskans ansvarsområde är omvårdnad där kommunikation för att främja trygghet och tillit genom personcentrerad vård och omvårdnad är centralt (Svensk sjuksköterskeförening,

2017). Sjuksköterskans roll i alliansbildning med en patient med psykisk ohälsa ses som avgörande för kvalitén av patientens vård (Keresi et al., 2019). Att bedriva omvårdnad genom att visa för patienten att någon bryr sig och lyssna till vad den har att säga ingår i sjuksköterskans dagliga arbete för att främja alliansbildning till patienten (Delaney & Johnson, 2014; Holmberg et al., 2020). Detta är en förutsättning för att nå fram till en patient och även att nå fram till varandra (Keresi et al., 2019).

1.3 Hot och våld inom hälso- och sjukvården

Personal inom hälso- och sjukvården är en av de grupper som ofta utsätts för hot och våld på arbetsplatsen (Harthi et al., 2020; D'Ettoire et al., 2018; Jia et al., 2020). Sjuksköterskor är bland de mest drabbade då de kontinuerligt befinner sig ute bland patienter och anhöriga (Margavi et al., 2020; Chang & Cho, 2016; Harthi et al., 2020). Bland sjuksköterskor är unga och nyexaminerade sjuksköterskor de som oftare blir utsatta för hot och det är speciellt de som även utsatts för våld. Detta då de kan sakna den expertis, arbetslivserfarenhet, och kunskapen som äldre sjuksköterskor som har arbetat längre besitter. De har även mindre erfarenhet från tidigare hotfulla situationer vilket leder till mindre aktsamhet och igenkänning av varningstecken som kan uppstå (Chaiwuth et al., 2020; Harthi et al., 2020; Chang & Cho, 2016).

Sjukvårdspersonal och sjuksköterskor som arbetar på akutmottagningar, somatiska eller psykiatriska, är en särskilt utsatt grupp då de möter alla sorters patienter och anhöriga som kommer in. Då de inte har låsta dörrar är inflödet alltid öppet vilket gör att fler personer kommer in, vilket i sig kan öka risken för hot och våld. (Jia et al., 2020). Faktorer som kan orsaka hot och våld på en akutmottagning kan vara långa väntetider och platsbrist. Situationer med hot och våld kan även uppkomma på grund av patientens sjukdomstillstånd, eller att patienter lider av smärta eller av akut förvirring relaterat till bland annat alkohol- eller drogöverdos, psykosproblematik eller demenssjukdomar (Harthi et al., 2020; d'Ettoire et al., 2018; Chaiwuth et al., 2020). Ytterligare ett observandum är anhöriga som är oroliga och frustrerade (Hancerlioglu et al., 2020; Margavi et al., 2020).

På psykiatriska avdelningar används larm och låsta dörrar i regel oftare än på somatiska avdelningar vilket i sig skyddar personalen från yttre faktorer som kan förekomma på akutmottagningar (Jia et al., 2020). Personal och patientsäkerheten är något som regelbundet uppdateras och åtgärdsplaner implementeras utefter de riskbedömningar och risk- och

behovsanalyser som kontinuerligt görs (Bauer & Kristiansson, 2019). Enligt § 7 AFS 1993:2 ska arbetstagarna erhålla möjligheten att kalla på hjälp snabbt vid hot- och våldssituationer. Det ska finnas larmanordningar och tydliga rutiner om vart larmet ska och även vilka åtgärder som ska vidtas då larmet utlöses (Arbetsmiljöverket, 2019).

Enligt Bauer och Kristiansson (2019) är ett kontinuerligt säkerhetsarbete med utvärdering och uppföljningar kring relevanta åtgärder förutsättningar för att minska negativ påverkan på arbetsplatsen. Detta handlar främst om medarbetares fysiska, psykiska och emotionella välbefinnande, men även om de reparationskostnader och den tidsåtgång som påverkas i samband med hot- och våldssituationer (Bauer & Kristiansson, 2019). Positiva effekter av ett gediget säkerhetstänk på arbetsplatsen minskar arbetsgruppens upplevelse av ångest och oro (D'Ettoire et al, 2018).

Prevalensen av hot och våld inom hälso- och sjukvården är svår att utgöra då många artiklar uppvisar att en del av personalen som utsatts för arbetsrelaterade hot och våld inte använder sig av avvikelserapportering eller annan rapportering då hot och våld anses vara en del av jobbet (Geoffrion et al., 2015; Margavi et al., 2020; Harthi et al., 2020;). En studie påvisade att ju äldre personalen var desto mer "tabu" var det att "klaga" på arbetsrelaterat våld, vilket kan tyda på att ålder och yrkeserfarenhet kan påvisa högre risk att normalisera arbetsrelaterat våld som en del av arbetet (Geoffrion et al., 2015).

1.4 Konsekvenser av hot och våld för sjukvårdspersonal

Sjukvårdspersonal är en utsatt yrkeskategori när det gäller risk för hot- och våldssituationer i patientnära kontakt. Framförallt psykiatrin har en påvisad hög prevalens av hot- och våldssituationer inom sjukvården. Stockholms länssjukvårdsområde (SLSO) (2011) uppger att uppemot hälften av sjukvårdspersonalen inom Region Stockholms psykiatriska vårdavdelningar har blivit utsatt för någon form av hot- och våldssituation under det senaste året. Vilket även bekräftas vara ett internationellt problem (Isaiah, et al, 2019; Yosep, et al, 2019).

Förutom att hot- och våldssituationer kan medföra fysiska och psykiska skador hos utsatt sjukvårdspersonal, påverkar det även sjukskrivningar och personalomsättning samt en ökad oro för att hot- och våldssituationer ska uppstå igen (Mueller & Tschan, 2011; Bauer & Kristiansson, 2019; S, 2011). Att bedriva optimal omvårdnad av patienter där hot- och våldsriskerna är höga är väldigt komplext och ställer höga krav på sjukvårdspersonal. Känslor

som maktlöshet, vantrivsel och uppgivenhet påverkar sjukvårdspersonalens uppfattning om sin livskvalitet. De bristande faktorerna i arbetsmiljön med relevans till hot- och våldssituationer kan i sin tur leda till lägre vårdkvalitet. Adekvat och relevant kunskap inom våldspreventiva åtgärder ger förutsättningar för bättre arbetsmiljö samt ökad kvalitet av vården (Bauer & Kristiansson, 2019; Hancerlioglu et al, 2020; Jia et al, 2020; Ottosson et al, 2017; Stockholms länssjukvårdsområde, 2011; Isaiah, et al, 2019; Yosep, et al, 2019).

Konsekvenser av våld på arbetsplatsen påverkar arbetstillfredsställelsen negativt. Detta är även ett stort problem inom sjukvården. Akutmottagningar, somatiska såväl som psykiatriska, i synnerhet är en av de arbetsplatser inom sjukvården som är mest utsatta för hot- och våldssituationer (Hancerlioglu et al, 2020).

Enligt en studie gjord i Polen löper psykiatrisjuksköterskor inom slutenvården en hög risk för utbrändhet på grund av hot och våld. Komplexiteten och allvarlighetsgraden i dessa situationer, som periodvis uppkom frekvent, skapade obehag gentemot att gå till arbetet (Zaczyk et al, 2018). Andra studier menar på att sjukvårdspersonal har ökad risk för utbrändhet på grund av långa arbetspass, krav på god omvårdnad och emotionell involvering i patientnära situationer där verbalt våld förekommer (Jingjing Ge et al, 2021; Chang & Cho, 2016).

1.5 Patientens upplevelse – hot, våld och tvång.

Kunskap och evidens bidrar till den ökade kompetensen hos sjukvårdspersonal. Dock missas en väsentlig del med koppling till patientens perspektiv inom den psykiatriska vården (Pedersen & Nortvedt, 2020). Pedersen & Nortvedt (2020) anser att brister i kommunikation och dålig involvering av patienter i deras egen vård och behandling många gånger är orsaken till att beslut om tvångsvård tas. Patientens subjektiva upplevelse av hot- och våldssituationer samt dess orsak skiljer sig ofta från sjukvårdspersonalens upplevelser (Ilkiw-Lavalle & Grenyer, 2003; Piccirillo & Alderman, 2013; Majda Omérov et al, 2004).

Brister i kommunikationen mellan personal och patienter har påvisats vara en stor orsak till uppkomst av aggressivt beteende. Tvångsvård och fråntagandet av den egna autonomin, där exempelvis möjligheten att kunna röra sig fritt på ett område tas bort, är även det ett stort irritationsmoment hos många patienter. Sjukdomstillstånd med paranoida drag eller vanföreställningar har beskrivits som faktorer där den naturliga överlevnadsinstinkten har ökat farlighetsrisken hos patienten (Ilkiw-Lavalle & Grenyer, 2003; Piccirillo & Alderman, 2013; Majda Omérov et al, 2004; van Wijk et al, 2014). I en artikel beskriver en patient hur

missförstånd i kroppssignaler och beteenden trigger ett oacceptabelt beteende och de paranoida tankebanorna späs på i vissa situationer med sjukvårdspersonal. Oftast uppger patienten att de upplever känslor som ilska, ångest eller depression i samband med aggressiva ageranden (Ilkiw-Lavalle & Grenyer, 2003).

