

Våld inom psykiatriska vården

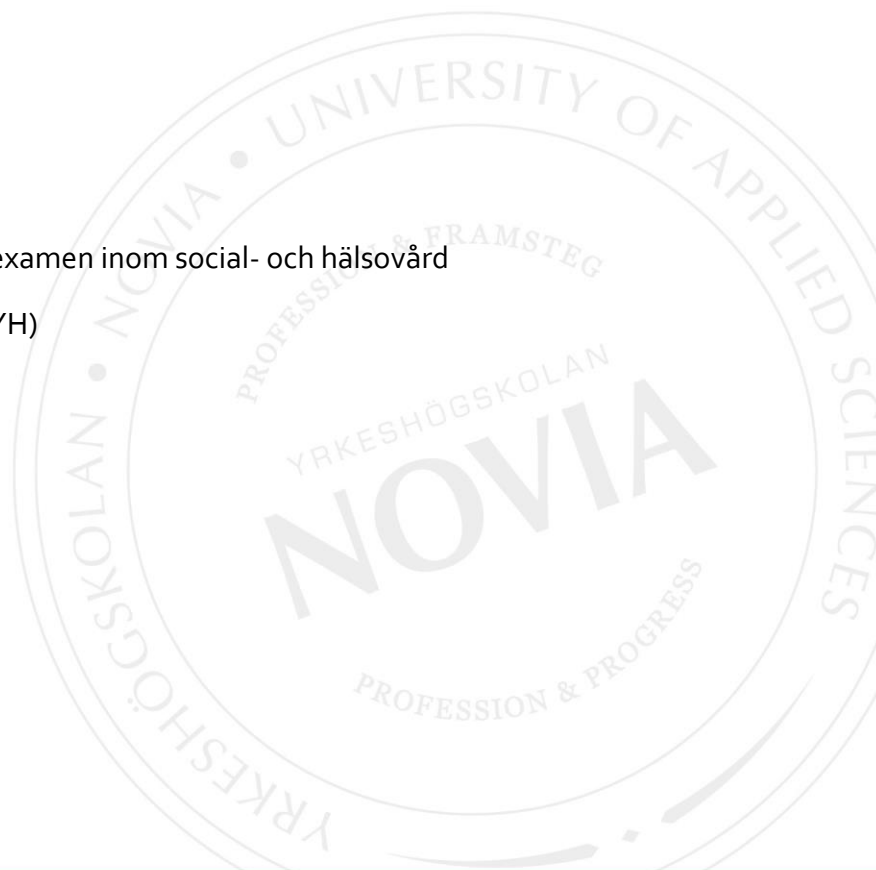
En kvalitativ studie om hur våldsamt beteende kan förebyggas inom psykiatriska vården.

Ida Forslund

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Vasa 2018



EXAMENSARBETE

Författare: Ida Forslund

Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa

Handledare: Marlene Gädda

Titel: En kvalitativ studie om hur våldsamt beteende kan förebyggas inom psykiatriska vården.

Datum 20.3.2018

Sidantal 49

Bilagor 5

Abstrakt

Examensarbetet är en kvalitativ litteraturstudie. Syftet med arbetet är att beskriva hur våldsamt beteende kan förebyggas inom psykiatriska vården. Frågeställningarna är: vad anser personalen vara orsaken till patienternas aggressiva beteende? Och hur kan våldsamma händelser förebyggas inom psykiatriska vården?

Banduras (1977) Sociala inlärningsteori och Travelbees (1966) Människa till människan-relationsmodellen används som teoretisk utgångspunkt i arbetet. De vetenskapliga artiklarna är från databaserna: CINAHL with Full Text EBSCO, PubMed, Springer Link och Finna. Totalt 15 vetenskapliga artiklar analyserades med innehållsanalys. Artiklarna består av både kvalitativa och kvantitativa studier.

Enligt resultatet finns det flera faktorer som personalen anser provocera fram det aggressiva beteendet hos patienterna. Begränsningarna som den psykiatriska vården medförde, dåliga vårdrelationer mellan vårdarna och patienterna, bristen på aktiviteter och omgivningsrelaterade faktorer nämndes som orsak till patienternas aggressiva beteende. Också patienternas diagnos ses som en medförande faktor.

Enligt resultatet kan våldsamt beteende inom den psykiatriska vården förebyggas på olika sätt. Vårdrelationen mellan vårdaren och patienten ansågs vara viktig. Att vårdarna skall visa närvaro för patienterna och fokusera på kommunikationen. En lugn och trygg vårdmiljö ansågs också minska på risken för att våldsamma situationer uppstår men också tillräckligt med aktiviteter för patienter som vårdas på en avdelning har en stor betydelse. Tvångsåtgärd används inom psykiatriska vården för att kontrollera våldsamma situationer.

Språk: Svenska

Nyckelord: Aggression, psykiatrisk vård, att förebygga våld

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Ida Forslund

Koulutus ja paikkakunta: Sairaanhoitaja, Vaasa

Ohjaaja: Marlene Gädda

Nimike: Kvalitatiivinen kirjallisuuskatsaus väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisemisestä psykiatrisessa hoitotyössä.

Päivämäärä 31.3.2018

Sivumäärä 49

Liitteet 5

Tiivistelmä

Opinnäytetyö on kvalitatiivinen kirjallisuuskatsaus, jonka tavoitteena on kuvata, miten väkivaltatilanteita voidaan ennaltaehkäistä psykiatrisessa hoitotyössä.

Tutkimuskysymykset ovat: Minkä hoitohenkilökunta arvelee olevan syynä potilaiden aggressiiviseen käyttäytymiseen? ja miten väkivaltatilanteiden syntymistä voidaan ehkäistä psykiatrisessa hoitotyössä?

Teoreettisena viitekehyksenä käytettiin Banduran (1977) Sosiaalista oppimisteoriaa ja Travelbeen (1966) Ihminen ihmiselle-suhteen mallia. Työssä käytetyt artikkelit ovat seuraavista tietokannoista: CINAHL with Full Text EBSCO, PubMed, Springer Link ja Finna. Sisällönanalyysillä on analysoitu yhteensä 15 artikkelia. Artikkelit koostuivat sekä kvalitatiivisista että kvantitatiivisista tutkimuksista.

Tulosten mukaan useat eri tekijät aiheuttavat aggressiivista käyttäytymistä potilaissa. Henkilökunnan näkemysten mukaan syyt potilaiden aggressiiviseen käyttäytymiseen olivat psykiatriseen hoitoon kuuluvissa rajoituksissa, huonoissa hoitajan ja potilaan välisissä hoitosuhteissa, aktiviteettien puutteissa ja ympäristöön liittyvissä tekijöissä. Henkilökunnan mukaan myös potilaiden diagnoosi vaikutti heidän käyttäytymiseensä.

Tulosten mukaan väkivaltatilanteiden ehkäisemiseksi henkilökunnan täytyy panostaa hoitosuhteeseen olemalla läsnä ja keskittymällä vuorovaikutukseen potilaiden kanssa. Rauhallisen ja turvallisen hoitoympäristön oletettiin vähentävän riskiä väkivaltatilanteiden syntymiselle, mutta suuri merkitys on myös osastohoidossa olevien potilaiden aktiviteeteillä. Eriyisrajoituksia, kuten eristystä ja kiinnipitämistä käytetään väkivaltatilanteiden hallitsemista varten.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: väkivalta, psykiatrinen hoitotyö, ennaltaehkäisy

BACHELOR'S THESIS

Author: Ida Forslund

Degree Programme: Nurse, Vaasa

Supervisor: Marlene Gädda

Title: A qualitative study how violent events could be prevented in psychiatric care.

Date 31.03.2018

Number of pages 49

Appendices 5

Abstract

Aim of this qualitative literature study is to describe how violent events could be prevented in psychiatric care. The research questions are: What causes aggressive behavior in psychiatric care? And how can the violent events be prevented?

As the theoretical framework was used the Banduras (1977) Social learning theory and Travelbees (1966) Human to human-relationship model. Content analysis was used to analyze 15 articles. The research articles are from databases: CINAHL with Full Text EBSCO, PubMed, Springer Link and Finna. The articles consisted of both qualitative and quantitative researches.

According to the research results there are many different triggers that cause aggressive behaviour among patients. Staff considered that the aggressive behaviour was caused by restrictive factors of the psychiatric care, by poor relationships between nurses and patients, lack of activities and environmental factors. Staff also agreed that patients are aggressive because of their diagnoses.

The results show that violent events can be prevented by improving the relationships between staff and patients, by creating calming and comfortable environment for patients and by providing daily activities. Restrictive methods, such as seclusion and restraint, are used in psychiatric care to prevent and control aggressive and violent events.

Language: Swedish

Key words: Violence, psychiatric healthcare, to prevent

Innehållsförteckning

1 Inledning.....	1
2 Bakgrund.....	3
2.1 Aggression och våld.....	3
2.1.1 Olika definitioner på våld.....	3
2.1.2 Orsaker till aggressivt beteende.....	4
2.2 Den psykiatriska vården	7
2.2.1 Bemötandet av patienten.....	8
2.2.2 Vårdrelationen.....	9
2.2.3 Tvångsvården i Finland.....	10
2.2.4 Tvångsåtgärder.....	11
2.3 Den psykiatriska patienten.....	13
2.3.1 Finns det samband mellan våld och diagnos?.....	14
2.3.2 Diagnoser som kan kopplas till aggressivt beteende.....	15
2.4 Att förebygga våld.....	17
3 Teoretisk utgångspunkt.....	20
3.1 Social inlärningsteori.....	20
3.2 Människa till människa-relationsmodellen.....	22
4 Syfte och frågeställningar.....	23
5 Metod.....	24
5.1 Val av material.....	24
5.2 Systematisk litteraturstudie.....	24
5.3 Innehållsanalys.....	26
5.4 Etiska överväganden.....	27
6 Resultat.....	28
6.1 Vårdrelaterade faktorer.....	28
6.1.1 Begränsningar.....	29
6.1.2 Dåliga vårdrelationer.....	29
6.2 Patientrelaterade faktorer.....	30
6.2.1 Diagnos.....	30
6.2.2 Personlighet.....	31

6.3 Omgivningsrelaterade faktorer.....	31
6.3.1 Brist på aktiviteter.....	31
6.3.2 Utrymmen.....	32
6.4 Social interaktion.....	32
6.4.1 Vårdrelationen.....	32
6.4.2 Resurser.....	34
6.5 Kontroll.....	34
6.5.1 Tvångsåtgärder.....	34
6.5.2 Medicinering.....	35
6.6 Avdelningens miljö.....	35
6.6.1 Fysisk omgivning.....	35
6.6.2 Meningsfulla aktiviteter.....	36
7 Diskussion.....	36
7.1 Metoddiskussion.....	37
7.2 Resultatdiskussion.....	38
7.2.1 Vårdrelaterade faktorer.....	38
7.2.2 Patientrelaterade faktorer.....	39
7.2.3 Omgivningsrelaterade faktorer.....	41
7.2.4 Social interaktion.....	41
7.2.5 Kontroll.....	43
7.2.6 Avdelningens miljö.....	44
7.3 Slutledning.....	44
Källförteckning.....	46
Bilagor	

1 Inledning

Inom hälsovården kommer vårdarna i kontakt med aggressivt och våldsamt beteende hos patienter. Dessa situationer skapar utmaningar i vårdarnas arbete. Allt hotande beteende rapporteras inte, eftersom vårdarna många gånger anser att det hotande beteendet hör till deras arbete. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert, 2013, s. 246). Statistikcentralen har rapporterat att vårdyrket hör till riskgrupperna när det gäller förekomsten av arbetsrelaterat våld. År 2007 upplevde 32 000 vårdare våld på arbetsplatsen. (Piispa & Hulkko, 2009).

Enligt arbetarskyddslagen i Finland skall arbetsförhållanden vara ordnande på ett sådant sätt att risken för våldssituationer förebyggs så bra som möjligt på arbetsplatserna. Det skall finnas ändamålsenliga anordningar för att förhindra eller minska på de våldsamma händelserna men också möjligheten till att alarmera hjälp. Arbetsgivaren skall också göra anvisningar för rutiner för att på förhand fästa uppmärksamheten till hanteringen av hotfulla situationer och vid tillvägagångssätten som förhindrar eller begränsar situationens inverkan på arbetarens säkerhet. (Finlex [23.8.2002/738](#)).

Fast våld förekommer inom flera olika vårdområden ville skribenten fokusera sig på psykiatrin. Psykiatrin är ämnesområdet som intresserar henne mest. Förekomsten av våld inom psykiatrin har undersökts i många länder. Det är ändå svårt att jämföra resultat mellan olika studier eftersom våld definieras på olika sätt i olika studier. Också de psykiatriska tjänsterna och metoderna som används för att kontrollera det aggressiva beteendet är olika i olika länder. Det har också kommit fram att vårdarna inte alltid rapporterar alla händelser. I Finland har 34 procent av vårdarna som jobbar inom psykiatrin kommit i kontakt med våld i deras arbete. (Välimäki et.al, 2013, s. 19 - 21).

Att våld förekommer inom psykiatriska vården kan förklaras med att vissa psykiska sjukdomar innebär en ökad risk för våldsamt beteende. Också missbruk, speciellt blandmissbruk kan öka våldsbenägenheten. Ett annat speciellt drag inom arbetets karaktär är tvångsåtgärder som används. Fast lagen om patientens rättigheter och de etiska direktiven betonar respekt av patientens självbestämmanderätt måste olika tvångsåtgärder användas inom vården av vissa patienter. Åtgärder som används inom tvångsvården kan provocera fram våldsamt beteende hos patienterna. (Pitkänen et.al, 2011, s. 7).

Skribenten blev förvånad av hur mycket våld det förekommer inom vårdarbetet när hon bekantade sig med ämnet. Eftersom man vet att våld förekommer inom vårddyrket är det viktigt att fokusera på de förebyggande åtgärderna för att kunna minska på det aggressiva beteendet och att undvika att våldsamma händelser uppstår. Syftet med examensarbetet är att ta reda på orsaker till aggressivt beteende och vad som kan göras för att förebygga våldsamt beteende inom den psykiatriska vården. Genom förebyggande åtgärder går det kanske att minska på förekomsten av våldsamt beteende och genom detta öka både på vårdarnas och patienternas välmående inom den psykiatriska vården.

2 Bakgrund

I bakgrunden beskrivs de viktiga begreppen inom ämnet som skribenten har valt att skriva om. Här tas upp vad våld och aggression betyder, dess orsaker och förekomst. Den psykiatriska vården i Finland, den psykiatriska patienten och vad som menas med förebyggande arbete beskrivs också.

2.1 Aggression och våld

Aggression kommer från det latinska ordet *aggressio* och betyder offensivt beteende. Med aggression menar man skadande beteende mot sig själv eller andra. Våld är inte synonymt med aggression utan det är en reaktion på aggressiviteten. (Kiviniemi, et.al., s. 125 - 126).

Traditionellt brukar våld delas i fysiskt, verbalt och sexuellt våld. Exempel på fysiskt våld är att personen klöser, nyper, sparkar, slår, bits eller spottar. Vid verbalt våld skriker eller svär personen. Verbalt våld kan också uttryckas som verbala utbrott. Vid sexuellt våld är det frågan om att personen använder ett sårande sexuellt språk eller ger ej önskvärda sexuella förslag. (Drevenhorn, 2010, s. 140).

2.1.1 Olika definitioner på våld

WHO:s definition på våld är avsiktlig användning av fysisk kraft eller makt eller hot om att använda dessa. Den kan riktas mot människan själv, mot en annan människa, mot en folkgrupp eller ett samfund. Det leder eller kan leda till döden, till fysisk eller psykisk skada, till att utvecklingen skadas eller till brist på tillfredställande av de grundläggande behoven. I WHO:s definition kopplas våldet till själva akten och inte till det slutliga resultatet. Utanför definitionen lämnar oavsiktliga händelser, som till exempel största delen av trafikolyckorna. (toim. Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2005, s. 21)

Med ordet våldsamhet syftar man oftast till människans yttre beteende. Den uppstår som resultat av individens besvikelse och frustrering. Våld är oftast en reaktion på situationer där människan känner sig hjälplös och inte på andra sätt klarar av den svåra situationen. Den psykiska utvecklingen är rubbad hos en våldsam person och personens förmåga att hantera sitt beteende är bristfällig. (Weizmann-Henelius, 1997, s. 12).

Ilskan är en av våra grundkänslor. Människan använder sig av ilska, frustration och irritation för att markera sina gränser och skydda sig själv. Man känner sig arg när någon kränker ens fysiska eller psykiska utrymmen. Ilskan är alltså en signal om att något är felaktigt och det är viktigt att komma ihåg att ilska är en normal och frisk känsla. (Bauer & Kristiansson, 2012, s.15).

Man brukar dela in aggression i känslomässig och instrumentell aggression. Den känslomässiga aggressionen är direkt och syftar till att minska eller undvika obehag. Den direkta aggressionen ger ingen möjlighet till att planera sitt beteende, utan man handlar då reflexmässigt för att komma undan det som kränker en. Ibland händer det sig att vi blir överraskade av hastigheten i vår respons när vi säger något ogenomtänkt efter en kränkning. Det beror på att instinkten att skydda oss själva är mycket starkt. Den instrumentella aggressionen används när man försöker uppnå ett syfte. Bakom detta finns en strategi och något slags vinst. Man visar då att man blir arg om man inte får som man vill. Instrumentella aggressionen ser ofta likadan ut som den känslomässiga aggressionen, men den har en annorlunda bakgrund. Man känner sig inte arg då utan man vill ha något och visar aggressivitet för att nå det. Båda aggressionerna hör till ett normalt beteende, men de kan uttryckas på ett obehagligt sätt hos personer med allvarlig aggressionsproblematik. ((Bauer & Kristiansson, 2012, s.16).

