



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

**Vold i psykisk helsevern, en del av jobben? / Violence in
mental health care, a part of the job?**

Lena Nordmoen Aspeggen og Ida Skotheim Bjørnhaug

Totalt antall sider inkludert forsiden: 59

Molde, 07.04.2016



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

<i>Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:</i>		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <u>Universitets- og høgskoleloven</u> §§4-7 og 4-8 og <u>Forskrift om eksamen</u> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <u>Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <u>retningslinjer for behandling av saker om fusk</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <u>kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</u>	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Liv Bachmann

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 21.03.2016

Antall ord: 10577

Sammendrag:

Bakgrunn: De siste årene har det vært et økt fokus på vold mot sykepleiere i media, vi ønsket derfor å vite mer om dette aktuelle tema. Sykepleiere kom nest høyest ut på andelen som hadde blitt utsatt for vold eller trusler om vold i en undersøkelse av Statens Arbeidsmiljøinstitutt (Svalund 2014).

Hensikt: Hensikten med studien var å belyse sykepleiers erfaringer med vold innen psykisk helsevern.

Metode: Litteraturstudie basert på 10 forskningsartikler.

Resultat: Vår studie viste at sykepleiere erfarer å bli utsatt for vold innen psykisk helsevern. Erfaringene de hadde var knyttet til fysiske og psykiske konsekvenser, følelsesmessige reaksjoner, oppfølging etter voldshendelsen og at det var en del av jobben.

Konklusjon: Sykepleiers erfaringer knyttet til å bli utsatt for vold fikk forskjellige kroppslige reaksjoner. De uttrykte et behov for oppfølging og støtte etter en hendelse. De opplevde også en indre konflikt av å arbeide med pasienter som utøvde vold, der en samtidig skulle ta vare på pasientene. Sykepleiers erfaringer er viktig å belyse for å øke fokuset på dette området innen sykepleie.

Nøkkelord: Sykepleier, erfaring, vold, psykisk helsevern, følelser

Abstract:

Background: During the recent years there has been an increased focus on violence against nurses in media, therefore we wanted to know more about this particular topic. In a Norwegian survey about violence or threats of violence, nurses occurred second highest of the participants.

Aim: The purpose of this study was to give insight of nurses' experience of violence within mental health care.

Method: Literature study based on 10 research articles.

Results: Our study showed that nurses experienced violence within mental health care. It was connected to physical and psychological consequences, emotional reactions, support after the incident and it was part of the job.

Conclusion: Nurses experiences of violence gave different reactions. They wanted to be followed up and supported after an incident. They experienced an inner conflict when working with patients who performed violence, while taking care of them. Nurses experiences are important to highlight to actualize this area of nursing.

Keyword: Nurse, experience, violence, mental health care, feelings

Innhold

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Studiens hensikt	2
1.3 Problemstilling	2
2.0 Teoribakgrunn	3
2.1 Vold	3
2.2 Reaksjoner etter vold	3
2.3 Sykepleierrollen	5
2.4 Krav til arbeidsmiljøet	5
3.0 Metodebeskrivelse	7
3.1 Datainnsamling	7
3.1.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier.....	9
3.2 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn	9
3.3 Analyse	10
4.0 Resultat	12
4.1 Følelsesmessige reaksjoner	13
4.1.1 Sinne.....	13
4.1.2 Frykt og engstelse.....	14
4.2 Eftervirkninger av vold	15
4.2.1 Fysiske og psykiske konsekvenser.....	15
4.3 Oppfølging etter en voldshendelse	16
4.3.1 Støtte fra ledelse og kollegium.....	16
4.3.2 Mestringsstrategier.....	17
4.4 En del av jobben	18
5.0 Diskusjon	20
5.1 Metodediskusjon	20
5.1.1 Datainnsamling.....	20
5.1.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	21
5.1.3 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn.....	23
5.1.4 Analyse.....	24
5.2 Resultatdiskusjon	25
5.2.1 Følelsesmessige reaksjoner.....	25
5.2.2 Eftervirkninger av vold.....	27
5.2.3 Oppfølging etter en voldshendelse.....	28
5.2.4 En del av jobben?.....	31
6.0 Konklusjon	33
6.1 Litteraturstudiets konklusjon	33
6.2 Anbefalinger for videre forskning	33

Vedlegg 1: Oversiktstabell over søkeresultat

Vedlegg 2: Oversiktstabell i forhold til innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artikler

Vedlegg 3: P(IC)O – skjema

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Arbeidstakere som utsettes for vold eller trusler om vold i Norge er kartlagt i en undersøkelse av Statens Arbeidsmiljøinstitutt. Sykepleiere og spesialsykepleiere kom nest høyest ut på andelen som hadde blitt utsatt for vold eller trusler om vold det siste året. Hele 28 prosent oppga at de hadde vært utsatt for vold på arbeidsplassen de siste 12 måneder. Rundt 16 prosent av sykepleierne ga uttrykk for å ha blitt utsatt for trussel om vold på arbeidsplassen, som var så alvorlige at de ble reddet (Svalund 2014).

