



RÖDA KORSETTS HÖGSKOLA
- utbildning & forskning inom vårdområdet

Omvårdnadsvetenskap
15 hp, avancerad nivå
Intensivvård
2011

**”Man åker på en smäll även om det var
så att patienten inte menade det”**

En fokusgruppsintervju med
intensivvårdsjuksköterskor

**”You are given a whack even if the
patient had not intended it”**

A focus group interview
with intensive care nurses

Författare: Carina Bager & Karolina Svensson-Raskh

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Våld beskrivs som såväl fysiskt som verbalt våld men även som hot om våld. Det finns ingen entydig definition utan det är en individuell upplevelse. Vårdsektorn är en av de mest utsatta arbetsplatserna för våld och patienten är oftast den som utför våldshandlingen. Det finns flera orsaker till att patienter kan bli våldsamma. Det finns ett mörkertal i rapporteringen av våldshändelser. Att bli utsatt för våld medför flertalet negativa konsekvenser.

Syfte: Syftet med studien var att beskriva intensivvårdssjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av våld och hot om våld från patienter.

Metod: Studien är av kvalitativ metod med deskriptiv ansats. Studien är utförd som en empirisk studie med en fokusgruppsintervju av fem verksamma intensivvårdssjuksköterskor.

Resultat: Resultatet utmynnade i fem kategorier; olika former av våld, hotfull miljö, att utföra omvårdnad när en patient är våldsam, strategier och rapportering.

Slutsats: Det gick inte att utföra omvårdnad på samma sätt när en patient var våldsam eller hotfull. Detta på grund av att intensivvårdssjuksköterskans egen säkerhet kom i första hand och att patienten inte alltid ville medverka till vård. Avvikelse rapportering skrevs sällan eftersom våld från patienter ofta ansågs vara oavsiktligt.

Klinisk betydelse: Resultatet av denna studie ger en ökad förståelse för intensivvårdssjuksköterskors arbetsmiljö när våld förekommer och hur det påverkar omvårdnaden av patienten.

Nyckelord: Erfarenheter, intensivvårdssjuksköterskor, upplevelser, våld.

ABSTRACT

Background: Violence is described as both physical and verbal abuse and also as threat of violence. The definition of violence varies and the perception of violence is individual. The health care sector is one of the most vulnerable to workplace violence and the patient is most often the perpetrator. There are several reasons why patients may become violent. The number of incidence is under reported. The consequences of exposure to violence are manifold.

Aim: The aim of this study was to describe intensive care nurses' experiences and perceptions of violence and threats of violence from patients.

Method: The study uses a qualitative methodology with a descriptive approach. The study is designed as an empirical study with a focus group interview of five intensive care nurses.

Results: The analysis resulted in five categories: different forms of violence, a threatening environment, applying nursing care when a patient is violent, strategies and reporting.

Conclusion: It was not possible to apply nursing care in the same way when the patient was being violent or threatening. That was because the nurse's own safety came first and that the patient was unwilling to accept treatment. Written reports are uncommon because violence from patients was often considered to be unintentional.

Clinical significance: The results of this study contribute to a greater understanding of the working environment of intensive care nurses.

Keywords: Experiences, intensive care nurses, perceptions, violence

INNEHÅLL

| | |
|--|----|
| INLEDNING | 1 |
| BAKGRUND | 2 |
| Definition av våld | 2 |
| Förekomst | 2 |
| Riskfaktorer..... | 3 |
| Förebyggande åtgärder | 4 |
| Rapportering och avvikelshantering..... | 5 |
| Konsekvenser | 5 |
| Intensivvården..... | 6 |
| PROBLEMFÖRMULERING | 8 |
| SYFTE..... | 8 |
| METOD..... | 8 |
| Design | 8 |
| Urval..... | 8 |
| Datainsamlingsmetod | 9 |
| Dataanalys..... | 9 |
| ETISKA ASPEKTER | 11 |
| RESULTAT | 12 |
| Olika former av våld | 12 |
| Hotfull miljö..... | 12 |
| Att utföra omvårdnad när en patient är våldsam | 13 |
| Strategier | 14 |
| Rapportering | 15 |
| DISKUSSION | 16 |
| Metoddiskussion | 16 |
| Resultatdiskussion | 19 |
| Slutsats | 22 |
| Klinisk betydelse..... | 22 |
| Förslag på vidare forskning/utveckling..... | 22 |
| REFERENSER..... | 23 |
| BILAGA 1 | 28 |

INLEDNING

”Man åker på en smäll även om det var så att patienten inte menade det.”

Våld och hot om våld inom hälso- och sjukvården har uppmärksammats allt mer i media och verkar vara ett växande problem. På olika sätt utsätts personal för våld och hot om våld från patienter och orsakerna kan vara många. Författarna, som är sjuksköterskor och läser specialistutbildning inom intensivvård, önskade fördjupa sig i ämnet.

BAKGRUND

Definition av våld

Våld kan brett definieras som ord eller handlingar som är avsedda att skada (Findorff, McGovern, Wall, Gerberich & Alexander, 2004). Traditionellt beskrivs våld som fysiskt och det är svårt att hitta en enhetlig definition (Viitasara, 2004).

WHO's (World health organization 2002, s.4) definition av våld är ”The intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person, or against a group or community, that either results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, maldevelopment or deprivation.”

Våld kan vara handlingar som inkluderar fysisk kraft så som slag och sparkar, att bitas, nypas, rivas och spottas samt användning av tillhyggen. Våld kan också innebära verbala hot om våld utan fysisk kontakt (Crilly, Chaboyer & Creedy, 2004). Hot om våld kan även vara att personen i fråga har ett hotfullt kroppsspråk (Viitasara, 2004). Forskning visar att vad som uppfattas och definieras som våld är individuellt. Beroende på vem som är utsatt, var detta skett och utav vem, kan händelsen komma att uppfattas på olika sätt (Estrada, Nilsson & Wikman, 2007).

Milczarek (2010) menar att våldsamma handlingar relaterat till arbetet inte nödvändigtvis behöver yttra sig på själva arbetsplatsen utan kan även ske på väg till eller från arbetet såväl som i hemmet. Arbetsplatsrelaterat våld innefattar situationer med fysiskt våld men även hot och psykiskt våld.

Förekomst

I samband med att föreskrifter om våld och hot i arbetsmiljön kom ut 1993 började forskningen uppmärksamma våld i arbetslivet mer. Vårdsektorn är en av de mest utsatta för våld eller hot om våld på arbetsplatsen. Statistiken i Sverige är baserad på Arbetsmiljöverkets register om arbetsskador, det vill säga de anmälda händelser som lett till arbetsskador. På uppdrag av Arbetsmiljöverket gör statistiska centralbyrån två intervju- och enkätundersökningar rörande våld och hot i arbetsmiljön vartannat år (Estrada et al., 2007).