2.1.2 Orsaker till aggressivt beteende

Att känna sig arg och irriterad är mänskligt. Varje människa upplever dagligen aggressiva känslor av olika grad. De aggressiva känslorna leder till fysiologiska förändringar i människan och förbättrar handlingsfärdigheterna. Därför använder sig människan av aggressivitet i konfliktsituationer. Människan är då frustrerad och försöker lösa situationen med hjälp av aggressivitet. Människans förmåga att uppleva aggression är alltså genetiskt, men hur lätt och starkt människan reagerar på aggressiva känslor är individuellt. Hos vissa människor kan bristen på aggressiva känslor leda till problem genom att de inte kan försvara sig själva. Också starka aggressiva känslor och våld leder till problem. Genom utvecklingen ökar människans förmåga att reda ut konflikter och hantera besvikelser. (Weizmann-Henelius, 1997, s. 11).

Situationer där patienter beter sig hotande eller aggressivt är interaktionssituationer. I situationerna finns alltid två personer och det förekommer alltid utlösande faktorer. Enligt

de psykodynamiska referensramarna finns det alltid någon orsak bakom människans aggressiva beteende. Aggression kan ses som människans styrka som behövs för att uppnå och behålla balansen. Aggression kan vara ett försök att undvika saker som hotar självkänslan, känslan av hjälplöshet eller beroendebelånen. En aggressiv människa har begränsad förmåga att klara av konfliktsituationer och också förmågan att reglera beteendet är bristfällig. Aggressiviteten riktas då mot personen som upplevs vara orsaken till besvikelsen eller som anses stå i vägen. (Weizmann-Henelius, 1997, s. 8 - 9).

Människan och andra flocklevande djur har tre grundläggande faktorer som skapar aggression. Dessa utlösande faktorerna är kopplade till hotet mot vår överlevnad och därför syftar aggressionen till att skydda oss. Den första faktorn är hotet mot avkomma. Reflexmässigt skyddar vi vårt barn, familjen och flocken. Man kan se en våldsam kraft och stort risktagande när en mamma skyddar sitt barn. Likaså om en tigerhona upptäcker att hennes unge är hotad visar hon aggressivitet för att skrämja eller skada den som hotar. Den andra faktorn är hot mot eller intrång i revir. Alla flocklevande individer har ett revir. Ett område kring individen som betraktas som eget. Djur som lever i flock markerar sitt revir tydligt och skyddar gränserna genom att visa aggression mot inkräktare. Men vi människor har också fysiska revir och vi är olika benägna att skydda det. Det fysiska reviret kan ökas eller minskas utifrån yttre förutsättningar. Om en annan människa kommer för nära oss brukar vi reglera och återställa balansen genom att backa ett steg. Den tredje triggeren är hot mot statusen. För ett fungerande samhälle behövs det organisation och beslutsordning. I djurriket handlar det om vem som äter först. Hierarkin inom en flock är nödvändig för överlevnaden och samspelet. Samma gäller för oss människor. De sociala reglerna innehåller en fördelning av makt, kontroll och styrning. Så fort en grupp bildas skapas också roller. Rollerna har olika funktioner när det gäller beslut, struktur och ordning. När någons roll eller status hotas kommer det att väcka irritation eller till och med aggression hos den som är hotad. Forskning har visat att personer med psykiska sjukdom har ibland svårt att hantera och uttrycka sitt revir, vilket då ofta leder till konfliktsituationer. Dessa tre grundläggande faktorerna kan förklara varför aggression uppstår och kan ge ledtrådar till hur man skall bemöta och hantera andras ilska och aggression. (Bauer & Kristiansson, 2012, s.18 - 20).

Orsaker till ett aggressivt beteende har förklarats också med det manliga hormonet testosteron. Det har konstaterats att testosteron ökar på människans färdigheter till strid. Män som beter sig mycket aggressivt har betydligt större testosteronnivåer jämfört med män som inte beter sig aggressivt. Kopplingen mellan aggressivt beteendet och hög testosteronnivån har man inte helt klarlagt. Också låga kortisolhalt har bevisats minska känslan av rädsla,

öka risktagningen och göra människan mera nonchalant mot bestraffningar. Med låg kortisolhalt är inte människan rädd för att bli straffad och hamnar därför lättare i svårigheter och brottslighet. Studier visar att höga testosteronvärden och låga kortisolvärden kan kopplas till aggressivt beteende. Enligt dagens uppfattning kan man säga att den hormonala funktionen påverkar människans aggressiva beteende. Man måste ändå komma ihåg att ett aggressivt beteende inte kan förklaras endast med hormoner utan det finns många andra faktorer som också påverkar. (Rantaeskola, Hyyti, Kauppila & Koskelainen, 2015, s. 17).

Den nutida forskningen strävar till att kartlägga olika faktorer bakom beteendet. En enskild faktor kan förklara endast en minimal del av de individuella skillnaderna när det gäller aggressivt beteende. Bakom beteendet finns olika situationsfaktorer, personlighetsfaktorer, omgivningsfaktorer, biologiska faktorer och kombinationer av dessa och det är inte alltid lätt att skilja på den enskilda faktorns andel i ett beteende. I vissa situationer är det mycket lättare att bli arg och bete sig på ett aggressivt sätt. Många olika saker kan stimulera fram aggressionen genom att väcka negativa känslor. Provokation är den starkaste av dessa, men också frustrationen är en klassisk situationsfaktor. Smärta, känslan av obehag och social stress är också allmänt förekommande faktorer. (Viemerö, 2006, s. 20).

Individens personlighet påverkar människans beteende tillsammans med situationsfaktorerna. De individuella färdigheterna till aggressivt beteende beror på i vilka mängder individens personlighet främjar aggression. Personer med bra självkänsla är benägna att bete sig aggressivt i situationer där deras självkänsla är hotad. Det är alltså inte människorna med låg självkänsla som beter sig mest aggressivt fast man allmänt tror så. Uppfattningar och attityder om aggressionens och våldets tillåtelse i vissa situationer är kopplade till användning av våld i dessa situationer. Aggressiva personer ser ofta aggression hos personer och i situationer där den inte egentligen finns. Vissa fysiska och psykiska egenskaper tillsammans ökar eller minskar på uppkomsten av aggression. Till dessa hör den fysiska kraften, skickligheten, snabbheten, impulsiviteten och viljan av makt och eftersträvan av en viss status. En impulsiv person har svårt att behärska sin aggression. (Viemerö, 2006, s. 20 - 21).

Flera omgivningsfaktorer har långtidseffekter när det gäller vad en individ lär sig och tror på. Exempel på detta är en fysisk omgivning, olika kulturer, socioekonomiskt status, boendeform, vännerna, att utsättas för våld i verkligheten och att utsättas för våld via medier. Alla dessa hör till kategorin omgivningsfaktorer. Aggression och våld förklaras också med ekonomiska samhälleliga och ideologiska faktorer. De som har mindre samhälleliga resurser

blir frustrerade och ifall en frustrerad människa inte bearbetar frustrationen på ett positivt sätt är resultatet ett aggressivt beteende. Föräldrarnas uppfostringsmetoder kan också höra till omgivningsfaktorerna. Vid femårsåldern har barnen redan lärt sig att vara snälla, empatiska eller aggressiva. Hyperaktivitet och impulsivitet är kännetecknen för ett argt och aggressivt barn. Föräldrarna har kanske då en kritisk och negativ inställning till barnet och bryr sig inte om att vägleda barnet. Istället godkänner de det aggressiva beteendet och använder sig av hot, straff och våld som uppfostringsmetoder. (Viemerö, 2006, s. 21).

Flera genetiska och neurologiska faktorer räknas till de biologiska faktorerna. Genom studier har man kommit fram till att vissa delar av det centrala nervsystemet, som exempel temporalloben, talamus, hypotalamus, amygdala och hippocampus är kopplade till det aggressiva beteendet. Forskning har visat också att det finns större risk att bli kriminell ifall biologiska föräldrarna är kriminella än ifall man har upp växt med kriminella fosterföräldrar. Det manliga hormonet testosteron är det viktigaste hormonet som påverkar aggression. Av nervsystemets signalsubstanser, i alla fall adrenalin, noradrenalin, dopamin och speciellt serotonin kan kopplas med aggressivt beteende. Man har upptäckt att människor som beter sig aggressivt har ökad dopamin- och minskad serotoninämnesomsättning. Intelligens och utvecklingsgraden har också varit objekt för aggressionsforskning. En person med lägre utvecklingsgrad använder sig lättare av fysiskt och spontant aggression än en person med högre utvecklingsgrad. Weizman-Henelius upptäckte att kvinnor som begått mord eller grov misshandel har defekter i den sociala utvecklingen. Det är en sak som inte är beroende av de genetiska faktorerna. (Viemerö, 2006, s. 21).

2.2 Den psykiatriska vården

Psykiatri är ett område inom medicin, vars uppgift är att forska och behandla mentala störningar. Psykiatrins vetenskapliga grund baserar sig på forskning om hjärnan och på beteende- och socialvetenskapen. Till psykiatriska verksamheten i Finland hör vuxen-, barn, ungdoms- och rättspsykiatrin som självständiga specialitetsområden. Inom den psykiatriska vården arbetar flera olika yrkesgrupper, som läkare, psykologer, sjukskötare och andra yrkesprofessioner inom social- och hälsovården. (Lönqvist, Henriksson, Marttunen & Partonen, 2017, s. 18 - 19).

Inom specialsjukvården fungerar flera olika enheter, som vuxen-, ungdoms- och barnpsykiatriska avdelningar, polikliniker för allmän psykiatri och polikliniker för geriatriska patienter med psykiska sjukdomar. Patienterna skickas till vården med remiss från primärvården och orsaken kan vara till exempel en allvarlig depression, självmordsrisk, svårt ångestsyndrom eller fobier. Patienten kan också vara psykotisk eller lida av psykos som är orsakad av drogmissbruk. Patienten vårdas på sjukhus endast den tid som är nödvändig för sjukdomens och rehabiliteringens skull. Den korta vårdperioden främjar rehabiliteringen och gör att patienten inte blir avstängd från livet utanför sjukhuset. Men den föredras också av ekonomiska skäl eftersom anstaltvården är mycket dyrare för samhället än öppna vården. (Hietaharju & Nuutila, 2016, s. 18).

Det finns olika avdelningar inom den psykiatriska vården. Den största skillnaden finns mellan öppna och slutna avdelningar. På en sluten avdelning hålls dörrarna låsta, man kommer in och ut från avdelningen endast tillsammans med en vårdare. På en sluten avdelning vårdas patienter som har kommit till avdelningen mot sin egen vilja eller vars psykiska tillstånd är så dåligt att den riskeras av vistelse utanför avdelningen. På en öppen avdelning är dörrarna öppna och man kan fritt röra på sig. (Hietaharju & Nuutila, 2016, s. 19).

2.2.1 Bemötandet av patienten

Vårdarens egna känslor, attityder, värderingar och tidigare erfarenheter påverkar bemötandet av en psykiskt sjuk person. Attityderna mot psykiskt sjuka är oftast negativa och orsakerna kan vara brist på kunskap om psykiska sjukdomar och rädsla för människor som betar sig annorlunda. Utgångspunkten för det professionella bemötandet av en psykiskt sjuk patient är människovärdet och respekt för den andra människan. Vårdarens professionalitet, personlighet, pålitlighet och arbetsmiljön har betydelse vid bemötandet av patienten och för att interaktionen skall fungera mellan vårdaren och patienten. Vid bemötandet är det frågan om relationen mellan vårdaren och patienten, där vårdaren bör alltid försöka förstå patienten. Samspel och växelverkan är viktiga i relationen och vårdaren måste visa äkta intresse för patienten. (Hietaharju & Nuutila, 2016, s. 101 – 102).

Vid bemötandet av en psykotisk patient måste man hålla sig kritisk mot patientens tal, eftersom en psykotisk person oftast inte håller sig till realiteter. Om patienten har hallucinationer skall man inte börja förneka dem, eftersom hallucinationerna är verkliga för

patienten. Det leder bara till att patienten blir irriterad, vilket man skall undvika. Vårdaren skall inte heller gå med i patientens hallucinationer, man kan bara konstatera att man inte ser eller hör saker som patienten försöker ta fram. Man skall också försöka göra patientens problem mera konkreta för att leda patienten tillbaka till verkligheten. Vid bemötandet av en psykiskt sjuk person skall man komma ihåg att ingen har valt att insjukna i psykisk ohälsa. Varje människa är värdefull och det finns något bra hos varje människa att använda som resurs. (Hietaharju & Nuutila, 2016, s. 103).

Det är viktigt att vårdaren inte bara ser patienten som en sjuk person utan som en hel person med olika egenskaper. Att varje människa har möjligheter att utvecklas oberoende av sjukdomen och svårigheterna som patienten varit med om. Det som förenar de olika typerna av psykisk ohälsa kan sägas vara avsaknad av hopp och känslor av maktlöshet. För att patienten kan återhämta sig behövs det hopp. Vårdarens uppgift är att förstärka hoppet hos patienten och detta lyckas genom att få patienten att tro på att förändringen är möjlig, vilket då leder till en viss bestämdhet hos patienten som behövs för att kämpa vidare. (Arvidsson & Skärsäter, 2006, s. 169 - 170).

2.2.2 Vårdrelationen

I relationen mellan vårdaren och patienten är fokus på interaktionen mellan dem. Förtroendet i relationen spelar också en stor roll. Patienten skall kunna anförtro sig åt vårdaren om sina tankar och känslor. De etiska värden och principerna är viktiga i vårdrelationen, som till exempel respekten för den andra människan, individualiteten, tillförlitligheten, rättvisan, tryggheten och hälso- och familjerelaterade vården. Utgångspunkten för vårdrelationen är att verkligen vilja hjälpa patienten. Det är meningen att vårdaren strävar till att förstå patienten och vad det är patienten vill berätta. När samarbetet uppstår skall vårdaren betona tystnadsplikten för patienten och vad det innebär. (Hietaharju & Nuutila, 2016, s. 121 - 123).

Vårdaren skall lyssna aktivt vad patienten har att berätta, utan att avbryta eller argumentera emot patienten. Vårdaren måste också vara bra på att lyssna och ha ett empatiskt förhållningssätt. Fokus skall vara i det patienten berättar, också under brådskande situationer. Målet är att noggrant lyssna och sträva till att förstå meningen i det som patienten berättar och genom det förstå patientens verklighet. Att lyssna på patienten kan också vara ett sätt att göra bedömning. Då är målet att ta reda på vad som är "fel" och inte överensstämmande i patientens tal utan hör till sjukdomens symtom. Eller också vad som är

”rätt” och grundad på verklighet och ärlighet. En bra lyssnare strävar till att förstå hur den andra känner och vad den vill berätta. Fokus skall vara på det aktuella ämnet och att hjälpa patienten att hitta de rätta svaren och fatta de rätta besluten. Patienten skall bli accepterad sådan som hen är och skall bli hjälpt med att uttrycka sig själv. Det som patienten berättar skall tas på allvar utan att man förbjuder något. Humor eller sarkasm hör inte heller till en professionell interaktion. Vårdaren skall inte heller byta samtalsämne vid ångestfyllda diskussioner utan sträva till att förstå erfarenheterna patienten berättar om och uppmuntra patienten att dela med sig saker som patienten funderar på. (Hietaharju & Nuutila, 2016, s. 123 - 126).

Vårdaren skall stödja patienten till ett så aktivt, självständigt och meningsfullt dagligt liv som möjligt. Personer med funktionsnedsättning behöver hjälp för att kunna åter bygga upp sina färdigheter och vårdarnas yrkesområde och kunskapsbas bygger på att stödja och stärka patientens självkänsla, funktionsförmåga, egen makt och delaktighet. Patienter med psykisk ohälsa blir inte rehabiliterade genom att vara passiva mottagare av rehabiliteringsinsatser, utan rehabiliteringen innebär att stödja patienten i sin process mot att upptäcka en ny bild av sig själv och att återhämta sig genom att utveckla och stärka hälsan och välbefinnandet. Då prioriteras återuppbyggnaden av en djupt sårad självkänsla. (Arvidsson & Skärsäter, 2006, s. 174 - 175).

2.2.3 Tvångsvården i Finland

Mentalvårdslagen i Finland säkerställer patienternas rätt till vård. En sjuk människa förstår inte alltid behovet av vården utan motstår den på grund av att sjukdomsinstinkten fattas. Hälsovårdscentralen är den primära aktören när patienten är i behov av vård mot sin vilja. Läkaren vid hälsovårdscentralen kan be polisen om hjälp vid misstanke om att patienten är mentalt sjuk och för att få personen till vidare undersökningar ifall patienten inte själv är villig. Läkaren på hälsovårdscentralen, som då gör undersökningen och är av den åsikten att patientens hälsotillstånd kräver vård, skriver remiss till en psykiatrisk avdelning. Läkaren vid den psykiatriska avdelningen undersöker patienten och fattar beslutet att ta in patienten för observation under de följande dagarna. Under dessa dagar skall det tas i beaktande om det finns förutsättningar för tvångsvård. Det är avdelningens överläkare som gör det slutliga beslutet om patienten skall vårdas på avdelningen. Före beslutet görs skall man också ta reda på patientens egna åsikter om vårdbehovet. Beslutet är i kraft i tre månader men den kan avslutas tidigare ifall man anser att det inte längre finns behov för vård. Om patienten ännu

behöver vård efter tre månader görs en ny bedömning. Fast patienten vårdas mot sin vilja, försöker man planera vården tillsammans med patienten. Patienten har ändå inte lov att lämna avdelningen. (Hietaharju & Nuutila, 2016, s. 24 – 27).

Förutsättningarna för tvångsvården i Finland är noggrant reglerade i lagen. Enligt mentalvårdslagen kan en vuxen människa tas in på sjukhus och vårdas mot sin vilja endast ifall man konstaterar att patienten har en mentalsjukdom och på grund av denna sjukdom är i behov av vård. Man måste också anse att utan vård blir sjukdomen värre, eller att den riskerar hälsan eller säkerheten hos patienten själv eller hos andra människor. Det måste också säkerställas att inga andra mentalvårdstjänster är lämpliga eller tillräckliga för patienten. Alla dessa tre förutsättningar måste uppfyllas innan patienten får vårdas mot sin vilja. (Mielenterveyslaki, 8§ 14.12.1990/1116).

