



UPPSALA  
UNIVERSITET

Institutionen för Neurovetenskap  
Psykiatri

**Vårdpersonalens upplevelse av hot och våld på en  
psykiatrisk vårdavdelning  
En kvalitativ intervjustudie**

Författare:  
Tove Törnqvist

Handledare:  
Kristina Haglund

Examinator:  
Clara Aarts

Specialistsjuksköterskeprogrammet  
med inriktning mot psykiatri, 60 hp  
Examensarbete 15 hp, magisternivå  
HT 2010

## SAMMANFATTNING

Studiens syfte är att beskriva vårdpersonalens upplevelse av hot och våld på en psykiatrisk vårdavdelning samt deras upplevelse av gällande handlingsplan. Det är en kvalitativ intervjustudie. Materialet är insamlat på en psykiatrisk vårdavdelning på en mindre ort i Sverige och består av semistrukturerade intervjuer med åtta ur vårdpersonalen, både sjuksköterskor och mentalskötare. Det finns åtta vårdplatser och avdelningen är en låst avdelning med säkerhetsklassificering tre. Där vårdas vuxna patienter som lider av allvarlig psykisk störning. Socialstyrelsen (SOSFS 2006:9) har föreskrifter för avdelningar där vård ges enligt LPT och LRV. Säkerhetsnivå tre betyder att det är en avdelning med godtagbar säkerhetsnivå vilket innebär att det skall finnas rutiner för fortlöpande kontroll av var patienterna befinner sig. Intervjuerna genomfördes med kvalitativ ansats och intervju svaren transkriberades och lästes noggrant igenom. Resultatet om hur vårdpersonal upplever hot och våld på arbetsplatsen mynnade ut i 7 kategorier; en obehaglig och uppjagad situation, orsak påverkar upplevelsen, en påfrestande arbetsmiljö, upplevelsen finns kvar, stöd från arbetsgruppen är viktigt, personalens kunskaper och erfarenheter påverkar upplevelsen, debriefing och tydlig ledning skapar trygghet. Resultatet om hur personal upplever handlingsplanen avseende hot och våld delades in i fyra kategorier: handlingsplanen okänd, svår att ta till sig, gemensam kunskap skapar trygghet och stöd från ledningen. Resultatet visade framförallt att arbete i en miljö där hot och våld kan uppstå är krävande och orsakar stress. Vårdpersonalen upplever incidenter som obehagliga och svåra. Stöd från sina kollegor och debriefing är viktigt för att skapa ett gott arbetsklimat och för att vårdpersonalen skall känna sig trygga i sin situation. En tydlig ledning med klara rutiner underlättar arbetet. Det finns ett behov av en fungerande handlingsplan med klara rutiner och där all personal är påläst angående innehållet.

Nyckelord: Våld, hot, psykiatrisk vård, handlingsplan

## ABSTRACT

The purpose of this study is to describe the staff's experience of threat and violence in a psychiatric ward and also to describe their experience of the threat and violence care plan that exists. This is a qualitative interview study. The material is gathered from a psychiatric ward in a small community in Sweden and consists of semi structured interviews with eight staff, both registered nurses and enrolled nurses. There are eight beds, it's a locked ward and it's classified three. They treat adults with severe psychiatric illness. SOSFS (2006:9) have made prescriptions of wards who give care according to the Swedish laws of LPT and LRV. Security class three means that it's a ward with acceptable security level which means that there should be routines for continuous controls of where the patients are located. The interviews were analyzed with a manifest qualitative content analysis. Staff's experiences of work related threat and violence were divided into seven categories: an unpleasant and overstrained situation, the cause influence the experience, an arduous working environment, the experience remains, support from the working team is important, the staffs knowledge and experience affects the experience, debriefing and obvious leadership creates security. Experience of the threat and violence care plan were divided into four categories: plan unknown, hard to take in, joint knowledge create security och support from management. The result more than anything showed that working in an environment where threat and violence can appear is demanding and causes stress. The nursing staff experiences the incidents as unpleasant and difficult. Support from the co-workers and debriefing is important in order to create a good working environment and also to make the staff comfortable in their situation. A distinct management with clear routines facilitates the work. There is a need of an adequate care plan with clear routines and where all the staff is well known with its contents.

Key words: Violence, threat, psychiatric care, care plan

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	6
Psykiatrisk vård.....	6
Lagstiftning .....	7
Hot och våld inom vården.....	8
Definitioner av hot och våld.....	9
Arbetsmiljön.....	10
Riskfaktorer.....	11
Säkerhetsklassificering.....	12
Handlingsplan avseende hot och våld.....	13
Bemötande.....	14
Stresshantering.....	15
Konsekvenser av hot och våld.....	15
Syfte.....	16
Frågeställningar.....	16
METOD	17
Design.....	17
Urval.....	17
Datainsamlingsmetoder.....	17
Tillvägagångssätt.....	17
Analys.....	18
Etiska övervägande.....	18

---

RESULTAT	19
En obehaglig och uppjagad situation.....	19
Orsak påverkar upplevelsen.....	19
En påfrestande arbetsmiljö.....	20
Upplevelsen finns kvar.....	20
Stöd från arbetsgruppen är viktigt.....	21
Personalens kunskap och erfarenheter påverkar upplevelsen.....	21
Debriefing och tydlig ledning skapar trygghet.....	22
Upplevelse av gällande handlingsplan .....	22
DISKUSSION	23
Metoddiskussion	26
Slutsats	27
Förslag till vidare forskning.....	27
REFERENSER	28
BILAGOR	31

## **BAKGRUND**

### **Psykiatrisk vård**

Psykiatrin skiljer sig i flera avseenden från andra medicinska specialiteter. Dels genom att den vetenskapliga forskningen har haft en sen start, dels genom att många fördomar ännu lever kvar men också för att psykiatrin har en särställning genom att den av samhället getts uppgiften och förtroendet att använda tvång mot patienter (Ottosson, 2004). FN-deklarationen (United Nation, 1948) om de mänskliga rättigheterna uppger att alla människor är födda fria och lika i värde och rättigheter, att de är utrustade med förnuft och samvete och bör handla gentemot varandra i en anda av broderskap. För att särskilt betona de psykiskt sjuka har FN-deklarationen år 1991 gjort en del tillägg. Bland annat står det att alla har rätt till bästa tillgängliga psykiatriska vård och att vården skall innefatta såväl insatser från hälso- och sjukvården som från socialtjänsten. Ett förtydligande är gjort i att ingen skall diskrimineras på grund av psykisk sjukdom, att diagnostiken skall ske enligt internationellt accepterad standard, att varje patient så långt det är möjligt har rätt att vårdas på sin hemort och att vården skall baseras på en individuellt framtagen plan. Dessutom har Madriddeklarationen från 1996 (World Psychiatric Association, 2005) tydliggjort att psykiatri som medicinsk specialitet syftar till att ge den bästa behandlingen för psykiska sjukdomar, att rehabilitera de som lider av psykiska sjukdomar samt att främja psykisk hälsa. Ottosson (2004) skriver att när patienten saknar förmåga att ge uttryck för ett grundat ställningstagande, skall psykiatern rådgöra med familjen och om så är lämpligt söka rättslig hjälp, så att patientens värdighet och legala rättigheter respekteras. Ingen behandling får ske gentemot patientens vilja, såvida inte utebliven behandling skulle utsätta patientens och/eller närståendes liv för fara. Vidare står det att behandlingen alltid måste ges i patientens bästa intresse, att psykiatriska patienter är särskilt sårbara, att det är angeläget att försiktighet tas för att säkerställa deras autonomi och skydda deras psykiska och fysiska integritet. Vid allvarliga psykiska störningar kan självbestämmandet bli ödesdigert på grund av patientens störda realitetsvärdering. Vid sådana tillstånd kan den psykiska störningen innebära ett större tvång än de tvångsåtgärder som sjukvården kan använda för att psykisk hälsa skall återfås. Likaväl som den som kan bestämma har rätt att vägra vård, har den som inte kan bestämma rätt att få vård (Ottosson, 2004).