Patienter som är inneliggande inom sluten psykiatrisk vård beskriver miljön som något som påverkar det psykiska välmåendet och att det kan bidra till agitation och irritation hos dem. Patienter beskriver detta som en "sjuk" miljö och innefattar upplevelsen av arrogans hos personal, brist av möjligheten till egen tid och delandet av utrymme med andra patienter som kan vara verbalt och fysiskt utåtagerande. Dessa aspekter är psykiskt påfrestande och skapar en underliggande irritation som till slut kan leda till hot- och våldssituationer (van Wijk et al, 2014; Piccirillo & Alderman, 2013)

1.6 Våldspreventiva teorier och begrepp

1.6.1 Lågaffektivt bemötande

Lågaffektivt bemötande introducerades i England 1990. Det har senare tagits in i Sverige, i första hand som ett pedagogiskt verktyg att använda på skolor och vid LSS boenden.

Lågaffektivt bemötande är framförallt tänkt att användas vid bemötandet av barn och vuxna med ett så kallat problematiskt beteende, vilket innefattar en ökad prevalens av hot och våld (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2020; Socialstyrelsen 2015).

Det problematiska beteendet syftar till svårigheter att hantera känslor. Förutsättningen för lågaffektivt bemötande är att personal har den kunskap som krävs för att kunna hantera svåra eller våldsamma situationer utan att trappa upp en konflikt, samt att de har en kompetens att utvärdera och förändra sitt beteende så att situationen som inte gick bra inte uppstår igen (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2020; Socialstyrelsen 2015; McDonnell et al., 2015).

Affekter och beteenden är något som kan överföras från en människa till en annan. Detta innefattar både negativa och positiva affekter. Det är lättare att bli irriterad och skrika på någon som redan skriker på en själv, vilket i sin tur kan trappa upp en redan problematisk och känslig situation till en situation som riskerar upptrappas till hot och våld (Hejlskov Elvén & Kosner, 2016).

De filosofiska tankebanorna, när det kommer till teorin av lågaffektivt bemötande, utgår ifrån att en människa som kan klara av att uppföra sig, gör det. Därför är det av stor vikt att

personalen har god kontroll över sig själv och sitt agerande. Detta för att kunna hjälpa den som är i behov av hjälp (Hejlskov Elvén & Kosner, 2016).

När man är liten har man svårt att urskilja vad som är ens egna affekt och vad som är någon annans. Dessa lär man sig allt efter att man utvecklas och utsätts för olika situationer.

Däremot så finns det människor som aldrig lär sig att känna av och uppmärksamma dessa skillnader vilket gör att bemötandet i en ansträngd och laddad situation kan vara avgörande (Socialstyrelsen, 2015; Hejlskov Elvén & Kosner, 2016; McDonnell et al., 2015).

1.6.2 De-escalation

Enligt Moser et al. (2020) är De-escalation ett verktyg som används för att minimera upptrappning av situationer som kan leda till konflikt eller konfliktupptrappning. Teorin grundar sig på att uppmärksamma situationer och avleda negativa beteenden. Verbal kommunikation bör utgå från tanken att på ett lugn och sansat sätt kommunicera med en agiterad person. Detta genom att omdirigera och hjälpa individen att lugnas ner sig och förstå situationen den befinner sig i samt att känna sig trygg i den. I användandet av verbal De-escalation läggs vikten på att inte skrika tillbaka på en patient som skriker utan ju högre patienten skriker desto lägre och lugnare bör personalen kommunicera (Moser et al., 2020).

Grundprinciperna av De-escalation inom psykiatrisk vård innebär att:

- Ta ett steg bakåt och visa att du inte menar illa eller är ett hot. Låt alla inblandade ta ett andetag och tänka igenom situationen.
- Validera patientens tankar och funderingar på ett genuint sätt och uppvisa att du aktivt arbetar för att ge god vård och omvårdnad för just den patienten.
- Lyssna aktivt på vad patienten har att säga och på det sättet motverka rädslan patienten kan uppleva.
- Av säkerhetsskäl, se till att ha ett gott mellanrum mellan personalen och patienten utan att verka rädd eller återhållsam.

Flertalet modeller finns vilka är utformade för olika professioner och för olika situationer men syftar alla till att hjälpa och lära ut effektiva sätt att minska risken för hot och våld genom nedtrappning av riskfyllda situationer (Moser et al., 2020; Price & Baker, 2012)

1.6.3 Bergenmodellen

Bergenmodellen, implementerades första gången år 2005 på universitetssjukhuset Haukeland i Bergen, Norge på Sikkerhetspsykiatri. Stockholms länssjukvårdsområde (SLSO) har utvecklat modellen vidare för att passa verksamheterna i Stockholm (SLSO, 2011).

Bergenmodellen syftar till att öka kunskapen om aggressivitet, ilska, hot och våld samtidigt som den vill lära ut våldspreventiva åtgärder kopplade till vårdmiljö, personalens förhållningssätt och riskfaktorer. Förutom teoretisk kunskap om våldspreventiva åtgärder, aggressivitet som beskrivning av känsla och olika riskfaktorer syftar Bergenmodellen till att lära ut praktiska grepp och förhållningssätt för att minimera risken för personal- och/eller patientskada (Callaghan et al., 2013; Björkdahl et al., 2013).

Modellen är utformad utifrån tre olika lägen som en avdelning kan befinna sig i.

1. Normalläge på avdelningen utan aggressiva eller hotfulla situationer
2. Något upprörda och irriterbara situationer
3. Tydliga hotfulla och aggressiva situationer

Under normalläget arbetar avdelningen på som vanligt genom att bygga upp vårdallians och underhålla en god vårdkontakt, personal och patienter sinsemellan. Detta genom användandet av rimliga och tydliga rutiner och regler. Under andra läget gäller det att sätta gränser för patienter samt att prata lugnande för att minimera risken att en våldsam situation uppstår. Vid tredje och sista läget gäller det att ta fysisk kontroll över en våldssituation på så sätt att varken personal eller patienter kommer till skada (SLSO, 2011; Björkdahl et al., 2013).

Medvetenheten om etiska aspekter, dilemman och att agera utifrån behov är någon som genomsyrar Bergenmodellens tänkande och riktlinjer. De åtgärder som används ska inte leda till större obehagskänslor hos patienten än situationen utan personalens ingripande (Callaghan et al., 2013; Björkdahl et al., 2013).

1.7 PROBLEMFÖRMULERING

Inom hälso- och sjukvård är hot och våld ett stort problem där arbetsgrupper inom psykiatrisk vård är särskilt utsatta för situationer som kan leda till arbetsmiljörelaterat våld (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2017).

Våldssituationer som uppstår inom psykiatrisk vård riskerar att ge negativa effekter för både patienter och personal varför det preventiva arbetet är otroligt viktigt. Våldspreventivt arbete är ett aktuellt ämne som förväntas utövas för patientens ökade välbefinnande. Då arbetsrelaterat våld inte upphört är det svårt att veta hur det preventiva arbetet tillämpas och vilka kunskaper som arbetstagarna faktiskt har. Eftersom arbetsgrupper inom psykiatrisk vård är en särskilt utsatt grupp. Forskningen kring ämnet upplevs begränsad, därför krävs ytterligare forskning för att få djupare kunskap kring sjuksköterskans erfarenheter av hur våldspreventiva åtgärder används för att möjliggöra ökad säkerhet, både för personal och patienter inom hälso- och sjukvården.

2. SYFTE

Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskans erfarenhet av arbetsgruppens tillämpning av hot- och våldspreventiva åtgärder inom akutpsykiatrisk omvårdnad.

3. METOD

Metoden i aktuell studie redovisar för studiens design, urval, datainsamling och analys.

Beaktning samt redovisning av etiska dilemman presenteras.

3.1 Design

Författarna av aktuell studie identifierade hot och våld inom akutpsykiatri som ett omvårdnadsproblem med stor påverkan hos omvårdnadspersonal. Tidigare forskning av detta problem finns redovisat i bakgrunden. Med relevans till bakgrundsfakta kunde vissa delar i resultatet förutses, men inte allt. Studiens design utvecklades under studiens metodologiska del. Polit & Beck (2012) beskriver detta som *emergent design* vilket har visat sig vara en av de vanligaste forsknings designerna inom kvalitativ forskning. Det förutsätter även att författarna har en induktiv inställning gentemot studien och dess resultat.

Författarna planerade perioden för datainsamling mellan 1 februari 2021 till 28 februari 2021. Förfrågan om att genomföra aktuell studie skickades till verksamhetschefer över berörda sektioner på aktuella sjukhus för godkännande (bilaga 2). Efter godkännande från samtliga verksamhetschefer mejlades information om deltagarförfrågan och aktuellt urval till enhetschefen för att erhålla intressenter.

För att erhålla sjuksköterskors subjektiva erfarenhet av hot- och våldsprevention samlades data in genom semistrukturerade intervjuer. Polit & Beck (2012) samt Horton et al (2004) beskriver semistrukturerade intervjuer som den mest tillämpbara intervjutekniken vid studier med ett redan förväntat utfall, vilket innebär att intervjuerna struktureras genom en intervjumall för att besvara studiens syfte men samtidigt ge möjlighet för personliga svar genom öppna följdfrågor.

Studien har en deskriptiv ansats. Polit & Beck (2012) menar på att en deskriptiv studie främst ämnar till att beskriva och förstå människors erfarenheter kring och om ett visst fenomen.

3.2 Urval

Enligt Polit & Beck (2012) använder kvalitativa studier oftast små icke randomiserade urval hos deltagare för att finna en mening och övergripande verklighet för att besvara studiens syfte. Studien har använt sig av ett bekvämlighetsurval där deltagare rekryterats genom arbetsplatser.