2.2.4 Tvångsåtgärder

I extrema fall kan det behöva användas tvångsåtgärd inom den psykiatriska vården. Till tvångsåtgärden hör isolering och fastspänning. Dessa används enbart då inga andra behandlingsformer har hjälpt, som intensiv diskussion, att få patienten att lugna ner sig i patientens eget rum eller extra medicinering. Man ingriper allvarligt patientens integritet och självbestämmanderätt vid användning av tvångsåtgärden. Därför skall man sträva till att göra situationen så lite traumatiserande som bara möjligt. Situationen skall noggrant förklaras för patienten och patientens tillstånd uppskattas med jämna mellanrum. Situationen skall diskuteras efteråt och personalen skall lyssna på patientens erfarenheter om händelsen, så att känslorna som är kopplade till händelsen neutraliseras på bästa möjliga sätt. (Hietaharju & Nuutila, 2016, s. 26 - 27).

En patient får mot sin vilja isoleras från andra patienter, ifall det är sannolikt att patienten på grund av sitt uppförande eller hotande skadar sig själv eller andra. Ifall vården av andra patienter försvåras på grund av patientens uppförande eller om patienten riskerar sin egen säkerhet eller om man av andra orsak anser att isoleringen är nödvändig för vården av patienten. Vårdpersonalen får då använda de maktmedel som behövs för att hålla fast patienten vid isoleringen. Patienten får också hållas fast av andra orsaker om det är nödvändigt inför vården. Patienten får också spännas fast med bälte då övriga åtgärder inte räcker till. Vid undersökningen av patienten är det läkaren som avgör ifall patienten skall isoleras eller hållas fast. I brådskande fall får vårdpersonalen tillfälligt isolera eller spanna

fast patienten. Men läkaren skall då efteråt omedelbart informeras. (Mielenterveyslaki, 22§ 14.12.1990/1116).

Isoleringen, fasthållandet eller fastspänningen skall avslutas direkt när åtgärden inte längre är nödvändig. Det är den vårdande läkaren som bedömer patientens tillstånd så ofta som hälsotillståndet kräver detta och gör beslutet om åtgärden skall fortsätta eller avslutas. När patienten är isolerad eller fastspänd skall den ansvariga vårdaren se till att patienten får tillräckligt med vård och omsorg och att patienten har möjlighet att prata med personalen så länge åtgärden pågår. Uppgifterna om använda tvångsåtgärden skall meddelas vidare till regionförvaltningsverket mellan två veckors mellanrum. Uppgifterna skall innehålla patienternas identifieringsuppgifter, uppgifterna om åtgärderna och anledningen till dem, samt vem som har fattat beslutet om att åtgärderna utförs. Regionförvaltningsverket skall förstöra patienternas identifieringsuppgifter inom två år efter mottagandet. (Mielenterveyslaki, 22§ 14.12.1990/1116).

Användning av tvångsåtgärder inom den psykiatriska vården har varit ett ämne som diskuterats i kliniska och etiska debatter. Fast samhället önskar att uppnå målet av en vårdkultur där tvångsåtgärder inte används, finns det inga alternativa metoder att använda när det gäller att skydda säkerheten för de våldsamma patienterna och personerna kring dem. Även om praktiken inom den psykiatriska vården har förändrats under åren har användningen av tvångsåtgärder inte minskat. Sjukligheten och dödligheten som är kopplad till användningen av tvångsåtgärder är ett globalt problem. Vårdarna stöter på det juridiska och etiska ansvaret som följd till det moraliska dilemmat att välja mellan säkerheten och patientens värdighet och autonomi. (Jacob, Sahu, Frankel, Homel, Berman & McAfee, 2015, s. 31 – 32).

Enligt forskningsresultat är personalen mera benägna att använda sig av restriktiva ingrepp när patienterna är fysiskt våldsamma. Personalen anser att otillräckliga säkerhetsåtgärder på avdelningen påverkar beslutet att använda tvångsåtgärder. Vårdarna kan vara rädda för det våldsamma beteendet på grund av bristfälliga kunskaper i användningen av alternativa metoder för att kontrollera patienternas våldsamhet. Eftersom flera studier visar att det är aggression som leder till användningen av tvångsåtgärder, kan man ha hjälp av en individuell behandlingsplan. Behandlingsplanens syfte är då att minska på faktorerna som utlöser det aggressiva beteendet hos patienten och kan då minska på användningen av tvångsåtgärder, eftersom identifieringen av faktorerna som orsakar det aggressiva beteendet är viktigt för att

kunna kontrollera beteendet. (Jacob, Sahu, Frankel, Homel, Berman & McAfee, 2015, s. 33, 40).

Enligt Thl:s rapport användes tvångsåtgärder inom psykiatriska specialsjukvården i Finland 4741 gånger år 2015. Den vanligaste tvångsåtgärden var isolering som användes 2044 gånger, fastspänning användes 1110 gånger, medicin injicerades emot patientens vilja 1084 gånger och fysisk fasthållande utfördes 503 gånger. (Thl, 2017).

2.3 Den psykiatriska patienten

Man anser att en person mår psykiskt bra när den självständigt klarar av vardagen, som människorelationerna, arbetet och fritiden, utan att personen själv eller andra personer lider av det. (Hietaharju & Nuutila, 2016, s. 9). Tjugo procent av befolkningen i Finland lider av någon form av psykisk ohälsa. Det finns vissa faktorer som ökar risken att insjukna i någon psykisk sjukdom men man måste komma ihåg att det finns inte endast en orsak till insjuknandet, utan det är alltid flera faktorer som påverkar. (Hietaharju & Nuutila, 2010, s. 27).

Enligt THL:s rapport, vårdades 169 631 patienter inom psykiatriska specialsjukvården i Finland år 2015 och 23 431 av dessa vårdades på en psykiatrisk bäddavdelning. De vanligaste diagnoserna var schizofreni, schizotypa personlighetsstörningar eller paranoida personlighetsstörningar, stämningssyndrom och neurotiska stressrelaterade eller somatoforma störningar. (Thl, 2017).

Patienten har själv ansvar för sig själv och samarbetar med de olika yrkesgrupperna. Uppskattningen som görs av patientens tillstånd skall berättas för patienten personligen och på ett sådant sätt att patienten förstår den. Öppenheten är ett villkor för att patienten skall kunna lita på personalen, behandlingarna och hela vårdorganisationen. Egenskapen som förekommer i flera psykiska diagnoser är att patienten inte är i kontakt med sig själv eller sina angelägenheter. För att samarbetet då skall fungera på ett smidigt sätt krävs det bra yrkeskunskap av personalen. Skrämmande symtom och konstigt beteende, avdelningsvård, informationsbrist och behandlingarnas biverkningar är faktorer som har ökat på rädslan och på de negativa attityderna emot personer som lider av psykisk ohälsa. Det händer att patienterna blir stämplade på ett negativt sätt, alltså stigmatiserade eller till och med diskriminerade. Stigmatiseringen leder till stereotyper om att alla personer med psykisk ohälsa skiljer sig från det "normala". De slutliga konsekvenserna är en försämrad socialt

status och diskriminering. (toim. Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T, 2011, s. 16).

2.3.1 Finns det samband mellan våld och diagnos?

Sambandet mellan psykiska sjukdomar och våldsamt beteende har alltid varit ett ämne som debatteras och frågorna som det verkar vara oerhört svårt att få svar på är; är psykiskt sjuka personer mera benägna att bete sig aggressivt och ifall diagnosen kan uttala våldsamt beteende? Vissa författare har påstått att det finns samband mellan psykiska sjukdom och brott, medan andra har kommit fram till att benägenheten för kriminalitet är mindre bland de psykiskt sjuka personerna jämfört med allmänna befolkningen. Dessa studier har dock haft metodologiska begränsningar. (Cornaggia, Beghi, Pavone & Barale, 2010, s. 10 - 11).

ECA (Epidemiology Catchment Area) har upptäckt att förekomsten av våldsamma händelser är fem gånger högre hos personer med psykiska sjukdomar (schizofreni, mani, svår depression och bipolär sjukdom) jämfört med den allmänna populationen. Upptäckten är överens med en 30 år lång uppföljningsstudie gjord i Sverige. En amerikansk studie har dock visat att våldsam beteende kan kopplas till psykiska diagnos endast då missbruksproblematik är med i bilden. (Cornaggia, Beghi, Pavone & Barale, 2010, s. 11).

I Sverige studerades under år 2008 och 2009 kopplingen mellan psykisk ohälsa och våldsbrott genom att intervjua patienter inom rättspsykiatri. Alla 46 deltagare hade begått vålds- eller sexualbrott och blivit dömda till psykiatrisk vård. Studiens syfte var att ta reda på vad personerna själv tyckte var orsaken till brotten de begått. Endast 4 av deltagarna ansåg att sjukdomen var orsaken till brotten medan 13 svarade att den psykiska sjukdomen hade påverkat händelserna. 15 av deltagarna hade åsikten att sjukdomen inte hade någon betydelse. Andra påverkande faktorer som kom fram var missbruk och aggression. Vad var då orsaken till att 15 av deltagarna hade den åsikten att deras sjukdom inte hade påverkat brotten de begått? Hade de fel? Eller hade de rätt och domstolen hade uppskattat situationen fel och sjukdomen hade inte påverkat händelserna? Det är svårt att svara på. Då man tittar på frågorna som deltagarna svarade på under intervjuerna, kan man tolka att en del av deltagarna kan ha fel när det är frågan om sjukdomens påverkan i händelserna. Eftersom deras svar syftar starkt till att kopplingen finns mellan sjukdomen och brotten. Det kan alltså hända att deltagarna inte förstod att deras sjukdom påverkade händelserna eller att de inte

ville skylla på sjukdomen utan ansåg att de själv skulle ta skulden. (Radovic & Höglund, 2013, s.142 – 148).

Inom litteraturen presenteras psykiskt sjuka patienter oftast som aggressiva. Inom den psykiatriska undervisningen betonar man däremot att aggressiviteten inte alls är högre bland de psykiskt sjuka patienter jämfört med medeltalet av befolkningen. Nuförtiden tänker man hela tiden mer och mer att det finns koppling mellan sjukdom och aggressivitet. Ilskan är alltid i någon form kopplad till sjukdomsbilden bland de psykiska diagnoserna och aggressionen ses som symtom på flera olika sjukdomar inom psykiatri. Fast det inte diskuteras mycket så är risken för hotande beteende ett av kriterierna för tvångsvård. Inom den psykiatriska vården tar vårdarna inte alltid i beaktande den ”onda” sidan som hör till psykiska sjukdomar eller så utesluts patientens möjliga våldsamhet helt och hållet i arbetet. (Weizmann-Henelius, 1997, s. 23).

2.3.2 Diagnoser som kan kopplas till aggressivt beteende

Paranoid Schizofreni är diagnosen som mest sannolikt har samband med aggressivt beteende, eftersom personer med denna diagnos har förmågan att planera sitt beteende och reagera aggressivt som svar på deras vanföreställningar. Hos personer med oorganiserad schizofreni är beteendet inte planerat, vilket oftast har mindre seriösa konsekvenser. Aggressiviteten är ganska vanlig också hos patienter som lider av anti-social personlighetsstörning. Endast några studier har undersökt kopplingen mellan aggressivitet och borderline personlighetsstörning, som i huvudsak är kopplad till aggression mot föremål. Andra psykiatriska sjukdomar kopplas mera sällan till aggressivt beteende. (Cornaggia, Beghi, Pavone & Barale, 2010, s. 11).

När människan insjuknar i schizofreni brister personligheten och det förekommer avvikelser och störningar i personens tankesätt, känslor och beteende. Verklighetsuppfattningen blir sämre, personen har en förvrängd bild av världen omkring sig och kan ha vanföreställningar. Den som lider av schizofreni drar sig undan människorelationer. Defekterna i känslolivet kan göra personen känslolös, kall och till och med fientlig mot andra människor. När förmågan att kontrollera känslorna blir sämre ökar risken för aggressivt beteende. I psykotiska situationer kan verklighetsuppfattningen vara mycket bristfällig och personen kan då bete sig enligt sina inre stimuleringar. Man måste ta i beaktan att de emotionella reaktionerna och beteendet inte går hand i hand hos personer som lider av schizofreni. Därför

kan det våldsamma beteendet komma som en överraskning. Det aggressiva utbrottet behöver inte vara kopplat till den sociala situationen och det kan hända att det inte går att hitta någon orsak till utbrottet. En psykotisk person upplever lätt omgivningen, som den inte kan kontrollera som hotande. (Weizmann-Henelius, 1997, s. 24).

Paranoida patienter kan bete sig på ett oberäkneligt sätt ifall de upplever att de är hotade. En paranoid person reflekterar egna avsikter, känslor och tankar på omgivningen. Via reflektionen upplever den paranoida personen att avsikten och känslorna hör till de andra människorna. Att reflektera de aggressiva impulserna leder till att den paranoida personen misstänker andra för det fientliga beteendet. Vid ökad ångest kan personen bli farlig. En paranoid person är rädd att mista kontrollen och personens åsikter avviker från verkligheten. En paranoid person kan ha känslor av hat och tankar om att hämnas personer med auktoritet, som läkare eller vårdpersonal. (Weizmann-Henelius, 1997, s. 26 - 27).

Den psykotiska personens förmåga att observera omgivningen är störd på grund av brister i kontrollen av impulser och beteendet. Därför är personen mera benägen att göra saker som hen inte annars skulle göra. Enligt studier kommer aggressiviteten hos psykiskt sjuka fram mera som verbalt hot än som våldsamma handlingar. Och psykiska sjukdomar ökar risken för brott och aggressivt beteende. Risken höjs ytterligare vid missbruk. När man uppskattar risken för aggressivt beteende hos psykiskt sjuka personer måste man beakta sjukdomens kvalitet och svårighetsgrad. (Weizmann-Henelius, 1997, s. 23).

Människans personlighet utvecklas genom växelverkan mellan medfödda egenskaperna och omgivningen. Det har en stor betydelse med vem man är i interaktion med när man är liten. Senare utvidgas påverkan av interaktionen gradvis till omgivningen och samhället. För att barnet skall känna sig tryggt, måste det ha trygga människorelationer. Regleringen av känslor och beteende lär vi oss i den omgivning vi växer och där vi bör anpassa oss. Vid femårsåldern har de emotionella dragen, reaktionssättet och beteendet ganska långt utvecklats hos barnet. Dessa egenskaper påverkar de personlighetsdrag som uppstår senare i livet, också de möjliga störningarnas kvalitet och grad. Med personlighetsstörningar menar man alltså störningar i personlighetsdragen. Då har personen svårigheter med att anpassa sig till omgivningen eller personens handlingssätt orsakar svårigheter. Handlingssätten kan till och med orsaka lidande hos personen. En människa med personlighetsstörningar har svårt att kontrollera känslor och kan då lösa konfliktsituationer med våld. (Weizmann-Henelius, 1997, s. 26 - 27).

2.4 Att förebygga våld

Vårdarna bör vara aktiva när det gäller att förutse risksituationer på arbetsplatsen för att kunna förebygga dem. Det är bra om man har redan på förhand kommit överens om tillvägagångssätt inför aggressiva situationer på avdelningen. Dessa metoder skall man också träna på. På vårdanstalten skall det noggrant övervägas behov av kameraövervakning, användning av väktare, hur larmsystemet fungerar och hur ändamålsenlig det är. (Partanen, Holmberg, Inkinen, Kurki, & Salo-Chydenius, 2015, s. 236).

Personalen som jobbar inom psykiatriska vården måste utföra snabba och noggranna riskbedömningar angående uppskattningen av patienternas våldsamt beteende. Bedömningar krävs för tidig identifikation och förebyggande av våldsamt beteende och för att förbättra säkerheten både hos personalen och andra patienter. För att riskbedömningen skall vara effektiv måste man vara medveten om riskfaktorerna för våldsamt beteende. Genom att identifiera riskfaktorerna stöder man förebyggandet av våldsamma situationer. Det förebyggande arbetet är viktigt för att kunna minska på de negativa resultaten som är kopplade till våld, som skador, isolering av patienter och andra tvångsåtgärder, förlängda vårdtider, skador på egendom och ekonomiska belastningar kopplade till sjukledighet och funktionsnedsättningar. (Sands, Elsom, Gerdtz & Khaw, 2011, s. 690 - 691).

Studier har visat att fientligt och hatfullt beteende som upptäcks hos patienter är en betydelsefull riskfaktor för våld. Tankestörningar, som förekommer hos psykotiska personer är förknippade med risken för våld men också de positiva symtomen hos personer med schizofreni. Andra riskfaktorer som har framkommit i flera studier är misstänksamhet och irritabilitet hos patienterna. Också patienter med sämre social funktionsförmåga eller antisocial personlighetsstörning har större risk för fysisk våldbenägenhet, eftersom studier visar att våldsamma patienter drar sig undan sociala kontakter. Dålig egenvård räknades som riskfaktor till våld i några studier. Med dålig egenvård menades dålig hygien, sämre intresse för utseendet, brist på noggrannhet och oförmåga att hålla sig till rutiner. (Sands, Elsom, Gerdtz & Khaw, 2011, s. 692 - 694).

MAPA (management of actual or potential aggression) är en metod som har utvecklats i England. Metoden utvecklades för behandling av aggressiva patienter och som protest mot Control and Restraint -metoden, där ledernas fastlåsning och extrema positioner är tillåtna. Metoden kom till Finland i början av 2000-talet och till början användes den endast inom psykiatrin men under den senaste tiden har den även börjat användas inom specialundervisningen, äldreomsorgen, barnskyddet och inom den somatiska vården.

Grundtankarna i metoden är trygghet och smärtfrihet. För att kunna minska på oroligt och aggressivt beteende är de förebyggande åtgärderna viktiga. Skolningens mål är att försöka fundera över och förstå det aggressiva beteendet för att sedan kunna svara till det på ett vettigt och effektivt sätt. Olika övningar är också en viktig del av skolningen. Med hjälp av dessa, lär man sig att känna till resultaten av de egna handlingarna. Till skolningens grunder hör interaktionen, samspelet och att kunna förutse aggressivt bemötande på avdelningen. Också vikten av egna attityden och beteenden betonas under skolningens gång. (Suomen mapa keskus).