## Lagstiftning

All vård utgår från hälso- och sjukvårdslagen. Det finns därutöver fyra lagar som reglerar tvångsvård. Det är lag om psykiatrisk tvångsvård (LPT) ( Svensk författningssamling, 1991:1128), lag om rättspsykiatrisk vård (LRV) (Svensk författningssamling, 1991:1129), lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) (Svensk författningssamling, 1988:870) och lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) (Svensk författningssamling, 1990:52). LPT och LRV är tilläggs lagar till hälso- och sjukvårdslagen och LVM och LVU är tilläggs lagar till socialtjänstlagen.

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 1982:763)

**2 a §** Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den skall särskilt

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,
2. vara lätt tillgänglig,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen,
5. tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården.

Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Olika insatser för patienten skall samordnas på ett ändamålsenligt sätt (SOSFS, 2008).

Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT, 1991:1128)

För att en patient skall få tvångsvård krävs att patienten lider av en allvarlig psykisk störning, att patienten har ett oundgängligt behov av dygnetruntvård och att patienten motsätter sig sådan vård. Lagen har till syfte att göra patienten i stånd att frivilligt medverka till fortsatt vård.

Lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV, 1991:1129)

Innefattar samma som ovan, men patienten behöver inte vara i behov av dygnet runt vård. För att en person skall få LRV krävs att han eller hon har dömts, är häktade, anhållna eller under pågående rättspsykiatrisk undersökning (SOSFS, 2008).

### **Hot och våld inom vården**

Redan 1889 uppmärksammades våld som ett problem för vårdgivarna, men det var inte förrän på 1970 talet som det blev mer uppmärksammat och skapade många diskussioner och mer litteratur gavs ut angående ämnet. Tidigare studier visar att våld inom psykiatrin inte förekom i så stor omfattning, men att det istället orsakade stor fysisk skada (Arnetz, 2001). Att det fanns behov av utbildning i att förebygga och hantera våldsamt beteende uppmärksammades först på 1980 talet (Arnetz, 2001). Enligt Camerino et al.(2007) är hot och våld nu ett känt arbetsmiljöproblem. Inom psykiatrisk vård, kan detta förklaras av att det skett stora neddragningar vilket lett till färre vårdplatser, att patienterna varit i sämre skick vid inläggning samt en högre arbetsbelastning för vårdpersonalen (Foster, Bowers & Nijman 2006). Mest utsatta är vårdpersonal som arbetar i psykiatrisk vård där en majoritet av vårdpersonalen någon gång varit utsatt för någon sorts våld under sitt arbete (Arnetz, 2001, Southern & Gournay, 2001, Foster et al. 2006, Noak, Wright, Sayer, Parr, Gray, Camerino et al. (2007). Sjuksköterskor är den arbetsgrupp som är mest utsatt för arbetsrelaterat våld i sitt arbete inom psykiatrin (Foster et al., 2001, Noak et al., 2001, Björkdahl, Olsson & Palmstierna, 2006). Ett flertal tidigare studier ger belägg för långvariga psykosociala effekter på våldsoffren, men det har också framkommit i tidigare studier att de flesta våldsangrepp mot personalen inte orsakat allvarliga fysiska men (Foster et al., 2001, Noak et al., 2001, Björkdahl, Olsson & Palmstierna, 2006). Även Arnetz (2001) betonar att det i all litteratur om våld mot vårdpersonal är våld mot sjuksköterskor som är det dominerande ämnet. Tidigare forskning visar att de skattningsskalor som är designade för att mäta aggression ofta har svagheter i sin fokus och i sin förståelse av hur allvarligt våldet kan vara och vilka konsekvenser det kan få (Noak et al., 2001, Björkdahl et al., 2005, Foster et al., 2006 ). Enligt Foster et al. (2006) är det Staff Observation Aggression Scale (SOAS-R) som är mest utförlig och därför den bästa skattningsskalan för att riskbedöma patientens hot- och våldsbild. Enligt Noak et al. (2001) är Historical, Clinical and Risk Management -20 (HCR-20) det mest valida bedömningsformuläret för patienter i öppenvård medans Broset Violence and Checklist (BVC) fungerar bäst för kortare bedömningar som gäller i tjugofyra timmar. Dessa



bedömningar skall göras tre gånger dagligen. I BVC ingår undersökning av förvirring, irritabilitet, verbalt och/eller fysiskt hot och om patienten tidigare attackerat något eller någon. Dock anser Wootton et al. (2008) att många mätinstrument är tidskrävande och att de inte går att använda för alla patientkategorier. På psykiatriska intensivvårdsavdelningar är kortvariga bedömningar om hot och våld mycket viktigt då sjuksköterskan istället kan fokusera på att ge en god vård och skapa en trygg och säker miljö på arbetsplatsen (Björkdahl et al., 2005).

## **Definitioner på hot och våld**

Arbetsmiljöverket definierar hot och våld som:

Hot - uttalanden med avsikt att inge rädsla.

Våld - att fysiskt angripa eller skada person eller sak.

(Arbetsmiljöverket, 2006)

Arnetz (2001) anser dock att det krävs en bredare definition för att förstå våld inom vården och vilken effekt den har på både vårdpersonal och patienter. Arnetz (2001) definierar därför våld som alla former av aggression, inklusive hot, verbalt eller fysiskt våld. Hot kan vara enbart verbalt eller med antydning på fysiska angrepp. Verbal aggression kan vara skrik, svordomar eller hot om angrepp eller skada. Exempel på fysiska hot är att höja knytnävarna men inte slå. Denna definition har formulerats för att öka kunskapen om hela våldsfenomenet så som det förekommer i olika vårdmiljöer (Arnetz, 2001). Även Camerino et al. (2008) har gjort en vidare definiering där det förutom verbalt och fysiskt våld även ingår mobbning, kränkningar, skamliga förslag och obscena beteenden.

Enligt Arbetsmiljöverket (2006) är våld i juridisk mening vanligen varje användning av mekanisk kraft mot person eller sak. Det kan bland annat innefatta misshandel av person eller skadegörelse av sak. Våldet behöver inte ha något syfte och våldet behöver heller inte vara stort för att vara våld, redan att till exempel hålla i någons tröja är att anse som våld.

Det finns en del åtgärder som kan användas för att så långt som möjligt skydda sig mot hot och våld på sin arbetsplats. Arbetsmiljöverket har sammanställt ett informationshäfte (Våld och hot i arbetsmiljön AFS 1993:2) där 5 viktiga regler tas upp.

Reglerna säger att

- Arbetsgivaren ska utreda riskerna för våld och hot och vidta de åtgärder som kan behövas.
- Arbetet ska ordnas så att riskerna för våld och hot så långt som möjligt förebyggs.
- Arbetstagarna ska kunna kalla på hjälp snabbt.
- Alla tillbud och händelser ska utredas och dokumenteras.
- Arbetstagare som utsatts för våld eller hot ska snabbt få hjälp och stöd.

Reglerna gäller alla arbetsplatser där det finns risk för våld och hot (Arbetsmiljöverket, 2006).