För att öka trovärdigheten i aktuell studie har studien använt sig av ett mer målmedvetet urval som krävt att vissa urvalskriterier skulle vara uppnådda (Mellerud et al, 2015). Den initiala tanken med studiens syfte ämnade till att beskriva psykiatrisjuksköterskans erfarenhet men hölls öppen för revidering. Varför studiens inklusionskriterier var legitimerade sjuksköterskor arbetsverksamma inom akutpsykiatri på tre olika sjukhus i Mellansverige. Detta då antalet specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk omvårdnad inte kunde garanteras på de tre valda verksamheterna där författarna önskade utföra intervjuerna, en prioritering var dock specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård. Författarna syftade till att få ett likvärdigt antal deltagare från varje verksamhet för att på ett mer övergripligt och applicerbart sätt kunna redovisa studiens syfte. Exklusionskriterier var deltagare som var icke legitimerade sjuksköterskor och sjuksköterskor som inte var arbetsverksamma inom akutpsykiatrisk verksamhet i Mellansverige.

Utifrån ovanstående urvalskriterier erhöles nio deltagare, tre deltagare från varje vald verksamhet. Under studiens gång bortföll en deltagare på grund av sjukdom. Sex deltagare var kvinnor och två var män. Samtliga deltagare hade en svensk sjuksköterskelegitimation och sex av dessa var specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård. Vid rekryteringsprocessen saknades specialistkompetens inom psykiatrisk vård hos två deltagare. Dessa två deltagare inkluderades i studien för att behålla god och spridd population i studien. Samtliga deltagare redovisade erfarenhet inom akutpsykiatri mellan två och trettiosex år.

3.3 Datainsamling

Aktuellt material till studien samlades in genom semistrukturerade intervjuer som författarna höll ensamma. Detta innebär att författarna sammanlagt höll fyra intervjuer vardera. Samtliga intervjuer hölls på deltagarnas arbetsplats och under arbetstid som var lämplig för personalen på arbetsplatsen. Genom att använda sig av semistrukturerade intervjuer med öppna följdfrågor har författarna haft möjlighet till att skapa struktur på intervjuerna med hjälp av en intervjumall (bilaga 1) och samtidigt erhålla individuella och personliga svar som inte kan förutspås (Polit & Beck, 2012; Horton, et al, 2004). Horton et al (2004) menar på att denna intervjuteknik ger författarna möjlighet att enkelt utläsa ett förbestämt tema ur fler och större perspektiv.

Intervjuerna spelades in på respektive intervjuares mobiltelefon genom en redan produktinstallerad applikation som möjliggjorde intervjuinspelning med inspelning från bägge

sidor av telefonen för ökad ljudkvalitet. Intervjuerna startades efter att deltagarna givit samtycke samt informerats om sina rättigheter. Intervjuerna varade mellan åtta och trettiotvå minuter.

Forskningsdagbok fördes av författarna i samband med intervjuerna för att skapa struktur och ge möjligheter för författarna att i efterhand reflektera över deltagarnas kroppsspråk, stämning och upplevelse av det aktuella intervjutillfället. Enligt Polit & Beck (2012) ger detta författarna möjligheten att få en bättre överblick över respektive intervjutillfälle, vilket i sig ökar trovärdigheten i studien.

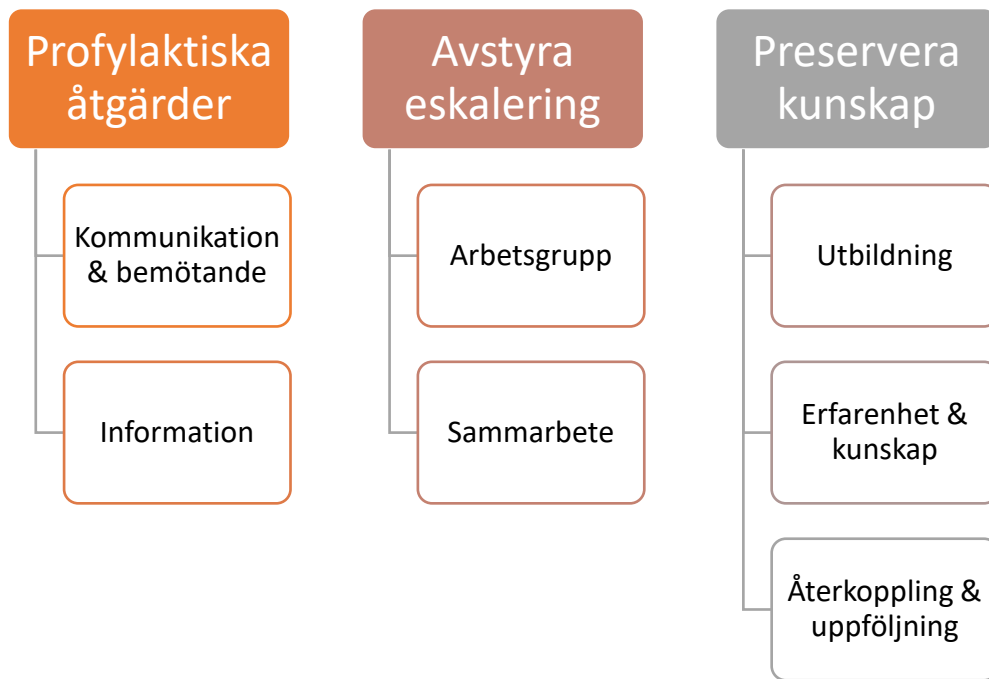
3.4 Dataanalys

Den insamlade datan transkriberades och avidentifierades av respektive intervjuare i enlighet med Polit & Beck (2012). Detta innebär att den författare som höll intervjun även var den som transkriberade det insamlade materialet och på det sättet kunde avidentifiera deltagaren så att bara författaren som höll intervjun helt kunde veta vem som sagt vad.

Det transkriberade materialet samt respektive forskningsdagbok läste författarna sedan igenom flertalet gånger tillsammans för att skapa en bättre förståelse av det insamlade materialet hos respektive författare. Diskussion mellan författarna fördes kontinuerligt under analysprocessen och resulterade i uppbyggnad av sju återkommande teman, *kommunikation och bemötande, information, arbetsgrupp, samarbete, utbildning, erfarenhet och kunskap, uppföljning och återkoppling*. Utifrån dessa teman färgkodades och analyserades det transkriberade materialet noga av författarna tillsammans. Enligt Polit & Beck (2012) är användandet av färgkodning som analysmetod ett lämpligt tillvägagångssätt för att på ett systematiskt och strukturerat sätt sammanställa data.

Ett första utkast med en sammanställning av materialet gjordes. Det preliminära resultatet i utkastet bearbetades noga för att tydligt överensstämna med studiens syfte. Skapandet av resultatets huvudteman bildades genom att sammanställa de sju teman, som skapats av det insamlade materialet, och därefter väga dessa mot studiens syfte. Rubrikerna *profylaktiska åtgärder, avstyra eskalering* och *preservera kunskap*. Skapandet av resultatets huvudteman uppkom utifrån de preliminära teman som visualiseras i figur 1.

Figur 1.



3.5 Etiska aspekter

Aktuell studie har genomfört flertalet etiska steg i forskningsprocessen för att erbjuda god etik. Enligt Polit & Beck (2012) involverar omvårdnadsforskning oftast människor. Detta ställer krav på att forskarna under hela förloppet beaktar och respekterar människan och dess värde. Aktuell studie har beaktat detta genom att hålla intervjuer på respektive författares mobiltelefon med kodlås, för att försäkra sig om att ingen utomstående kunnat ta del av intervjuerna. Vidare transkriberades och avidentifierades intervjuerna i forskarnas hem innanför låsta dörrar för att skydda deltagarnas integritet. Allt material i samtliga intervjuer har använts och inte förkastats för att presentera deltagarnas unika upplevelser.

För att genomföra en kvalitativ studie har en etisk prövning av studien gjorts. En sammanställning av studiens preliminära utfall prövades och godkändes av Röda Korsets högskola. Vidare mejlades information samt förfrågan om att genomföra aktuell studie till tre olika verksamhetschefer på tänkbara sjukhus med akut psykiatrisk inriktning. Polit & Beck (2012) beskriver vikten av information och deltagarsamtycke för att genomföra empiriska studier. Skriftlig underskrift från verksamhetscheferna bidrog till fortsatt samling utifrån urvalskriterierna. Tänkbara deltagare erhöll skriftlig information om studien (bilaga 2) och medverkande gav sedan muntligt samtycke till att delta. Inför varje intervju har deltagare erhållit information om dess rättigheter att avbryta sitt deltagande av studien och att intervjun

spelas in på intervjuarens mobiltelefon. Efter varje avslutad intervju har deltagarna haft möjlighet att briefa kring hur de upplevt intervjuerna och vad som skulle kunna förbättras.

4. RESULTAT

Hot- och våldssituationer beskrivs uppstå i varierande grad inom akutpsykiatri och orsakerna till dess uppkomst är olika. Tillämpningen av profylaktiska åtgärder, möjlighet att avstyra eskalering och preservera av kunskap går hand i hand för att undvika eventuellt farliga situationer som kan uppstå, eller som redan har uppstått. Resultaten av studien presenteras utifrån dessa tre teman som framkom i bearbetning och analys av intervjudatan.

4.1 Profylaktiska åtgärder

Enligt deltagarna är ett gott bemötande inom akutpsykiatrisk verksamhet essentiellt för att driva god och säker vård och omvårdnad framåt. Det betonas även under intervjuerna att anamma ett lugnt och stillsamt bemötande är viktigt för att ge goda förutsättningar för det profylaktiska arbetet. Psykiatrisk omvårdnad i form av samtal, stöttning och att finnas nära är betydelsefullt i situationer där patienten riskerar att agera hotfullt eller våldsamt. Samtliga deltagare betonade vikten av god kommunikation och bemötande i hot- och våldssituationer.