I den senaste arbetsmiljöundersökningen angav var tredje person med arbete i vården i Sverige att de hade varit utsatta för våld eller hot om våld det senaste året (Bengtsson, 2006). Enligt Shields och Wilkins (2009) är sjuksköterskor den yrkeskategori som är mest utsatt för våld på sin arbetsplats. Patienten är oftast den som utför våldshandlingen, men våld kan även komma från patientens anhöriga (Chapman, Styles, Perry & Combs, 2010). Den vanligaste typen av våld inom vården är av verbal karaktär (Wikman, Estrada, & Nilsson, 2010; Landy, 2005).

Det finns flertalet anledningar till att patienter kan bli våldsamma. Det kan vara av ilska och frustration på grund av sjukdom, smärta, psykiska problem eller droganvändning vilket kan påverka beteende och göra att patienter blir verbalt eller fysiskt våldsamma (Benveniste, Hibbert & Runciman, 2005). Ilska, aggression och våldsamhet kan även uppstå på grund utav kommunikationssvårigheter (Lynch, Appelboam & McQuillan, 2003). Patienter som har en psykisk sjukdom, demens eller utvecklingsstörning kan inte alltid helt svara för sina handlingar. Våld från dessa patienter kan vara oprovocerad och ibland helt oavsiktlig (AFS 1993:2).

Riskfaktorer

Risken för att utsättas för våld på arbetsplatsen påverkas av flertalet faktorer. Olika former av stress, ensamarbete, arbete kvällar och nätter är riskfaktorer som forskningen pekar på (Viitasara, 2004; Wikman et al., 2010). Risken för att utsättas för våld ökar ju mer patientkontakt sjuksköterskan har (Findorff et al., 2004; Viitasara, 2004).

Vid en hög arbetsbelastning ökar risken för våld genom att försiktighetsåtgärder inte hinns med. Nedskärningar och minskad personaltäthet per patient är ytterligare riskfaktorer för att utsättas för våld eller hot om våld. Det finns en motsättning mellan behovet av att vara nära patienterna och kravet på personalens säkerhet. Till exempel kan patienten behöva snabb hjälp samtidigt som tillhyggen, sprutor och knivar som patienten kan bära med sig måste upptäckas för att minska riskerna för personal och medpatienter (Wikman et al., 2010). Om en patient är påverkad av alkohol eller andra droger ökar det risken för att personal ska utsättas för våld (Chapman, Perry, Styles & Combs, 2009).

Våld uppstår sällan utan varningssignaler. Det är vanligt med en tilltagande agitation innan (Mackay, Paterson & Cassells, 2005). Tecken på hot om våld från patienter kan vara ett förändrat och aggressivt tonläge, uppmärksamhetskrävande beteende, paranoida vanföreställningar, knutna nävar, snabbt tal, spänd kroppshållning eller rastlöshet. Andra tecken kan vara att patienten uttrycker missnöje över vården som ges, ter sig förvirrad, har psykisk sjukdom, demens eller mer än en diagnos. Lång väntetid innan vård ges, uttryck för osäkerhet och respektlöshet samt att patienten inte vill medverka till vård, är ytterligare tecken. Personal kan trigga ett våldsamt beteende genom att vara nedlåtande eller auktoritär, genom att uppvisa rädsla, ångest eller osäkerhet (Chapman et al., 2009).

Förebyggande åtgärder

Enligt Arbetsmiljölagen (SFS 1977:1160) är arbetsgivaren den som har ansvar för säkerheten. Denne ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagaren utsätts för ohälsa eller olycksfall. Utgångspunkten för detta skall vara att allt som kan leda till ohälsa eller olycksfall skall ändras eller ersättas så att risken för ohälsa eller olycksfall undanröjs (ibid).

Genom förebyggande åtgärder, välfungerande rutiner och ett bra omhändertagande av den som blivit utsatt för våld, kan mycket lidande förebyggas. Genom att kartlägga var, när och hur risker förekommer kan förebyggande åtgärder tillämpas. Åtgärderna kan gälla information, tekniska hjälpmedel, utbildning och organisatoriska förändringar. Detta är särskilt viktigt när ensamarbete förekommer (AFS 1993:2).

Det kan vara svårt att förutse hur stor risken för våld är och därför bör beredskapen vara allsidig. I klientinriktade arbeten som till exempel inom vården kan arbetstagare utsättas för upprepade hot och våldshändelser. Då är det viktigt att arbetstagaren regelbundet får stöd och handledning (AFS 1993:2).

Att ha kunskap om tecken på verbal eller ickeverbal aggressivitet samt om hur dessa patienter ska hanteras kan öka säkerheten. Kunskap och utbildning gör att dessa tecken tidigt kan kännas igen. Genom att vara förtroendeingivande och ge raka och ärliga svar samt att förklara för patienten vad som sker kan situationer med våld undvikas (Mackay et al., 2005). Det är också viktigt att personalen är medveten om var i rummet de

placerar sig så att det har en möjlighet att snabbt kunna ta sig ut från rummet. Tryggheten kan ökas genom individuella överfallslarm och ökad tillgänglighet på säkerhetspersonal (Lynch et al., 2003).

Rapportering och avvikelshantering

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12) är arbetsgivaren, det vill säga den som yrkesmässigt bedriver hälso- och sjukvård, ansvarig för att det finns rutiner för att identifiera och bedöma riskerna i verksamheten. Arbetsgivaren är också ansvarig för att åtgärda dessa. Denne ansvarar även för att det finns riktlinjer och rutiner för system att dokumentera negativa händelser eller tillbud såsom avvikelserapportering och att dessa följs upp.

Estrada et al. (2007) menar att vårdpersonal har en tendens att sällan tolka situationer som våldshändelser och därmed sker ingen rapportering eller anmälan, således blir händelsen ett mörkertal i statistiken. De menar att förhållandet till gärningsmannen och situationen är det som påverkar huruvida händelsen uppfattas som våld eller inte. Ju närmare relation individen har till gärningsmannen desto mindre är anmälningsbenägenheten. Förklaringar till att anställda inom vården inte anmäler det våld som de utsatts för är att de förutom att de uppfattar händelserna som något som kan förekomma i yrket är att de bagatelliserar händelsen. Det kan även finnas en känsla av att det är meningslöst att kontakta polisen eller rädsla för att anmäla. Även Findorff et al. (2004) menar att underrapportering sker på grund av att våld anses vara en förväntad del av arbetet. Andra tänkbara anledningar till underrapportering är dels att definitionen av våld är oklar och att rapportering inte leder till någon åtgärd (Lynch et al., 2003).

Konsekvenser

Människor reagerar olika i våldssituationer och en persons reaktioner beror på hur situationen uppfattas, tidigare erfarenheter och om personen varit ensam vid tillbudet (AFS 1993:2). Konsekvenserna av våld på arbetsplatsen påverkar inte bara individen som blivit utsatt, utan även arbetsplatsen, organisationen och patienten (Viitasara, 2004).