## **Arbetsmiljön**

Arbetsmiljön för vårdpersonal som arbetar med psykiskt sjuka människor har under senare år i högre grad uppmärksamats och det anses nu vara en av de farligaste miljöerna att arbeta inom relaterat till risk för hot och våld (Noak, Wright, Sayer, Parr, Gray, Southern & Gournay, 2001). Även Arbetsmiljöverket (2006) skriver att våld eller hot om våld är ett allvarigt arbetsmiljöproblem och att värderingar och inställningar skall genomsyra hela organisationen. Noak et al. (2001) skriver att rutiner och policys är hörnstenar för en organisation som erbjuder vård där hot och våld kan uppstå och där hörnstenarna tydliggör ansvaret för både ledning och personal. Både Arbetsmiljöverket (2006) och Björkdahl et al. (2006) skriver att alla i personalgruppen skall känna till dessa värderingar och inställningar och arbeta utifrån det. Många anställda inom psykiatrien upplever dagligen en oro inför sin arbetsmiljö och det kan i sin tur leda till en stor psykisk påfrestning för den enskilde personen eller för hela arbetsgruppen. Det är därför angeläget att den personal som har ansvar för en arbetsuppgift har tillräckliga befogenheter, resurser och kunskaper för att klara av att leva upp till sitt ansvar (Arbetsmiljöverket, 2006., Björkdahl et al., 2006). WHO har definierat begreppet arbetsmiljö som en benämning på biologiska, medicinska, fysiologiska, psykologiska, sociala och tekniska faktorer som i arbetssituationen eller i arbetsplatsens omgivning påverkar individen. Det innebär bland annat att risken för ohälsa och skador i arbetet är liten, att kommunikationen är öppen och tydlig och att mål, ansvar och befogenheter är tydliga (Arbetsmiljöverket, 2006). Intensiv- och akutvårdsavdelningar inom psykiatrisk vård anses som farliga platser både för personal och patienter. Hot och våld kan uppstå inte bara från patienter utan även besökare, medarbetare, inbrottstjuvar eller andra som kommer i

kontakt med avdelningen (Noak, et al., 2001). Walsh et al. (2001) skriver att ett dåligt samarbete mellan de olika instanserna i samhället ytterligare kan öka risken för hot och våld då patienten blir mer sårbar genom att det finns få kontakter som kan stödja patienten. Camerino et al. (2007) skriver att hot och våld skadar både organisationen och personalen. Organisationen genom sjukfrånvaro, skada på egendomen, minskad produktivitet, kostnad för ökad säkerhet, kostnad för kompensation samt att det ibland leder till att personalen säger upp sig. För personalen kan hot och våld bland annat resultera i post traumatiskt stressyndrom, ångest, sömnstörningar och förlorat självförtroende (Camerino et al., 2007). Tidigare forskning har visat att en arbetsmiljö med ett tryggt gruppklimat, organisatoriskt stöd, tydlig ledning, träning i hot och våldssituationer och träning i kommunikation minskar hot och våldssituationer, medans underbemanning, skiftarbete och hög arbetsbelastning ökar incidenter av hot och våld (Camerino et al., 2007).

## **Riskfaktorer**

Enligt en rapport från Statens Beredning av Medicinsk Utvärdering (SBU, 2005) kan psykisk sjukdom utgöra en risk för våldshandlingar. Det handlar då om en allvarlig psykisk störning, exempelvis psykosjukdom. Enligt SBU-rapporten är dock svårt att avgöra om det är psykosjukdomen i sig eller att den ökade risken våld går att hänföra till andra faktorer som samtidigt missbruk, vissa personlighetsstörningar inom det antisociala spektrat eller begåvningshandikapp. Enligt Walsh, Gilvarry, Samele, Harvey, Manley, Tyrer, Creed, Murray och Fahy (2001) är allvarliga våldsinceder som begåtts av personer som lidit av allvarlig psykisk störning relativt sällsynt och det handlar då om personer med psykosjukdom. Senare forskning (Fazel, Gulati, Linsell, Geddes & Grann, 2009) rapporterar också att det oftast handlar om personer som lider av schizofreni eller annan psykosjukdom med ett samtidigt blandmissbruk som begår våldsbrott. Försök att minska våld kan försvåras på grund av att det saknas effektiva standardiserande behandlingsmöjligheter eller på grund av att man förbiser kliniska faktorer som är en riskfaktor för våldsamt beteende som till exempel drogmissbruk eller avsaknad av engagemang och inställning till behandling från patientens sida och svårigheter att minska risker som fattigdom eller en skadlig boendemiljö (Walsh et al., 2001). Det är angeläget att kunna se risker och behov hos patienten, skapa en vårdplan, utse en ansvarig kontaktperson samt att ha kontinuerliga möten med patienten. Identifierade riskfaktorer är att tidigare varit våldsam, ung ålder, drogmissbruk, offer för trauma samt

inlärningssvårigheter (Walsh et al., 2001). Att identifiera de som ligger i riskzonen för att använda hot och våld bör därmed vara en rutin i kliniskt arbete (Wootton, Buchanan, Leese, Tyrer, Burns, Cred, Fahy & Walsh, 2008). Ålder, kön, tidigare kriminell bakgrund och diagnos påverkar risken för hot och våld. Andra riskfaktorer är aktiv psykossjukdom, samtidigt missbruk, att patienten inte tar sin medicin och samtidig personlighetsstörning, speciellt antisocial personlighetsstörning. Även specifika demografiska variabler tillhör riskfaktorerna (Wootton, et al., 2008, Noak et al., 2001). Vårdpersonalen måste förebygga riskerna för våldsutövande enligt de riskbedömningar som finns. Det är därför angeläget att se till att det finns rutiner vid akut omhändertagande, att personalen har adekvat träning och dessutom kunskap i hur man undviker riskerna (Foster et al., 2001, Noak et al., 2001) eftersom det visat sig att våld från inneliggande patienter innebär en allvarlig källa till stress för vårdpersonalen. Patienterna upplever situationer som kräver kroppslig kontakt mer stressande som exempelvis vid avskiljning, tvångsmedicinering eller när personalen försöker begränsa patienten (Foster et al., 2001). Även Arnetz (2001) skriver att riskfaktorer kan vara tidigare visat aggressivt och våldsamt beteende, utebliven medicinering eller biverkningar av vissa läkemedel, gränsdragningar, upprätthållande av regler eller restriktioner samt när personalen försökt att gå emellan patienter som bråkar med varandra. Forskning av Foster et al. (2001) visade att den vanligaste orsaken till att patienten blev våldsam var när han eller hon nekades lämna avdelningen. Gemensamt för studier om våldsamma situationer är att patienten finner sig kränkt i sin integritet (Arnetz 2001). Walsh et al. (2001) påtalar att ett dåligt samarbete mellan de olika instanserna isamhället ytterligare kan öka risken för hot och våld då patienten blir mer sårbar genom att det finns få kontakter som kan stödja patienten.

### **Säkerhetsklassificering**

Vårdenheter som ger psykiatrisk tvångsvård, rättspsykiatrisk vård och som genomför rättspsykiatriska undersökningar, ska enligt Socialstyrelsens föreskrift (Socialstyrelsens föreskrifter 2006:9) delas in i säkerhetsnivå 1 till 3. Nivå 3 är ”mycket hög”, nivå 2 är ”hög” och nivå 1 är ”godtagbar”. Säkerheten avser både yttre och inre säkerhet. Yttre säkerhet består av så kallat skalskydd (enhetens fysiska gränser) och inre säkerhet inbegriper vårdens innehåll och rutiner för att förhindra användning av droger. Enligt föreskriften ska verksamheten utse säkerhetsansvarig och personal som svarar för anmälningsskyldighet vid avvikelser.