Genom ett stillsamt och tålmodigt bemötande med en patient som befinner sig i en trängd situation, där hot och/eller våld ligger mycket nära, finns möjlighet att vända situationen och nå patienten genom samtal. En deltagare berättar om en händelse:

Det slutade med att jag sträckte fram handen och sa till patienten att, kom så får du den här medicinen. Och patienten tog min hand, la sig i bältessängen, och tog medicinen. Det kanske var ett lyckokast då, men för patienten var det bra, då han senare tackade mig vid hemgång. (Deltagare

1)

Ett gott bemötande kan främja trygghet och tillit hos patienter och i vissa fall vända en hotfull situation.

Flera deltagare beskrev kommunikation som ett verktyg vid potentiella hot- och våldssituationer som en möjlighet till alliansbildning. Omvårdnad inom psykiatrisk vård bedrivs därför med fördel genom samtal, stöttning och ett stillsamt, respekterande och accepterande bemötande. Det kan ses som extra betydelsefullt i situationer då patienten riskerar att agera ut i en hotfull eller våldsam situation. Några av deltagarna pratar om de svårigheter som kan uppstå med kommunikation, exempelvis personer med förvirring,

psykotiska symptom, drogpåverkan, mani och språkförbristningar. En deltagare beskriver detta:

Kommunikation handlar ju om att prata med varandra. Kan man inte prata med varandra eller uppfattar saker på olika sätt, eller hör saker som inte stämmer, att man inte behärskar språket eller säger fel saker kan det accelerera saker som man inte vill. (Deltagare 1)

Kommunikation innebär att båda parterna förstår vad den andre menar. Att delge en patient information som denne inte förstår kan leda till irritation.

Språkförbristningar är ett stort problem som särskilt en deltagare belyste men som många deltagare tog upp när det kommer till möjligheten för omvårdnadspersonalen att främja patientens hälsa, trygghet och samarbetet. Deltagarna menade att inte kunna kommunicera på grund av språkförbristning samtidigt som man inte förstår varför man är på sjukhus kan leda till irritation och/eller frustration hos patienten. En deltagare beskriver problematiken med språkförbristningar och användandet av tolk:

De kan vara språkförbristningar som leder till att en frustration hos patienten eskalerar. Att man oftare borde ha tolksamtal. Inte bara när läkaren pratar med patienten utan i våra samtal med patienten också.

(Deltagare 4)

Användandet av tolk i omvårdnadssituationer skulle kunna främja ökad kommunikation, samarbete och tillit mellan vårdtagare och vårdgivare.

Flera deltagare menade på att det många gånger kan trigga patienter att få höra nej vid flera tillfällen eller att inte få tillräckligt med information. Väntan och ovisshet kan även vara som en så kallad trigger för irritation och hotfullt beteende. Exempel på detta menar deltagarna kan vara situationer där patienter får vänta på läkarsamtal, invänta läkarbeslut gällande bland annat utgångar eller fortsatt vård. Att inte få svar på sina frågor är också något som många deltagare menar kan trigga. En deltagare beskriver ett exempel på en vanlig situation som kan hända när personalen inte har tid:

Det kan fråga någon sak och så svarar personalen – jag vet inte – och så går de till nästa personal som går iväg och säger - jag vet inte. Att inte få något svar, det kan trigga upp. Väldigt mycket. (Deltagare 5)

Genom att försöka tillmötesgå och återkoppla till patienten i den mån det går, minskar risken för hot- och våldssituationer.

Information menade många deltagare vara en viktig aspekt när det kommer till prevalensen av hot och våld. Om patienten inte har fått tillräcklig information om varför den är inlagd eller orsakerna till att vissa åtgärder är insatta kan det leda till rädsla eller irritation och frustration hos patienten. En deltagare beskriver missförstånd och frågor som patienten många gånger funderar på:

Oftast så har de kanske missförstått vad doktorn sa, de har kanske inte förstått vad som händer sen och vad innebär det här? Kommer jag vara inlagd för evigt? Det är många frågor som kan dyka upp i deras huvuden som de sällan får svar på och doktorn går bara därifrån. (Deltagare 2)

Genom adekvat information och informationsöverföring, ges möjlighet till alliansbildning och en öppnare kontakt mellan vårdtagaren och vårdgivaren.

För att kunna ge adekvat information till patienterna behövs kunskap om verksamheten samt riktlinjer och rutiner för att informationen som delges är detsamma från all omvårdnadspersonal. Att få uppgifter under en helg eller en kväll och att den informationen dagen efter helt ändras kan utlösa onödig frustration och konfrontationer. En deltagare påtalade även vikten av att ha kunskap gällande de lagar som man arbetar under. Detta då många patienter som har tvångsvård kan ha många frågor om innebörden av tvångsvård, hur länge man behöver ha det samt hur det skrivs av. Det är viktigt att personalen själva vet vad de får och inte får göra med patienter under olika lagstiftningar.

Ett annat område som en deltagare påtalade som viktigt inom akutpsykiatrisk vård för att minska risk för hot- och våldssituationer är användandet av miljö- och stimulireducering. Genom att tänka på miljön som patienter befinner sig i tillåts hjärnan att ta in mindre stimuli och på så sätt vila och inte varva upp och förvirra en hjärna som redan går på högvarv. En deltagare beskriver:

Man försöker avleda patienterna först via samtal eller så ber man dom gå in på rummet ett tag och ta det lugnt. Ibland kan det hjälpa när det får för mycket stimuli på avdelningen. (Deltagare 6)

Att arbeta med stimulireducering genom att hänvisa upprörda patienter till sitt rum kan hjälpa patienten att själv komma ner i varv och därmed kan hotfulla situationer förebyggas.

4.2 Avstyra eskalering

Vid direkt farliga situationer där hot och våld har uppstått beskrivs trygghet inom arbetsgruppen som essentiell. Tryggheten beskriver deltagarna formas utifrån ett gott samarbete och stöttning mellan kollegor. En deltagare beskriver vikten av stöttning i arbetsgruppen på en psykiatrisk akutmottagning:

Folk är mycket i korridoren och framför allt när det är stökigt och det tycker jag underlättar, dels för den enskilda individen som står där i det där, att man slipper känna sig ensam. För det är ju mer obehagligt att vara ensam i en hotfull situation än att känna att man har en kollega eller flera kollegor runtomkring. (Deltagare 3)

Genom ett gott samarbete med god uppslutning förbättras arbetsmiljön och den personliga upplevelsen i det hot- och våldsförbyggande arbetet hos vårdpersonal. Det möjliggör även för vårdpersonal att observera tecken hos patienter med förhöjd våldsrisk.

En deltagare tar upp hur den personliga säkerheten och tryggheten påverkades positivt och negativt baserat på vilken överläkare som var i tjänst.

Vi har en överläkare som får oss att känna oss trygga genom att medicinera och avskilja. Det märks direkt när hen inte är här. Då kan hot- och våldssituationer trappas upp tycker jag. Men det hinner inte bli, eller gå så långt när hen är här. (Deltagare 5)

En ordinarie överläkare som var van på avdelningen kunde fatta snabbare och adekvata beslut kring exempelvis medicinering, vilket kan motverka eskalering av hotfulla situationer.

Personlig lämplighet för att arbeta inom den akutpsykiatriska sektionen är något som många deltagare betonade i aktuell studie. Krav sätts på personal att kunna bedriva psykiatrisk omvårdnad innefattande ett gott bemötande med fokus på en god kommunikation mellan vårdgivare och patient. Detta genom att behålla lugnet i påfrestande situationer och tala med patienter på ett lugnande och adekvat sätt. Deltagare uppmärksammade problematiska situationer där medarbetare inte erhållit ovanstående egenskaper och därmed tappat tålamod gentemot vissa patientgrupper samt höjt rösten eller uttalat sig provokativt gentemot patienter. Dessa brister i patientbemötandet ökar risken för att hetsa upp eller eskalera en redan hotfull situation vilket en deltagare beskriver:

Det kan vara att man inte är tillräckligt lugn själv som gör att man accelererar situationen. I stället för att ha ett lugnande sätt att prata eller tänker på vilka ord man använder eller så. Det kan istället bli till det värre.

(Deltagare 2)

Som personal inom akutpsykiatrisk vård är det viktigt att vara lugn i sig själv och tänka på vilka ord man använder för att inte accelerera en redan hotfull situation.

Personal inom psykiatrin tillhandahålls med överfallsalarm som är kopplat till respektive avdelning. Dessa larm används vid hotfulla situationer. Vid larm kommer personal från andra avdelningar springandes. Denna resurs kan ses som positiv och negativ. En deltagare beskriver en sådan situation som till viss del var frustrerande och snarare negativ vid en situation med risk för eskalering:

Det fanns ju ett tillfälle där patienten skulle ta livet av vår överläkare. Patienten skulle få medicin och läggas i bältessäng. Det larmades och jag gick och pratade med patienten. Det var väldigt svårt att kommunicera med honom, och i dörröppningen står det då 15 människor och tittar in med en bältessäng. Det är inte riktigt optimalt att stå och resonera med patienten. Men efter ett tag när man stått och tjatat ett tag så visar man att man inte är så farlig, så börjar man kunna prata. (Deltagare 1)

Funktioner som uppbackning från andra avdelningar vid akuta situationer beskrivs i de flesta fall som något positivt. Ovanstående citat beskriver en situation där ökat personalflöde från andra avdelningar riskerar att påverka patient- och sjuksköterskekontakt på ett negativt sätt.