Att bli utsatt för våld eller hot om våld kan ha negativa hälsoeffekter för den utsatta. Känslomässiga och fysiska reaktioner som beskrivits är ilska, huvudvärk, känsla av hjälplöshet och irritation (Milczarek, 2010). Våld eller hot om våld kan leda till ångest, rädsla, depression, störd sömn, mardrömmar, ökad sjukfrånvaro, koncentrationssvårigheter, ilska, ångest och undvikande av patienter (Shields & Wilkins, 2009). Konsekvenser kan även innefatta rädsla för att återgå till platsen eller situationen för händelsen, att känna empati för den som utfört våldshandlingen samt tankar kring om något kunde ha gjorts för att förhindra händelsen. Den utsattes privatliv och relationer kan komma att påverkas på grund av att det är svårt att få distans till händelsen (Viitasara, 2004).

Arbetsplatsrelaterat våld leder till ökad sjukfrånvaro, utbrändhet, missnöje över arbetet och sämre gruppdynamik. Det ger också en ökad personalomsättning och minskad produktivitet vilket leder till ökade kostnader för arbetsgivaren (Viitasara, 2004). För de som väljer att stanna på arbetsplatsen är det inte ovanligt att de får svårigheter att vara fokuserade på jobbet, vilket påverkar förmågan att ge en god och säker vård (Gates, Gillespie & Succop, 2011).

Chapman et al. (2010) menar att för att klara av att arbeta på platser där det förekommer våldssituationer, behöver personalen försöka finna en mening i att arbeta där. De behöver lära sig hantera dessa situationer samt kontinuerligt reflektera över händelser de varit utsatta för och på så sätt kunna skydda sig själva och bygga på sitt självförtroende.

Intensivvården

Våld förekommer av olika anledningar på intensivvårdavdelningar och är ett ökande problem (Lynch et al., 2003). På intensivvårdsavdelningar vårdas patienter med svikt eller risk för svikt av vitala funktioner. Vården sker i en högteknologisk miljö, där själva miljön kan orsaka stress hos patienten på grund av att de är uppkopplade till övervakningsapparat, utsatta för ljud, får en störd dygnsrytm och kan se och bli störda av andra patienter (Meriläinen, Kyngäs & Ala-Kokko, 2010).

Patienter med svikt i vitala funktioner har en riskfaktor för att utveckla delirium. Delirium karaktäriseras av en akut förändring i mentalt status, oorganiserat tänkande

och förändrad medvetandegrad. Dessa patienter kan bli agiterade och stridslystna (Devlin et al., 2008). Upp emot 71% av intensivvårdspatienter med mekanisk ventilation har delirium eller är psykomotoriskt oroliga vid något tillfälle under vårdtiden. Förutom delirium kan även hypoglykemi, smärta och droganvändning vara en orsak till agitation (Reade et al., 2009).

På en intensivvårdsavdelning kan patienter bli inlagda för akut intoxication eller allvarliga komplikationer till följd av en överdos av droger. När de inte längre får sina droger är det sammankopplat med bland annat agitation och rastlöshet (Upadhyay, Mallick, Elmatite, Jagia & Taqi, 2011).

PROBLEMFÖRMULERING

Det har visat sig att våld ökar på intensivvårdsavdelningar. Det har även påvisats att det finns ett stort mörkertal som av olika anledningar aldrig rapporteras. Sjukvårdspersonal är medvetna om att de kan utsättas för våld i samband med sin yrkesutövning och då det är en förväntad del av arbetet anmäls inte alla händelser. Sjuksköterskor är den personalkategori som angetts vara mest utsatt för våld. Att utsättas för våld medför ett flertal negativa konsekvenser både för den som blir utsatt men även för patienter. För att bedriva god och säker vård inom intensivvården är det av intresse att belysa intensivvårdssjuksköterskors aspekter av våld.

SYFTE

Syftet med studien var att beskriva intensivvårdssjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av våld och hot om våld från patienter.

METOD

Design

Detta är en studie med kvalitativ metod och deskriptiv ansats. Studien är utförd som en empirisk studie med fokusgruppsintervju av verksamma intensivvårdssjuksköterskor. Fokusgruppsintervju är en metod som enligt Bryman (2011) lämpar sig för att belysa upplevelser och erfarenheter då det ger möjlighet att se hur gruppmedlemmarna diskuterar ett valt ämne.

Urval

En intensivvårdsavdelning vid ett större sjukhus i en storstadsregion i Sverige valdes för studien. För att få fram de intensivvårdssjuksköterskor med längst yrkeserfarenhet som arbetade den givna dagen för intervjutillfället användes enhetsledaren som var ansvarig för bemanningen på intensivvårdsavdelningen som gatekeeper (Creswell, 2007). Urvalet av intensivvårdssjuksköterskor med längst erfarenhet baseras på ett de troligtvis hade en större erfarenhet av det valda ämnet. Ett bekvämlighetsurval gjordes, alltså ett icke sannolikhetsurval som innebär att de personer som fanns tillgängliga valdes (Bryman, 2011).

Genom gatekeepern valdes fem tänkbara deltagare ut enligt inklusionskriterier. Fyra av de fem tänkbara deltagarna gavs muntlig och skriftlig information om studiens syfte. De tillfrågade tackade vid informationstillfället ja till att delta. Den femte tänkbara deltagaren blev tillfrågad och fick information via e-post. Vid dagen för intervjutillfället var en av deltagarna frånvarande på grund av sjukdom. Då valdes en ny deltagare ut på samma sätt som de tidigare. Efter att ha erhållit samma muntliga och skriftliga information som de andra accepterade denne att vara med i studien.

Datainsamlingsmetod

Fokusgruppsintervjun med fem deltagare genomfördes i samband med skiftbyte mellan två arbetspass i ett avskilt rum i nära anslutning till arbetsplatsen. De fick åter muntlig information om studiens syfte och informerades att de genom deltagande accepterade att delta i studien. De informerades även om att syftet med fokusgruppen var att det skulle vara en öppen diskussion mellan deltagarna utifrån den intervjuguide som bygger på de frågeställningar författarna hade (bilaga 1). Det gavs möjlighet för deltagarna att ställa frågor innan intervjun påbörjades. Inga frågor framkom.

Intervjun varade i ungefär en timmes tid och spelades in med en digital diktafon. En av författarna agerade moderator under intervjun och den andra författaren skrev under intervjuns gång ned stödanteckningar av det som sagts. Fokusgruppsintervjun avslutades med en sammanfattning av det som sagts för att deltagarna skulle ha en möjlighet att lägga till eller korrigera eventuella missuppfattningar.

Dataanalys

Bearbetning och analys gjordes av båda författarna tillsammans genom manifest innehållsanalys. Enligt Lundman och Hällgren-Graneheim (2008) innebär det att texten bearbetas för att få fram de synliga och uppenbara komponenterna. Det inspelade materialet transkriberades ordagrant dagen efter intervjun. Båda författarna var med vid transkriberingstillfället för att minska risken för feltolkningar av det som sagts. För att särskilja de frågor som ställts av författarna från deltagarnas frågor till varandra skrevs detta ut med versaler.