## **Handlingsplan avseende hot och våld**

På arbetsplatser ska det organiseras så att risk för våld eller hot om våld så långt det är möjligt förebyggs. Alla verksamheter skall ha en egen handlingsplan, det vill säga en policy för vilka åtgärder som skall sättas in om det uppstår en incident med hot och våld och om hur dessa ska rapporteras. Handlingsplanen skall klart och tydligt beskriva vilka åtgärder som åligger vem. Rapporteringen bör innehålla personuppgifter om den drabbade, en beskrivning av händelsen, vilka åtgärder som vidtagits med anledning av händelsen och vilka anmälningar som har gjorts. Sjukvårdsrådgivningen (2009) har på sin hemsida en handbok om hot och våld inom vården vad gäller hantering och bemötande. Det kan till exempel handla om anmälan till polis, försäkringskassa och huvudskyddsombud. Rutinerna skall hållas aktuella och fortlöpande repeteras och revideras och alla arbetstagare skall känna till dessa rutiner. Det är angeläget att detta framkommer både till ny personal samt studenter. Även om det finns ett förebyggande arbete uppstår det ibland hot och våldssituationer. Då det ofta handlar om en arbetssituation med hög stressnivå för alla inblandade parter är det viktigt att ha en inlärd handlingsberedskap. Uppföljande åtgärder är alltid ett arbetsgivaransvar för att säkerhetsregler och beredskapsplaner skall träda i kraft vid en krissituation så att den som drabbats får ett gott krisomhändertagande.

Enligt Carlenius och Aakvaag (1996) är det viktigt att offret så fort som möjligt får tala ut om det som hände och om sina upplevelser av det inträffade. Alla inblandade eller hela arbetsgruppen bör samlas så att alla kan få ta del av samma information. Det är då viktigt att det finns gott om tid så att alla får komma till tals. Det bästa är också om offret stannar kvar på arbetsplatsen och inte åker hem. Ju längre tid det tar mellan det inträffade och mötet för att tala om det inträffade, desto mer hinner offrets fantasi skena iväg och rädsla byggas upp. Ett snabbt omhändertagande av situationen kan bidra till att förhindra efterverkningar och självförebåelse (Carlenius & Aakvaag, 1998). Även sjukvårdsrådgivningen (2009) framhåller vikten av att samla alla berörda efter en situation med hot och våld för att bearbeta händelsen. Sjukvårdsrådgivningen rekommenderar att dessa möten följer ett bestämt mönster och leds av en eller två experter. Mötena kan på så sätt stabilisera situationen, förebygga bestående

negativa känslor och underlätta återhämtning.

## **Bemötande**

Värderingar och inställningar hos personalen är viktiga eftersom de styr vårt beteende och vår empati gentemot patienterna. Om personalen utåt visar samma värderingar och inställning kan detta förebygga hot och våld eftersom källan till frustration reduceras hos patienterna och en gemensam hållning skapar respekt. Arbetsmiljön är avgörande för att personalen skall kunna lita på varandra (Foster et al., 2006). Carlenius och Aakvaag (1998) skriver att det bör vara en öppen atmosfär på arbetsplatsen och att det krävs en stark, trygg och tydlig arbetsgivare. Vårdpersonalens energi kan då användas till kreativ problemlösning och inte till att känna rädsla. Vårdpersonalen måste skaffa sig mer förståelse och kunskap för de faktorer som kan öka möjligheten för att patienten kan agera på ett våldsamt sätt samt även kunskap om de förhållanden i vilket aggressivitet kan uppkomma. Vårdpersonalens reaktion och förhållande till aggressiva handlingar på avdelningen måste beaktas (Foster et al., 2006). Om personen som skall hjälpa patienten är mindre inställd på att få rätt och mer inställd på att få dialogen så konstruktiv som möjligt ökar det möjligheterna till att skapa en nära relation. Ju allvarligare den psykiska obalansen är hos en person, desto mer kunskap och förmåga krävs av den personal som ska hantera patientens beteende och sjukdom och ge en god vård (Carlenius & Aakvaag, 1998). På intensivvårdsavdelningar inom psykiatrisk vård läggs patienter ofta in på grunder av allvarligt aggressivt beteende och där blir en av vårdpersonalens viktigaste uppgift att förebygga våldsamma situationer (Carlenius & Aakvaag, 1998). Om en situation uppstår som känns svår eller obehaglig är det angeläget att uttrycka detta med en gång. En del personal tycker att det är svårt att erkänna sin egen rädsla, men patienterna kommer ändå känna av rädslan och det är därför klokt att vara ärlig. Det skapar trygghet både för personalen själv och för patienten. Det är också viktigt att snabbt få hjälp och stöd av kollegor. Tala alltid om för patienten vad som händer, till exempel om du trycker på larmknappen. Patienten är redan provocerad i det här läget och det viktiga är att få hjälp. Det är bra om det är så många som möjligt som kommer till undsättning vilket brukar få patientens aggression att avta snabbare (Carlenius & Aakvaag, 1998). En del studier (Breeze & Repper, 1998) visar att en del vårdpersonal utför ”bestraffningar” mot de patienter som de anser svåra. Som svåra patienter anges bland annat de som är aggressiva, våldsamma, manipulativa, krävande eller

patienter som inte vill samarbeta. Bestraffningarna kan bestå i av att personalen utesluter patienten från den övriga aktiviteten som pågår på avdelningen, det kan ske genom att de inte talar med patienten, genom att avgränsa patienten eller behandla patienten som om han eller hon vore osynlig. Oftast beror det på att patienten utgör ett hot mot vårdpersonalens kompetens och kontroll (Breeze & Repper, 1997). Camerino et al. (2007) skriver att vissa individuella faktorer hos personalen ökar risken för att hot och våld skall uppstå. Bland annat är det yngre personal med liten arbetslivserfarenhet, en titel som biträde, skötare eller sjuksköterska samt vid närkontakt med patienten som kan trigga igång våldsamt beteende.

### **Stresshantering**

Stress försvagar vår självkontroll och kan leda till att vi inte handlar förnuftigt och ändamålsenligt i en kritisk situation. Stresshantering är därför en viktig faktor i samband med våldsproblematik (Carlenius & Aakvaag, 1998). Det är viktigt att diskutera stress och hur man skall handla om det skulle uppstå en svår situation så att alla är förberedda och vet hur de skall agera. Stress har också en tendens att reducera vår känslomässiga kontroll och vår förmåga att tänka effektivt (Carlenius & Aakvaag, 1998). Det mesta av våldet rapporteras aldrig eller kommer till ledningens kännedom och det kan bli ett stort mörkerantal med svåra konsekvenser (Noak et al., 2001).

### **Konsekvenser av våld och hot**

Våld är enligt Björkdahl et al. (2006) ett komplext mänskligt beteende som har utvecklats under evolutionens gång för att öka grupper och individers trygghet och chans att överleva. Idag anses inte våld längre som ett acceptabelt beteende. Arnetz (2001) skriver att aggressivt beteende från patienter mot vårdpersonal kan vara oerhört känsligt för många. Det förknippas ofta med skuld känslor, skam, självförebråelse och även en upplevelse av professionellt och personligt misslyckande. Effekterna av fysiskt våld är tydliga och kan visa sig på många olika sätt. Det kan leda till fysisk skada men desto oftare visar det sig ha en påtaglig känslomässig inverkan för offret och troligtvis för de som blir vittne till händelsen. Hos personer som varit utsatta för våld har man kunnat se flera reaktioner som exempelvis rädsla, ilska, irritabilitet, sömnsvårigheter och kognitiva problem som minnesförlust eller koncentrationsproblem

(Arnetz, 2001, Noak et al., 2001, Camerino et al., 2007, Walch et al., 2001). Aggressivt beteende innebär ett hot för fysisk och psykisk ohälsa hos vårdpersonal inom psykiatrisk vård. Rädslan kan vara ett resultat från att ha arbetat i ett klimat där det fanns risk för potentiell fara vilket kan ha en skadande inverkan på patientvården. Patientens vård kan försämrats på grund av att den terapeutiska alliansen minskar mellan vårdpersonal och patient (Noak et al., 2001, Camerino et al., 2007) Erfarenhet visar på att alla typer av aggressivt beteende kan vara en fara för den fysiska och psykiska hälsan hos vårdpersonalen och leda till en ökad sjukfrånvaro. Även rädsla beroende på att arbeta i en miljö som kan vara våldsam kan ha en skadande effekt på vården som ges (Foster et al., 2006, Arnetz, 2001, Noak et al., 2001). Enligt Carlenius och Aakvaag (1998) är det viktigt att offret så fort som möjligt får tala ut om det som hände och om sina upplevelser av det inträffade. Alla inblandade eller hela arbetsgruppen bör samlas så att alla kan få ta del av samma information. Det är då viktigt att det finns gott om tid så att alla får komma till tals. Det bästa är också om offret stannar kvar på arbetsplatsen och inte åker hem. Ju längre tid det tar mellan det inträffade och mötet för att tala om det inträffade, desto mer hinner offrets fantasi skena iväg och rädsla byggas upp. Ett snabbt omhändertagande av situationen kan bidra till att förhindra efterverkningar och självförebåelse (Carlenius & Aakvaag, 1998). Kunskapen om vårdpersonalens upplevelser av hot och våld är emellertid begränsad och det är författarens önskan att belysa detta närmare

## **Syfte**

Syftet med studien är att beskriva hur vårdpersonalen upplever hot och våld på en psykiatrisk avdelning samt att beskriva vårdpersonalens upplevelse av gällande handlingsplan om hot och våld.