I arbetsgruppen arbetar en mängd olika människor med olika kön, etniciteter och kroppstyper där det gäller att tillvarata varje persons specifika egenskaper och förutsättningar. För att arbeta personcentrerat med verbal och icke verbal kommunikation är frågor kring exempelvis kön, kroppstyp och etnicitet viktigt att beakta. Att identifiera vilken person som är bäst lämpad att kommunicera med vilken patient är ett viktigt arbete inom den akutpsykiatriska verksamheten när det gäller att avstyra eskalering av hotfulla situationer. En deltagare berättar:

Jag jobbade ju med en liten kvinna, hon var väl 150 cm lång bara och henne brukade jag skicka in till drogpåverkade patienter. Det enda hon sa

var - så här kan du ju inte bete dig. Och det var ju ingen som ville slå henne, hon var ju så liten. Och där fick de lite kontakt. (Deltagare 1)

Att tänka igenom och använda rätt person till rätt patient är viktigt för att främja samarbete, tillit och alliansbildning mellan vårdgivare och vårdtagare och därmed eventuellt avstyra eskalering av situationer.

4.3 Preservera kunskaper

Bergenutbildningen är utbildningen som landstinget utbildar psykiatrisk omvårdnadspersonal i. Deltagarna beskriver att Bergenutbildningen kan vara på olika sätt framställd för fastanställda och vikarier, där utbildningen är kortare för vikarier. Utöver den grundutbildning som ska erhållas beskrev deltagarna att det fanns repetitionstillfällen för de som gått grundutbildningen för att ge personalen möjlighet att spegla och få “aha” upplevelser. En deltagare beskriver hur Bergenmodellen hjälpt personalen att utvecklas i hot- och våldsprevention:

Tycker det blir bättre och bättre för varje år. Och mycket beror ju på utbildningen vi började med i Bergenmetodik. Vi får en teoretisk skolning, ett sätt att förhålla oss. En positionera i rummet för att minska och inte öka aggressiviteten. Jag uppfattar det som att tvångsåtgärder här på verksamheten har minskat under åren som gått sedan Bergenmodellen infördes. (Deltagare 1)

Med hjälp av utbildning ges möjlighet att delge personal den kunskap som krävs för att arbeta våldspreventivt med bland annat positionering i ett rum.

Att ha personal med tidigare erfarenhet och kunskap är viktigt för att kunna arbeta hot- och våldspreventivt inom den akutpsykiatriska vården. Deltagarna beskrev att det kändes tryggt att ha van personal på golvet då de snabbare uppmärksammar “tidiga varningstecken” för våld, och gå till arbetsledaren och meddela att någon åtgärd behöver vidtas. Åtgärderna kan vara bland annat “vid behovsmediciner” eller samtalsstöd för att undvika tvångsåtgärder som kan vara traumatiserande för patienten och som alltid är en sista utväg när ingen annan omvårdnadsåtgärd har fungerat.

Ibland är patienter återkommande till samma verksamhet. Deltagare beskriver då fördelarna med att det finns personal som har lång erfarenhet på samma avdelning eller mottagning. Det

ger möjlighet att främja trygghet hos patienten när det finns personal denne känner sedan tidigare. Speciellt då patienterna kan vara mycket rädda när de kommer in under exempelvis en psykotisk episod. Att då möta någon man träffat innan och kanske känner förtroende för kan vara essentiellt vilket en deltagare beskriver:

Det är alltid bra att känna patienter, att man varit med förut. Det kan ju skapa ett visst förtroende och trygghet hos patienterna, även om de är psykotiska och rädda och så. Då är det ändå en trygghet, de har varit här, och ändå har någon slags, ja relation. Så att det inte bara är nya människor, för då kan det bli ännu mer rädda och arga. Så kontinuitet och ge trygghet. (Deltagare 7)

Att ha arbetat på samma arbetsplats under en längre tid ger möjlighet att bilda långvarig allians med en patient som återkommer flera gånger och som man har kunskap och kännedom om. När denna patient då kommer till avdelningen igen har den redan en trygg punkt och tillit till vården på avdelningen.

Ett genomgående tema hos deltagarna var vårdtyngd, kunskap och erfarenhet där man ställde erfaren fastanställd personal mot nyanställda och vikarier. Många deltagare talade om en ökad osäkerhet där upplevelsen fanns att det inte arbetade tillräckligt många erfarna personal på ens arbetspass. Att vårdtyngden inte bara beror på patienterna utan även på personalgruppen. Detta i sig kan få mer erfaren personal att känna att de behöver ta än mer ansvar än vanligt för att säkra adekvat och trygg vård för patienterna och trygghet för kollegorna. Även svårigheterna som att personalen inte är lika samspelade togs upp, en deltagare beskriver:

Det var någon sommar då det var flera timvikarier medan jag var på semester. Jag hörde att det hade varit tufft, man kände sig otrygg och att man inte hade van personal. Där är det vanan, kunskapen och erfarenheten som spelar in. (Deltagare 8)

Att ha tillräckligt med erfaren personal med djupa kunskaper inom området är essentiellt för att personal ska känna sig trygga och kunna arbeta våldspreventivt.

Uppföljning och återkoppling är viktigt för kunskapsutvecklingen inom arbetsgruppen för att ge möjlighet att arbeta mer hot- och våldspreventivt. Det är ett ämne som många deltagare påtalar att personalgrupperna brister i. Det beskrevs att gruppen inte alltid samlas på avdelningen/mottagningen tillsammans för att ha diskussioner och speglingar, där man går

igenom dagen och tar upp situationer som brustit. Problemet uttrycker en deltagare främst vara för att tiden inte räcker till för att detta ska hinnas med. Omvårdnadspersonal är människor med olika personligheter och det händer att de inte kan hålla sig lugna i alla situationer. Vikten av erfarenhetsutbyte beskrivs av en deltagare:

När någon har "tänt till" lite för fort eller varit lite för högröstad mot någon. Då kan man ju lyfta sådana saker vilket gör att man kanske får sig en tankeställare. Jag tror att man inte alltid är medveten om det själv heller. Så jag skulle väl vara glad ifall jag betedde mig illa, att någon talade om det för mig. (Deltagare 3)

Att ha ett forum för gemensam uppföljning och återkoppling kan främja kunskapsutvecklingen i arbetsgruppen kring hotfulla situationer.

5. DISKUSSION

Diskussionen består av två delar, en metoddiskussion och en resultatdiskussion. I metoddiskussionen diskuteras fördelar och nackdelar samt eventuella trovärdighetsaspekter av studiens metod. I resultatdiskussionen utvecklas och fördjupas det som framkommer i resultatet och vägs mot tidigare forskning.

5.1 Metoddiskussion

För att minimera riskerna för emotionell påverkan hos författarna planerades samtliga intervjuer utifrån möjlighet till återhämtning mellan intervjuerna och att minska stress. Den metodologiska delen av ovanstående studie var mest påfrestande för forskarna.

Datainsamlingen ställde krav avseende trygghet och säkerhet för både deltagare och författarna under intervjuerna, under rådande pandemi, då dessa valdes att hållas på deltagarnas respektive arbetsplatser. Folkhälsomyndighetens (2021) rekommendationer gällande munskydd och distansering beaktades vid samtliga intervjutillfällen. Detta i sig kan påverka datainsamlingen negativt då munskydd dämpar ljudet och påverkar författarens möjlighet till att uppfatta vad deltagaren säger. Dessutom försvåras möjligheten till att läsa av ansiktsuttryck under intervjutillfället.

Då författarna är verksamma på två av de tre arbetsplatser som intervjuades i aktuell studie har risk för bias beaktats noggrant under datainsamlingen och planerats för att undvikas i största mån då det kan påverka forskarnas inhämtning, tolkning och analysering av materialet. Bias kan beskrivas som när författarens inflytande vid intervjun påverkar studiens resultat och validitet (Polit & Beck, 2012; Lincoln & Guba, 1985). För att minska eventuell påverkan av studien på grund av risk för bias har författarna valt att inte genomföra intervjuer på sina egna arbetsplatser, detta då risken för bias bedömts som hög.

Författarna har beaktat eventuella risker att utsättas för emotionell, fysisk eller psykisk skada. Dessa har minimerats då aktuell intervjustudie beaktat en lugn och flexibel miljö att hålla respektive intervju på. Intervjuerna har skett under tider då det har varit dubbelbemanning på arbetsplatsen samt att det även har givits möjlighet till att avbryta intervjun för att det inte ska bli en för låg personaltäthet på arbetsplatsen då detta kan påverka vården negativt för patienterna. Samtliga deltagare har informerats om att fördel och bekvämlighet att genomföra studien är att fika kommer finnas under intervjuerna samt att deras deltagande i studien kommer att bidra med att främja framtida forskning gällande hot- och våldsprevention inom

psykiatrisk vård och sjukvård. Polit & Beck (2012) belyser vikten av att erbjuda studiedeltagare fördelar kring att delta i empiriska studier. Detta för att även beakta de etiska och humanistiska aspekterna då studien genomförs och påverkar människor.

Dataanalysmetoden är väl beskriven i löpande text och med hjälp av en figur, vilket gör studien trovärdigare då läsaren har möjlighet att följa studiens hela process och därav ges möjligheten att göra samma process som författarna. Analysmetoden med färgkodning som redskap i bearbetningen av data fungerade väl. Enligt Polit & Beck (2012) struktureras en kvalitativ studie med fördel genom färgkodning och skapande av relevanta teman.