Det finns en del studier, där man har varit intresserad av att ta reda på patienternas erfarenheter och anseenden vid aggressiva situationer. Några av dessa studier visar att patienterna är medvetna om att deras psykiska symtom är en av orsakerna till att de känner sig upprörda före de aggressiva utbrotten inträffar. Dessa patienter befann sig i det ”akuta skedet”, var maniska eller desperata, och hörde röster eller upplevde hallucinationer. Känslor av frustration, irritabilitet, ilska, otrygghet och ångest beskrevs ofta som förstadiet till händelserna. Dessa känslor har kopplats till att väcka tidigare negativa erfarenheter hos patienter. I studierna berättar deltagarna att de är instabila och känner att de inte har någon kontroll över sig, vilket betyder att det inte behövs mycket för att få dem ur balans. En del av deltagarna upplevde att de hade kontroll över sig själva, men endast till en viss gräns. Medan några ansåg att de hade förmågan att kontrollera graden av intensiteten i deras aggressiva beteende. Det upplevdes också att kraven som personalen hade för att kontrollera sina känslor och upprätthålla ordningen på enheten var orealistiska och inte möjliga att uppnå. Strategierna, som patienterna kunde använda sig av för att kontrollera sina känslor, var stöd av personalen eller att hålla sig undan svåra situationer. Dessa kunde kombineras med olika aktiviteter, som att läsa, rita eller att delta i olika fysiska aktiviteter. (Gudde, Olso, Whittington & Vatne, 2015, s. 453).

Känslan av att inte ha kontroll över sig själv blev värre i en omgivning av osäkerhet och oförutsägbarhet på en orolig avdelning med stängda dörrar och brist på personal. I de flesta av studierna betonar patienterna att det är karaktären i avdelningens miljö som är faktorer som kan orsaka att aggressiva händelser uppstår. Atmosfären som uppstod på grund av negativa avdelningsstrukturer upplevdes ibland som begränsande istället för vårdande. Miljön på avdelningen beskrevs oftast som negativ på grund av brådska och oro. Avdelningarna var överfyllda och stressiga med mycket oljud. Avdelningen upplevdes också flera gånger som en otrygg och skrämmande plats som orsakade ångest för patienterna. Också provokationer och bristande överenskommelser mellan patienter med olika

beteendsvårigheter kunde leda till mobbning, brist på kommunikation eller till missuppfattningar mellan patienterna. Personalens kommunikationssätt kunde endera provocera eller förhindra uppkomsten av aggressiva situationer. Situationer där kommunikationen provocerade fram det våldsamma beteendet hos patienterna var när de blev feltolkade eller ignorerade. Patienterna hade också upplevt brist på vård och empati från personalen och fick då känslan av att inte få tillräckligt med stöd. (Gudde, Olso, Whittington & Vatne, 2015, s. 453 - 457).

Deltagarna i studien Kontio, et.al. (2014, s. 274 – 276) ansåg att de inte hade fått tillräckligt med uppmärksamhet under vårdperioden. De kom ihåg de upplevda känslorna av ensamhet, uttråkning, kontroll, rädsla och osäkerhet ännu flera år efter vårdperioden. Enligt dem hade de inte fått tillräckligt med information om sin situation och vårdplan. Också informeringen om orsakerna till isoleringen och andra använda tvångsåtgärder hade varit bristfällig. Vårdarnas frånvaro orsakade känslor av ensamhet. Patienterna kom också ännu ihåg hur uttråkade de var på grund av brist på aktiviteter. Också väntetiderna var långa. Enligt patienterna är väntandet utan aktiviteter ett seriöst problem som är relaterad till aggression och våld på avdelningen. De hade väldigt lite att göra och patienterna väntade största delen av tiden på något. De väntade att få prata med vårdarna eller att få träffa läkaren. Mellan måltiderna och planerade dagliga gruppaktiviteter hade patienterna inget att göra. Därför såg patienterna på tv eller observerade varandra den största delen av tiden, vilket kunde väcka misstänksamma tankar hos dem. (Kontio, Anttila, Lantta, Kauppi, Joffe & Välimäki, 2014, s. 274 - 276).

Deltagarna berättade också att personalen hade haft strikta regler och auktoriserad kontroll på avdelningen. Reglerna var inte individuellt planerade utan samma för alla. Oavsett om de hade orsakat problem eller inte. Deltagarna trodde att en orsak till aggressivt beteende kunde vara att vården och behandlingen varierade beroende på vem i personalen som hade skift. En del av personalen gav adekvat information och stöd men en del gav inte. De beskrev en del av personalen som otrevliga medan andra var professionella, empatiska och stödjande. Rädsla och osäkerhet var känslor som patienterna kände när aggression och våld var närvarande på avdelningen. Patienterna var rädda för andra patienter som de var obekanta med och som uppförde sig på ett aggressivt och våldsamt sätt. Patienterna önskade också att de skulle få mera information om vården, vad som kommer att hända näst och orsaken till att de är inlagda på avdelningen. (Kontio, Anttila, Lantta, Kauppi, Joffe & Välimäki, 2014, s. 274 - 276).

3 Teoretiska utgångspunkt

Skribenten valde att använda den sociala inlärningsteorin och Människa till människan-relationsmodellen som teoretisk utgångspunkt i examensarbetet. Banduras [1977] inlärningsteori handlar om att inläringen i sociala sammanhang sker genom att observera andras beteende. Medan Travelbees [1966] Människa till människan-relationsmodellen grundar sig på vårdrelationen mellan vårdaren och patienten.

3.1 Social inlärningsteori

Enligt den sociala inlärningsteorin är aggressionen ett socialt beteende som man har lärt sig genom samma principer som man lär sig andra beteendemodeller. Enligt Banduras [1977] hypotes, leder vissa handlingar till ett dåligt resultat och andra till belöning. Beteenden som leder till belöning blir då starkare. Människor som betar sig aggressivt har alltså lärt sig att reagera på ett aggressivt sätt och får belöningen genom sitt uppförande. Olika sociala faktorer eller faktorer i omgivningen triggas fram det aggressiva beteendet. De som representerar denna teori anser inte att aggressionen beror på en viss faktor utan ser den som en större helhet där människans tidigare erfarenheter, det lärda beteendet och andra yttre faktorer spelar roll. (Weizmann-Henelius, 1997, s. 14 - 15).

Inläringen i Banduras [1977] teori sker via fyra olika processer, Attentional processes, Retention processes, Motor reproduction processes och Motivational processes. Attentional process (uppmärksamheten) är det första steget i inläringen. För att vi skall kunna lära oss ett nytt beteende, måste vi vara uppmärksamma och korrekt förstå de betydelsefulla kännetecknen i mönstret vi observerar. Uppmärksamheten avgör också vad vi väljer att observera i situationen och vad som fångas upp i den. Olika faktorer reglerar observationernas mängd och typ. Dessa faktorer kan vara karaktär hos den som observerar, karaktär i observerade modellens beteende eller karaktär som har att göra med människornas interaktioner. Bland de olika avgörande faktorerna för uppmärksamheten är de associativa förebilderna viktigaste. Människor som man ofta umgås med avgör vilken typ av beteende man upprepade gånger observerar och därav lär sig med största sannolikhet. Som exempel är möjligheterna att lära sig aggressivt beteende betydligt större för medlemmar i kriminella grupper. I alla sociala grupper får vissa personer mera uppmärksamhet än andra och då varierar också effekten av beteendet som observeras. Därför är det också av stor betydelse

vilka som observeras och vilka som ignoreras. På grund av sociala medier kan människorna idag observera och lära sig olika sätt att uppföra sig utifrån dem. (Bandura, 1977, s 24 - 25).

Retention Process (att komma ihåg) är den andra processen i inlärningen. För att man skall ha nytta av observationerna efter att det observerade objektet inte längre är närvarande, måste återkopplingsmodellen fungera i minnet i symbolisk form. Med symbolernas hjälp kan övergående erfarenheter av mönstret hållas kvar i minnet. Det är den avancerade kapaciteten av symbolisering som möjliggör människan att lära sig stora delar av beteendet genom att observera. Inlärningen som sker via observation baserar sig på två representativa system – den visuella och verbala. Visst beteende minns man genom bilder. Sensorisk stimulation aktiverar förnimmelser som ökar på vår uppfattning av den externa händelsen. Efter att vi har fångat stimuli upprepade gånger skapas den bestående bilden av mönstret. Den visuella bildframställningen spelar en viktig roll i inlärningen under utvecklingen i de tidiga åren när de verbala kunskapen har inte ännu utvecklats. (Bandura, 1977, s. 25 – 26).

Verbal kodning av olika beteendemönster är det andra systemet, som har betydelse vid inlärningen. Största delen av kognitiva processer som styr beteendet är huvudsakligen verbala. När vi till exempel kör bil, kan vi memorera ruttens detaljer för senare behov genom att konvertera den visuella informationen till verbal och på detta sätt beskriva var man svänger till höger och när man svänger till vänster, istället för att behöva komma ihåg bilden av hela ruttens. De symboliska koderna underlättar inlärningen som sker via observationer och memoreringen av observationerna, eftersom de bär med sig mycket information i en lätt hanterbar form. Efter att de olika beteendemönstren har förvandlats till bilder och därpå till verbala symboler, fungerar minneskoderna som vägledare för hur människan uppför sig. Utöver symbolisk kodning är träningen ett viktigt stöd för att komma ihåg dessa nya beteendemönstren. När människan repeterar mönstren, har den lättare att komma ihåg dem. (Bandura, 1977, s. 26 – 27).

Motor Reproduction Process (Motorisk reproduktion) är den tredje processen och den går ut på att man skall kunna överföra den inlärd kunskapen i det egna beteendet. För att kunna noggrant kopiera olika beteendemönstren måste personen ha de motoriska egenskaperna som behövs för att utföra mönstret. Beteendet skapas genom att organisera olika reaktioner så att de överensstämmer med mönstret. I början organiseras responsen på kognitiv nivå. Hur mycket en person klarar av att kopiera nytt beteende beror på personens resurser. Personer som har de resurser som behövs kan lätt koppla ihop till nya modeller. Men vid bristfälliga egenskaper blir också reproduktionen bristfällig. För att lyckas med processen krävs det oftast bra anpassning och flera försök. Ett vanligt problem med att lära sig ny

avancerad kunskap är att man inte fullständigt kan observera den egna reaktionen och därför måste lita på obestämda kinestetiska signaler eller feedback man får utav andra människor. Det är svårt att styra handlingar som endast delvist går att observera och att identifiera vad som behöver korrigeras för att nå målet. (Bandura, 1977, s. 27 – 28).

Den sista processen kallas för motivational process (motivation). Människor tillämpar inte allting de lär sig. Det är mera sannolikt att de tillägnar sig det nya beteendet ifall det leder till resultat som de värdesätter än ifall resultatet inte alls är givande och till och med har bestraffande effekt. På samma sätt påverkar de iakttagna konsekvenserna beteendets utförande. Bland de oberäkneliga observationerna, de beteenden som ser ut att vara effektiva för andra är populärare än beteenden som man har sett ha negativa konsekvenser. Intrycken som människorna får genom det egna beteendet styr också vilka observerade och inlärd beteendemönster som kommer att användas. Ett visst beteendemönster behöver inte automatiskt skapa likadant beteende i den som observerar eftersom det finns flera faktorer som styr inläringen. Det kan hända att någon härmar exakt ett visst beteende utan att överväga de underliggande processerna. Eller att man misslyckas som observant och inte klarar av att anpassa sig till ett visst beteende. Det kan bero på att man inte observerar de relevanta sakerna i handlingen, kodningen av händelsen är otillräcklig för att nå en bild i minnet, att man inte kommer ihåg vad man har lärt sig, har fysisk oförmåga att utföra beteendet eller att man inte är tillräckligt motiverad. (Bandura, 1977, s. 28 – 29).

3.2 Människa till Människan-relationsmodellen

Travelbee [1966] definierar människan som en unik, ovärderlig individ. Alla människor är likadana men ändå olika jämfört med vem som helst som någon gång har levt eller kommer att leva. Vårdaren och patienten är båda människor. Människan står kontinuerligt i olika förändrings- och utvecklingsprocesser. Enligt Travelbee [1966] finns det inga patienter. Det finns endast individer som är i behov av vård, tjänster eller hjälp av andra människor som anses kunna ge den hjälp som behövs. Sjukskötaren är också en människa. En människa som har kännedom och förmåga att använda den till att hjälpa andra människor. Sjukskötaren kan hjälpa andra genom att förebygga sjukdomar, hjälpa dem att bli friska och att hitta betydelsen för insjuknandet eller för att uppehålla hälsa och välmående på bästa möjliga sätt. Sjukdom definieras genom objektiva och subjektiva kriterier. Objektiva kriterier betingas genom sjukdomens upptäckbara verkan på individen. Subjektiva kriterier hänvisar till hur människan upplever sjukdomen. (Marriner – Tomey, 1994, s. 344 – 345).

Travelbee [1966] definierar vården som en process mellan människorna, där den yrkeskunniga vårdaren hjälper individen, familjen eller samhället att förebygga upplevelser av sjukdom och lidande eller att överleva dessa och vid behov hitta en mening för upplevelserna. Vården är en process mellan människorna, eftersom det är en upplevelse som sker mellan vårdaren och individen. Vårdmålen kan nås genom att skapa Människa till Människan-relationsmodellen och den nås via kommunikation. Modellen beskriver interaktionen mellan vårdaren och patienten. Relationsmodellen består av fem faser; det första mötet, formulering av identiteten, empati, sympati och förtroenderelationen. (Marriner – Tomey, 1994, s. 344 – 345).

Det första mötet består av de första intrycken som både vårdaren och patienten får av varandra. Båda uppfattar varandra då i stereotypa roller. Formulering av identitet är den andra fasen. I denna fas ser både vårdaren och patienten varandra som unika individer. Relationen mellan vårdaren och patienten börjar uppstå. Empati är fasen som karaktäriseras av förmågan att ta del av den andra människans upplevelser. Som resultat av detta steg utvecklas förmågan att förutse den andra människans beteende. Empatiprocessen förstärks genom likadana upplevelser och viljan av att förstå den andra människan. Sympati går utöver empatin och framträder genom vårdarens vilja att lindra patientens sjukdom eller lidande. När man känner sympati är man medlidande men ändå på ett sådant sätt att funktionsförmågan inte blir förlamad på grund av medlidandet. När relationen har nått Sympatifasen, skall vårdaren vidareutveckla vården som skall hjälpa patienten. Vården förutsätter en kontrollerad, förnuftig ansats kombinerad med terapeutiskt handlingsätt. Förtroenderelationen, som är den sista fasen i modellen, består av vårdåtgärd som lindrar den sjuka personens lidande. Vårdaren och den sjuka personen förhåller sig till varandra som en människa till en annan människa. Den sjuka tror och litar på vårdaren. Vårdaren klarar av att skapa en konfidentiell relation med hjälp av sin kunskap och information om den sjuka människan och på grund av att vårdaren kan förstå och värdesätta att den sjuka människan är unik. (Marriner – Tomey, 1994, s. 346 – 348).

4 Syfte och frågeställningar

Syftet med arbetet var att göra en litteraturstudie som beskriver hur våldsamt beteende kan förebyggas inom psykiatriska vården. Skribenten ville ta reda på vad som är orsaken till att patienter beter sig på ett aggressivt sätt inom den psykiatriska vården och vad som kan göras

för att undvika att våldsamma situationer uppstår. Personalen som arbetar inom psykiatriska vården kan sedan ha nytta av att veta hur våldsamma händelser kan förebyggas.

Frågeställningarna är följande:

- Vad anser personalen vara orsaken till patienternas aggressiva beteende?
- Hur kan våldsamma händelser förebyggas inom psykiatriska vården?

5 Metod

Examensarbetet är en kvalitativ studie och skribenten har valt att göra en systematisk litteraturöversikt. Kvalitativ metod används när man vill studera personers levda erfarenheter av ett fenomen. I en erfarenhet finns det ingen absolut sanning och heller inget som är fel. Meningen är att forskningen då äger rum i fenomenets naturliga miljö och studien formas av kontexten som den utförs i. (Henricson, 2017, s. 111).

Under varje kapitel beskrivs relevant fakta om de olika stegen i examensarbetet och hur skribenten har genomfört dessa steg.

5.1 Val av material

Vid datainsamlingen låg fokus på att hitta material som gav svar på frågeställningarna skribenten hade formulerat, så att resultatet sedan stöder syftet med arbetet. Med hjälp av materialet ville skribenten få fram vad personalen anser vara orsaken till patienternas aggressiva beteende och hur de våldsamma händelserna kan förebyggas inom psykiatriska vården. Materialet samlades från databaserna CINAHL

5.2 Systematisk litteraturstudie

Systematisk litteraturstudie valdes som datainsamlingsmetod. Syftet med den systematiska litteraturstudien är att få en bild av forskningsläget och ett underlag för den evidensbaserade vården. (Henricson, 2017, s.375). En förutsättning för att systematiska litteraturöversikter

kan göras är att det finns tillräckligt med studier av god kvalitet som utgör underlag för bedömningar och slutsatser. När man gör en systematisk litteraturstudie skall frågeställningen vara noggrant formulerad. Man skall ha tydliga kriterier och metoder för sökning och urval av artiklar. Man skall ha med alla relevanta studier och svaga studier skall uteslutas. Man skall inte heller enbart presentera nyttan utan också riskerna. Man skall också ha med extraktion av data och tabellering från studier som har kvalitetsgranskats. (Forsberg & Wengström, 2015, s. 26 - 27).

En litteraturstudie innebär att systematiskt söka, kritiskt granska och sedan sammanställa litteraturen inom problemområdet man har valt. Syftet är att åstadkomma en syntes av data från empiriska studier som tidigare gjorts. Det finns inga regler för antal studier som skall ingå i en litteraturstudie. Det bästa är att hitta och ta med all relevant forskning som gjorts inom ämnet. Av praktiska och ekonomiska skäl är detta inte ändå alltid möjligt. (Forsberg & Wengström, 2015, s. 30).