## **Frågeställningar**

1. Hur upplever vårdpersonalen hot och våld på sin arbetsplats?
2. Hur upplever vårdpersonalen handlingsplanen gällande hot och våld som finns på arbetsplatsen?



## **METOD**

### **Design**

Författaren har valt att använda sig av en deskriptiv, kvalitativ metod. Enligt Polit och Beck (2004) används deskriptiv design när man beskriver fenomen och händelser som de är, utan att försöka tolka den information som framkommit. Kvalitativ intervju används enligt Malterud (1998) för att beskriva individens upplevelse och erfarenhet.

### **Urval**

Urvalet bestod av 6 sjuksköterskor och 2 mentalskötare som arbetar på en psykiatrisk vårdavdelning. Författaren valde att intervjua både sjuksköterskor och mentalskötare för att på så sätt få större variation av upplevelse. Det var 7 kvinnor och 1 man, med en ålder mellan 27-51 år. Arbetad tid på avdelningen var mellan 3 månader och 11 år. Samtliga i studien har upplevt hot och våld utifrån de definitioner som författaren beskrivit.

### **Datainsamlingsmetod**

Datainsamling har skett med hjälp av kvalitativa, semistrukturerade forskningsintervjuer (Polit & Beck, 2004). Innan intervjuerna påbörjades samlade författaren in data angående ålder, kön och erfarenhet av arbete i psykiatrisk vård. Intervjufrågorna var enligt följande: ” Hur upplever du hot och våld på din arbetsplats?” och ”Hur upplever du handlingsplanen gällande hot och våld som finns på arbetsplatsen?”. Under intervjuernas gång ställdes följdfrågor i form av ” har du upplevt hot och våld utifrån de kriterier som författaren beskrivit? kan du beskriva närmare hur du upplevde det? har jag förstått det rätt så här?”

### **Tillvägagångssätt**

Avdelningschefen tillfrågades och gav sitt godkännande till studien. Därefter blev vårdpersonalen informerad personligen av författaren. Skriftlig information (bilaga 1) lämnades där bland annat de etiska koderna förklarades. De etiska koderna innefattar informationskravet, samtyckekravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Efter att

författaren lämnat skriftlig information fick de som var intresserade ringa och boka en tid för intervju. Intervjuerna ägde sedan rum i ett personalutrymme på kliniken och tog ca 40 minuter per intervju. De utgick från de frågor författaren valt att få svar på. Efter att intervjuerna spelats in, skrevs de ut och numrerades. Efter renskrivningen analyserades och sammanställdes resultatet enligt kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004).

## **Analys**

Intervjuerna har analyserats enligt kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004). Kärnan i kvalitativ innehållsanalys är att skapa beskrivande kategorier. Intervjuerna delades in i meningsenheter som svar på frågeställningarna. En meningsenhet kunde bestå av ord, meningar eller ett stycke. Meningsenheterna kodades, för att därefter grupperas ihop till kategorier. En kategori består av sammanlagda svar som liknar varandra. Kategorierna ska vara ömsesidigt uteslutande, vilket innebär att de skall vara klart åtskiljbara. Beskrivningen av kategorierna ska vara så att den gör det möjligt att sortera in i meningsenheter i de olika kategorierna. Inget svar får (meningsbärande enhet) få uteslutas i resultatredovisningen, bara för att det är svårt att sortera in svaret i de kategorier som framtagits. Det innebär att en kategori kan skapas som bara baseras på en meningsbärande enhet. Vid analysen måste författaren gå fram och tillbaka mellan helheten och delarna av texten för att sammanhanget inte ska förloras (Graneheim & Lundman, 2004).

## **Etiska överväganden**

Det finns internationella forskningsetiska principer (Vetenskapsrådet, 2008) med framförallt fyra huvudkrav att beakta:

Informationskravet innebär att forskaren skall informera de som är berörda angående syftet med forskningsstudien. Likaså skall de berörda informeras om att deltagandet är frivilligt.

Samtyckekravet innebär att deltagarna när som helst under studiens gång har rätt att säga upp deltagandet.

Konfidentialitetskravet innebär att all data som samlats in skall hanteras på ett sådant sätt att deltagarna ej kan bli identifierade av utomstående.

Nyttjandekravet innebär att uppgifter insamlade om enskilda personer endast får användas för forskningsändamål.

## **RESULTAT**

Resultatsammanställning av intervjuerna presenteras utifrån varje frågeställning. För frågeställning ett presenteras svaren i form av beskrivande kategorier, för frågeställning två i form av löpande text och citat.

### **Hur upplever vårdpersonalen hot och våld på sin arbetsplats?**

Resultatet mynnade ut i sju kategorier enligt följande: en obehaglig och uppjagad situation, orsak påverkar upplevelsen, en påfrestande arbetsmiljö, upplevelsen finns kvar, stöd från arbetsgruppen är viktigt, personalens kunskap och erfarenheter påverkar upplevelsen och debriefing och ledning skapar trygghet.

#### En obehaglig och uppjagad situation

Samtliga intervjuade upplevde att utsättas för hot och våld är en obehaglig upplevelse. Det beskrevs också att den obehagliga känslan uppstod efteråt då man kunde känna sig helt utmattad och tom. Den obehagliga känslan kunde till exempel orsakas av rädsla för att få smittsam sjukdom, som kan uppstå i samband med fysisk kontakt. Flera beskrev samtidigt att när det uppstod en situation med hot och våld blev det ofta en ganska uppjagad situation.

*Intervju nr 7 "Det kändes mycket obehagligt efteråt, jag kände mig ledsen, illa berörd och skakig"*

*Intervju nr 3 " när det uppstår en situation får man sådant adrenalinpåslag, man är "på g" liksom och man har en väldigt hög puls"*

## Orsak påverkar upplevelsen

Hos samtliga intervjuade berodde graden av upplevelsen av hot och våld på varför patienten agerat som han eller hon gjort. Det fanns dock en skillnad i förståelse och acceptans vilket visade sig i att personalen kan förstå varför en person handlar som de gör men att de för den skull inte accepterar det. En faktor som också inverkar var om personalen var förberedd på att det skulle kunna uppstå hot och våld som till exempel vid medicinering med hjälp av tvång eller fastspänning i bälte.

*Intervju nr 7 "jag vet att det inte var mot mig personligen, patienten var i affekt, då känns det lättare att handskas med det"*

*Intervju nr 5 " jag förstår att det händer, eftersom människor som är i ett svårt psykiskt lidande, med en svår psykisk sjukdom gör konstiga saker"*

## En påfrestande arbetsmiljö

Flera av de intervjuade upplevde det stressande och energikrävande att ständigt vara på sin vakt för att en situation med hot och våld skulle kunna uppstå. Det kunde handla om att vara uppmärksam på patientens kroppsspråk. En del ville också ha eget utrymme, för att kunna gå undan och utföra vanliga arbetsuppgifter utan att behöva vara redo för att ingripa i hot och våldssituationer på avdelningen.