Papperskopior av transkriptionen lästes igenom upprepade gånger av båda författarna.

Texten analyserades med inspiration av Lundman och Hällgren-Graneheim (2008), och texten delades upp i meningsbärande enheter, det vill säga att texten delades upp efter sammanhang utan att innehållet skulle gå förlorat. De meningsbärande enheterna kondenserades för att få en mer överskådlig text. Den kondenserade texten kodades. Koden utgör en kortfattad beskrivning av den meningsbärande enhetens innehåll. Därefter jämfördes koderna för att finna likheter och skillnader. Av de 35 olika koderna framkom fem kategorier. Ett exempel på koder som sammanfördes till en kategori var: fysiskt våld, oavsiktligt våld, hotfullt beteende, omedvetet hotfullt beteende, verbala hot och tomma hot. Dessa koder utmynnade i kategorin olika former av våld. Exempel på meningsenheter och hur dessa bearbetades visas i Tabell 1.

Tabell 1

| Meningsbärande enhet | Meningskoncentrering | Kod | Kategori |
|--|---|-------------------|----------------------|
| Våld kan vara konkret fysiskt våld vilket också händer. | Konkret fysiskt våld. | Fysiskt våld | Olika former av våld |
| Hot om att anmäla intensivvårdssjuksköterskan om man inte gjorde som patienten sa. | Hot om anmälan. | Verbala hot | |
| En förlamad patient som hade en otrolig vilja, mycket krav och aggressivitet satte skräck i halva avdelningen. | En förlamad patient som var aggressiv satte skräck i halva avdelningen. | Hotfullt beteende | |
| Patienter hotar utan att det kommer att leda till nånting. | Hot utan att det kommer leda till något. | Tomma hot | |

ETISKA ASPEKTER

Enligt Humanistiskt-samhällsvetenskapliga forskningsrådet (1999) ska fyra etiska huvudprinciper efterföljas. Dessa fyra principerna är; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Efter verksamhetschefens godkännande gav författarna både muntlig och skriftlig information om studiens syfte och tidsåtgång för intervjutillfället till intervjudeltagarna. I informationen framgick det att deltagandet var frivilligt. Genom deltagande vid intervjutillfället tolkades detta som medgivande till att delta i studien vilket det också gavs information om muntligt vid själva intervjutillfället. Alltså har informationskravet och samtyckeskravet efterföljts. Författarna var medvetna om att ämnet kunde vara av känslig karaktär som kunde väcka känslor eller minnen. Författarna såg det därför som en fördel att intervjun skedde i grupp tillsammans med kollegor där stöd kunde ges. Ingen av deltagarna namnges i resultatet. Det inspelade materialet raderades efter att transkriberingen var klar, vilket följer konfidentialitetskravet. Det insamlade materialet har endast använts för denna studies syfte och på så sätt har nyttjandekravet efterföljts. Båda författarna är sjuksköterskor som har arbetat på intensivvårdsavdelningen och är därmed kollegor till intervjudeltagarna.

RESULTAT

Fokusgruppen bestod av fem deltagare, tre kvinnor och två män. De hade arbetat som intensivvårdssjuksköterskor mellan två och sexton år. Ur dataanalysen framkom fem kategorier; **olika former av våld, hotfull miljö, att utföra omvårdnad när en patient är våldsam, strategier** och **rapportering**. Resultatet kommer att presenteras utifrån dessa kategorier som rubriker och kommer att följas av citat för att förtydliga det som sagts.

Olika former av våld

Det framkom olika beskrivningar av vad våld innebär för intensivvårdssjuksköterskorna. Det beskrevs att det kunde vara konkret fysiskt våld som till exempel ett slag i ansiktet. Våld kunde även vara att patienten hade ett hotfullt beteende genom att vara aggressiv eller ilsken. Även ett hotfullt beteende och verbala hot upplevdes också som en form av våld. Som exempel framkom en situation där intensivvårdssjuksköterskorna inte upplevde att de gjort något fel men patienten hotade med att anmäla personalen. Ibland upplevdes hoten vara utan substans. Det uttrycktes att våld från patienter oftast var oavsiktligt eller omedvetet och att det kunde förklaras med patientens sjukdomstillstånd, men oavsiktligt våld var också en form av våld.

”Man åker på en smäll, även om det var så att patienten inte menade det. För att de inte är vid sina sinnens fulla bruk. Någon får ett slag i ansiktet, eller när dem bara ska slå ifrån sig.”

Hotfull miljö

Intensivvårdssjuksköterskorna uttryckte att vad som uppfattas som våld är individuellt. Det kunde räcka med en känsla av otrygghet. Att inte känna kontroll över en situation kunde leda till att intensivvårdssjuksköterskorna uppfattade det som en osäker situation där våld kunde inträffa. Patienter med missbruksproblem uppfattades ha ett mer aggressivt beteende. Intensivvårdssjuksköterskorna hade en lägre toleransnivå för våld från dessa patienter i jämförelse med patienter som inte missbrukar droger. Det upplevdes vara mer hotfullt i våldssituationer med personer som hade ett missbruksproblem eftersom de uppfattades som oberäknliga, vilket ledde till en känsla

av att vad som helst kunde hända. Patienter med aggressivt beteende uppfattades som hotfulla.

”Dem som är sjuka, dem har man mer förståelse för. Att råka ut för våld av dem känns inte lika hotfullt. Men jag tycker de här missbrukarna, det är det som känns hotfullt och jobbigt.”

Våldsamma situationer inträffade oftare då patienterna var vakna och stökiga och då bemanningen var lägre. Konfrontationssituationer kunde uppstå när patienter som inte ville medverka till vård ville avvika. Dessa situationer uppfattades kunna bli hotfulla då det var svårt att bara låta patienten gå. Intensivvårdssjuksköterskorna kunde fysiskt behöva hålla kvar patienten vilket hade lett till fysiskt våld.

”Hon ville dra och då sa läkaren att vi skulle hålla fast henne. Det är enda gången som jag har fått en känga.”

Att utföra omvårdnad när en patient är våldsam

Det går inte att vårda en våldsam patient på samma sätt eftersom de inte alltid vill medverka till vård. I våldssituationer kunde det uppstå behov av att ta skydd för intensivvårdssjuksköterskorna och i samband med det gick det inte att komma nära patienten. Intensivvårdssjuksköterskorna kände ett ansvar för patienterna även om de var våldsamma. Intensivvårdssjuksköterskornas uppgift var att vårda patienter, men när en patient varit våldsam kunde det ge en känsla av att ogilla patienten vilket kunde skapa dåligt samvete för att de kanske inte ville vara där. Således var uppfattningen att omvårdnaden blev påverkad när en patient varit våldsam. Det framkom att det var viktigt att ha en professionell inställning även om våldshandlingen påverkat en personligen.