Statens Arbeidsmiljøinstitutt har gjort en annen studie der det blir påpekt at vold og trusler har størst betydning for sykefravær hos helsepersonell. De viser til et høyt sykefravær på 21 dager eller mer. Sykepleiere og helsepersonell er særlig utsatte for vold eller trusler om vold på arbeidsplassen. Studien viser at om lag 70 prosent av sykepleiere har en større risiko for et høyt sykefravær sammenliknet med de som ikke er utsatt for vold eller trusler på jobben. Statens Arbeidsmiljøinstitutt påpeker at trygghet og sikkerhet på arbeidsplassen er viktig for den enkelte og hver enkelt virksomhet. Vold og trusler i psykisk helsevern vil nok alltid forekomme, men er desto viktigere å fokusere på for å forebygge det (Bye 2015).

Vi valgte vårt tema på bakgrunn av erfaringer vi har hatt i praksis og oppslag i media de siste årene. Temaet vold mot sykepleiere er ikke en del av rammeplanen for sykepleierutdanningen og på bakgrunn av dette ønsket vi å vite mer om sykepleiers erfaring (Kunnskapsdepartementet 2008). Som fremtidige sykepleiere kan mange av oss havne i situasjoner der vold eller trusler forekommer, og vi ønsker derfor å belyse kunnskap på dette aktuelle området.

1.2 Studiens hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse erfaringer med vold i psykisk helsevern.

1.3 Problemstilling

Hvordan erfarer sykepleiere å bli utsatt for vold innen psykisk helsevern?

2.0 Teoribakgrunn

2.1. Vold

Verdens helseorganisasjon definerer vold som forsettlig bruk av trussel, fysisk makt eller tvang. For at noe regnes som vold må handlingen resultere i, eller ha en høy sannsynlighet for å resultere i fysisk eller psykisk skade, død eller mangelfull utvikling (World Health Organization 2015).

Rydning (1997) skiller vold inn i to typer, instrumentell vold og emosjonell vold.

Instrumentell vold vil si at man skader en person for å oppnå noe. Emosjonell vold vil si at volden skader med hensikt, der en aktivt går inn for å skade personen. Et overfall blir beskrevet som et fysisk angrep eller en trussel om et angrep, der en har som hensikt å skade offeret (Rydning 1997).

Trusler kan være både verbale og fysiske. Et eksempel på en verbal trussel kan være at noen sier: *"jeg skal drepe deg"*. Fysiske trusler kan være fektning med armer eller at en pasient løper mot sykepleieren (Rydning 1997).

2.2 Reaksjoner etter vold

Personer som har opplevd overfall kan få ulike reaksjoner etter vold og reaksjonene kan ha varierende grad av intensitet. Det avhenger av angrepets art og offerets egenskaper, og kommer an på overfallets varighet eller graden av påført skade. Skaden kan være fysisk, følelsesmessig eller psykologisk. Det er ikke alltid et mønster mellom overfallets art og reaksjonen det utløser, det kan noen ganger avhenge av offerets personlighet. Noen overfall kan forsterke tendenser folk har fra før av, for eksempel engstelig. Hvis personen fra før av er engstelig kan en bli enda mer engstelig etter et overfall (Breakwell 1995).

Breakwell skiller mellom fire reaksjonsfaser på vold: krisefasen, post-krise depresjon, virkninger på middels lang sikt og virkninger på lengre sikt. Fasene kan starte med frykt, overraskelse, deretter sinne og etter sinne kommer skyldfølelse (Breakwell 1995).

Krisefasen varer opptil 90 min etter angrepet. Her pumper adrenalinet, spenningen avtar gradvis og en kan bli fysisk og psykisk utmattet. Kroppen setter i gang en fight, fright og flight reaksjon (Breakwell 1995).

Ved post-krise depresjon kan overfallet oppfattes som umenneskeligjørende og nedverdiggende. Sykepleier kan tape tro på egne evner til å takle pasienter generelt og man kan føle tap av yrkesidentitet (Breakwell 1995).