Scoping review är en översiktsstudie med bredare inriktning. Med scoping review får man en bild av forskningen inom ett visst område och den kan göras för att kunna besluta om det är möjligt att göra en systematisk studie. Med en scoping review kan man också uppfatta områden där lite forskning finns eller forskningen är under uppbyggnad och det är därför svårt att göra en systematisk litteraturstudie. Benämningen scoping review har använts från år 2005 och hela tiden publiceras allt flera översiktsartiklar med denna benämning. En scoping review kan användas för att undersöka omfattningen av studier inom ett visst område utan att detaljerat beskriva resultaten. Skribenten kan då ta med en bredd av vetenskapliga artiklar och skapa resultat som kan komplettera kunskap från systematiska litteraturstudier. (Forsberg & Wengström, 2016, s. 169 – 170).

Eftersom både kvalitativa och kvantitativa artiklar används i examensarbetet uppfylls inte kraven fullständigt för en litteraturstudie. Arbetet lutar sig därför mera mot en scoping review där inriktningen får vara bredare.

Artiklarna söktes från fyra olika databaser: CINAHL with Full Text EBSCO, PubMed, Springer Link och Finna. Största delen av artiklarna som användes hittades från Springer Link. Sökningens tidpunkt var januari 2018-februari 2018. För att hitta de mest relevanta studierna som svarar på skribentens frågeställningar begränsades sökningarna med flera olika sökord och olika kombinationer av dessa. Sökord som mest kombinerades var aggression, violence, hostility, psychiatry, psychiatric care, psychiatric unit, mental care, nurse, nursing, prevention, to prevent, de-escalation och aggression management. Skribenten

valde att ta med studier från år 2008 till 2018 och skribenten sökte endast efter engelskspråkiga artiklar med begränsningen ”peer reviewed”. Sökningarna begränsades inte med ”full text” så att inga viktiga studier skulle lämnas utanför sökresultaten, eftersom det fanns möjlighet att söka dem på annat håll. Några studier hittades också genom andra artiklars referenser. Litteraturstudier och referat exkluderades. Också artiklar som handlade om aggression inom annat område än psykiatri och artiklar som handlade om orsaker till barnens eller tonåringarnas aggressiva beteende exkluderades. Fokuset var på vuxna patienter som vårdades inom psykiatrin.

Ämnet var så brett att sökningarna gav massor med resultat. Oberoende antalen sökord och begränsningar gick det inte att snäva till sökresultaten. Av den stora mängden artiklar valdes de som gav svar på skribentens forskningsfrågor enligt abstrakten på artiklarna. Skribenten hittade 21 artiklar, som bestod av både kvalitativa och kvantitativa studier. Kvantitativa studier togs också med i arbetet så att materialet skulle räcka till och för att de också gav svar på skribentens frågeställningar. Efter att skribenten hade läst igenom artiklarna exkluderades ännu 6 artiklar som inte direkt svarade på frågeställningarna.

Skribenten valde att göra en resumè över de valda artiklarna. Tabellerna finns i slutet av examensarbetet. Kvalitativa (Bilaga 2) och kvantitativa (Bilaga 3) artiklarna presenteras skilt. Enligt Forsberg & Wengström (2016, s. 149 - 151) skall de valda artiklarna som resultatet bygger på presenteras. Den översiktliga presentationen kan göras i en resumè, där artiklarna beskrivs i detalj. Man skall då presentera författarna, titeln, publiceringsåret, syftet, metoderna och resultatet. Beskrivningen kan göras på olika sätt genom att använda sig av tabeller, figurer eller kompletterande text för att lyfta fram innehållet och resultatet i artiklarna.

5.3 Innehållsanalys

Den kvalitativa innehållsanalysen används oftast då man vill analysera kvalitativt material och tolka dess mening. Genom innehållsanalysen kan man uppskatta och beskriva ett fenomen. Förutsättningarna för en lyckad innehållsanalys är att data kan sammanfattas i olika koncept genom att skapa kategorier, begrepp och olika mönster som sedan beskriver fenomenet som man studerar. Det är frågeställningarna som avgör vad som skall analyseras och vilka kategorier och mönster som skall skapas. För arbetets giltighet är det viktigt att förklara hur man har fått fram resultatet. Läsaren skall ha möjlighet att förstå slutsatsen i

innehållsanalysen och resultatet. Analysprocessen kan delas i tre fas; förberedelsen, organiseringen och redovisningen av resultatet. Under förberedelsefasen samlar man in materialet som skall analyseras. Man får en uppfattning om materialet man har samlat och utformar meningsenheterna enligt den. Under organisationsfasen sammanfattar man innehållet i kategorier och när resultatet redovisas, beskrivs fenomenet genom de olika kategoriernas innehåll. (Elo, Kääriäinen, Kanste, Pölkki, Utriainen & Kyngäs, 2014, s. 1 - 2).

Skribenten läste noggrant igenom alla artiklar två gånger. Den första gången kontrollerades att artiklarna svarade på frågeställningarna och den andra gången underströks meningar eller stycken där svaren hittades. Efter det lästes understrukna stycken igenom och skribenten sammanfattade informationen till kortare meningsenheter. Liknande meningsenheter samlades ihop och kategorierna formulerades. Efter att kategorierna hade skapats, formulerades ännu underkategorierna och meningsenheterna kopplades ihop med rätt underkategori. Eftersom skribenten hade två frågeställningar som artiklarna skulle svara på, gjordes också två olika kategorischeman. Kategorischeman finns som bilaga i slutet av arbetet (bilaga 4 och bilaga 5).

5.4 Etiska överväganden

För att studien kan kallas etisk måste den handla om väsentliga frågor och ha en god vetenskaplig kvalitet. Studien måste också genomföras på ett etiskt sätt. Man kan ta reda på forskningsfrågans väsentliga värde genom att ställa frågan: för vem är forskningen värdefull och på vilket sätt? Inom den humana forskningen antas det att en studie kan vara till nytta för individen, samhället och professionen. (Henricson, 2017, s. 64 - 65).

Enligt Henricson [2016] tänker inte alla på att även litteraturstudier väcker etiska frågor. Ifall studenten har begränsade kunskaper i engelska eller begränsade metodologiska kunskaper för att kunna förstå och göra rättvisa bedömningar av alla artiklar som ingår. Det finns då risker för feltolkning och att grupper beskrivs nedlåtande. (Henricson, 2017, s. 72 - 73).

Etiken hör också ihop med trovärdigheten när det gäller vem som har skapat texten. Textens skapare skall nämnas så att inte författaren gör sig till ägare av någon annans text. Citat och referenser skall också anges korrekt. Plagiering betyder att man tar något som någon annan har gjort och för det vidare som om det var ens eget. Med fusk och ohederlighet inom

forskningen avses avsiktlig förvrängning av forskningsprocessen genom stöld eller fabricering av data eller plagiering av data eller text som är skrivet av en annan forskare. (Olsson & Sörensen, 2008, s. 58).

Skribenten har noggrant tänkt igenom arbetets syfte och formulerat frågeställningarna så att svaren på dessa stöder arbetets syfte. Artiklarna som har använts i arbetet har blivit lästa flera gånger så att risken för feltolkning minimerats och skribenten har gjort sitt bästa med de metodologiska kunskaperna hon har. Skribenten har också följt anvisningarna för arbetet genom hela processen.

6 Resultat

I kapitlet presenteras resultatet som skribenten fått fram genom innehållsanalys av de 16 vetenskapliga artiklarna, som bestod av 10 kvalitativa studier och 6 kvantitativa studier. Resultaten av de kvalitativa och kvantitativa studierna framförs skilt, genom att först presentera resultatet från de kvalitativa studierna och sedan resultatet från de kvantitativa studierna.

I kapitlet redovisas först resultat av studier som svarar på frågeställningen; Vad anser personalen vara orsaken till patienternas aggressiva beteende? Resultatet har indelats i tre kategorier; Vårdrelaterade faktorer, Patientrelaterade faktorer och Omgivningsrelaterade faktorer. Också underkategorier har använts för att tydligare förklara resultatet. Kategorischemat finns i slutet av arbetet (Bilaga 4).

Efter orsakerna presenteras resultatet av studier som svarar på den andra frågeställningen: Hur kan våldsamma händelser förebyggas inom psykiatriska vården? Resultatet indelades i tre kategorier; Social interaktion, Kontroll och Avdelningens miljö. Underkategorier har också använts under dessa och kategorischemat finns i slutet av arbetet (Bilaga 5).

6.1 Vårdrelaterade faktorer

Vårdrelaterade faktorerna har indelats i underkategorierna; **Begränsningar** och **Dåliga vårdrelationer**. Faktorer som kan kopplas till vården, ansåg deltagarna i flera studier vara orsak till patienternas aggressiva beteende. Dessa faktorer kunde vara begränsningarna som

den psykiatriska vården medförde men också brister i kommunikationen mellan vårdaren och patienten.

6.1.1 Begränsningar

Enligt den kvalitativa studien Kuivalainen, et.al (2013, s. 216) uppstår största delen av aggressiva situationer utan någon provokation. I studien hittade man ingen orsak till största delen av de aggressiva händelserna. Då det våldsamma beteendet provocerades fram var den provocerande faktorn oftast att man förbjöd något för patienten eller att man bad patienten göra något.

Deltagarna i studien Bimenyimana, et.al. (2009, s. 7) ansåg att orsaken till det aggressiva beteendet var att patienterna skrivs in på avdelningen emot deras vilja, vilket gör dem arga och bittra på den personen de anser vara orsaken till att de hamnat på avdelningen. Sedan blir vårdarna på avdelningen objekt för patienternas aggression. Då patienterna förs in till sjukhuset som om de vore kriminella, får det patienterna att tänka på sjukhuset som ett fängelse.

I den kvalitativa studien Lantta, et.al. (2016, s. 4) ansåg deltagarna att högrisksituationerna, som provocerar fram aggressivt beteende, var kopplade till begränsningar. De kunde handla om att patienten inte hade lov att lämna avdelningen eller att besökare och telefonsamtal förbjöds. Ett annat exempel på begränsning är ifall man är tvungen att ge patienten medicin som inte patienten är villig att ta. Också om en vårdare måste informera patienten om något de inte kommer att gilla, kan det förväntas provocera fram aggressivt beteende.

Samma saker togs också fram i en kvantitativ studie. Enligt studien Chukwujekwu, et.al. (2011, s. 165) uppstod största delen av aggressiva situationer utan provokation. I fallen med någon typ av provokation som orsak till patientens beteende, handlade det om att man förbjöd patienten något.

6.1.2 Dåliga vårdrelationer

Enligt den kvalitativa studien Muir-Cochrane, et.al. (2014, s. 112) var deltagarna medvetna om att dåliga relationer mellan personalen och patienterna medförde risk för aggressivt

beteende. Som exempel på dåliga relationer nämndes misslyckandet med att lyssna på patienten och att inte kunna bemöta patientens behov. Dessa brister i relationerna mellan personalen och patienterna kan orsaka det aggressiva beteendet när patienterna sedan använder aggression för att få uppmärksamhet. Deltagarna hade också den åsikten att alla i personalen inte var bra på att prata med patienterna. I samma studie togs också fram olikheterna inom kulturer, vilket kunde leda till missuppfattningar i en vårdrelation. Enligt studien Stevenson et.al. (2015, s. 8) uppstår största delen av de aggressiva utbrotten mot vårdarna direkt efter en interaktionssituation mellan vårdaren och patienten.

I de kvantitativa studierna framkom liknande resultat. I studien McCann, et.al. (2014, s. 5) nämnde deltagarna att sättet som vårdarna kommunicerade på hade en stor betydelse när det gällde orsaker till aggressivt beteende. Deltagarna berättade att de aggressiva situationerna uppstod under påverkan av andra människor och risken för att det uppstod aggressivitet på avdelningen ökade när kommunikationen mellan vårdaren och patienten var dålig. Också missförstånd mellan personer från olika kulturer och olika kön nämndes som orsak till aggressionens uppkomst. I studien Pulsford, et.al. (2013, s.300) framkom liknande resultat. Dålig kommunikation mellan vårdaren och patienten var en faktor som ökade risken för aggression.

6.2 Patientrelaterade faktorer

Patientrelaterade faktorer har indelats i underkategorierna; **Diagnos** och **Personlighet**. Personalen inom den psykiatriska vården anser flera gånger att patienternas sjukdom och personlighet är orsaken till det aggressiva beteendet.

6.2.1 Diagnos

I studien Wright, et.al. (2013, s. 185) nämnde deltagarna att patienternas diagnos och sjukdomens symtom styr patienternas beteende. Det aggressiva beteendet är oundviklig i fallen där orsaken till beteendet kan kopplas till personens sjukdom. Om patienter hör röster eller upplever hallucinationer och känner sig anfallna, beter de sig på ett aggressivt sätt för att få slut på vanföreställningarna. Också deltagarna i studien Stevenson, et.al. (2015, s. 8) ansåg att patienters psykiatrisk diagnos var en faktor som medverkade när det var frågan om orsaker till det aggressiva beteendet. Också missbruksproblematiken sågs som en riskfaktor.

I de kvantitativa studierna framkom liknande resultat. Deltagarna i studien McCann, et.al. (2014, s. 5) ansåg att aggressionen som uppstod på avdelningen kunde kopplas till patienternas sjukdom. Också deltagarna i studien Pulsford, et.al. (2013, s.300) nämnde att patienterna betedde sig på ett aggressivt sätt för att de var sjuka.

6.2.2 Personlighet

Enligt resultatet av den kvantitativa studien Chukwujekwu, et.al. (2011, s. 165) var en stor del av de aggressivt beteende patienterna missbrukare (27,6%). I studiens resultat framkom också att det finns en tydlig koppling mellan aggressivt beteende under vårdperioden och patientens historia för det aggressiva beteendet. Mest förutsägbara faktorerna för aggressivt beteende och kriminalitet bland psykisk sjuka personer är alltså en våldsam bakgrund och kriminalitet, speciellt för de som lider av schizofreni och missbruksproblematik. Samma resultat framkom i studien Amore, et.al. (2008, s. 250). Manlig kön och tidigare våldsam beteende var de starkaste riskfaktorerna för aggressivt beteende under vårdperioden. Fysiskt aggressivt beteende under vårdtiden kunde förutses ifall patienten hade varit aggressiv på något sätt under den sista månaden före inskrivningen. Även deltagarna i studien Stevenson, et.al. (2015, s. 8) ansåg att tidigare aggressivt beteende kunde förutsäga risken för liknande beteende också under vårdperioden.

6.3 Omgivningsrelaterade faktorer

Omgivningsrelaterade faktorer har indelats i underkategorierna; **Brist på aktiviteter** och **Utrymmen**. Själva vårdmiljön ansågs också i vissa fall vara orsaken till patienternas aggressiva beteende. Att bristen på aktiviteter ökar på risken för det aggressiva beteendet men också utrymmen med mycket ljud har en negativ påverkan.

6.3.1 Brist på aktiviteter

I den kvalitativa studien Stevenson, et.al. (2015, s. 8) nämnde deltagarna att bristen på aktiviteter för patienter var en medverkande faktor i fråga om orsaker till aggressivt beteende. Också deltagarna i studien Wright, et.al. (2013, s. 186) nämnde att aktivitet bland

patienter sågs som ett effektivt sätt att minska på aggression. Aktiviteter minskar på stress och kan också styra bort aggressionen. Speciellt genom fysiska aktiviteter kan patienternas aggression riktas mot aktiviteten.

6.3.2 Utrymmen

I den kvalitativa studien Stevenson, et.al. (2015, s. 8) räknade deltagarna begränsande och trånga utrymmen till de medverkande faktorerna för aggressivt beteende. Också deltagarna i studien Muir-Cochrane, et.al (2014, s. 112) konstaterade att utrymmen påverkade att det uppstod våldsamma händelser eller gjorde situationerna värre. Utrymmen beskrevs som överfyllda med mycket ljud och patienterna hade inte möjlighet att undvika oljud och stimuli i dessa utrymmen. Ljudnivåerna är ofta höga på en liten avdelning med tv:n, radion och diskmaskinen samtidigt på och patienterna kan inte fly ifrån ljudet.

Också i den kvantitativa studien McCann, et.al. (2014, s. 5) nämnde deltagarna att orsaken till patienternas aggressiva beteende var ofta omgivningen de befann sig i. Begränsande omgivning med låsta dörrar är ett exempel. Samma resultat framkom i studien Pulsford, et.al. (2013, s.300), att begränsande omgivning kunde förorsaka aggressivt beteende.

6.4 Social interaktion

Social interaktion har indelats i underkategorierna; **Vårdrelation** och **Resurser**. Genom att utveckla en bra relation mellan vårdaren och patienten kan man undvika att våldsamma situationer uppstår. I en del studier tyckte deltagarna att personalen behöver mera skolning för att kunna förhindra våldsamma situationer från att uppstå.

6.4.1 Vårdrelation

Deltagarna i den kvalitativa studien Kontio, et.al. (2010, s. 71) menade att viktigaste åtgärden som man kan börja med när man vill förebygga våldsamt beteende är att visa närvaro för patienterna. Därför betonade deltagarna vikten av regelbundna samtal mellan vårdaren och patienten. Genom närvaro och samtal får patienten en känsla av trygghet, välbefinnande och att vårdaren försöker stöda och förstå patientens erfarenheter. Vårdarna

känner till patienternas bästa och kan därför förhindra att aggressiva situationer uppstår. Också deltagarna i studien Lantta, et.al. (2016, s. 6) var av den åsikten att professionell interaktion mellan vårdare och patient är viktig för att undvika våldsamhet.

I studien Heckemann, et.al. (2016, s. 579) beskrevs hurdana interventionsmetoder vårdarna använde efter skolning om att förebygga aggression. I resultatet framkom att efter skolningen hade vårdarna vidareutvecklat sina interventionsmetoder för förebyggande situationer. De strävade till att patienterna är noggrant informerade ifall de måste vänta på något. De såg också till att hålla ett tillräckligt fysiskt avstånd till patienterna och var mera uppmärksamma på deras kroppsspråk och vilken ton de hade i rösterna när de pratade med patienterna.