*Intervju nr 7 " jag måste hela tiden ha ögon i nacken, vara uppmärksam och lyssna efter vad som händer på avdelningen samtidigt som jag skall göra andra saker"*

*Intervju nr 3 "Om jag vet att det kan uppstå en situation med hot och våld så känner jag att det är viktigt att samla mig en stund innan, att bromsa och tänka efter, det är jätteviktigt. Det är nog egentligen det viktigaste jag lärt mig"*

## Upplevelsen finns kvar

Flera av de intervjuade upplevde att känslan av obehag och olust kvarstod efter en incident. En av de intervjuade beskrev också att det fanns situationer som var extra svåra att behärska, som till exempel vid långvarigt hot.

*Intervju nr 7 "Upplevelsen finns kvar inom mig, jag har fortfarande blåmärken"*

*Intervju nr 5 " om någon hotar en under en längre tid eller hotar att skada ens familj, ens barn är det rätt svårt att vara rationell och säga att - ja, kan jag hjälpa dig på något annat sätt? Då har man så mycket adrenalin upp över öronen att man vill ge igen, trycka till personen liksom"*

### Stöd från arbetsgruppen är viktigt

Samtliga intervjuade ville ha stöd från sina kollegor efter en incident, känna gemenskap i arbetsgruppen och tillsammans reflektera över det som inträffat så att det inte uppstod rädsla och känsla av förlust eller kontroll över situationen. För de med mindre erfarenhet blev det extra tydligt i och med att de ofta i sitt arbete reflekterade över hur de skulle handskas om en situation med hot och våld uppstod.

*Intervju nr 3. Här på avdelningen känner jag mig trygg, här har vi en plan och mina kollegor finns här. Annars hade det känts otroligt frustrerande, man är så otroligt beroende av att man vet vem som skall göra vad i en sådan här situation"*

*Intervju nr 1 " jag känner att jag går och väntar på att det skall inträffa något, att det skall smälla och då känner jag att oj, hur skall jag förhålla mig då, hur kommer det att bli?" Då är det viktigt att kunna ta stöd av sina kollegor.*

### Personalens kunskap och erfarenheter påverkar upplevelsen

Flera av de intervjuade beskrev vikten av att all personal på avdelningen var rustad för sina arbetsuppgifter genom att vara både fysiskt stark och mentalt förberedd för att arbeta i en miljö där det kan uppstå hot och våld. Några ur personalgruppen upplevde en skillnad i upplevelse utifrån vem de för tillfället arbetade med. Att kunna lita på att resten av personalen finns där om det händer något är viktigt för hur upplevelsen av hot och våld uppfattas.

Kunskap och erfarenhet är faktorer som påverkar upplevelsen och som gör att personalen upplever en ökad trygghet i situationen.

*Intervju nr 3 ” Jag kan uppleva det stressigt om jag känner att den jag arbetar med inte kommer finnas där när det väl behövs”*

*Intervju nr 5 ” dels har jag kunskap i självskydd, dels har jag ett yrkeskunnande och jag har ett mandat. Jag vet vad som skall göras och jag har befogenhet att göra det, det ger mig trygghet i min roll.*

### Debriefing och ledning skapar trygghet

Samtliga i gruppen upplevde en trygghet i att ha debriefing efter en incident. Det skapade lugn i arbetsgruppen och gav också möjlighet till reflektion av det som inträffat och skapade diskussion för om man kunde ha handlat annorlunda. Vikten av att någon tar kommandot både när det uppstår en situation och att händelsen diskuteras efteråt är betydelsefullt.

*Intervju nr 6 ” Det var väldigt skönt att prata igenom det som hänt, alla fick säga sitt, det var en stor lättnad”*

*Intervju nr 4 ”jag tycker jag lär mig mycket av att ha debriefing efter en incident, det är ett sätt att lära sig på”*

### **Upplevelse av gällande handlingsplan**

Resultatet mynnade ut i sju kategorier enligt följande: handlingsplanen okänd, handlingsplanen – svår att ta till sig, gemensam kunskap skapar trygghet och stöd från ledningen.

#### Handlingsplanen okänd

Flera av de intervjuade var inte insatta i avdelningens handlingsplan gällande hot och våld eller kom inte ihåg innehållet.

### Svår att ta till sig

Flera nämnde att handlingsplanen var svår att ta till sig och önskade en tydligare formulering. Flera nämnde också att de önskade att det fanns professionell handledning direkt efter att det inträffat en incident.

*Intervju nr 2 "jag är inte så bra påläst, jag tycker den är konstigt utformad, konstigt formulerad. Den är så abstrakt, jag förstår den inte och då ger den ju inget stöd"*

### Gemensam kunskap skapar trygghet

De önskade också ett forum för diskussion av handlingsplanen så att alla arbetade på samma sätt. Samtliga i arbetsgruppen beskrev utbildningen i självskydd som en viktig faktor för att hjälpa dem att hantera hot och våldssituationer bättre och skapa en större trygghet på avdelningen genom att alla har samma kunskap.

*Intervju nr 3 "i och med självskyddsutbildningen har jag fått ett annat tänk nu, hur jag förhåller mig till patienten, hur jag står och hur jag skall skydda mig. Det känns tryggt"*

*Intervju nr 8 "jag vill att vi tillsammans går igenom rutiner för hot och våld, att vi diskuterar handlingsplanen tillsammans så att vi alla arbetar på samma sätt"*

### Stöd från ledningen

Flera av de intervjuade önskade ökat stöd från ledningen samt en förstående chef som såg personalens arbetsmiljö och förstod den stress som det enligt personalen innebär att arbeta i en miljö där det uppstår hot och våld.

*Intervju nr 5 " jag tycker mycket i handlingsplanen är bra, men jag vill att det skall komma uppifrån organisationen, ledningen, att vi skall ha klara gränser, policys för vad vi accepterar och inte, så att det inte blir personligt att varje individ måste dra sin egen gräns"*

## **DISKUSSION**

Syftet med studien var att undersöka vårdpersonalens upplevelse av hot och våld på en psykiatrisk avdelning samt att undersöka deras upplevelse av gällande handlingsplan.

Resultatet mynnade ut i 7 kategorier. En obehaglig och uppjagad situation, orsak påverkar upplevelsen, en påfrestande arbetsmiljö, upplevelsen finns kvar, stöd från arbetsgruppen är viktigt, personalens kunskaper och erfarenheter påverkar upplevelsen, debriefing och tydlig ledning skapar trygghet.

Studiens resultat visade att samtliga intervjuade hade varit utsatta för hot och våld enligt de definitioner som användes. Tidigare studier visar på liknande resultat där upp till ca 75 % av vårdpersonalen inom psykiatrisk vård varit utsatta för någon sorts våld (Arnetz, 2001, Southern & Gournay, 2001, Foster, Bowers & Nijman, 2006, Noak, Wright, Sayer, Parr, Gray, Camerino et al. 2007). Detta innebär en påfrestande arbetsmiljö för de anställda. Flera av de intervjuade beskrev att de upplevde situationen som både obehaglig och uppjagande vilket även Arbetsmiljöverket (2006) och Björkdahl et al (2006) beskriver att anställda inom psykiatri dagligen upplever en oro och att det kan leda till stor psykisk påfrestning för den enskilde, men även för hela arbetsgruppen.