Virkninger på middels lang sikt kan være at offeret overvurderer sannsynligheten for en ny voldshendelse. Dette kan vise seg som overdreven frykt, engstelighet eller forsiktighet ovenfor pasienter (Breakwell 1995).

Ved virkninger på lengre sikt kan man plutselig kjenne på en overveldende følelse av frykt mens man gjenopplever hendelsen i form av minner, også kalt "flashbacks". Det er vanlig at man benekter hendelsen eller fortrenger egne følelser som er forbundet med den. Virkningene kan vare måneder eller år etter voldshendelsen, ofte lenge etter at fysiske sår er leget. Overfall har mye til felles med andre traumatiske hendelser (Breakwell 1995). Anstorp og Benum (2014) beskriver ordet traume, som også betyr skade, som skade i både fysisk og psykisk karakter. Traume er en reaksjon på uutholdelige hendelser som overvelder sentralnervesystemet (Anstorp og Benum 2014).

De som blir rammet av vold eller trusler om vold kan etter hvert oppleve ulike fysiske og psykiske reaksjoner. Fysiske skader kan oppleves som lettere å behandle enn de psykiske skadene. De fysiske skadene kan være hodepine, kvalme, skade som følge av slag, hjertebank og anspenhet i muskler. Hukommelsesproblemer og konsentrasjonsvansker er vanlige. Mange av ofrene tenker mye på hendelsen og spør seg selv hva man kunne gjort annerledes, og kan føle skyld for hendelsen. De psykiske skadene kan være søvnløshet, hodepine, uro, angst, redsel, isolasjon, maktesløshet og utbrenthet (Rydning 1997).

Menn og kvinner kan oppleve vold forskjellig. Kvinner har lettere for å prate ut om problemene enn menn. Mennene føler ofte mer sinne og skam over situasjonen. Rydning (1997) viser til at kvinner fra høyere sosiale lag gjør mindre motstand, blir lettere paralyisert i voldssituasjoner og kommer fra situasjonen med færre fysiske skader enn de i lavere sosiale

lag. Kvinnene fra høyere sosiale lag sliter derimot lenger med større psykiske ettervirkninger (Rydning 1997).

2.3 Sykepleierrollen

Sykepleiers samfunnsoppgave er å pleie mennesker som av ulike grunner trenger hjelp. Fokuset til sykepleieren er på pasienten sin helse, livskvalitet og mestring. Omsorg for mennesket er også en sentral del av fokuset. For å kunne utøve sykepleie til pasienten er det viktig at man har en forståelse for pasientens situasjon, i tillegg til at man bruker sine fagkunnskaper (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2012).

Sykepleie ble tidligere sett på som et kall. Kallet gikk ut på at man ønsket å gi pleie og omsorg til medmennesker uten å forvente noe tilbake. Motivasjonen var å vise barmhjertighet, nestekjærlighet og lindre lidelse. I dag blir sykepleie sett på som et fag med spesiell karakter, historie og samfunnsmessige verdier. Verdiene er tilpasset det samfunnet vi i dag lever i. De ligger forankret i Norsk Sykepleieforbunds *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2012). I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det at: *“Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet”* (Norsk sykepleieforbund 2011, 7).

Det å yte omsorg for mennesker som utøver vold kan true sykepleiers identitet i profesjonsrollen. Krause-Jensen, Rye-Andersen og Bruun (2009) beskriver situasjoner hvor en kan føle at noen har tråkket over ens egen grense, eller at noen har overskredet intimsonen. Dette oppleves ulikt fra person til person. Når noen har tråkket over denne grensen kan det oppleves krenkende eller ubehagelig. Intimsonen er med på å beskytte vår identitet. Krenkelser mot identiteten kan være psykiske trusler, hvor man ikke trenger å være oppmerksomme på hva som skjer, eller ved fysiske overgrep, og det kan ta lang tid å bygge opp igjen egen identitet (Krause-Jensen, Rye-Andersen og Bruun 2009).

2.4 Krav til arbeidsmiljøet

I arbeidsmiljøloven § 4 - 3 står det om arbeidstakers krav til det psykososiale arbeidsmiljø: *”Arbeidstaker skal, så langt det er mulig, beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre”* (Arbeidsmiljøloven 2005). I følge arbeidstilsynet skal

arbeidsmiljøloven § 1 - 1 sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon. Den skal også gi trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger på arbeidsplassen. Arbeidsgiver har plikt å overholde arbeidsmiljølovens bestemmelser, jf. arbeidsmiljøloven § 2 - 1. I arbeidsmiljøloven § 5 - 1 står det at arbeidsgiver skal sørge for at alle personskader som oppstår under arbeid blir registrert (Arbeidstilsynet 2009).