I studien Stevenson, et.al. (2015, s. 8) hade deltagarna identifierat att våldsamma situationer flera gånger kunde undvikas genom att ge kontrollen tillbaka till patienten. Eftersom orsaken till att patienten uppförde sig på ett aggressivt sätt var att patienten hade känslan av att inte längre ha kontroll över sig själv. Kontroll kan ges tillbaka till patienten genom att låta patienten själv välja mellan olika alternativ och genom användning av rehabiliteringsfokuserade vårdmodeller, där det är patienten som själv styr händelserna.

I studien Wright, et.al. (2013, s. 185) ansågs den terapeutiska vårdrelationen mellan vårdaren och patienten minska aggressiva utbrott. En omedelbar och stark koppling mellan vårdare och patient. En relation där vårdaren får fram patientens bästa sidor och den rätta attityden bland vårdarna var det bästa sättet vårdarna kunde undvika våldsamt beteende, enligt deltagarna. Det handlar också om att känna sin patient och veta vad som fungera med just den patienten. Alla deltagare i studien ansåg också att kvinnliga vårdare hade en positiv inverkan när det gällde kontroll av våldsamma utbrott, eftersom de har en lugnande effekt på patienterna.

I den kvalitativa studien Heckemann, et.al. (2016, s. 579) framkom att vårdarna var mera uppmärksamma på patienternas ansiktsminner och rörelser efter skolningen och var därför mera uppmärksamma till eventuella aggressiva utbrott. Också i studien Lantta, et.al. (2016, s. 6) framkom att vårdarna försöker förutse våldsamma situationer genom att tolka patienters signaler och lägga märke till utlösande faktorer. Dessa varningssignaler är dock lättare att se då man känner patienten.

Också i den kvantitativa studien Pulsford, et.al. (2013, s.300) framkom att aggressiva utbrott kan minskas genom att utveckla relationen mellan vårdare och patient.

6.4.2 Resurser

Deltagarna i den kvalitativa studien Bimenyimana, et.al. (2009, s. 10) föreslog att familjen kunde tas med i vården. Anhöriga förstår inte alltid vad de psykisk sjuka personerna går igenom och blir då frustrerade och maktlösa när de inte vet hur de kan hjälpa till. Genom att ge mera information om vården och sjukdomen till anhöriga kan man använda dem som en resurs för att kunna öka patientens välmående.

I den kvalitativa studien Cowman, et.al (2017 s. 5) önskar deltagarna att de skulle få skolning inom ämnet. Skolningen skulle kunna handla om att förebygga våld, riskbedömning, etiologin och vad som triggar igång våld och aggression. Bättre skolning önskade också deltagarna i studien Bimenyimana, et.al. (2009, s. 7). Brist på adekvat skolning leder till frustration och gör vårdarna mera mottagliga för våld och aggression. Deltagarnas i studien Lantta, et.al. (2016, s. 6) ansåg att skolningen av hela personalen skulle medföra gemensamma handlingssätt för förebyggande åtgärder.

Enligt den kvantitativa studien Pulsford, et.al. (2013, s.300) är det viktigt att det finns både manliga och kvinnliga vårdare i varje skift.

6.5 Kontroll

Kontroll har indelats i underkategorierna; **Tvångsåtgärd** och **Medicinering**. I en del studier framkom det att tvångsåtgärder och medicin används för att vårdpersonalen skall kunna kontrollera våldsamt beteende.

6.5.1 Tvångsåtgärd

Enligt den kvantitativa studien Cowman, et.al (2017 s. 5) är fysisk begränsning, isolering och medicinering emot patientens vilja de mest använda interventionsmetoderna inom EU länderna när det gäller att kontrollera det aggressiva beteendet inom psykiatriska vården. I den kvantitativa studien Kaunomäki, et.al. (2017, s. 1 – 2) ville man ta reda på vilka interventionsmetoder vårdarna använde i risksituationer, där man hade uppskattat att risken för aggressivt beteende är hög. I studien framkom att de mest använda interventionsmetoderna var isolering (15,8%), medicinering (33,5%) och fokuserad

diskussion med en vårdare (10,8%). Det som överraskade forskarna mest i resultatet var att andra interventionsmetoder som vardagliga aktiviteter inte alls användes lika mycket som de ovannämnda, trots att meningsfulla aktiviteter har rapporterats minska på användning av både medicin och isolering.

Deltagarna i den kvantitativa studien Pulsford, et.al. (2013, s.300) medgav att tvångsåtgärd användes i behandling av aggressiva patienter för att stöda deras säkerhet men att dessa åtgärder inte används i onödan.

6.5.2 Medicinering

Medicineringen ansågs ha både positiva och negativa effekter i den kvalitativa studien Wright, et.al. (2013, s. 186). Enligt deltagarna användes medicinering för att lugna ner patienter som hade tendensen att bete sig på ett aggressivt sätt för att undvika våld. Men en del av deltagarna nämnde också medicin som en medverkande faktor till att våldsamma situationer uppstår, eftersom medicineringen gör en del patienter trötta och då lättare blir på sämre humör. Enligt studien McCann, et.al. (2014, s. 5) tyckte deltagarna att man hade nytta av medicinering vid behandling av aggressiva patienter. Medicineringen kunde användas oftare och mera regelbundet hos personer som tenderar att bete sig aggressivt för att undvika våldsamma situationer.

Enligt den kvantitativa studien Pulsford, et.al. (2013, s.300) var medicineringen en mycket värdefull behandlingsmetod mot aggressivt och våldsamt beteende.

6.6 Avdelningens miljö

Avdelningens miljö har indelats i underkategorierna; **Fysiska omgivningen** och **Meningsfulla aktiviteter**. Omgivningen anses som betydelsefull när det gäller att skapa en trygg miljö för patienterna men också med meningsfulla aktiviteter kan aggression förebyggas.

6.6.1 Fysisk omgivning

Omgivningen och atmosfären på avdelningen anses som betydelsefulla faktorer när det gäller att skapa en trygg, bekväm och terapeutisk miljö för patienterna. En patient som beter

sig aggressivt behöver oftast en tyst plats med lite stimuli. (Kontio, et.al. 2010, s. 71). I studien Muir-Cochrane, et.al (2014, s. 112) ansåg deltagarna att det är viktigt att ha ett ställe dit patienten kan gå för att lugna ner sig. Det kan vara en trädgård eller aktivitetsrum där det är lugnare än på avdelningen och som orsakar mindre stimuli för patienten och därför hjälper till att kontrollera aggressiviteten som kanske annars skulle uppstå.

I studien Lantta, et.al. (2016, s. 6) föreslog deltagarna att säkerheten på avdelningen kunde utvecklas genom fysiska förändringar i avdelningens strukturer, vilket skulle göra observationen av patienterna lättare.

I den kvantitativa studien Vaaler, et.al. (2011, s. 5) ville man ta reda på vilket sätt avdelningens strukturer påverkar uppkomsten av aggression. I studien observerades därför två olika exempel på avdelningens strukturer. I första exemplet var patienterna helt avskilda ifrån andra patienter. Dörrarna mellan enskilda patientrum och allmänna utrymmen var låsta. I det andra exemplet var dörrarna öppna och patienterna fick då själv avgöra ifall de ville vara för sig själva på rummen eller flytta sig till allmänna utrymmen med andra patienter och utsättas för större mängder sensorisk och emotionellt stimuli. Patienterna som fritt kunde röra på sig hade tre gånger större risk för aggressivt beteende än de som var avskilda. Resultatet tyder på att en viktig faktor för att minska på aggressiva incidenter på en avdelning är att separera på enskilda patienter eller patientgrupper. Separering har större betydelse än fysiska utrymmen kring patienterna.

6.6.2 Meningsfulla aktiviteter

Deltagarna i studien Kontio, et.al. (2010, s. 71) betonade att vardagliga och meningsfulla aktiviteter för patienterna kunde förebygga aggressivt beteende genom att minska på patienternas frustration.

7 Diskussion

I kapitlet diskuteras metoder som skribenten har använt sig av i examensarbetet. Också resultatet av innehållsanalysen diskuteras mot bakgrund och teoretisk utgångspunkt. I slutledningen dras slutsatserna av resultatet.

7.1 Metoddiskussion

Metoddiskussionens syfte är att visa förmågan att hålla sig kritisk till hur arbetet har genomförts. Då diskuteras den valda metoden, tillvägagångssättet vid urval, datainsamlingen och dataanalysen. Diskussionen sker med hjälp av begreppen trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet. Det är betydelsefullt att ha ett kritiskt förhållningssätt till det egna arbetet och diskutera det. Både arbetets styrkor och svagheter skall diskuteras. Fokus i metoddiskussionen är framförallt om syftet och frågeställningarna har blivit besvarade med hjälp av den valda metoden. (Henricson, 2017, s. 411 - 412).

Enligt Nyberg (2012, s. 153 - 154) är diskussionen ett viktigt arbetsmoment eftersom den visar hur mycket skribenten har fått ut av examensarbetet och om skribenten kan kritiskt granska arbetet. Meningen är att analysera arbetet och kommentera metoderna som har använts. Skribenten har då möjligheten att hjälpa läsaren att förstå hur de valda metoderna har fungerat. I metoddiskussionen är det meningen att reflektera kritiskt kring metoderna och datainsamlingen.

Frågeställningarna formulerades noggrant utgående från arbetets syfte. Arbetets syfte har sedan tagits i beaktande i varje skede genom hela arbetet. Endast studier som gav svar på frågeställningarna togs med och alla artiklar som valdes var vetenskapliga. De olika stegen i arbetet är noggrant beskrivna i kapitel 5. Skribenten valde att göra en litteraturstudie för att ta reda på hur mycket det har forskats kring ämnet och vad man har fått för resultat. Under datainsamlingen märkte skribenten att det var svårt att hitta studier som svarade på frågeställningarna. Fast sökorden gav massor av resultat var det få studier som passade in med arbetets syfte. Sökresultatet kunde inte heller begränsas och samma artiklar dök upp även om skribenten försökte ändra på sökorden och deras kombination. För att materialet skulle räcka till, togs också de kvantitativa studierna som svarade på frågeställningarna med i arbetet. Arbetet fyllde då inte längre kriterierna för en systematisk litteraturstudie, utan lutade sig mera mot en scoping review.

Syftet med litteraturstudien var att beskriva hur våldsamt beteende kan förebyggas inom den psykiatriska vården. Skribenten ville ta reda på vad som är orsaken till att patienter betar sig på ett aggressivt sätt inom den psykiatriska vården och vad som kan göras för att undvika att våldsamma situationer uppstår. I resultatet framkom flera saker som personalen anser vara orsak till att patienterna betar sig på ett aggressivt sätt och vad vårdarna kan göra för att förhindra att våldsamma situationer uppstår. Liknande resultat framkom också i äldre studier som använts i kapitel 2 som bakgrund.

Att intervjua vårdare som jobbar inom psykiatrin hade kunnat vara ett annat alternativ, men då skulle informationen man fått vara begränsad till en viss vårdenhet. Genom att använda sig av tidigare forskning är materialet som användes i arbetet från flera olika sjukvårdsdistrikt både från Finland och från andra länder. De valda artiklarna gav ändå ganska lite information om ämnet som skribenten hade valt att studera. I de flesta av studierna var det endast en liten del av studien som svarade på frågeställningarna och resten på något helt annat. Skribenten hade önskat att det skulle ha funnits mera material att använda sig av och att resultatet skulle ha varit mera konkret. Skulle hon göra om arbetet skulle hon välja att intervjua vårdpersonal istället.

En stor del av studierna som användes i arbetet var från andra länder och vårdkulturen kan se annorlunda ut i dessa länder jämfört med Finland. Därför kan det förekomma olikheter i vårdmiljön och vårdmetoderna i de använda studierna jämfört med vården i Finland. I största delen av studierna framkom ändå liknande resultat oberoende var i världen studien hade utförts. Därför anser skribenten att orsakerna till det aggressiva beteendet och de våldsamma händelserna kan vara liknande också i Finland. Vårdarna inom den psykiatriska vården kan då anses ha någon nytta av resultatet som framkom i arbetet. Det skulle ändå ha varit intressant med flera studier från Finland.

7.2 Resultatdiskussion

I kapitlet diskuteras resultatet som skribenten fick fram i innehållsanalysen. Resultatet diskuteras mot bakgrunden i kapitel 2 och mot de teoretiska utgångspunkt som beskrevs i kapitel 3. Texten är indelad i likadana underkapitel som resultatet, underkapitlen enligt kategorierna och underkategorierna har markerats med fetare stil.

7.2.1 Vårdrelaterade faktorer

Under kategorin vårdrelaterade faktorer framsteg underkategorierna **Begränsningar** och **Dåliga vårdrelationer**.

Enligt resultatet kan någon typ av **begränsning** provocera fram det aggressiva beteendet hos patienter som vårdas inom psykiatrin. Begränsningar kan handla om att man förbjuder patienten något, att patienten inte har lov att lämna vårdavdelningen, eller att besökare och

telefonsamtal förbjuds. Också situationer där man är tvungen att ge medicin som patienten inte är villig att ta eller där vårdaren måste informerar patienten något den inte kommer att gilla, kan det aggressiva beteendet provoceras fram. Den psykiatriska avdelningsvården karaktäriseras av begränsande faktorer då vården sker mot patienternas vilja. Enligt resultatet är orsaken till aggressivt beteende flera gånger vården mot patienternas vilja. Patienterna känner sig då besvikna och arga på personen de anser vara orsaken till att de hamnat på avdelningen och sedan är det personalen på avdelningen som blir objekt för patienternas aggression.

Enligt Bauer, et.al. (2012, s. 15) och Weizmann-Henelius (1997, s. 11) är ilska en av våra grundkänslor. Människan använder sig av ilska, frustration och irritation för att markera sina gränser och skydda sig själv. Man känner sig arg när någon kränker ens fysiska eller psykiska utrymmen. Ilska är alltså en signal om att något är felaktigt och varje människa upplever dagligen aggressiva känslor av olika grad.

I resultatet framkom också att **dåliga vårdrelationer** är en av orsakerna till patienternas aggressiva beteende. Att största delen av de aggressiva utbrotten mot vårdarna uppstår direkt efter en interaktionssituation mellan vårdaren och patienten. Ifall vårdaren misslyckas med att lyssna på patienten och inte kan bemöta patientens behov, kan det leda till att patienten använder sig av aggression för att få uppmärksamhet. Också missuppfattningar och dålig kommunikation mellan vårdaren och patienten är faktorer som skall undvikas i en vårdrelation

Också enligt Weizmann-Henelius (1997, s. 8 – 9) är situationer där patienter beter sig hotande eller aggressivt interaktionssituationer. Enligt Gudde, et.al. (2015) kan personalens kommunikationssätt endera provocera eller förhindra uppkomsten av aggressiva situationer. Situationer där kommunikationen provocerade fram det våldsamma beteendet hos patienterna var när de blev feltolkade eller ignorerade. Patienterna hade också upplevt brist på vård och empati från personalen och fick då känslan av att inte få tillräckligt med stöd.

7.2.2 Patientrelaterade faktorer

Under kategorin Patientrelaterade faktorer framsteg underkategorierna **Diagnos** och **Personlighet**.

Enligt resultatet anser vårdarna flera gånger att patienternas **diagnos** är orsaken till det aggressiva beteendet. Att sjukdomen styr patienternas beteende och att det aggressiva beteendet är oundvikligt i fallen där orsaken till beteendet kan kopplas till personens diagnos.

I tidigare studier har man upptäckt att förekomsten av våldsamma händelser är fem gånger högre hos personer med psykiska sjukdomar jämfört med den allmänna populationen. Det finns dock studier som visat att våldsamt beteende kan kopplas till psykiska diagnos endast då missbruksproblematik är med i bilden. (Cornaggia, Beghi, Pavone & Barale, 2010, s. 11).

Enligt Weizmann-Henelius (1997, s. 23) och Sands et.al. (2011, s. 692 – 694) är ilska alltid i någon form kopplad till sjukdomsbilden bland de psykiska diagnoserna och aggressionen ses som symtom i flera olika sjukdomar inom psykiatri. Enligt Gudde, et.al (2015, s. 453) har det i flera studier presenterats att patienterna är medvetna om att deras psykiska symtom är en av orsakerna till att de känner sig upprörda före de aggressiva utbrotten inträffar. Att patienterna är instabila och känner att de inte har kontroll över sig, vilket betyder att det inte behövs mycket för att få dem ur balans.

Enligt resultatet kan orsakerna till det aggressiva beteendet flera gånger kopplas med patienternas **personlighet**. En stor del av patienterna med aggressivt beteende är missbrukare. Det framkom också en betydlig koppling mellan våldsamt beteende under vårdperioden och patientens våldsamma bakgrund. Man kan säga att de mest förutsägbara faktorerna för aggressivt beteende och kriminalitet hos psykiskt sjuka patienterna är den våldsamma bakgrunden som patienten har.

Enligt den sociala inlärningsteorin är aggressionen ett socialt beteendesätt som man har lärt sig genom samma principer som man lär sig andra beteendemodeller. Enligt Banduras [1977] hypotes, leder vissa handlingar till ett dåligt resultat och andra till belöning. Beteendet som leder till belöning blir då starkare. Människor som beter sig aggressivt har alltså lärt sig att reagera på ett aggressivt sätt och får belöningen genom sitt uppförande. (Weizmann-Henelius, 1997, s. 14 - 15). Enligt Bandura (1977, s. 24 - 29) grundar sig den sociala inlärningsteorin på att inlärningen sker via observation. För att vi skall kunna lära oss ett nytt beteende genom att observera andra, måste vi vara uppmärksamma på mönstret vi observerar. Bland de olika avgörande faktorerna för uppmärksamheten är de associativa förebilderna viktigaste. Människor som man ofta umgås med avgör vilken typ av beteende man upprepade gånger observerar och därav med största sannolikhet lär sig. Det är mera sannolikt att människan tillägnar sig det nya beteendet ifall det leder till resultat som de värdesätter än ifall resultatet är inte alls givande eller har till och med bestraffande effekt. På

samma sätt påverkar de iakttagna konsekvenserna beteendets utförande. De beteenden som ser ut att vara effektiva för andra, är populärare än de beteenden som man har sett ha negativa konsekvenser.