”Man kan inte vårda dem på samma sätt. Det är de tillfällen då vi tar skydd bakom sängar. Jag vet inte vad han var påverkad av, men alltså folk fick hålla någon säng emellan sig. Man kan ju inte vårda den patienten på samma vis som man kanske vårdar en annan.”

Strategier

Det rådde en enighet i att intensivvårdssjuksköterskorna tänkte på sin egen säkerhet för att undvika att bli utsatt för fysiskt våld. Det gick inte att ha klara riktlinjer för hur personalen skulle agera i våldssituationer. Våldssituationer kunde ofta uppstå snabbt och agerandet fick ske situationsanpassat. Det framkom åsikter om att våld inte gick att förebygga, men försiktighetsåtgärder kunde vidtas genom att känna av stämningen hos en patient och då vara mer försiktig. För att försöka förhindra våldssituationer var det viktigt att försöka tänka på bemötandet.

”Alltså, om man har en kaxig attityd, det brukar inte hjälpa om man säger så.”

En annan försiktighetsåtgärd var att planera omvårdanden till exempel vid väckning av en sederad patient. Genom att långsamt trappa ut sederande läkemedel kunde risken minskas för att uppvaknandet inte skulle bli för plötsligt med risk för att patienten då kunde bli aggressiv. Kanyler säkrades också för att lugnande läkemedel skulle kunna ges om det behövdes.

När patienter agerade våldsamt kunde det bli nödvändigt att hålla fast patienten och ge lugnande för att den inte skulle skada sig själv. Det rådde oklarheter hur agerandet skulle ske i dessa situationer.

”Jag har stoppat en tant, fast hon hade haft syrebrist i hjärnan då så hon var lite snurrig. Jag fick ju tag i henne när hon var på väg ut från trappen och hon hade ju slagit ihjäl sig om hon hade ramlat där... Hon slogs ju och hon, vi fick ju hålla i henne, men det var ju för att skydda henne så att på något sätt så får man oavsett vad man har rätt till så känner man att det är rätt när man gör.”

Intensivvårdssjuksköterskorna försökte att undvika konfrontationer med personer som hade ett missbruk eftersom det då ansågs vara en större risk för att bli utsatt för våld.

”Men när det är såna här missbrukare då har man ingen större lust att gå i riktig klinch.”

En strategi för att klara av jobbet var att försöka att inte involvera sig känslomässigt, utan ha distans till händelser runt våld och hot. Det var viktigt att agera professionellt i händelse av våld.

I våldsamma situationer uppfattades tillgången till väktare vara en trygghet för personalen. Det upplevdes även vara en trygghet att det fanns mycket personal så att hjälp snabbt kunde fås om det behövdes. Om en våldshändelse inträffat upplevdes det som att stöd fanns hos både kollegor och chef.

Rapportering

Avvikelse rapporter när våld inträffats skrevs sällan, bara då tid fanns. Det framkom åsikter om att det däremot borde skrivas mer avvikelser rapporter för att påvisa hur arbetsmiljön såg ut. Om en patient varit våldsam skedde oftast muntlig rapportering till avlösande kollega. Intensivvårdssjuksköterskorna var eniga om att de skulle skriva en avvikelser rapport om händelsen lett till fysisk skada. För övrigt upplevdes det vara svårt att avgöra vilka situationer som kunde räknas som en avvikelse, då våldshändelser kunde uppfattas vara på grund utav sjukdomstillståndet hos patienten. Ibland var det oklart om det låg något allvar i hoten och de behövde inte vara personligt riktade vilket kunde vara en anledning till att inte skriva en avvikelser rapport på det inträffade.

”Jag vet inte om man kan räkna det som en avvikelse, jag menar det är ju ett tillstånd hos patienten.”

DISKUSSION

Olika former av våld från patienter förekom på intensivvårdsavdelningen. Vad som uppfattades som våld och hur det uppfattades var individuellt. Omvårdnaden påverkades då patienter är våldsamma. Konfrontationssituationer upplevdes vara risksituationer för att våld skulle förekomma. Våld från patienter upplevdes inte kunna förebyggas däremot kunde försiktighetsåtgärder vidtas. Det var sällan som våld rapporterades skriftligt.

Metoddiskussion

För att besvara syftet med studien gjordes en fokusgruppsintervju. Fördelen med denna metod är att mycket information kommer fram under kort tid (Olsson & Sörensen, 2011). Enligt Morgan (2009) kan individuella intervjuer få deltagarna att känna att de behöver förklara sig själva inför intervjuaren. Eftersom ämnet kunde vara av känslig karaktär kan en fokusgruppsintervju göra att det är lättare för deltagarna att uttrycka sina tankar och uppfattningar då de kan finna stöd i gruppen.

Morgan (2009) rekommenderar att fyra till sex fokusgrupper intervjuas då det vid det antalet brukar ge mättnad åt materialet. Bryman (2011) menar att en nackdel med fokusgruppsintervjuer kan vara att det snabbt blir stora datamängder vilket kan försvåra analysen (ibid). En fokusgruppsintervju vid ett tillfälle gjordes och detta kan anses vara en svaghet. Bryman (2011) menar att en nackdel med fokusgrupper kan vara att gruppmedlemmarna blir eniga om de åsikter som kommer fram och således ger endast en fokusgrupp enbart den gruppens åsikter.

Att i urvalet välja de intensivvårdssjuksköterskor med längst erfarenhet baserade sig på att dessa troligtvis hade mer erfarenheter av ämnet och därför mer att berätta. Det är oklart om detta hade någon inverkan på resultatet då det är svårt att uttala sig om urvalet hade någon betydelse efter endast en fokusgruppsintervju. Om avsikten hade varit att jämföra upplevelser och erfarenheter av våld, hade det behövts fler fokusgrupper i vilka det då hade kunnat vara deltagare med olika lång yrkeslivserfarenhet i olika grupper.

Det ideala antalet deltagare i en fokusgrupp är 5-10 personer (Olsson & Sörensen, 2011; Ahrne & Svensson, 2011). Enligt Morgan (2009) är fördelen med mindre grupper att deltagarna får större möjlighet att diskutera sina åsikter kontra grupper med fler deltagare. Ämnet för denna studie kunde vara av känslig karaktär och det kan därför ses som en fördel för deltagarna att det inte var fler än fem deltagare i gruppen.

Båda författarna deltog vid fokusgruppsintervjun vilket styrks av Gillham (2008) som menar att endast en moderator kan missa någon deltagares initiativ till att säga något. Andra fördelar med att vara två är att en moderator inte behöver bära hela ansvaret. En annan forskare kan också hjälpa till att tolka det som händer.

För att få svar på de frågeställningar som författarna hade utvecklades en intervjuguide som baserades på dessa. Bryman (2011) menar att ju mindre strukturerad en fokusgruppsintervju är, desto större möjligheter är det att få fram det som för deltagarna är intressant och viktigt. Nackdelen kan vara att diskussionen kan komma in på oväsentliga delar som inte svarar på syftet. Därför är det viktigt att som moderator göra så små ingripande som möjligt, men ändå få deltagarna att hålla sig till ämnet. Författarna upplevde att de frågeställningar som användes gav utrymme för fri diskussion och olika synvinklar från de olika deltagarna och att få ingripanden behövdes för att hålla sig till studiens syfte.