Det internationella skaderegistret i Sverige (ISU) rapporterade att mellan 1985-1990 ökade antalet våldsincidenter inom vården. Detta kan förklaras av att det på senare år skett stora neddragningar vilket lett till färre vårdplatser, att patienterna varit i sämre skick vid inläggning samt en högre arbetsbelastning för vårdpersonalen (Foster et al., 2006). Detta framkom också under intervjuerna framförallt bland de med längre erfarenhet att de upplevde en skillnad i hur arbetsmiljön är nu från hur det varit tidigare och att hot och våld ökat samt att de upplevde att hot och våld blivit grövre.

Flera av de intervjuade upplevde att känslan av obehag kvarstod efter en incident, till exempel genom att blåmärken fanns kvar som en påminnelse. Foster et al. (2006), Arnetz (2001) och Noak et al. (2001) har samtliga beskrivit att effekterna av fysiskt våld är tydliga och kan visa sig på många olika sätt. Det kan leda till fysisk skada men desto oftare visar det sig ha en påtaglig känslomässig inverkan för offret och troligtvis för de som blir vittne till händelsen. Hos personer som varit utsatta för våld har man kunnat se flera reaktioner som exempelvis rädsla, ilska, irritabilitet, sömnsvårigheter och kognitiva problem, som minnesförlust eller koncentrationsproblem. Erfarenhet visar på att alla typer av aggressivt beteende kan vara en fara för den fysiska och psykiska hälsan hos vårdpersonalen och leda till en ökad



sjukfrånvaro. Dock beskrev flera av de intervjuade att det fanns en ökad förståelse om patienten var svårt psykiskt sjuk till exempel genom rösthallucination eller andra vanföreställningar.

Många anställda inom psykiatrin upplever dagligen en oro inför sin arbetsmiljö och det kan i sin tur leda till en stor psykisk påfrestning för den enskilde personen eller för hela arbetsgruppen. Enligt Arbetsmiljöverket (2006) och Björkdahl et al. (2006) är det därför angeläget att den personal som har ansvar för en arbetsuppgift har tillräckliga befogenheter, resurser och kunskaper för att klara av att leva upp till sitt ansvar. Dessa påståenden stämmer också överens med vad som framkom vid intervjuerna, att personalen kände att det var angeläget att all personal var rustad för sina arbetsuppgifter.

I analysen framkom att stöd från arbetsgruppen var en betydande faktor. Dels påverkade det vårdpersonalens upplevelse av rädsla och förlust, men även för de med mindre erfarenhet var det angeläget att känna stöd från sina kollegor. Tidigare forskning (Camerino et al. 2007) har visat att en arbetsmiljö med ett tryggt gruppklimat, organisatoriskt stöd, tydlig ledning, träning i hot och våldssituationer och träning i kommunikation minskar hot och våldssituationer, medans underbemanning, skiftarbete och hög arbetsbelastning ökar incidenter av hot och våld.

Värderingar och inställningar hos personalen är viktiga eftersom de styr beteende och empati gentemot patienterna. Om personalen utåt visar samma värderingar och inställning kan detta förebygga hot och våld eftersom källan till frustration reduceras hos patienterna och en gemensam hållning skapar respekt. Den psykosociala arbetsmiljön är avgörande för att personalen skall kunna lita på varandra (Foster et al., 2006). Carlenius och Aakvaag (1996) anser att det bör vara en öppen atmosfär på arbetsplatsen och att det krävs en stark, trygg och tydlig arbetsgivare. Vårdpersonalens energi kan då användas till kreativ problemlösning och inte till att känna rädsla.

Resultatet av frågeställningen om handlingsplan gällande hot och våld blev begränsat på grund av att flera av de intervjuade inte var pålästa och därför hade svårt att reflektera över innehållet, men också för att de svar som framkom inte svarade på frågan ”hur upplever du gällande handlingsplan” utan mer var förslag på hur de intervjuade tyckte att verksamheten skulle fungera. Handlingsplanen var under tiden för intervjuerna under revision vilket kan

förklara att flera inte var pålästa och att de väntade tills den nya handlingsplanen var färdig. Författaren har inte penetrerat huruvida det finns en plan för hur alla skall ta del av innehållet när det är färdigt, vilket några av de intervjuade hade som förslag att ha ett speciellt forum för diskussion av handlingsplanen. Det som framkom i intervjuerna var att utbildningen i självskydd gett personalen vissa färdigheter som i sin tur skapade en tryggare arbetsmiljö.

## **Metoddiskussion**

Författaren har i sitt examensarbete valt att använda sig av en deskriptiv, kvalitativ ansats med en kvalitativ innehållsanalys (Graneheim och Lundman, 2004) för att beskriva informanternas upplevelse utan att tolka svaren och därmed fokusera på det uppenbara i innehållet.

Antalet i studien var 8 vårdpersonal som arbetade som sjuksköterska eller mentalskötare. Författaren valde att använda sig av semistrukturerade frågor för att informanterna skulle kunna öppna sig och berätta fritt om sin upplevelse. Kanske skulle författaren ha strukturerat frågorna bättre för att få mer omfattande svar. Några ur intervjun upplevde den första frågan ”hur upplever du hot och våld på din arbetsplats” som bred och svår att svara på. Författaren valde då att ställa följdfrågor i form av ” har du upplevt hot och våld utifrån de kriterier som författaren beskrivit? kan du beskriva närmare hur du upplevde det? har jag förstått det rätt så här?” för att hålla sig kvar vid ämnet och för att få svar på själva frågeställningen. Författaren har försökt att inte vara ledande under intervjuerna men som Kvale (1987) skriver, är det näst intill oundvikligt att inte ställa ledande frågor och att det är en del av själva kommunikationen.

Då författaren själv arbetar inom psykiatrin med samma patientkategorier fanns det redan innan studien började en känsla av att det var påfrestande att arbeta i en miljö där personalen hela tiden måste vara vaksam på hot och våld. Att författaren själv arbetar inom samma verksamhet, på en annan arbetsplats, kan leda till problem när det kommer till hur verksamheten fungerar och vad som är lämpligt att återberätta i resultatet vilket i sin tur kan påverka resultatet. Författaren har dock gjort sitt yttersta för att försöka presentera resultatet i sin helhet och med trovärdighet. I studier med kvalitativ metod bedöms ofta trovärdigheten utifrån exempelvis val av intervjupersoner, intervjuarens kunskap, presentationen av resultat och överförbarhet till andra områden (Graneheim och Lundman, 2004). En begränsning i studien var att intervjuade personer var relativt få och att de kom från samma vårdenhet. Möjligheten att överföra resultaten till andra områden/enheter inom psykiatrisk vård är

troligtvis möjligt för frågeställningen hur personal upplever hot och våld. Kunskapen om handlingsplan för hot och våldssituationer är förhoppningsvis större vid andra enheter.

Polit och Beck (2004) skriver att det är viktigt att skapa en god kontakt till de som intervjuas så att de vågar öppna upp sig och berätta vilket författaren anser att det skapades en god kontakt. Genom att samtliga själva anmälde sig till studien och att inga kriterier fanns förutom att de skulle arbeta som sjuksköterska eller mentalskötare anser författaren att en bredare inblick skapats. Studien kan bidra med bredare inblick i vårdpersonalens upplevelse genom att en del av de intervjuade hade lång erfarenhet och några bara hade arbetat några månader vilket visat sig i större spridning av upplevelse. De intervjuade hade innan intervjuerna genomfördes fått både skriftlig och muntligt information om att deltagande i studien var frivillig och att de när som helst under tidens gång hade möjlighet att ångra sig. Ingen av de intervjuade valde att avbryta sitt deltagande. En svårighet var att det under intervjuerna bara deltog en man vilket gjorde det svårt att skriva specifikt om hans upplevelse utifrån ett manligt perspektiv utan att ge upp kraven på sekretess.