7.2.3 Omgivningsrelaterade faktorer

Under kategorin Omgivningsrelaterade faktorer framsteg underkategorierna **Brist på aktiviteter** och **Utrymmen**.

Enligt resultatet är **brist på aktiviteter** en medverkande faktor till aggressivt beteende. Att aktiviteter minskar på stress och speciellt genom fysiska aktiviteter kan patienternas aggression i stället riktas mot aktiviteterna. Att patienterna är uttråkade på grund av bristen på aktiviteter och långa väntetider. Väntandet på avdelningen utan aktiviteter anses vara ett seriöst problem, som kan relateras till uppkomsten av aggression och våld.

Också begränsande och trånga **utrymmen** kan orsaka aggressivt beteende. Utrymmen beskrevs som överfyllda med mycket oljud och där patienterna hade inte möjligheten att undvika oljud och stimuli. Omgivningen sågs som begränsande med låsta dörrar.

Gudde, et.al (2015, s. 453 – 457) betonar att karaktären i avdelningens miljö är faktorer som kan orsaka att aggressiva händelser uppstår, till exempel en orolig avdelning med stängda dörrar och brist på personal. Atmosfären, som uppstår på grund av negativa avdelningsstrukturer kan upplevas som begränsande istället för vårdande. Miljön på avdelningen beskrevs oftast som negativt på grund av brådska och orolighet. Att avdelningarna är överfyllda och stressiga med mycket oljud upplevs flera gånger som en otrygg och skrämmande plats.

7.2.4 Social interaktion

Under kategorin Social interaktion framsteg underkategorierna **Vårdrelation** och **Resurser**.

I resultatet betonades vikten av **vårdrelationen** när det gäller att förebygga de våldsamma händelserna. Att vårdarna skall visa närvaro för patienterna genom regelbundna samtal, så att patienten får en känsla av trygghet, välbefinnande och att vårdaren försöker stöda och förstå patientens erfarenheter. Vårdarna känner till patienternas bästa och kan därför

förhindra att aggressiva situationer uppstår. De skall sträva till att informera patienterna noggrant ifall de måste vänta på något och se till att behålla ett tillräckligt fysiskt avstånd till patienterna för att undvika våldsamma situationer. Också uppmärksamhet på vårdarnas kroppsspråk och vilken ton de har i rösten när de pratar med patienterna ansågs som viktigt när det gäller att förebygga våld. I resultatet framkom också att våldsamma situationer flera gånger kan undvikas om kontrollen ges tillbaka till patienten genom att själv låta patienten välja mellan olika alternativ och genom rehabiliteringsfokuserade vårdmetoder. Att den terapeutiska vårdrelationen mellan vårdaren och patienten anses minska på de aggressiva utbrotten, en relation där vårdaren strävar till att få fram patientens bästa sidor. Också den rätta attityden bland vårdarna kunde undvika att våldsamt beteende uppstår. Man måste känna patienten och veta vad som fungerar med just den patienten. Kvinnliga vårdare hade en positiv och lugnande effekt på patienterna. Att vårdarna kan förutse våldsamma situationer genom att tolka patienternas signaler och genom att lägga märke till de utlösande faktorerna. Varningssignalerna är lättare att se då man känner patienten.

Enligt Hietaharju & Nuuttila (2016, s. 101 – 102) är människovärdet och respekt för den andra människan utgångspunkten för det professionella bemötandet av en psykiskt sjuk patient. Vårdarens professionalitet, personlighet och pålitlighet har betydelse vid bemötandet av patienten och för att interaktionen skall fungera mellan dem. Att vårdaren alltid bör försöka förstå patienten och visa äkta intresse för patienten.

Arvidsson & Skärsäter (2006, s. 169 – 170) anser att vårdarens uppgift är att förstärka hoppet hos patienten och detta lyckas genom att få patienten att tro på att förändringen är möjlig, vilket då leder till en viss bestämdhet hos patienten som behövs för att kämpa vidare.

Enligt Kontio, et.al. (2014, s. 274 – 276) hade inte patienterna fått tillräckligt med uppmärksamhet under vårdperioden. De hade inte heller fått tillräckligt med information om deras situation och vårdplan. Informeringen om orsakerna till isoleringen och andra använda tvångsåtgärden hade också varit bristfällig och vårdarnas frånvaro orsakade känslor av ensamhet.

Enligt Travelbees [1966] teori om Människa till människan-relationsmodellen är alla människor likadana men ändå olika jämfört med vem som helst som har någon gång levt eller kommer att leva. Sjukskötaren har kännedom och förmågan att använda det till att hjälpa andra människor. Sjukskötaren kan hjälpa andra genom att förebygga sjukdomar, hjälpa dem att bli friska och att hitta betydelsen för insjuknandet eller för att uppehålla hälsa och välmående på bästa möjliga sätt. Vården är en process mellan människorna, eftersom

det är en upplevelse som sker mellan vårdaren och individen. Vårdmålen kan nås genom att skapa Människa till människan-relationsmodellen och den nås via kommunikation. (Marriner – Tomey, 1994, s. 344 – 345).

I resultatet ansågs att **resurserna** inom vården av psykisk sjuka personer kan ökas genom att ta patienternas familj med i vården. Anhöriga förstår inte alltid vad psykiskt sjuka personer går igenom och blir då frustrerade och maktlösa när de inte vet hur de kan hjälpa. Genom att ge mera information till anhöriga kunde man använda dem som en resurs för att öka på patienternas välmående. Resurserna kan ökas också genom skolning. En del av personalen önskade mera skolning inom förebyggandet av våld, riskbedömningen, etiologin och vad som triggar i gång våld. Bristen på skolning leder till känslor av frustration bland vårdarna och gör dem mera mottagliga för våld. Skolningen av hela personalen skulle medföra gemensamma handlingsätt för förebyggandet av våld.

7.2.5 Kontroll

Under kategorin framsteg underkategorierna **Tvångsåtgärd** och **Medicinering**.

Enligt resultatet används **tvångsåtgärder** som interventionsmetoder i psykiatriska vården. De mest använda interventionsmetoderna i EU-länderna är fysisk begränsning, isolering och medicineringen emot patientens vilja. Att tvångsåtgärder används i vården av en aggressiv patient med tanke på patienternas säkerhet, men att åtgärderna används inte i onödan.

Också Hietaharju & Nuutila (2016, s. 26 – 27) anser att i de extrema fallen kan tvångsåtgärder behöva användas. Men att dessa används enbart då inga andra behandlingsformer har hjälpt.

Enligt Jacob, et. al. (2015, s. 31 – 32) har användningen av tvångsåtgärder inom den psykiatriska vården varit ett ämne som diskuterats i kliniska och etiska debatter. Fast samhället önskar att uppnå målet av en vårdkultur där tvångsåtgärder inte används, finns det inga alternativa metoder att använda när det gäller att skydda säkerheten för de våldsamma patienterna och personerna kring dem.

Enligt resultatet har man också nytta av **medicineringen** vid behandling av aggressiva patienter. Att medicin kunde användas oftare och mera regelbundet hos personer som tenderar att bete sig aggressivt för att undvika våldsamma situationer. Medicin används för

att lugna ner patienter som tenderar bete sig på ett aggressivt sätt för att undvika att det uppstår våldsamma situationer. Medicineringen nämndes också förorsaka aggression i situationer där medicinen gör patienten trött och leder till ett sämre humör.

7.2.6 Avdelningens miljö

Under kategorin Avdelningens miljö framsteg underkategorierna **Fysisk omgivning** och **Meningsfulla aktiviteter**.

I resultatet framkom det att själva omgivningen hade en stor betydelse när det gäller att förebygga de aggressiva händelserna. Att omgivningen och atmosfären är viktig på avdelningen när det gäller att skapa ett tryggt, bekvämt och terapeutiskt ställe för patienterna. En aggressiv patient behöver oftast en tyst plats med lite stimuli. Att ha ett lugnt ställe dit patienten kan gå leder till mindre stimuli för patienten och den kan då kontrollera aggressiviteten och förhindra att våldsamma händelser uppstår. Risken att våldsamma händelser uppstår är större ifall patienterna får fritt röra på sig i samma utrymmen med de andra patienterna än ifall de är för sig själva, separerade ifrån andra personer.

I resultatet ansågs också att **meningsfulla aktiviteter** kan förebygga aggressivt beteende genom att minska på patienternas frustration.

7.3 Slutledning

Syftet med examensarbetet var att beskriva hur våldsamt beteende kan förebyggas inom psykiatriska vården genom att ta reda på orsakerna till patienternas aggressiva beteende och vad som kan göras för att undvika att våldsamma situationer uppstår.

I resultatet framkom att en del av orsakerna till patienternas aggressiva beteende var karaktärerna i den psykiatriska vården. I situationer där beteendet är orsakat av patientens sjukdom, och ifall aggressionen uppstår utan någon tydlig orsak, kan det vara svårt att avgöra hur det aggressiva beteendet kan undvikas. Begränsningarna som hör till den psykiatriska vården kan man inte heller göra så mycket åt, eftersom patienten måste vårdas när behovet av avdelningsvården uppstår, oavsett om patienten själv är av annan åsikt.

Det framkom också faktorer som vårdarna kan ta i beaktande i vården av psykiskt sjuka patienter för att minska på våldsamma händelser. Till dessa kan räknas vårdrelationen, omgivningen där patienten vårdas samt aktiviteterna. Vårdarna kan lägga märke till kommunikationen och på vilket sätt de tar patienten i beaktande. Att vara närvarande, lyssna på patienten och att se till att patienten får stöd, uppmärksamhet och tillräckligt med information. Att bemöta patienten på ett mänskligt och respektfullt sätt. Genom bra kommunikation minskas risken för missuppfattningar men också kan förändringarna i patientens beteende upptäckas i tid före det våldsamma beteendet hinner uppstå. Det som kan också tas i beaktande är mängden aktiviteter för att undvika att patienterna blir uttråkade, men också att vårdmiljön där patienten vårdas är lugn, trygg och trivsamt.

Studierna som analyserades svarade på frågeställningarna, men svaren kunde ha varit mera konkreta så att man skulle ha fått en mer omfattande beskrivning av vad som kan göras för att undvika att våldsamma situationer uppstår. Det dök inte heller upp något oväntat utan resultatet var ganska förutsägbart. Liknande resultat framkom också från litteraturen som skribenten hade tagit upp i bakgrunden. En positiv överraskning för skribenten var ändå att vårdrelationen och kommunikationen mellan vårdarna och patienter betonades i de flesta av studierna. Det betyder att en stor del av deltagarna i de valda studierna anser att våldsamma situationer kan undvikas genom att fokusera på kommunikationen och vårdrelationen.

Mera forskning behövs inom ämnet. Under datainsamlingen lade skribenten märke till att det finns mycket studier om förekomsten av våld inom vården. Det är inte bara inom psykiatri som våld är ett problem utan också inom andra vårdområden. Om själva orsakerna och förebyggande åtgärder har det igen forskats lite om, i alla fall under de 10 senaste åren. Mera forskning behövs för att kunna undvika de våldsamma händelserna som vårdarna utsätts för och fokusera på vad vårdarna kan göra för att få situationerna under kontroll utan att behöva använda sig av tvångsåtgärder.

Källförteckning

- Amore, M. (2008). Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients: Clinical study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62(3), pp. 247 - 255.
- Arvidsson, B. & Skärsäter, I., 2006. *Psykiatrisk omvårdnad -att stödja hälsofrämjande processer*. Studentlitteratur.
- Bauer, M. & Kristiansson, M., 2012. *Hot och våld på jobbet*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Bandura, A., 1977. *Social learning theory*. Prentice-Hall.
- Bimenyimana, E. (2009). The lived experience by psychiatric nurses of aggression and violence from patients in a Gauteng psychiatric institution. *Curationis*, 32(3), pp. 4 - 13.
- Chukwujekwu, D. (2011). Prevalence and correlates of aggression among psychiatric in-patients at Jos University Teaching Hospital. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 14(2), pp. 163 - 167.
- Cornaggia, C., Beghi, M., Pavone, F. & Barale, F. 2011. Aggression in psychiatry wards: A systematic review. *Psychiatry Research*, 189(1), pp. 10 - 20.
- Cowman, S. (2017). A descriptive survey study of violence management and priorities among psychiatric staff in mental health services, across seventeen european countries. *BMC health services research*, 17(1), p. 59.
- Drevenhorn, E., 2010. *Hemsjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Elo, S. (2014). Qualitative Content Analysis. *SAGE Open*, 4(1).
- Forsberg, C. & Wengström, Y., 2015. *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Gudde, C., Olso, T., Whittington, R. & Vatne, S. 2015. *Service users' experiences and views of aggressive situations in mental health care: A systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. (Report)*.
- Heckemann, B. (2016). The participant's perspective: Learning from an aggression management training course for nurses. Insights from a qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(3), pp. 574-585.

Henricson, M., 2017. *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur AB.

Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2016. *Käytännön mielenterveystyö*. Helsinki: Tammi.

Jacob, T. (2016). Patterns of Restraint Utilization in a Community Hospital's Psychiatric Inpatient Units. *Psychiatric Quarterly*, 87(1), pp. 31 - 48.

Kaunomäki, J. (2017). Interventions following a high violence risk assessment score: A naturalistic study on a Finnish psychiatric admission ward. *BMC health services research*, 17(1), p. 26.

Kiviniemi, L., Läksy, M-L., Matinlauri, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen, K., Seppänen, U-M. & Vuokila-Oikkonen, P., 2007. *Minä mielenterveystyön tekijänä*. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kontio, R. (2010). Patient restrictions: Are there ethical alternatives to seclusion and restraint? *Nursing Ethics*, 17(1), pp. 65 - 76.

Kontio, R. Anttila, A., Lantta, T., Kauppi, K., Joffe, G. & Välimäki, M. 2014. Toward a Safer Working Environment on Psychiatric Wards: Service Users' Delayed Perspectives of Aggression and Violence-Related Situations and Development Ideas. *Perspectives in Psychiatric Care*, 50(4), pp. 271 - 279.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2013. *Mielenterveyshoitotyö*. Helsinki: Sanomapro Oy.

Kuivalainen, S. (2014). Violent behaviour in a forensic psychiatric hospital in Finland: An analysis of violence incident reports. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(3), pp. 214 - 218.

Lantta, T. (2016). Violent events, ward climate and ideas for violence prevention among nurses in psychiatric wards: A focus group study. *International journal of mental health systems*, 10, p. 27.

Mccann, T. V. (2014). Attitudes of clinical staff toward the causes and management of aggression in acute old age psychiatry inpatient units. (Research article)(Report). *BMC Psychiatry*, 14, p. 80.

Muir-Cochrane, E. C. (2015). Nurses' experiences of restraint and seclusion use in short-stay acute old age psychiatry inpatient units: A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(2), pp. 109 - 115.

Olsson, H. & Sörensen, S. 2008. *Forskningsprocessen – kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber AB.

Partanen, A., Holmberg, J., Inkinen, M., Kurki, M. & Salo-Chydenius S. 2015. *Päihdehoitotyö*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Pitkänen, A., Lehtonen, M-L., Pilli, M., Kuisma, J., Mattanen, P., Kuusisto, E., Hakala, A., Koivisto, E., Pyysalo, K., Hietalahti, P., Mäkelä, K. & Mäkelä, J., 2011. *Potilaiden väkivallan hallinta Taysin aikuispsykiatrian vastualueella*. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.

Pulsford, D. (2013). Aggression in a high secure hospital: Staff and patient attitudes. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(4), pp. 296 - 304.

Radovic, S. & Höglund, P. 2014. Explanations for violent behaviour—An interview study among forensic in-patients. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(2), pp. 142 - 148.

Rantaeskola, S., Hyyti, J., Kauppila, J. & Koskelainen, M., 2015. *Haastavat asiakastilanteet – väkivalta työssä*. Viro: Print Best.

Sands, N., Elsom, S., Gerdtz, M. & Khaw, D. 2012. Mental health-related risk factors for violence: Using the evidence to guide mental health triage decision making. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(8), pp. 690 - 701.

Stevenson, K. N. (2015). Registered nurses' experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units: An interpretive descriptive study. (Clinical report). *BMC Nursing*, 14(1).

Suomen mapakeskus, [Online]

<http://suomenmapakeskus.fi/index.php/sample-page/mita-on-mapa/>

[hämtat 2.2.2018]

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2017 [Online]

http://julkari.fi/bitstream/handle/10024/134729/Tr21_17.pdf?sequence=1

[Hämtat 5.2.2018]

Tilastokeskus, työväkivalta on yleistä terveystyö- ja sosiaalialojen ammattiteissa. [Online]

https://www.stat.fi/artikkelit/2009/art_2009-09-30_002.html

[hämtat 10.2.2018]

Toim. Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. & Lozano., R. 2005. *Väkivalta ja terveys maailmassa -WHO:n raportti*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vaaler, A. (2011). Short-term prediction of threatening and violent behaviour in an Acute Psychiatric Intensive Care Unit based on patient and environment characteristics. *Bmc Psychiatry*, 11(1).

Viemerö, V., Aggressio ja aggressiivisuus. *Tieteessä tapahtuu*, 3/2006, s. 20 – 21.

Weizmann-Henelius, G., 1997. *Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen*. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Välimäki, M., Lantta, T., Anttila, M., Pekurinen, V., Alhonkoski, M., Suvanne, T., Laine, A., Kannisto, K. & Kontio, R. 2013. *Hoitajien työn hallinta psykiatrisen potilaan väkivaltilanteissa*. Hanke 111298 Loppuraportti. Turun yliopisto.

Wright, K. M. (2014). A qualitative study into the attitudes of patients and staff towards violence and aggression in a high security hospital. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(2), pp. 184 - 188.