Norsk Sykepleierforbund gikk ut i februar 2015 om å endre forskriftene om vold og trusler i arbeidsmiljøloven. Arbeids- og sosialkomiteén i Stortinget var enstemmige om forslaget. Forslaget var å presisere en ny og bedre tydeliggjort forskrift i arbeidsmiljøloven. Årsaken til at Norsk sykepleierforbund ønsket å endre forskriftene var bekymring for det høye sykefraværet relatert til vold og trusler i Norge. Forskriftene er fortsatt under utarbeidelse (Norsk Sykepleierforbund 2015).

I de yrkesetiske retningslinjene fra Norsk Sykepleierforbund står det i “Sykepleieren og arbeidsstedet” at sykepleiere har krav på beskyttelse og støtte dersom en utsettes for trusler eller vold på arbeidsplassen (Norsk Sykepleierforbund 2011).

3.0 Metodebeskrivelse

En systematisk litteraturstudie innebærer at man gjør systematiske søk og kritisk vurderer vitenskapelige artikler. Deretter sammenfattes litteraturen innen et valgt tema eller problemstilling. Litteraturstudien skal gi en syntese av data fra tidligere gjennomførte studier (Forsberg 2013). Vi la vekt på å være objektive og ikke være forutinntatte under datainnsamlingen.

3.1 Datainnsamling

Søkeordene våre tok utgangspunkt i vår hensikt og problemstilling. Ved å dele opp problemstillingen og ta ut nøkkelordene satt vi igjen med å bruke nurse, violence/workplace violence, experience/perception og psychiatry som søkeord. Vi startet med å finne relevante søkeord på norsk som passet til vår problemstilling, for så å oversette disse til engelsk.

På bakgrunn av valg av tema, bakgrunnsteori og problemstilling utarbeidet vi et PICO - skjema. Dette er et verktøy for å hjelpe til å systematisere et spørsmål på, slik at spørsmålet struktureres på en hensiktsmessig måte. Hver bokstav i PICO står for ulike elementer som ofte er med i kliniske spørsmål. Det er ikke alle problemstillinger som kan besvares i hvert element i et PICO - skjema (Nortvedt et al. 2013). Vår problemstilling er ikke ute etter å finne tiltak eller sammenligning, derfor utarbeidet vi et P(IC)O - skjema (Vedlegg 3).

P står for hvilken type pasient, pasientgruppe eller problem spørsmålet gjelder for (Nortvedt et al. 2013). Vi ønsket å vite mer om sykepleiere som er utsatt for vold innen psykisk helsevern. Her valgte vi å bruke søkeordene “nurs*”, “violen*” og “psychiatr*”.

O står for utfall eller endepunktet man ønsker å undersøke (Nortvedt et al. 2013). Vi var ute etter sykepleiers erfaring etter å ha blitt utsatt for vold. Søkeordet vi valgte var “experienc*”.

Etter å ha utarbeidet et P(IC)O - skjema begynte vi vår søkestrategi i vitenskapelige databaser. Vi valgte databaser ut i fra hva hvilke tema databasen har, og leste gjennom disse fra bibliotekets hjemmeside for å finne relevante databaser. Databasene vi fant artikler i var Ovid Medline®, som vi valgte å inkludere seks artikler fra. I Ovid Psychinfo fant vi to artikler. Vi søkte også i CINAHL og fant to artikler som ble inkludert.

For å kunne finne relevante forskningsartikler brukte vi søkeordene i kombinasjon med “limits” for å avgrense søket. Avgrensningen var å søke etter artikler publisert fra 2010 - “current”, for å få det nyeste forskningsmaterialet. En annen avgrensning vi brukte var språk. Vi søkte etter artikler skrevet på norsk, svensk, dansk og engelsk. Vi valgte å trunkere søkeordene for å kunne utvide våre treff. Trunkering vil si å søke på stammen av et ord. Vi skrev inn begynnelsen på ordet, så la vi til et trunkeringstegn for å få med alle ulike endelser av ordet. Et av våre søkeord med trunkering var “nurs*”. Slik fikk vi med ulike varianter som nurse, nurses, nursing, nurse role og nurse-patient (Nortvedt et al. 2013).

I følge Nordtvedt et al. (2013) bør man anvende søketeknikker som kombinerer søkeord. Dette innebærer kombinasjonsord som “AND” og “OR”. “OR” utvider søket ved å innholde enten det ene eller det andre søkeordet. “AND” avgrenser søket ved å gi treff der begge søkeordene er med. Vi har anvendt MeSH-termer, som betyr “medical subject headings”. Dette er medisinske termer eller nøkkelord som brukes for å samle referanser til databasen Ovid Medline ® (Nortvedt et al. 2013).