## **Slutsats**

Resultatet visar att arbete i en miljö där det kan uppstå hot och våld är påfrestande för vårdpersonalen. Det skapar stress då vårdpersonalen hela tiden måste vara på sin vakt för att en situation med hot och våld kan uppstå. Samtidigt ökas stressen över att den personal som finns att tillgå kanske inte alltid är lämpad att utföra de åtgärder som krävs vilket skapar otrygghet.

Upplevelsen efter en incident finns kvar hos den som blivit utsatt, men den påverkar också hela arbetsgruppen. Dock finns det en ökad förståelse från vårdpersonalens sida beroende på varför patienten uppträtt hotfullt eller våldsamt. En tydlig ledning och att gemensamt förhållningssätt gentemot patienter som uppträder hotfullt eller våldsamt efterfrågas.

## **Förslag till vidare forskning**

Det finns en del tidigare studier i ämnet hot och våld mot vårdpersonal och det framkommer också att antalet incidenter ökar. Författarens förhoppning är därför att fortsatta studier i detta ämne genomförs för att främja arbetsmiljön. Det framkom också under studiens gång att det finns ett genusperspektiv att ta ställning till vilket skulle vara intressant att studera. Män som

arbetar inom psykiatrin får ofta känna att de förväntas klara av situationer som uppstår medans det för kvinnornas del är mer acceptabelt att få visa rädsla och svaghet i vissa situationer.

## REFERENSER

Arbetsstyrelsens författningssamling 1993:2. Våld och hot i arbetsmiljön. Tillgängligt i oktober 2010 via: [http://www.av.se/dokument/afs/AFS1993\\_02.pdf](http://www.av.se/dokument/afs/AFS1993_02.pdf)

Arbetsmiljöverket. (2010). Tillgängligt i oktober 2010 via:  
[http://www.av.se/dokument/publikationer/adi/adi\\_553.pdf](http://www.av.se/dokument/publikationer/adi/adi_553.pdf)

Arnetz, J. (2001). Våld i vårdarbete. Lund: Studentlitteratur

Björkdahl, A., Olsson, D., Palmstierna, T. (2006). Nurses' short-term prediction of violence in acute psychiatric intensive care. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 113: 224-229

Breeze, JA., Repper, J. (1998). Struggling for control: the care experiences of "difficult" patients in mental health services. *Journal of Advanced Nursing*, 28: 1301-1311

Carlenius, P Aakvaag, PT, Larsén, K (övers.). (1998). Hur man förebygger hot och våld i arbetslivet. Stockholm: Kommentus

Camerino, D., Estryng-Behar, M., Conway, P-M., Der Heijden, B., Hasselhorn, HM. (2007). Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: A longitudinal cohort study. *International Journal of Nurses' Studies*, 45: 35-50

Codex, regler och riktlinjer för forskning (2009). Tillgänglig i december 2009 via:  
<http://www.codex.vr.se/>

Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J.R., Grann, M. (2009). Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Metaanalysis. *PLoS Medicine* 6:1-15

Foster, C., Bowers, L., Nijman, H. (2006). Aggressive behavior on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *Journal of Advanced Nursing*, 58:140-149

Granheim, U-H., Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24: 105-112

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur

Noak, J., Wright, S., Sayer, J., Parr, A-M., Gray, R., Southern, D., Gournay, K. (2001). The content of management of violence policy documents in United Kingdom acute inpatient mental health services. *Journal of Advanced Nursing*, 37: 394-401

Ottosson, J-O. (2004). *Psykiatri*. Stockholm: Liber AB

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008). *Nursing Research Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, 8 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkin

Sjukvårdsrådgivningen.se (2009). Tillgänglig i november 2009 via <http://www.sjukvardsradgivningen.se/handboken/>

Socialstyrelsen. (2004). Riskbedömningar inom den specialiserade psykiatriska vården. En kartläggning. Tillgänglig i oktober 2010 via: [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10327/2004-109-20\\_200410920.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10327/2004-109-20_200410920.pdf)

Socialstyrelsens författningssamling. (SOSFS 2006:9). Socialstyrelsens föreskrifter om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning.

Tillgänglig i november 2010 via [http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2006-9#anchor\\_4](http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2006-9#anchor_4)

Svensk författningssamling 1982:763. Hälso- och sjukvårdslag. Tillgänglig i april 2009 via: <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763>

Svensk författningssamling 1991:1128. Lagen om psykiatrisk tvångsvård. Tillgänglig oktober via <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1991:1128>

Svensk författningssamling 1991:1129. Lagen om rättspsykiatrisk tvångsvård. Tillgänglig oktober 2010 via: <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1991:1129>  
<http://www.notisum.se/rnp/sls/LAG/19911129.htm>

Svensk författningssamling 1988:870. Lagen om vård av missbrukare i vissa fall. Tillgänglig i oktober 2010 via: <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1988:870>

Svensk författningssamling 1990:52. Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga. Tillgänglig oktober 2010 via <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1990:52>

Ottosson, J-O. (2004). Psykiatri. Stockholm: Liber AB

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008). Nursing Research Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice, 8 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkin

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008). Nursing Research Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice, 8 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkin

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2005). Riskbedömningar inom psykiatrin, kan våld i samhället förutsägas? Tillgängligt i mars 2009 via <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Riskbedomningar-inom-psykiatrin---kan-vald-i-samhallet-forutsagas/>

United Nation. (1948). The Universal Declaration of Human Rights. Tillgänglig i november 2010 via: <http://www.un.org/en/documents/udhr/>

Walsh, E., Gilvarry, C., Samele, C., Harvey, K., Manley, C., Tyrer, P., Creed, F., Murray, R., Fahy, T. (2001). Reducing violence in severe mental illness: randomized controlled trial of intensive case management compared with standard care. British Medical Journal, 323:1-5

Wootton, L., Buchanan, A., Leese, M., Tyrer, P., Burns, T., Creed, F., Fahy, T., Walsh, E. (2008). Violence in psychosis: Estimating the predictive validity of readily accessible clinical information in a community sample. *Science Direct Schizophrenia Research*, 101:176-184

World Psychiatric Association. (2005). Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice. Tillgänglig november 2010 via:  
[http://www.wpanet.org/detail.php?section\\_id=5&category\\_id=9&content\\_id=48](http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=5&category_id=9&content_id=48)



Institutionen för neurovetenskap  
Enheten för psykiatri

### Studie om vårdpersonalens upplevelse av hot och våld på en psykiatrisk avdelning

Mitt namn är Tove Törnqvist och jag läser till specialistsjuksköterska inom psykiatrisk vård. Jag skall skriva min magisteruppsats om ”vårdpersonalens upplevelse av hot och våld på en psykiatrisk avdelning. Syftet med studien är att beskriva hur vårdpersonalen upplever hot och våld i sitt arbete och hur vårdpersonal upplever gällande handlingsplan om hot och våld.

Du tillfrågas härmed om att delta i studien genom att jag får intervjua dig om dina upplevelser och erfarenheter. Sammanlagt kommer 8 – 10 personer att intervjuas.

Intervjuerna kommer att bestå av delvis strukturerade frågor, dvs. att jag innan har bestämt formen på frågorna. Intervjuerna som genomförs under mars – april spelas in på band och pågår under cirka 30 minuter. Platsen för intervjun är din arbetsplats eller annan lämplig lokal, om du finner det mer passande. Om du är intresserad av att delta i studien, bokar vi personligen en tid som passar dig.

Enligt konfidentialitetskravet skall ingen utom jag veta vem som deltagit i studien och vad du säger under intervjun kommer inte att kunna härledas till dig i själva uppsatsen. Uppgifterna som samlats in kommer bara användas i den här studien och allt insamlat material kommer att raderas när studien är färdig.



Deltagandet är frivilligt och du kan när du vill under studiens gång välja att dra dig ur.

Uppsala mars 2009

Med vänliga hälsningar

Tove Törnqvist  
Leg. sjuksköterska  
0498-268945

Kristina Haglund  
Lektor, handledare  
018-6115202