Bilaga 1

Databas	Sökord	Träffar	Urval
CINAHL	Nurse AND Experiences AND Violence OR Aggression OR Hostility AND Psychiatric care	2292	2
CINAHL	Nurses AND Predicting AND Violence OR Aggression OR Hostility AND Psychiatric care OR Mental care	5302	0
CINAHL	Nurses AND Management AND Aggression OR Violence OR Hostility AND Psychiatry	2466	0
CINAHL	De-escalation AND Nurses AND Psychiatric units AND Violence OR Aggression OR Hostility	3084	0
CINAHL	Triggers AND Violence OR Aggression OR Hostility AND Psychiatric care OR Psychiatric units	6169	0
PubMed	Nurse AND Experiences AND Violence OR Aggression OR Hostility AND Psychiatric care	1995	0
PubMed	Nurses AND Predicting AND Violence OR Aggression OR Hostility AND Psychiatric care OR Mental care	88961	0
PubMed	Nurses AND Management AND Aggression OR Violence OR	13255	3

	Hostility AND Psychiatry		
PubMed	De-escalation AND Nurses AND Psychiatric units AND Violence OR Hostility OR Aggression	41392	0
PubMed	Triggers AND Violence OR Aggression OR Hostility AND Psychiatric care OR Psychiatric units	17485	0
PubMed	Key factors to aggression	406	2
PubMed	Safer Working Environment Psychiatry	12	1
PubMed	Violent Behavior Psychiatry Finland	101	1
PubMed	Violent Behavior Psychiatry	2124	1
Springer Link	Psychiatric care Violence prevention	3094	4
Springer Link	Violence risk assessment Psychiatry	4178	0
Springer Link	Hostility Violence Psychiatric care	731	0
Springer Link	Psychiatric Staff Preventing Violence	1821	0
Springer Link	To prevent Violence in Psychiatric units	1570	5
Springer Link	Triggers to violence behavior psychiatric units	554	0
Springer Link	Predicting Inpatient Aggression	952	1
FINNA	De-escalation Techniques aggression psychiatry	155	0
FINNA	Prevalence of aggression among psychiatric patients	12603	1

Bilaga 2

Författare & Årtal	Syfte	Metod	Resultat
Bimenyimana, E., Poggenpoel, M., Myburgh, C. & Niekerk, V. 2009.	Att beskriva psykiatriska vårdarnas erfarenheter av aggression och våld på en psykiatrisk avdelning.	En kvalitativ intervjustudie där vårdarna deltog i individuella intervjuer. Intervjuerna analyserades med innehållsanalys.	Mängden aggression och våld som vårdarna måste stå ut med är enorm och konsekvenserna alarmerande. Varierande faktorer ansågs vara orsaken till det aggressiva beteendet, som tvångsvården, resurserna och brist på skolning.
Cowman, S., Björkdahl, A., Clarke, E., Gethin, G., Maguire, J. & European Violence in Psychiatry Research Group (EViPRG). 2017.	Att sammanställa en våldhanteringspraxis genom att undersöka praktiken och undervisningen i 17 EU-länder.	Ett frågeformulär valdes och utvecklades som datainsamlingsmetod för studien. 2809 deltagare från dessa 17 länder svarade på formulären. Svaren sammanfattades och jämfördes med varandra. Öppna frågor analyserades med innehållsanalysen. Både kvantitativa och kvalitativa metoder användes.	19,5% av deltagarna hade inte fått skolning för våldsamma situationer. De mest vanliga interventionsmetoderna var begränsning, isolering och tvångsmedicinering. I flera europeiska länder finns det brister när det gäller handlingsmodeller för aggressivt beteende inom psykiatriska vården.
Heckemann, B., Breimaier, H., Halfens, R., Schols, J. & Hahn, S. 2016.	Att ur vårdarnas perspektiv beskriva nyttan med skolning som handlar om att förebygga aggressiva situationer.	Kvalitativ intervjustudie. Individuella intervjuer analyserades med innehållsanalys. Sju vårdare intervjuades både före och efter skolningen.	Skolningen ändrade inte på vårdarnas attityder. Vårdarnas teoretiska kunskap ökade, men de tog inte nödvändigtvis i användning nya strategier till hjälp för att kontrollera de aggressiva situationerna. Istället fick vårdarna upprepa de tidigare lärda kunskaperna om förebyggande åtgärder.
Kontio, R., Välimäki, M., Putkonen, H.,	Att ta reda på vårdpersonalens uppfattning om vad	Kvalitativ studie med fokusgrupp intervjuer som	Deltagarna förklarade att första prioriteringen i arbetet var att tänka

<p>Kuosmanen, L., Scott, A. & Joffe, G. 2010.</p>	<p>egentligen händer när en aggressiv episod uppstår och vilka andra metoder än tvångsåtgärd kan användas i dessa situationer.</p>	<p>analyserades med innehållsanalys.Utfördes bland 27 vårdpersonal från 2 olika sjukhus i Finland.</p>	<p>på patienternas bästa enligt etiska principen. Trots dessa lyftes de etiska problemen fram vid användning av tvångsåtgärden och deltagarna mötte etiska problem när de tvingades välja mellan vems bästa de tänker på, den aggressiva patientens eller på de andra patienterna som också vårdas på avdelningen. Problemet var att vårdarna inte hade andra metod de skulle kunna använda istället för tvångsåtgärder.</p>
<p>Kuivalainen, S., Vehviläinen-Julkunen, K., Putkonen, A., Louheranta, O. & Tiuhonen, J. 2013.</p>	<p>Att undersöka förekomsten av våldsamma händelser, att identifiera vad som provocerar fram händelserna och att jämföra olika patientgrupper inom rättspsykiatri.</p>	<p>Vårdarna rapporterade våldsamma händelser som inträffade under år 2007 - 2009 på ett rättspsykiatriskt sjukhus i Finland. Rapporten analyserades med hjälp av innehållsanalys. Studien kompletterades sedan med kvantitativa mätningar.</p>	<p>840 händelser rapporterades och 61% av dessa uppstod utan någon speciell orsak medan 36% uppstod som en reaktion på något. De provocerande faktorerna kunde innebära att man förbjöd patienterna något eller också att man uppmuntrade patienterna att göra något.</p>
<p>Lantta, T., Anttila, M., Kontio, R., Adams, C. & Välimäki, M. 2016.</p>	<p>Att ta reda på vårdarnas erfarenheter av våld på en psykiatrisk avdelning, att ge en inblick i atmosfären på avdelningen och att ta reda på förslag för förebyggande åtgärder.</p>	<p>Kvalitativ studie med fokusgrupp intervjuer. 22 vårdare deltog och de delades i mindre grupper (n=5). Intervjuerna bandades in och analyserades med innehållsanalys.</p>	<p>Vårdarnas erfarenheter varierade, varningssignaler och högrisksituationer som hjälpte dem att förutse kommande händelser diskuterades. Händelserna beskrevs som komplicerade situationer och både vårdarna och patienterna medverkade i dem.</p>

Muir-Cochrane, E. C., Baird, J. & McCann, T. V. 2014	Att förstå vårdarnas erfarenheter av tvångsåtgärder inom akut psykiatri och hur erfarenheterna påverkar motståndet att minska på dessa.	Kvalitativ studie med individuella intervjuer av vårdare från 3 olika psykiatriska äldrevårds enheter i Australien.	I resultatet framgår bristen på lättillgängliga alternativ till tvångsåtgärder. Enligt vårdarna finns det inga andra effektiva alternativ.
Stevenson, K., Jack, S., OMara, L. & LeGris, J. 2015.	Att beskriva vårdarnas erfarenheter av våldsamma patienter för att få en mera holistisk och beskrivande bild av fenomenet.	Kvalitativ studie med intervjuer av 12 vårdare, som beskrev 33 våldsamma händelser de varit med om. Intervjuerna analyserades med innehållsanalys.	Vårdarna hade erfarenheter om fysiskt, psykiskt och verbalt våld. Flera av vårdarna ansåg att det hörde till deras arbete. Vårdarna använde sig av varierande strategier för att skydda sig själva och för att förebygga och klara av de våldsamma händelserna.
Wright, K. et.al. 2014.	Att identifiera personalens och patienternas åsikter om kontroll av våld och aggression.	Intervjustudie där 8 manliga patienter och 10 vårdare deltog. Studien utfördes i England, på en av de tre sjukhusen som har blivit klassad till vårdanstalt för högriskpatienter.	Det fanns både likheter och olikheter i patienternas och vårdarnas åsikter. Båda ansåg att patienternas sjukdom och personlighet var orsak till våldsamma händelser men också att vårdrelationen mellan vårdaren och patienten var viktigt.

Bilaga 3

Författare & Årtal	Syfte	Metod	Resultat
Amore, M., Menchetti, M., Tonti, C., Scarlatti, F., Lundgren, E., Esposito, W. & Berardi, D. 2008.	Att avgöra riskfaktorerna för våldsamt beteende på en akut psykiatrisk avdelning.	Utfördes på en sluten psykiatrisk avdelning i Italien under ettårs tid. Data samlades in från patienternas vårdjournal och genom att intervjua patienter. BPRS formulär användes för bedömning av psykiska symtom och den psykiatriska diagnosen formulerades med strukturer för DSM-IV.	Våldsamma beteenden under månaden före inskrivningen kopplades till manligt kön, missbruk och de positiva symtomen. Den mest betydelsefulla riskfaktorn för fysiskt våld var det tidigare våldsamma beteendet.
Chukwujekwu, D. & Stanley, P. 2011.	Att avgöra förekomsten av aggression och de kliniska faktorerna som är kopplade till det aggressiva beteendet på en psykiatrisk avdelning.	Frågeformulär användes till datainsamlingen och alla patienter som vårdades under december 2005-februari 2007 bedömdes.	Av de 298 patienter som togs med i studien förorsakade 58st (19,5%) aggressivt beteende på avdelningen. De flesta av dessa var schizofrena eller missbrukare. Situationerna uppstod i de flesta fall utan provokation och en stor del av personer som betedde sig på ett aggressivt sätt hade gjort det också tidigare.
Cowman, S., Björkdahl, A., Clarke, E., Gethin, G., Maguire, J. & EViPRG. 2017.	Att sammanställa en våldhanteringspraxis genom att undersöka praktiken och undervisningen i 17 EU-länder.	Ett frågeformulär valdes och utvecklades som datainsamlingsmetod för studien. 2809 deltagare från dessa 17 länder svarade på formulären. Svaren sammanfattades och jämfördes med varandra. Öppna frågor analyserades med innehållsanalys. Både kvantitativa	19,5% av deltagarna hade inte fått skolning för aggressiva händelser. De mest vanliga interventionsmetoderna var begränsning, isolering och tvångsmedicinering. I flera europeiska länder finns det brister när det gäller handlingsmodeller för

		och kvalitativa metoder användes.	aggressivt beteende inom den psykiatriska vården.
Kaunomäki, J., Jokela, M., Kontio, R., Laiho, T., Sailas, E. & Lindberg, N. 2017.	Att ta reda på vilka interventionsmetoder som användes på en psykiatrisk avdelning efter att man hade identifierat en högriskspatient, hur ofta metoderna användes och hur effektiva de var.	Materialet samlades under 6 månaders tid på en psykiatrisk avdelning i Finland. Vårdarna gjorde DASA (Dynamic Appraisal of Situational Aggression) bedömningen dagligen på patienter för att bedöma risken för aggressivt beteende.	64 patienter vårdades på avdelningen och 217 observationer med höga DASA poäng framkom under perioden. I 91,2% av fallen användes minst en interventionsmetod för att minska på risken för aggressivt beteende. Medicinering, isolering och diskussion med en vårdare var de interventionsmetoderna som användes mest.
McCann, T., Baird, J. & Muir-Cochrane, E. 2014.	Att ta reda på vårdpersonalens attityder om orsaker till det aggressiva beteendet på en akut psykiatrisk avdelning och hur beteendet kan undvikas.	Vårdarna fyllde i MAVAS (Management of Aggression and Violence Scale) frågeformulären. Formulären innehåller 27 olika påståenden.	Deltagarna var inte överens om att det finns direkt koppling mellan patientrelaterade faktorer och det aggressiva beteendet. Man hade samma åsikt om att omgivningen hade stor betydelse och också kommunikationen mellan vårdarna och patienten.
Pulsford, D., Crumpton, A., Baker, A., Wilkins, T., Wright, K. & Duxbury, J. 2013.	Att uppskatta vårdarnas och patienternas åsikter om aggression på ett högrisksjukhus i England.	MAVAS (Management of Aggression and Violence Attitude Scale) bedömningsskalan fylldes i utav 109 vårdare och 27 patienter.	Vårdarna och patienterna höll med om största delen av påståenden. Det kom fram olika åsikter på endast två av påståenden. Orsakerna till aggression ansågs vara personrelaterade faktorerna, omgivningsrelaterade faktorerna och faktorerna i interaktionen mellan

			människorna. Som behandlingsmetoder framkom interaktionsrelaterade metoder men också mera kontrollrelaterade metoder, som tvångsåtgärder och medicinering.
Vaaler, A., Iversen, V., Morken, G., Flovig, J., Palmstierna, T. & Linaker, O. 2011.	Att ta reda på omgivningsrelaterade faktorer påverkan på uppkomsten av hot och våldsamma incident på en akut psykiatrisk avdelning.	Klinisk relevanta patienter bedömdes av en psykiater och vårdarna. Som hjälpmedel vid bedömningen användes BVC (The Broset Violence Checklist) -skalan och omgivningsrelaterade tillstånd observerades.	Klinisk utvärdering och BVC var lämpliga metoder för mätning av aggressivitet. Användningen av segregation minskade på aggressiva händelser.

Bilaga 4

Orsaker till aggressivt beteende

Vårdrelaterade faktorer

- **Begränsningar**
 - ”Förbud och uppmaningar kan provocera patienter”
 - ”Vården sker emot patienters vilja”
 - ”Bittra mot personen som tvingade dem till vården”
 - ”Patienten har inte lov att lämna avdelningen”
 - ”Då anhörigas besök och telefonsamtal begränsas”
 - ”Att tvinga patienten att ta medicinen”
 - ”Provokation till aggressivt beteende kunde vara att man förbjöd något för patienten”

- **Dåliga vårdrelationer**
 - ”Dåliga relationer mellan vårdarna och patienterna”
 - ”Missuppfattningar mellan olika kulturer”
 - ”Att patienten får känslan av att ha tappat kontrollen”
 - ”Dålig kommunikation mellan vårdarna och patienter”
 - ”Missuppfattningar mellan olika kultur och kön”

Patientrelaterade faktorer

- **Diagnos**
 - ”Typen av diagnosen patienten har”
 - ”Missbruksproblem”
 - ”Sjukdomen påverkar beteendet”
 - ”Aggressionen är kopplad till mental ohälsa”
 - ”Patienterna är aggressiva eftersom de är sjuka”

- **Personlighet**
 - ”Tidigare aggressiv beteende”
 - ”Vissa personer är mera benägna att bete sig aggressiv”
 - ”Missbrukare har större risk att bete sig på ett aggressivt sätt”
 - ”Det finns en tydlig koppling mellan patientens aggressiva beteende på avdelningen och dess tidigare aggressiva beteende”
 - ”Manlig kön och en våldsamt bakgrund är en riskfaktor för aggressivt beteende”

Omgivningsrelaterade faktorer

- **Brist på aktiviteter**
 - ”Få aktiviteter”
 - ”Att vara uttråkad är en orsak till våldsamma händelser”

- **Utrymmen**
 - ”Fullsatta avdelningar med mycket ljud och stimuli”
 - ”För litet utrymme”
 - ”Att befinna sig bakom låsta dörrar på avdelningen bidrar till aggressivt beteende”
 - ”Begränsad omgivning kan orsaka aggressivt beteende”

Bilaga 5

Att förebygga våldsamma händelser

Social interaktion

- **Vårdrelation**
 - ”Att vara där för patienten”
 - ”Trygghet och tröst genom samtal”
 - ”Stöda och förstå patientens erfarenheter”
 - ”Att ge tillräckligt med information åt patienten”
 - ”Hålla ett tillräckligt fysiskt avstånd till patienten”
 - ”Uppmärksamhet på kroppsspråket och hurdan ton man pratar med”
 - ”Professionell interaktion”
 - ”Rehabiliteringscentrerad vård”
 - ”Stark koppling mellan vårdare och patient”
 - ”Rätt attityd”
 - ”Bemöta patienten på ett mänskligt sätt”
 - ”Uppmärksamhet på patienternas ansiktsminer och kroppsrörelser”
- **Resurser**
 - ”Ta med familjen i vården av patienten”
 - ”Tillräckligt av vårdare på avdelningen”
 - ”Både män och kvinnor som vårdare på avdelningarna”
 - ”Det är viktigt att ha både kvinnliga och manliga vårdare på avdelningen under samma skift”
 - ”Vårdarna måste få adekvat skolning”
 - ”Vårdarna önskar få skolning inom ämnet”
 - ”Skolning för hela personalen skulle utveckla gemensamma handlingsmodeller på avdelningen”

Kontroll

- **Tvångsåtgärder**
 - ”Isolering används mest när det gäller intervention i risksituationer”
 - ”Används när patienter betar sig aggressivt och då tänker man på patientens säkerhet”
 - ”Används inte i onödan”
- **Medicinering**
 - ”Medicineringen kan ses som både positiv och negativ sak”
 - ”Medicinering ansågs som effektivt sätt att behandla aggression på”
 - ”Patienter som tenderar att bete sig på ett aggressivt sätt skall medicineras regelbundet”
 - ”Medicinering används ofta som intervention”
 - ”En värdefull metod för behandling av aggressivt och våldsamt beteende”

Avdelningens miljö

- **Fysisk omgivning**
 - ”Lugn utan för mycket ljud och inget onödigt stimuli, för att lugna ner patienten”
 - ”Trygg och bekväm”
 - ”Ett ställe dit patienten kan gå för att lugna ner sig”
 - ”Förbättring i avdelningens struktur skulle lätta på observationer av patienter”
 - ”Att separera på enskilda patienter eller patientgrupper”

- **Meningsfulla aktiviteter**
 - ”Meningsfulla vardagliga aktiviteter för att undvika frustration”
 - ”Aktivitetserna kan minska på stress och det aggressiva beteendet”