Två av deltagarna i studien var inte specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk omvårdnad, vilket kan påverka studiens resultat. På grund av urvalets bortfall är det inte lika många deltagare från varje verksamhet vilket också skulle kunna spegla skillnader i tankesätt och arbetssätt. Studiens datainsamling genom användning av intervjuer gör studien mindre generaliseringsbar på en större population då det är specifika deltagares subjektiva erfarenhet av våldspreventivt arbete. Generaliserbarheten påverkas även av den begränsade populationen bland studiens deltagare (Polit & Beck, 2012). Däremot beskriver Malterud et al (2015) att tillförlitlighet i en studie avgörs baserat på kvalitén i den insamlade informationen, snarare än hos deltagarantalet i studien. Detta kan tolkas som att tillförlitligheten i en studie med exempelvis åtta deltagare kan upprätta likvärdig eller bättre tillförlitlighet än en studie med exempelvis femton deltagare, beroende på kvalitén av intervjuerna.

Eventuell förbättring av studiens resultat hade varit att genomföra större förforskningar gällande intervjuteknik och intervjumall inför upprättande av studiens metodologiska del. Dock var detta inte möjligt då tiden för studien begränsades under en specifik tidsperiod. Vidare hade författarna sparsam erfarenhet kring forskningsmetodik.

5.2 Resultatdiskussion

Studiens syfte var att undersöka sjuksköterskors erfarenhet av arbetsgruppens tillämpning av hot- och våldsprevention i akutpsykiatrisk omvårdnad i Mellansverige. Tre huvudteman identifierades vilka innefattade den insamlade datan från intervjuerna. Studiens resultat indikerar att kommunikation och bemötande tillsammans med samarbete, erfarenhet, kunskap och utveckling är viktiga faktorer för att bedriva god omvårdnad och arbeta våldspreventivt. De huvudteman som framkom var profylaktiska åtgärder, avstyra eskalering och preservera kunskap. Dessa sammantaget var aspekter som utgjorde studiens resultat.

5.2.1 Alliansbildning genom kommunikation och bemötande

Studiens resultat visar på vikten av ett professionellt bemötande genom en respektfull kommunikation för att främja alliansbildningen mellan personal och patient inom psykiatrisk omvårdnad. Genom användning av lågaffektivt bemötande, De-escalation och Bergenmodellen är fokus på att hålla en lugn ton och att inte bidra till att varva upp en patient som befinner sig i ett upprört tillstånd, vilket är grundläggande för att avstyra en hotfull situation. Detta sammanfaller även med deltagarnas redogörelse och stöds av tidigare forskning (Björkdahl et al., 2013; McDonnell et al., 2015; Price & Baker, 2012).

Genom att ha ett gott bemötande, där all personal håller samma ton, skapas förutsättningar för en tillitsfull relation och alliansbildning. Detta minskar risken för våld och ökar möjligheterna för ett preventivt arbete, vilket studiens resultat indikerar.

Resultatet tyder på att psykiatrisk omvårdnad med fördel kan bedrivas via samtal och stöttning där alliansbildning är essentiellt. Genom ett stillsamt och tålmodigt samtal med en rädd patient som kan uppleva sig trängd, ges möjlighet att vända patientens upplevelse och då avstyra möjlig hot- eller våldssituation. Ingen av deltagarna nämnde teorierna De-escalation eller lågaffektivt bemötande även om de, likaså teorierna, trycker på att kommunikation och bemötande är en grundsten för att kunna arbeta våldspreventivt. Både De-escalation och lågaffektivt bemötande lägger stor fokus på användandet av ett lugnt och sansat kommunikationsbeteende (Price & Baker, 2012; Hejlskov Elvén & Kosner, 2016; McDonnell et al., 2015).

Kommunikation är en grundläggande del i all omvårdnad och är en av sjuksköterskans kärnkompetenser (Svensk sjuksköterskeförening, 2017), och avgörande för kvalitén av patientens vård (Keresi et al., 2019). En deltagare beskrev att kommunikation innebär ett samtal mellan två människor eller fler, där alla inblandade i samtalet förstår informationen som delges under det kommunikativa tillfället. De-escalation trycker på att lugn kommunikation med en irriterad patient bör användas där kommunikationen ska gå ut på att ge patienten möjlighet att förstå situationen och hjälpa den att omdirigera sina tankar. Att validera patientens tankar för att visa att man lyssnar på vad denne säger är en viktig del i kommunikation (Moser et al., 2020).

Studiens resultat indikerar att det kan vara en svårighet för personal inom psykiatrisk verksamhet att arbeta med alliansbildning och våldsprevention i psykiatrisk omvårdnad då patienten kan ha en akut förvirring på grund av bland annat psykotiska symptom. Patienten

kan även befinna sig i en manisk episod då det kan finnas för många tankar vilket kan försvåra inflödet och bearbetningen av ny information. Svårigheten att ta till sig information kan även bero språkförbristning på grund av att patienten talar ett annat språk än vårdgivaren. Genom att ge information som en patient varken kan ta in eller förstå kan omständigheten leda till irritation och frustration hos patienten. Samtidigt är informationsöverföringen i sig viktig och om den inte erhålls riskerar det att skapa en hotfull situation där patienten inte känner sig respekterad eller hörd vilket även tidigare forskning påvisar (Ilkiw-Lavalle & Grenyer, 2003; Piccirillo & Alderman, 2013; Majda Omérov et al, 2004; van Wijk et al, 2014).

5.2.2 Motverka hot och våld genom arbetsgruppens samarbete

Specialistsjuksköterskans ansvar innefattar att stödja och initiera informationsutbytet mellan medarbetare och medverka för ett optimalt resursutnyttjande inom det psykiatriska omvårdnadsarbetet (Svenska sjuksköterskeförening, 2014). Resultatet i studien tyder på att gott samarbete inom arbetsgruppens alla professioner är en viktig grundsten för att möjliggöra det våldspreventiva arbetet inom den psykiatriska omvårdnaden. När en avdelning har många vikarier kan en känsla av osäkerhet spridas inom gruppen och man känner sig inte lika trygg. På samma sätt visar flera tidigare studier att yngre och nyexaminerade sjuksköterskors riskerar att hamna i en våldssituation lättare då de har mindre yrkeserfarenhet (Chaiwuth et al., 2020; Harthi et al., 2020; Chang & Cho, 2016). Att ha en erfaren personalgrupp som känner sig trygga med varandra kan stärka arbetsgruppens möjlighet att arbeta effektivt och upptäcka tidiga varningstecken och därigenom arbeta tillsammans för att motverka möjliga våldsincidenter.

I en arbetsgrupp ingår en mängd olika människor med olika kunskaper och erfarenheter. Detta innebär att vården av olika typer av patientgrupper kan planeras utifrån personalens olika kompetenser och egenskaper. En deltagare i studien gav ett exempel på detta och beskrev att användandet av en kvinna i mötet med en stor psykotisk man kan minimera risken av våldssituationer uppstår då en kvinna kan upplevas som ett mindre hot än användandet av en stor och stark man som kan upplevas som mer hotfullt för en patient som redan är rädd. Samtidigt visar dock forskning att sjukvårdspersonal och patienten har väldigt olika upplevelser om vad som orsakar våldshandlingen (Ilkiw-Lavalle & Grenyer, 2003; Piccirillo & Alderman, 2013; Majda Omérov et al, 2004).

5.2.3 Öka kompetens och säkerhet genom utbildning och erfarenhet

Hot och våld är ett stort arbetsmiljöproblem inom hälso- och sjukvården. Personal inom psykiatri arbetar ständigt mot en förhöjd risk att utsättas för hot- och våldshandlingar varför säkerhetsfrågor med riskbedömningar och riskanalyser är något som kontinuerligt görs för att stärka och bibehålla både personal- och patientsäkerheten (Bauer & Kristiansson, 2019).

Den utbildning som ges till yrkesverksamma inom psykiatrisk vård i Mellansverige är Bergenmodellen. Majoriteten av alla deltagare uttryckte att Bergenmodellen var en bra våldspreventiv utbildning. En deltagare upplevde däremot att Bergenmodellen framför allt lär ut positionering och olika grepp som kan användas vid en redan upptrappad situation som man inte lyckas avstyra genom kommunikation och ansåg inte att det var en våldspreventiv utbildning. Detta kan tyda på att utbildningen antingen inte delger det den strävar efter eller att utbildningar kring andra våldspreventiva teorier behöver läggas till för att utveckla kunskap och kompetens i våldsprevention.

Majoriteten av alla deltagare i studien hade gått Bergenutbildningen. En deltagare som var yrkesverksam redan innan implementeringen av Bergenmetodiken ansåg att det våldspreventiva arbetet inom psykiatrisk omvårdnad hade gått framåt och att hot- och våldssituationer hade blivit färre sedan metodiken infördes som en utbildning för all personal. Genom att utbildas inom Bergenmodellen utvecklas kunskap om hot, våld och aggressivitet samt ett förhållningssätt i olika typer av situationer där en patient kan känna sig hotad. Lång arbetslivserfarenhet i kombination med uppdaterade utbildningar ökar möjligheterna att minska eller avbryta upptrappningar av ett våldsbeteende. (Callaghan et al., 2013; Björkdahl et al., 2013).

Studiens resultat indikerar att genom ett aktivt arbete inom våldsprevention med hjälp av utbildningar och workshops ges möjligheten att öka känslan av trygghet och säkerhet för både personal och patienter. Enligt deltagarna finns det många olika faktorer som kan påverka och utlösa att våldssituationer uppstår. Majoriteten av deltagarna uttryckte att långa väntetider och ofullständiga eller inga svar från personalen kan vara faktorer som utlöser hot och våld vilket även stöds av tidigare forskning (Harthi et al., 2020; d’Ettorre et al., 2018; Chaiwuth et al., 2020). Deltagare påpekade även att en rädd patient som inte känner sig säker många gånger kan agera ut vilket kan leda till en våldssituation.