Vi startet å søke 24.08.15 i Ovid Medline ® med søkeordene “nurs*” AND “nurse - patient*” AND “violenc*” AND “experienc*” AND “suffer*” AND “psychiatr*” AND “workplace violenc*”. Vi fikk fem treff der vi leste to abstrakt og valgte å inkludere disse artiklene. Samme dag gjennomførte vi et søk i CINAHL hvor vi brukte søkeordene “violence” AND “assault” AND “psychiatric facility” AND “nurses” and “workplace violence”. Det resulterte i fem treff, leste to abstrakt og inkluderte en artikkel (Vedlegg 1)

10.09.2015 utførte vi søk i Ovid Psychinfo ved å bruke “nurs*” AND “experienc*” AND “workplace violence” AND “psychiatr*”. Det resulterte i 29 treff, tre leste abstrakt og en artikkel ble inkludert (Vedlegg 1).

3.10.2015 gjorde vi et nytt søk i CINAHL. Da brukte vi “violence against nurses” AND “qualitative” som søkeord. Vi fikk 24 treff, leste fire abstrakt og inkluderte en artikkel (Vedlegg 1).

17.11.2015 brukte vi Ovid Medline ® på nytt. Søkeordene vi brukte var “workplace violence” AND “psychiatr*” and “nurs*” and “violenc*” and “experie*”. Her valgte vi å bruke “limit to year 2009-current”. Det resulterte i 21 treff, leste seks av abstraktene og en av artiklene ble inkludert (Vedlegg 1).

Vi gjorde et nytt søk i Ovid Psychinfo 30.11.2015 med søkeordene “nurs*” AND “psychiatric ward” AND “experie*” AND “viol*”, og valgte “limit to yr 2010-current”. Det resulterte i 30 treff, ti leste abstrakt og en inkludert artikkel. Samme dag gjorde vi samme søk, bare i Ovid Medline ®. Det resulterte i ti treff, fire leste abstrakter og en artikkel som ble inkludert (Vedlegg 1).

Det siste systematiske søket ble gjennomført 1.12.2015 i Ovid Medline ® . Da brukte vi søkeordene “viol*” OR “assault*” AND “mental health” OR “psychiatr*” AND “nurs*” AND “experie*” OR “percepti*” med “limit to yr 2009-current” og danish or english or norwegian or swedish. Det resulterte i 138 treff, 37 leste abstrakt og to inkluderte artikler (Vedlegg 1).

3.1.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Våre inklusjonskriterier var kvalitative artikler som inneholdt sykepleiers erfaring med vold på psykiatriske avdelinger eller psykiatriske sykehus. Artiklene skulle ha et sykepleieperspektiv og være norsk, svensk, dansk eller engelsk språklige. Et annet inklusjonskriterie var å avgrense artiklene fra 2010 til dags dato for å finne nyere relevant forskning. På bakgrunn av dette var eksklusjonskriteriene våre somatiske avdelinger, rettspsykiatriske avdelinger, pasient- og pårørendeperspektiv, forebygging av vold, review artikler og kvantitative artikler.

3.2 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn

Selv om artiklene er publisert i velrennomerte tidsskrifter er det likevel viktig å kvalitetssikre artiklene. Ved kvalitetssikring ser man på artikkelens gyldighet, overførbarhet, resultatene og metoden forskerne har brukt for å komme frem til resultatene. Når man skal vurdere en artikkel kritisk kan man begynne med å se på kjernes spørsmålet, altså hva artikkelen undersøker. I vårt tilfelle var vi ute etter å finne ut hvordan noe erfares. For å finne ut av

hvordan noe erfares er det foretrukne studiedesignet en kvalitativ metode (Kunnskapsbasert praksis 2012).

For å vurdere kvaliteten på artiklene valgte vi å bruke sjekklister fra Kunnskapssenteret. Vi brukte “Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning” og “Sjekkliste for vurdering av prevalensstudie” (Kunnskapsbasert praksis 2012). Vi anvendte sjekklisten for prevalensstudie på bakgrunn av at vi inkluderte Nolan et. al (1999).

Etter å ha fylt ut sjekklistene ga vi hver artikkel en gradering fra I til III (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006). Vi ga hvert “positive svar” i sjekklistene ett poeng, så dividerte vi disse med summen i antallet kriterier i sjekklisten. Et eksempel på dette der antall “positive svar” var ni av ti, regnet vi ut at graderingen lå på 90 % (Grad I). De fleste av våre inkluderte artikler lå på grad I, bortsett fra en artikkel som vi vurderte til grad II (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006).