Det finns både fördelar och nackdelar med att deltagarna i en fokusgrupp känner varandra. Fördelen med att deltagarna känner varandra är enligt Ahrne och Svensson (2011) att de kan relatera till varandras kommentarer och att en förtroendefull miljö skapas. Nackdelen är att det kan påverka klimatet negativt och risken finns att vissa talar med varandra och andra blir uteslutna ur diskussionen. Författarna upplevde att det var en fördel att deltagarna kände varandra då de kände igen situationer och händelser som förekommit och kunde berätta om sina egna upplevelser av den situationen. På så sätt belystes en situation ur flera perspektiv och alla var delaktiga under intervjun.

Enligt Bryman (2011) kan det faktum att fokusgruppsintervjun genomförs i form av en grupp göra att de åsikter som kommer fram är de som är accepterade i den kultur som deltagarna kommer ifrån. Privata åsikter kanske inte kommer fram. Vidare kan det

leda till att det blir mer enighet i fokusgruppsintervjuer än det blir i enskilda intervjuer och således blir vissa åsikter förstärkta. Även Morgan (2009) menar att diskussioner i en grupp kan förstärka vissa attityder och åsikter, vilket kanske inte skulle framkomma vid individuella intervjuer. Således kan deltagarna i en fokusgrupp ofta bli eniga om de åsikter som framkommer eftersom de kan komma att ändra sin uppfattning under diskussionens gång (Bryman, 2011).

Att författarna var kollegor till intervjupersonerna kan påverka tillförlitligheten då deltagarnas svar kan påverkas beroende på vem som intervjuar. Intervjuguidens frågor var ställda som öppna frågor och författarna höll sig till dessa. Kvale och Brinkmann (2009) menar att det är lätt att omedvetet ställa ledande frågor som kan inverka på svaren.

För att deltagarna skulle ha en möjlighet att lägga till eller korrigera eventuella missuppfattningar avslutades fokusgruppsintervjun med en sammanfattning av det som sagts. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) är detta ett sätt att stärka giltigheten.

Genom att fler personer är med vid intervjutillfället kan det vara flera som talar samtidigt vilket försvårar transkribering och analys (Bryman, 2011). Då det innan intervjun förtydligades att det var viktigt att inte tala i mun på varandra upplevdes detta inte som ett problem. För att stärka tillförlitligheten i analysmaterialet har transkription gjorts av båda författarna vilket minskar utrymmet för egna tolkningar.

Att författarna själva arbetat på avdelningen och är kollegor till deltagarna i fokusgruppen skulle kunna påverka resultatets giltighet genom att det finns en förförståelse. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) kan detta begränsa objektiviteten och vara en källa till bias. De tar upp begreppet reflexiv objektivitet med vilket det avses att sträva efter att vara objektiv trots förförståelse. Denna fråga gjorde sig påmind under analysens gång då författarna insåg svårigheten i att förhålla sig objektivt. Under analysen blev författarna medvetna om sin förförståelse och att vara en del av det fenomen som undersökts. Genom författarnas förförståelse ställdes troligtvis mindre följdfrågor än vad som hade behövts för att förstå vad deltagarna menade utan att tolka. När meningskoncentrering och kodning skedde blev det tydligt att vissa uttalande hade behövts förtydligas under intervjun.

För att styrka giltighet har handledaren granskat både transkription och analysmaterial. Genom att citat använts i resultatet ger detta en möjlighet för läsaren att själv bedöma giltigheten enligt Lundman och Hellgren-Granheim (2009).

Enligt Bryman (2011) är överförbarhet ett problem för kvalitativa metoder. Kvale och Brinkmann (2009) menar att den kunskap kvalitativa metoder genererar ska ställas frågan hur den ska överföras till andra relevanta situationer. Svårigheten med detta är att kunskapen som producerats är situationsberoende. Resultatet i denna studie är ej överförbart eftersom intensivvårdsavdelningar ser olika ut. De kan skilja sig i bland annat patientklientel, lokaler och bemanning. Dessutom är upplevelser och erfarenheter subjektiva vilket även ämnet är. Urvalet är begränsat och resultatet kan vara beroende på just den gruppens sammansättning och miljön de kommer ifrån.

Resultatdiskussion

Det framkom att olika former av våld från patienter förekommer på intensivvårdsavdelningen. Intensivvårdssjuksköterskorna uppfattade det som att våld från patienter oftast är oavsiktligt men att det ändå är en form av våld. WHO's (2002) definition av våld innefattar inte oavsiktligt våld. Även Findorff et al. (2004) använder sig av definitionen att våld är att ha för avsikt att skada. Dessa definitioner skulle i det här fallet innebära att en del av det intensivvårdssjuksköterskorna anser vara våld inte kan räknas som våld.

Vad som uppfattas som våld upplevde intensivvårdssjuksköterskorna vara individuellt, vilket även tidigare forskning visar på (Estrada et al., 2007). Ventura-Madangeng och Wilson (2009) beskriver att situationer där sjuksköterskor uppfattat patienten som hotfull, men där inget konkret fysiskt eller verbalt våld förekommit, inte kan tolkas som våld. Intensivvårdssjuksköterskorna i denna studie ansåg att situationer som skapar en känsla av osäkerhet och otrygghet kan uppfattas som att hot om våld föreligger. Detta är ett exempel på att det är svårt att definiera ett begrepp som är individuellt i hur det uppfattas. Intensivvårdssjuksköterskorna i denna studie påtalade att det oftare förkom våld eller hot om våld när arbetsbelastningen var hög. Detta styrks av Ventura-Madangeng och Wilson (2009) som menar att stressfyllda situationer ger en ökad risk

för att en våldshändelse ska inträffa. Detta på grund utav att stress leder till att patienter känner sig osedda, kommunikationen försämras och patienten uppfattar då vården som sämre. Detta leder till en frustration och missnöje för alla inblandade och kan trigga en våldshandling.

Intensivvårdssjuksköterskorna tyckte att det fanns vissa situationer där det ansågs vara en ökad risk för våld. Exempel på detta var de konfrontationssituationer som kunde uppstå när patienter inte vill medverka till vård utan istället avvika. Salzmänn-Erikson, Lützn, Ivarsson och Eriksson (2008) menar att patienter som inte vill medverka till vård eller vägrar vissa behandlingar kan bli aggressiva på grund av att de inte förstår personalens avsikter och har då en tendens att bli fysiskt våldsamma. Intensivvårdssjuksköterskorna i denna studie berättade att de ibland kunde behöva hålla fast patienter för att förhindra att de skadar sig själva eller någon annan vilket kunde göra att situationen förvärrades. Här menar Salzmänn-Erikson et al. (2008) att om personal försöker att fysiskt kontrollera en patient ökar det ytterligare risken för att bli utsatt för våld.

Intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att det var en större risk att bli utsatt för våld om de hamnade i en konfrontation men en patient som hade ett drogmissbruk. Kamchuchat, Chongsuvivatwong, Oncheunjit, Yip och Sangthong (2008) finner i sin studie att patienter som är påverkade av droger eller alkohol i större utsträckning brukar våld mot personal än dem som inte är det. Abbas och Selin (2011) har sett att alkohol och drogmissbruk hos patienter ökar risken för att sjuksköterskor ska bli utsatta för våld i sitt arbete. Även Chapman et al. (2009) anser att drogmissbruk hos patienten är en riskfaktor för att sjuksköterskor ska bli utsatta för våld.

Intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att det blev svårare att vårda våldsamma patienter, då de måste tänka på sin egen säkerhet och att det ibland inte går att komma nära patienten. Enligt Ventura-Madangeng och Wilson (2009) förändras kvaliteten på omvårdnaden av en våldsam patient på grund utav att sjuksköterskans attityd till patienten förändras. Det kan leda till ett undvikande av patienten. Det framkom i den här studien att intensivvårdssjuksköterskorna ibland kunde känna att man inte gillade att vara hos en patient som utsatt kollegor eller en själv för våld.

Viitasara (2004) beskriver i sin studie att den som blivit utsatt för våld och hot kan känna empati för den som utfört våldshandlingen. I den här studien framkommer det att dåligt samvete kunde uppstå eftersom patienten behöver vårdas även om intensivvårdssjuksköterskan ogillar att vara hos patienten.

Intensivvårdssjuksköterskorna poängterade att en kaxig attityd gentemot patienten inte är en bra strategi när hot om våld föreligger. Ventura-Madangeng och Wilson (2009) menar att attitydproblem hos sjuksköterskor tillsammans med dålig kommunikation gör sjuksköterskan mer utsatt, eftersom detta är egenskaper som sjuksköterskan har som kan framkalla stress hos patienten som i sin tur kan leda till våld.

Intensivvårdssjuksköterskorna tyckte att de hade gott kollegialt stöd och även förtroende för gott stöd från chefer vid en uppstådd våldssituation. Detta skiljer sig från vad Hellzen, Asplund, Sandman & Norberg (2004) kom fram till i sin studie. Intensivvårdssjuksköterskorna i denna studie upplevde också att det var bra bemannat på deras avdelning, vilket gjorde att de upplevde att de snabbt kunde få hjälp om det behövdes. Hellzen et al. (2004) studie är gjord på sjuksköterskor som jobbar på ett gruppboende i Sverige. Sjuksköterskorna i den studien kunde känna att de ofta var ensamma i sitt arbete. Detta skulle kunna förklara skillnaden i upplevelsen av stöd. I Lynch et al. (2003) studie framkom att ökad tillgänglighet av säkerhetspersonal gav en trygghet. Detta överensstämmer med denna studie då intensivvårdssjuksköterskorna uttryckte att tillgång till väktare var en trygghet.

Enligt AFS (1993:2) är arbetsgivaren ansvarig för att utifrån rapporter om inträffade händelser åtgärda det som behövs för att förebygga att det inträffar igen samt att följa upp det som inträffat. I denna studie framkommer att skriftlig rapportering sällan görs på grund av tidsbrist. Således blir det svårt för arbetsgivaren att fullfölja sitt ansvar. Enligt arbetsmiljölagen (SFS 1977:1160) är arbetsgivaren skyldig att se till att det finns rutiner och riktlinjer för avvikelserapportering. Intensivvårdssjuksköterskorna tyckte det fanns svårigheter i att avgöra vilka våldssituationer som kunde räknas som en avvikelse. Det skulle behövas förtydligande av vilka händelser som ska dokumenteras som en avvikelse.

Hellzen et al. (2004) menar att underrapportering av våld dels sker på grund av att sjuksköterskor ursäktar och försöker finna en förklaring till patientens handlingar. Det ursäktas ofta med att patienten inte kan svara för sina handlingar på grund av deras sjukdomstillstånd. Lynch et al. (2003) menar också att en anledning kan vara att definitionen av våld inte är entydig. Detta menar även Ventura-Madangeng och Wilson (2009) som säger att varierande och oklara definitioner av våld på arbetsplatsen leder till att sjuksköterskor har svårighet att identifiera våldshändelser vilket leder till en underrapportering. Även intensivvårdssjuksköterskorna i denna studie förklarade händelserna med att patienterna inte menade det och att det är svårt att se det som något som ska rapporteras, med förklaringen att det är ett sjukdomstillstånd hos patienten. Detta gör att det blir svårt att minska mörkertalet i rapporteringen. Frågan är om det skulle vara lättare att komma åt problemet genom att se det som en påverkan på arbetsmiljön?

Slutsats

Det gick inte att utföra omvårdnad på samma sätt när en patient var våldsam eller hotfull. Detta på grund av att intensivvårdssjuksköterskans egen säkerhet kom i första hand och att patienten inte alltid ville medverka till vård. Avvikelse rapportering skrevs sällan eftersom våld från patienter ofta ansågs vara oavsiktligt.

Klinisk betydelse

Resultatet av denna studie ger en ökad förståelse för intensivvårdssjuksköterskors arbetsmiljö när våld förekommer och hur det påverkar omvårdnaden av patienten.

Förslag på vidare forskning/utveckling

Med tanke på att våld sällan anmäls, vore det intressant att göra en kartläggande studie av förekomst om våld inom hälso- och sjukvården. Det kan också finnas ett intresse av att intervjua flera personalkategorier för att se om upplevelserna skiljer sig åt. Svårigheten med ämnet är att det inte finns någon entydig definition av våld och hot om våld, vilket skulle behövas för att tydliggöra fenomenet.

REFERENSER

- Abbas, R. A. & Selim, S. F. (2011). Workplace Violence – A Survey of Diagnostic Radiographers in Ismailia Governorats Hospitals, Eryp. *Journal of American Science* 7(6), 1049-1058. Hämtad från PubMed with Full Text.
- AFS 1993:2. *Våld och hot i arbetsmiljön: Arbetarskyddsstyrelsens kungörelse med föreskrifter om åtgärder mot våld och hot i arbetsmiljön samt allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna*. Hämtad 31 oktober, 2011, från Arbetsmiljöverket, http://www.av.se/dokument/afs/AFS1993_02.pdf
- Ahrne, G. & Svensson, P. (2011). *Handbok i kvalitativa metoder*. (1. uppl.) Malmö: Liber.
- Bengtsson, B. (2006). *Våld och hot inom sjukvården*. Hämtad 17 november, 2011, från Arvetsmiljöverket, http://www.av.se/dokument/statistik/sf/sf2006_08.pdf
- Benveniste, K. A., Hibbert, P. D. & Runciman, W. B. (2005). Violence in health care: The contribution of the Australian Patient Safety Foundation to incident monitoring and analysis. *MJA*, 183(7), 348-351. Hämtad från PubMed with Full Text.
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (2., [rev.] uppl.) Malmö: Liber.
- Chapman, R., Perry, L., Styles, I. & Combs, S. (2009). Predicting patient aggression against nurses in all hospital areas. *British Journal of Nursing*, 18(8), 476-483 Hämtad från CINAHLwith Full Text.
- Chapman, R., Styles, I., Perry, L. & Combs, S. (2010). Nurse's 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
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry & research design: choosing among five approaches*. (2. ed.) Thousand Oaks: SAGE.