Något som majoriteten av deltagare i studien uttryckte som ett förbättringsområde var kommunikation och återkoppling kollegor emellan efter våldssituationer för att gå igenom

händelsen och vad som hade kunnat göras annorlunda om händelsen inträffar igen. Flertalet artiklar påvisar att personal som utsatts för arbetsrelaterat våld kan uppleva rädsla att gå tillbaka till jobbet på grund av risken att drabbas av en händelse igen, samtidigt som det dåliga måendet personalen kan uppleva även kan drabba patienternas vård negativt (Jingjing Ge et al, 2021).

6. SLUTSATS

Arbetsrelaterat våld är ett stort problem inom akutpsykiatrisk vård och ses av många som arbetar inom vården som en del av arbetet. För att minska de negativa effekter som både vårdpersonal och patienter upplever under och efter en våldssituation är hot- och våldspreventivt arbete centralt. Ett arbetssätt med fokus på tillit och alliansbildning mellan vårdgivare och vårdtagare är en viktig del för att minska riskerna för hot och våld. Att ha ett gott bemötande där vårdrelationen genomsyras av en ömsesidig respekt för varandra och en god kommunikation möjliggör att upptrappade situationer bromsas av och den psykiatriska omvårdnaden ges möjlighet att vara mer givande för patienten. Att känna trygghet på sin arbetsplats med kollegor som är erfarna och att samarbetet mellan alla professioner fungerar väl är en viktig del i att kunna arbeta våldspreventivt, då man vet var man har sina kollegor och inte upplever att man behöver dra ett tyngre lass i omvårdnadsarbetet. Kontinuerlig och återkommande utbildning och erfarenhetsutbyte i form av spegling är en viktig del för att utveckla arbetsgruppen. Genom utbildning inom våldspreventiva teorier och modeller så som Bergenmodellen, De-escalation & lågaffektivt bemötande ökar kunskapen och kompetensen hos personalen och därigenom möjligheterna att kontinuerligt arbeta våldspreventivt för att minska potentiellt lidande för både patienter och personal.

6.2 Klinisk betydelse

Så länge arbetsrelaterat hot och våld förekommer inom hälso- och sjukvården är arbetsmiljön hotad och patientens upplevelse av psykiatrisk vård riskerar att bli negativ. Genom uppdaterad kunskap i våldspreventiva teorier och metoder sker en kompetensutveckling hos personalen kring hot, våld och våldprevention. Detta möjliggör ett förändringsarbete inom den psykiatriska omvårdnaden mot en vårdande miljö med minskad prevalens av hot och våld.

6.3 Förslag på vidare forskning

Ytterligare forskning är nödvändigt för att förbättra arbetsmiljön för personalen inom den psykiatriska verksamheten. Detta innefattar även den psykiatriska patientens välmående med snabbare återhämtning från sjukdom. Ett exempel på vidare forskning skulle kunna vara en studie av vilken effekt utbildningsinsatser för personalen inom psykiatrisk vård har, gällande förekomsten av hot- och våldssituationer.

6.3 Epilog

Författare Lisa Alexandersson och författare Emelie Gustafsson har i lika stor omfattning bidragit till alla delar av detta självständiga arbete.

7. REFERENSER

Arbetsmiljöverket. (17 mars 2020). *Hot och våld*. <https://www.av.se/halsa-och-sakerhet/psykisk-ohalsa-stress-hot-och-vald/hot-och-vald/>

Arbetsmiljöverket. (21 november 2019). *Våld och hot i arbetsmiljön*. <https://www.av.se/arbetsmiljoarbete-och-inspektioner/publikationer/foreskrifter/vald-och-hot-i-arbetsmiljon-afs-19932-foreskrifter/>

Bauer, M. & Kristiansson, M. (2019). *Hot och våld på jobbet*. (Andra upplagan). Lund: Studentlitteratur.

Björkdahl, A., Hansebo, G., & Palmstierna, T. (2013). The influence of staff training on the violence prevention and management climate in psychiatric inpatient units. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 20(5), 396–404. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1111/j.1365-2850.2012.01930.x>

Brottsförebyggande rådet [Brå] (2020). *Dödligt våld och psykisk ohälsa - Gärningspersoners tidigare kontakter med psykiatrisk vård* (Rapport 2020:7) [Dödligt våld och psykisk ohälsa Rapport 2020:7 \(bra.se\)](https://www.bra.se/rapporter/dodligt-vald-och-psykisk-ohalsa)

Callaghan, P., Oud, N., Håkon Bjørngaard, J., Nijman, H., Palmstierna, T., Almvik, R., & Thomas, B. (2013). *Violence in clinical psychiatry*. KAVANAH

Chaiwuth, S., Chanprasit, C., Kaewthummanukul, T., Chareosanti, J., Srisuphan, W., & Stone, T. E. (2020). Prevalence and Risk Factors of Workplace Violence Among Registered Nurses in Tertiary Hospitals. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 24(4), 538–552.

Chang, H. E., & Cho, S. H. (2016). Workplace Violence and Job Outcomes of Newly Licensed Nurses. *Asian nursing research*, 10(4), 271–276.

<https://doi.org/10.1016/j.anr.2016.09.001>

Delaney, K. R., & Johnson, M. E. (2014). Metasynthesis of Research on the Role of Psychiatric Inpatient Nurses: What Is Important to Staff? *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 20(2), 125–137. [https://doi-](https://doi.org.till.biblextern.sh.se/10.1177/1078390314527551)

[org.till.biblextern.sh.se/10.1177/1078390314527551](https://doi.org.till.biblextern.sh.se/10.1177/1078390314527551)

D'Ettoire, G., Pellicani, V., Mazzotta, M., & Vullo, A. (2018). *Preventing and managing workplace violence against healthcare workers in Emergency Departments. Acta bio-medica : Atenei Parmensis*, 89(4-S), 28–36. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i4-S.7113>

Folkhälsomyndigheten. (2021). *Rekommendation om munskydd i samhället*.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittykydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/om-sjukdomen-och-smittspridning/smittspridning/munskydd/>

Holmberg, S., Lanctôt, N., Marchand, A., Boyer, R., & Guay, S. (2015). Predictors of trivialization of workplace violence among healthcare workers and law enforcers. *Journal of Threat Assessment and Management*, 2(3-4), 195-213.

doi:<http://dx.doi.org.till.biblextern.sh.se/10.1037/tam0000048>

Hancerlioglu, S., Konakci, G., Ozturk, S., & Kiyani, G. S. (2020). Does Workplace Violence Reduce Job Satisfaction Levels of Emergency Service Workers? *International Journal of Caring Sciences*, 13(3), 2082–2087.

Harthi, M., Olayan, M., Abugad, H., & Wahab, M. A. (2020). Workplace violence among health-care workers in emergency departments of public hospitals in Dammam, Saudi Arabia. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 26(12), 1473–1481. [https://doi-](https://doi.org.till.biblextern.sh.se/10.26719/emhj.20.069)
[org.till.biblextern.sh.se/10.26719/emhj.20.069](https://doi.org.till.biblextern.sh.se/10.26719/emhj.20.069)

Hejlskov Elvén, B & Kosner, A. (2016) Introduktion till lågaffektivt bemötande. I A. Chipumbu Havelius (Red.), *Lågaffektivt bemötande*. (1 s 19-46). Studentlitteratur.

Holmberg, M., Hammarbäck, S., & Andersson, H. (2020). Registered nurses' experiences of assessing patients with mental illness in emergency care: A qualitative descriptive study.

Nordic Journal of Nursing Research, 40(3), 151–161. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1177/2057158520941753>

Horton, J., Macve, R., & Struyven G. (2004). Qualitative Research: Experiences in Using Semi-Structured Interviews. I C. Humphrey & B. Lee (Red.), *The Real Life Guide to Accounting Research - A Behind-The-Scenes View of Using Qualitative Research Methods* (upplaga 1 s. 339-357). Elsevier Science. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-043972-3.X5000-2>

Ilkiw-Lavalle, O., & Grenyer, BFS. (2003). Differences between patient and staff perceptions of aggression in mental health units. *Psychiatric Services*, 54(3), 389–393. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1176/appi.ps.54.3.389>

Isaiah, O, O., Lawal, A. B., Oluseyi, A. O., Adeolu, E., & Oluwamuyiwa O., O. (2019). Experience and Attitude of Psychiatric Nurses toward Inpatient Aggression in a Nigerian Psychiatric Hospital. *International Journal of Caring Sciences*, 12(3), 1547–1560.

Jia, H., Chen, R., Wei, L., Zhang, G., Jiao, M., Liu, C., Sha, Z., Zhou, S., Wang, Y., Li, J., Jia, X., Ismael, O. Y., Mao, J., & Wu, Q. (2020). What is the impact of restricted access policy on workplace violence in general hospital? A before-after study in a CHINESE tertiary hospital. *BMC Health Services Research*, 20(1), N.PAG. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1186/s12913-020-05757-7>

Jingjing, Ge., Jing, He., Yan, Liu., Juying, Zhang., Jingping, Pan., Xueli, Zhang., & Danping, Liu. (2021). Effects of effort-reward imbalance, job satisfaction, and work engagement on self-rated health among healthcare workers. *BMC Public Health*, 21(1), 1–10. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1186/s12889-021-10233-w>

Keresi, Z., Carlsson, G., & Lindberg, E. (2019). A caring relationship as a prerequisite for patient participation in a psychiatric care setting: A qualitative study from the nurses' perspective. *Nordic Journal of Nursing Research*, 39(4), 218–225. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1177/2057158519866393>

Lincoln, Y.S., & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, Calif.: Sage.