I en systematisk litteraturstudie bør en overveie etiske aspekter. En bør velge studier som har tatt etiske vurderinger eller har blitt etisk godkjent. Et informert samtykke er viktig å overveie i en studie. I følge Jacobsen (2010) bør deltakeren ha kompetanse, delta frivillig, ha forståelse og fått informasjon om deltakelse i studien. Deltakerne som velger å delta i en studie bør kunne trekke seg underveis hvis de ønsker det (Jacobsen 2010). I vår systematiske litteraturstudie har vi tatt hensyn til disse etiske aspektene. Alle våre inkluderte forskningsartikler har belyst etiske overveielser i forskjellig grad, syv av artiklene var etisk godkjent. Vi har også tatt i betraktning at våre lesere kan ha erfart hendelser som vedrører vårt tema, noe vi hadde i tankene under vår systematiske litteraturstudie.

3.3 Analyse

I følge retningslinjene for Bacheloroppgaven i sykepleie anbefales det at en analyserer og tolker hver artikkel for seg og markerer tema som gir svar på studiets hensikt og problemstilling (Jørgensen og Michaelsen 2015).

Vi fulgte Evans’ (2002) fire faser i arbeidet med analysen av artiklene. De fire fasene innebærer å samle inn data, identifisere funn, relatere funnene opp mot hverandre og samle de i en syntese (Evans 2002).

I den første fasen tok vi utgangspunkt i vår hensikt og problemstilling for å kunne samle inn artikler. For å finne artikler gjennomførte vi søk i foretrukne databaser. Vi brukte søkeordene og inklusjons- og eksklusjonskriteriene våre for å finne relevante artikler, for så å kvalitetssikre artiklene (Evans 2002).

I den andre fasen som består av å samle inn hovedfunn leste vi gjennom artiklene vi hadde valgt å inkludere for å få en helhet i de ulike artiklene (Evans 2002). Vi valgte derfor å lese gjennom artiklene og markere viktige elementer i forskjellige farger for å skille mellom ulike tema. Det neste leddet i fase to var å samle inn funn fra hver artikkel (Evans 2002). Vi valgte å lage et tankekart på et A3 - ark for hver artikkel, for å få en oversikt over funnene. Navnet på én av forfatterne og årstall var uthevet i tankekartet, for å holde en oversikt over artiklene og for å kunne skille de fra hverandre.

Den tredje fasen innebærer å identifisere tema på tvers av artiklene (Evans 2002). Vi identifiserte felles tema fra artiklene ved hjelp av tankekartene vi lagde i fase to. Felles tema ble systematisert ved bruk av farger, hvert tema hadde ulik farge. Vi delte tankekartene slik at en av oss hadde fem tankekart og den andre hadde seks. Slik holdt vi oversikten over ett mindre antall tankekart hver. Dette for å bedre kunne fange essensen i de felles temaene. I følge Evans (2002) bør man gruppere og kategorisere funnene i hovedtema og undertema. For å identifisere hovedtema og undertema hadde vi et blankt A3-ark foran oss mens vi gikk gjennom hovedfunn som var gjennomgående fra tankekartene. Når vi hadde kategorisert felles hovedtema og undertema på et A3 - ark fikk vi en bedre oversikt og forståelse over funnene i artiklene. Vi gikk grundigere gjennom hovedtema og undertema etter at vi hadde gruppert dem for å kunne se likheter og ulikheter. Vi endret på kategoriseringen der vi følte behov for det (Evans 2002).

I den siste fasen til Evans (2002) skal funnene fra artiklene sammenfattes og beskrives. Hvert hovedtema og undertema skal kunne refereres tilbake til de originale studiene (Evans 2002). Vi valgte derfor å bruke A3 - arket med oversikten over hovedtema og undertema fra fase tre. På oversikten skrev vi ned hvilke artikler som hørte til hvert tema. Dette gjorde vi for å kunne lettere gå tilbake til original artiklene når vi startet med syntesen vår, og for å kunne sjekke innholdet nøyaktig (Evans 2002). Til slutt sammenfattet vi datamaterialet i ulike tema som svarer på vår litteraturstudies hensikt og problemstilling (Jørgensen og Michaelsen 2015).