Crilly, J., Chaboyer, W. & Creedy, D. (2004). Violence towards emergency department nurses by patients. *Accident and Emergency Nursing*, 12(1), 67-73. doi: 10.1016/j.aen.2003.11.003

Devlin, J. W., Fong, J. J., Howard, E. P., Skrobik, Y., McCoy, N., Yasuda, C. & Marshall, J. (2008). Assessment of Delirium in the Intensive Care Unit: Nursing Practices And Perceptions. *American Journal of Critical Care*, 17(6), 555-565. Hämtad från PubMed with Full Text

Estrada, F., Nilsson, A. & Wikman, S. (2007). Det ökade våldet i arbetslivet. En analys utifrån de svenska offerundersökningarna, *Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab*, 94(1), 56– 73. Från <http://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/142/Det%20ökade%20våldet%20i%20arbetslivet.pdf>

Findorff, M. J., McGovern, P. M., Wall, M., Gerberich, S. G. & Alexander, B. (2004). Risk factors for work related violence in a health care organization. *Injury Prevention*, 12(59), 296-302. doi: 10.1136/ip.2003.004747

Gates, D. M., Gillespie, G. L. & Succop, P. (2011). Violence Against Nurses and it's Impact on Stress and Productivity. *Nursing Economics*, 29(2), 59-67. Hämtad från CINAHL with Full Text.

Gillham, B. (2008). *Forskningsintervjun: tekniker och genomförande*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Hellzen, O., Asplund, K., Sandman, P. O. & Norberg, A. (2004). The meaning of caring as described by nurses caring for a person who acts provocingly: An interview study. *Scand J Caring Sci*, 18, 3-11. Hämtad från PubMed with Full Text.

Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet. (1999). *Etikregler för humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Antagna av Humanistisk-samhällsvetenskapliga

forskningsrådet i mars 1990. Hämtad 9 maj, 2012,
<http://www.stingerfonden.org/documents/hsetikregler.pdf>

Kamchuchat, C., Chongsuivatwong, V. Oncheunjit, S., Yip, T-W. & Sangthong, R. (2008). Workplace Violence Directed at Nursing Staff at a General Hospital in Southern Thailand. *Journal of Occupational Health* 50, 201-207. Hämtad från PubMed with Full Text

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Landy, H. (2005). Violence and aggression: How nurses perceive their own and Colleagues' risk. *Emergency nurse*, 13(7), 12-15. Hämtad från PubMed with Full Text.

Lundman, B. & Hällgren-Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Granskär, M. & Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 159-171). Lund: Studentlitteratur.

Lynch, J., Appelboam, R. & McQuillan, P. J. (2003). Survey of abuse and violence by patients and relatives towards intensive care staff. *Anesthesia*, 58(9), 893-899.
doi:10.1046/j.1365-2044.2003.03338.x

Mackay, I., Paterson, B. & Cassells, C. (2005). Constant or special observations of inpatients presenting a risk of aggression or violence: Nurses' perceptions of the rules of engagement. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 464-471.
Hämtad från PubMed with Full Text.

Meriläinen, M., Kungäs, H. & Ala-Kokko, T. (2010). 24-Hour intensive care: An observational study of an environment and events. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(5) 246-253. Hämtad från CINAHL with Full Text.

Milczarek, M. (2010). *Workplace Violence and Harassment: A European Picture*
Luxemburg: Publications Office of the European Union. Från
<http://osha.europa.eu/en/publications/reports/violence-harassment-TERO09010ENC>

Morgan, D. L. (2009). Focus Groups. *Annual Review of Sociology*, 22(1996), 129-152.
Hämtad från PubMed with Full Text.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (3. uppl.) Stockholm: Liber.

Read, M. C., O'Sullivan, K., Bates, S., Goldsmith, D., Ainslie, W. & Bellomo, R. (2009). Dexmedetomidine vs. haloperidol in delirious, agitated, intubated patients: a randomised open-label trial. *Critical Care*, 13(3) 1-10. doi: 10.1186/cc7890

Salzmann-Erikson, M., Lütznén, K., Ivarsson, A-B. & Eriksson, H. (2008). The core of characteristics and nursing care activities in psychiatric intensive care units in Sweden. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 98-107.
doi:10.1111/j.1447-0349.2008.00517.x

Shields, M. & Wilkins, K. (2009). Factors related to on-the-job abuse of nurses by patients. *Health Reports*, 20(2), 1-13. Hämtad från PubMed with Full Text

SFS 1977:1160. *Arbetsmiljölagen*. Hämtad 23 januari, 2012, från
<http://www.av.se/lagochratt/aml/Kapitel01.aspx>

SOSFS 2005:12. *Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Hämtad 23 januari, 2012, från Socialstyrelsen,
http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-12/Documents/2005_12.pdf

Upadhyay, S. P., Mallick, P. N., Elmatite, W. M., Jagia, M. & Taqi, S. (2011). Dexmedetomidine Infusion to Facilitate opioid Detoxification and Withdrawal in a Patient with Chronic Opioid Abuse. *Indian Journal of Palliative Care*, 17(3), 251-254. Hämtad från CINAHL with Full Text.

Ventura-Madangeng, J. & Wilson, D. (2009). Workplace violence experienced by registered nurses: A concept analysis. *Nursing Praxis in New Zealand*, 25(3), 37-50.
Hämtad från CINAHL with Full Text.

Viitasara, E. (2004). *Violence in Caring: Risk Factors, outcomes and support*. (Arbete och hälsa, vetenskaplig skriftserie nr 2004:1). Stockholm: Arbetslivsinstitutet. Från http://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/4341/1/ah2004_01.pdf

Wikman, S., Estrada, F. & Nilsson, A. (2010). *Arbetsmiljöverket. Våld i arbetslivet, en kriminologisk kunskapsöversikt*. Från www.av.se/dokument/aktuellt/kunskapsöversikt/RAP2010_04.pdf

World Health Organization. (2002). *World report on violence and health: Summary*. Geneva: World Health Organization. Från http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/abstract_en.pdf

BILAGA 1

Intervjuguide

Vad innebär våld och hot om våld för er?

Förekommer våld och hot om våld?

Påverkas omvårdnaden av en patient som utsatt vårdpersonal för våld eller hot om våld?

Finns direktiv om agerande i våldssituation?

Rapporteras händelser om våld?

Finns det stöd att få hos chef och arbetskollegor?

Finns det några risksituationer?

Vad görs för att förebygga våld eller hot om våld?