Malterud, K., Dirk Siersma, V., & Dorrit Guassora, A., (2015). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*. DOI: 10.1177/1049732315617444

Margavi, M. K., Bagheri-Nesami, M., Mousavinasab, N., & Lolaty, H. A. (2020). Frequency of violence against nurses and its related factors during cardiopulmonary resuscitation in emergency wards. *Journal of Nursing & Midwifery Sciences*, 7(4), 262–268. https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.4103/JNMS.JNMS_59_19

McDonnell, A., McCreadie, M., Mills, R., Deveau, R., Anker, R., & Hayden, J. (2015). The role of physiological arousal in the management of challenging behaviours in individuals with autistic spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 36, 311–322. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1016/j.ridd.2014.09.012>

Moser, K., Wolff, H., & Soucek, R. (2020). Process accountability as a de-escalation technique: How time moderates the dual role of information search. *Journal of Personnel*

Psychology, 19(2), 63-74. doi:<http://dx.doi.org.till.biblextern.sh.se/10.1027/1866-5888/a000245>

Mueller, S., & Tschan, F. (2011). Consequences of client-initiated workplace violence: The role of fear and perceived prevention. *Journal of Occupational Health Psychology*, 16(2), 217-229. doi:<http://dx.doi.org.till.biblextern.sh.se/10.1037/a0021723>

Omérov, M., Edman, G., & Wistedt, B. (2004). Violence and threats of violence within psychiatric care – a comparison of staff and patient experience of the same incident. *Nordic Journal of Psychiatry*. 58:5, 363-369, DOI: 10.1080/08039480410005918

Ottosson, J., Ottosson, H., Ottosson, M. & Åsgård, U. (2017). *Akut psykiatri*. (Femte upplagan). Stockholm: Liber.

Palmstierna, T. (2016). Våld i klinisk psykiatri. I J. Herlofson, L. Ekselius, A. Lundin, B, Mårtensson & M. Åberg (Red.), *Psykiatri* (2:5 s. 737-746), Studentlitteratur

Pedersen, R., & Nortvedt, P. (red.) (2020). *Etik i psykiatrisk vård*. (Upplaga 1). Lund: Studentlitteratur.

Piccirillo, M., & Alderman, N. (2013). Causes and management of aggression and violence in a forensic mental health service: Perspectives of nurses and patients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(6), 532-544. Retrieved from <https://search-proquest-com.till.biblextern.sh.se/scholarly-journals/causes-management-aggression-violence-forensic/docview/1468569130/se-2?accountid=13936>

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (9.ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Price, O., & Baker, J. (2012). Key components of de-escalation techniques: a thematic synthesis. *International journal of mental health nursing*, 21(4), 310–319.

<https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00793.x>

Rechenmacher, J., M.ScN., Müller, G., PhD, Abderhalden, C., PhD., & Schulc, E., PhD. (2014). The diagnostic efficiency of the extended german brøset violence checklist to assess the risk of violence. *Journal of Nursing Measurement*, 22(2), 201-12.

doi:<http://dx.doi.org.till.biblextern.sh.se/10.1891/1061-3749.22.2.201>

Socialstyrelsen. (december 2015). Att förebygga och minska utmanande beteende i LSS-verksamhet. [Att förebygga och minska utmanande beteende i LSS-verksamhet \(socialstyrelsen.se\)](http://socialstyrelsen.se)

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU] (20 december 2016a).

Hantering av hot och våld inom psykiatri – förebyggande åtgärder.

https://www.sbu.se/contentassets/73b56438bf6b498799ff2194782eab64/hantering_hot_vald_psykiatri_forebyggande_atgarder_2016-12.pdf

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU]. (20 december 2016b).

Hantering av hot och våld inom psykiatri – skattning av risk för våld och aggressivitet.

[Hantering av hot och våld inom psykiatri – skattning av risk för våld och aggressivitet \(sbu.se\)](http://sbu.se)

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU] (22 mars 2017). *Hantering av hot och våld inom psykiatri – val av läkemedel för sedering i akuta situationer.*

https://www.sbu.se/contentassets/c8468dc3937043d187c5a685aacda264/hantering_hot_vald_psykiatri_val_lakemedel_sedering_akuta_situationer_2017-02.pdf

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU]. (1 juli 2020). *Lågaffektivt bemötande för unga med utagerande beteende*. [Lågaffektivt bemötande för unga med utagerande beteende \(sbu.se\)](#)

Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO). (21 januari 2011). *Bergenmodellen*. [bergenmodellen.pdf \(sll.se\)](#)

Svanborg, P. (2016). Psykiatrisk skattning. I J. Herlofson, L. Ekselius, A. Lundin, B. Mårtensson & M. Åberg (Red.), *Psykiatri* (2:5 s. 177-185), Studentlitteratur

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen , inriktning psykiatrisk vård*. [Kompetensbeskrivning sjuksköterskor inom psykiatrisk vård 2014.pdf \(swenurse.se\)](#)

Vaaler, A. E., Iversen, V. C., Morken, G., Fløvig, J. C., Palmstierna, T., & Linaker, O. M. (2011). Short-term prediction of threatening and violent behaviour in an Acute Psychiatric Intensive Care Unit based on patient and environment characteristics. *BMC psychiatry*, *11*, 44. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-44>

van Wijk, E., Traut, A., & Julie, H. (2014). Environmental and nursing-staff factors contributing to aggressive and violent behaviour of patients in mental health facilities. *Curationis*, *37*(1), 01-08. doi:10.4102/curationis.v37i1.1122

World Health Organisation [WHO]. (2014). *Global status report on violence prevention*.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241564793>

Yosep, I., Mediani, H. S., Putit, Z., Hazmi, H., & Mardiyah, A. (2019). Mental Health Nurses' Perspective of Work-Related Violence in Indonesia: A Qualitative Study. *International Journal of Caring Sciences*, 12(3), 1871–1878.

Zaczyk, I., Młoczek, M., Wilczek-Rużyczka, E., & Kwak, M. (2018). Patient Aggression on Inpatient Psychiatric Wards and Professional Burnout among Nurses. *Polish Nursing / Pielęgniarstwo Polskie*, 70(4), 339–345. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.20883/pielpol.2018.41>

Bilagor

Bilaga 1 - Intervjumall



Intervjumall för projektet: Tillämpning av hot- och våldspreventiva åtgärder – psykiatrisjuksköterskans erfarenhet

Intervjuerna har ett semi- strukturerat upplägg där samtalet mellan forskare och intervjuperson rör sig kring teman snarare än har ett fråga-svar upplägg. Syftet är att deltagarna ska kunna berätta så fritt som möjligt utifrån sin erfarenhet och sina perspektiv. Uppföljande frågor kan ställas för att få intervjupersonen att utveckla sin svar.

Uppvärmning:

- Hur länge har du jobbat inom akutpsykiatri?
- Den här intervjun ska handla om hot- & våldssituationer och hur man undviker dem, Vad har du för kunskap gällande våldspreventiva åtgärder?
- Sker det utbildning/fortbildning/kompetensutveckling inom området, enligt din uppfattning?

Konkreta frågor på temat:

- Upplever du att du och dina kollegor utsätts för hot- & våldssituationer?
- Hur ofta upplever du att ni hamnar i hot- & våldssituationer?
- Vad upplever du ofta är orsaken att hot och våld uppstår inom akutpsykiatri?
- Hur är din upplevelse av om personalgruppen har goda kunskaper kring våldspreventiva åtgärder?
- Vad tycker du kan förbättras inom våldspreventiva åtgärder hos personalen?
- Hur upplever du att tillämpningen av våldspreventiva åtgärder fungerar inom akutpsykiatrin?

Avrundning:

- Finns det något annat du vill lägga till i det här ämnet, som ännu inte berörts i samtalet?
- Avsluta intervjun.

Bilaga 2 – Deltagarinformation och förfrågan



Deltagarinformation

Vi är studenter på specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning mot psykiatriskomvårdnad vid Röda Korsets Högskola i Stockholm. I utbildningen ingår att genomföra ett examensarbete inom huvudämnet i form av en uppsats om 15 högskolepoäng.

Vi avser att genomföra en undersökning inom ramen för examensarbetet. Preliminärt namn på studien är: Tillämpning av hot- och våldspreventiva åtgärder – Psykiatrisjuksköterskans erfarenhet

Området vi önskar studera är: Psykiatrisjuksköterskans erfarenhet av arbetsgruppens tillämpning och kunskap av våldspreventiva åtgärder inom akutpsykiatrisk verksamhet.

Vi vill därför tillfråga dig om att delta i en intervjustudie angående: arbetsgruppens tillämpning av våldspreventiva åtgärder på avdelningen

Intervjun tar ca 30-60 minuter att genomföra. Det som framkommer vid intervjun kommer att behandlas konfidentiellt och redovisas i en form där inga enskilda deltagare kan identifieras.

Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst och utan förklaring avbryta ditt deltagande. Om du väljer att inte delta eller om du beslutar dig för att avbryta kommer detta inte att på något sätt påverka dig.

Resultaten i denna undersökning kommer att ge ökad kunskap som kan bidra till en förbättrad arbetsmiljö samt personal och patientsäkerhet.

Om du önskar ytterligare information angående denna undersökning kan du vända dig till oss (se nedan).

Studentens namn: Lisa Alexandersson

E-post [redacted]

Telefon [redacted]

Studentens namn: Emelie Gustafson

E-post [redacted]

Telefon [redacted]

Handledare: Henrik Eriksson

E-post [redacted]

Röda Korsets Högskola

Box 55 676

102 15 Stockholm

Tel. 08 58751600