4.0 Resultat

I dette kapittelet vil vi presentere resultat som svarer på vår hensikt og problemstilling. Dette er funn fra våre ti inkluderte forskningsartikler. Denne figuren er en oversikt over våre hovedtema, med undertema. Våre hovedtema er følelsesmessige reaksjoner, ettervirkningen av vold, oppfølging etter en voldshendelse og en del av jobben.



Figur 1: Oversikt over litteraturstudiens hovedtema og undertema.

4.1 Følelsesmessige reaksjoner

I syv av artiklene ble det framhevet hvilke følelsesmessige reaksjoner som oppsto etter å ha blitt utsatt for vold eller trusler på jobben. De følelsene med høyest forekomst var sinne, frykt og engstelse. Sykepleierne følte også på tristhet, frustrasjon, fortvilelse, mistenksomhet, skuffelse, sjokk og sårbarhet (Stevenson et al. 2015, Kindy, Petersen og Parkhurst 2005, Baby, Glue og Carlyle 2014, Zuzelo, Curran og Zeserman 2012, Ward 2013, Bimenyimana et al. 2009, Moylan, Cullinan og Kimpel 2014). En sykepleier beskrev sine følelser etter å ha observert en voldshendelse mellom en kollega og en pasient på denne måten:

For years I've looked around in that room and visualized the blood. It was very traumatic because this was a girl, who came in to do a job, who just walked in front of someone at the wrong time (Zuzelo, Curran og Zeserman 2012, 121).

4.1.1 Sinne

Av de sykepleierne som følte sinne, var det pasienten de følte mest sinne ovenfor. De var sinte fordi at pasienten hadde brutt tilliten til sykepleieren ved å for eksempel slå, lugge eller sparke. De var sinte fordi at pasienten utøvde vold når sykepleier prøvde å hjelpe (Zuzelo, Curran og Zeserman 2012, Bimenyimana et al. 2009, Baby, Glue og Carlyle 2014, Stevenson et al. 2015, Moylan, Cullinan og Kimpel 2014).

Sykepleierne var også sinte på kollegaene og omstendighetene rundt en voldshendelse. De uttrykte sinne hvis de følte at kollegaene ikke bidro nok til å forhindre hendelsen (Zuzelo, Curran og Zeserman 2012, Stevenson et al. 2015, Baby, Glue og Carlyle 2014). Sinnet ovenfor en kollega ble beskrevet slik:

I was very resentful, quite angry and ended up sort of saying to my colleagues that I did not want to work with her at this stage as I was a bit too angry and it wouldn't be therapeutic (Baby, Glue og Carlyle 2014, 650).

4.1.2 Frykt og engstelse

Flere av våre inkluderte artikler beskriver sykepleiers opplevelse av frykt og redsel etter å ha blitt utsatt for vold. Dette omhandler frykten for egen sikkerhet, frykt for å bli skadet i fremtiden og frykten for å møte pasienten igjen på utsiden (Kindy, Petersen og Parkhurst 2005, Baby, Glue og Carlyle 2014, Ward 2013, Stevenson et al. 2015, Zuzelo, Curran og Zeserman 2012, Moylan, Cullinan og Kimpel 2014, Bimenyimana et al. 2009). De var redde for sin egen sikkerhet i arbeidsmiljøet og noen av deltakerne ga uttrykk for å grue seg for å dra på jobb. En sykepleier ga uttrykk for sin frykt knyttet til volden slik:

There is comfort in what you know... Violence is a part of the job. Patients get scared and they act on that fear. We get scared too, fear of the unexpected. I wouldn't want to particularly leave my colleagues here as we have a lot of trust in each other and that is something you build on over time. I have always said, "It's better the devil you know!" (Ward 2013, 283).

Sykepleierne var redde for å bli utsatt for en ny voldshendelse som kunne føre til alvorlige skader, nedsatt livskvalitet eller sykemeldinger (Bimenyimana et al. 2009, Kindy, Petersen og Parkhurst 2005, Zuzelo, Curran og Zeserman 2012). Frykten for å møte pasienten på utsiden ble belyst i to av våre artikler. En sykepleier fortalte om en verbal trussel hun hadde fått fra en pasient om at "de sees på utsiden" (Stevenson et al. 2015, Bimenyimana et al. 2009). En annen sykepleier fortalte om en hendelse der hun møtte pasienten på utsiden, og uttrykte en sterk redsel:

I was afraid for my safety a week later when my husband and I were walking down the street together and there's that guy. Seriously! There's that guy! I went, "oh my God" and I had sunglasses on and I thought "what do I do?"... My husband was talking about something... I just tuned him out. We're just holding hands and walking along and I'm like "okay, just keep walking," right? So what I did was walk right past that guy, but I tell you what, in that moment... I was really scared. What do you say to your husband? "Oh this guy is a scary guy..." I can't tell my husband anything! I can't! What am I supposed to say?" (Stevenson et al. 2015, 7).

Fire av våre inkluderte artikler beskriver følelsen av engstelse i forbindelse med vold på arbeidsplassen. De handler om engstelighet i forbindelse med å være i fare, å jobbe på en

voldsutsatt arbeidsplass og engstelse i forbindelse med å ha opplevd vold eller verbale trusler (Ward 2013, Stevenson et al. 2015, Baby, Glue og Carlyle 2014, Jackson og Morisette 2013).

4.2 Eftervirkninger av vold

Åtte av våre artikler omhandler erfaringer om hvilke ettervirkninger vold har for sykepleiere. Noen valgte å slutte i arbeid fordi konsekvensene av vold var så stor, og det ikke var håp for forbedring. Noen av sykepleierne uttrykte at de distanserte seg selv fra pasienten, både fysisk og psykisk (Baby, Glue og Carlyle 2014, Stevenson et al. 2015, Zuzelo, Curran og Zeserman 2012, Ward 2013, Bimenyimana et al. 2009, Kindy, Peterson og Parkhurst 2005, Jackson 2013 og Morisette, Moylan, Cullinan og Kimpel 2014). En sykepleier beskriver hvorfor en holdt pasienten på avstand:

You do not want the patient to come too close to you because you're thinking that the patient might do the same thing to you that they did to your peer. So, keep them at arm's length. Keep a little more distance just to be on the safe side (Zuzelo, Curran og Zeserman 2012, 118).

4.2.1 Fysiske og psykiske konsekvenser

I artiklene fortalte sykepleierne at de hadde fått fysiske skader som følge av vold. Disse var blant annet blåmerker, skrubbsår, smerter, hodeskader, hodepine, muskelspenthet, søvnvansker og nedsatt matinntak (Baby, Glue og Carlyle 2014, Stevenson et al. 2015, Moylan, Cullinan og Kimpel 2014).

Følgende sitat understreker dette: *“Probably as a nurse, the worst thing was the memory loss...”* (Baby, Glue, Carlyle 2014, 650).

En annen sykepleier ga uttrykk for sine bekymringer for fremtiden på denne måten:

I'm not completely healed, but I'm back at work, so I'm a little scared that just one, one little knock or something could permanently injure me, and then my livelihood would change. And I'm really seriously thinking, is it really worth it? (Kindy, Petersen og Parkhurst 2005).

I tre av våre artikler blir de psykiske konsekvensene av vold på arbeidsplassen beskrevet. Sykepleierne ga uttrykk for å oppleve stress under arbeidet ved en psykiatrisk avdeling der de var under risikoen for å bli utsatt for vold. De opplevde også utbrenthet, der de følte seg tappet av energi. Enkelte av sykepleierne ga uttrykk for frustrasjon når pasienten tok så mye tid og energi fra dem. Sykepleierne var ofte bekymret i forhold til sin personlige sikkerhet og de følte tap av selvtillit eller tap av selvfølelse. Dette førte til negativ innvirkning på sosialt og familieliv (Baby, Glue og Carlyle 2014, Jackson og Morisette 2013, Zuzelo, Curran og Zeserman 2012). En sykepleier beskrev sin hverdag som stressende:

The first thought always is... stress, constant stress. When you're there or not, because you worry about going back. And there is no real let up... you have days off, constantly think about going back and having to worry about it again (Kindy, Petersen, Parkhurst 2005, 173).

4.3 Oppfølging etter en voldshendelse

I ni av våre ti artikler blir det belyst hvordan oppfølgingen etter en voldshendelse var av ulik grad. De fleste av sykepleierne ga uttrykk for at det var lettere å takle en hendelse når de kunne prate om hva som hadde skjedd. Noen av sykepleierne fikk oppfølging direkte fra ledelsen, mens andre måtte takle hendelsen på egen hånd. Det varierte når de enkelte sykepleierne rapporterte hendelser knyttet til vold eller trusler om vold (Cutcliffe 1999, Stevenson et al. 2015, Moylan 2014, Zuzelo, Curran og Zeserman 2012, Nolan et al. 1999, Kindy, Petersen og Parkhurst 2005, Baby, Glue og Carlyle 2014, Bimenyimana et al. 2009, Ward 2013).

4.3.1 Støtte fra ledelse og kollegium

Det å ha samtaler med kollegaer hjalp for å få en "utblåsning" og reflektere rundt situasjonen. De uttrykte at personlig støtte lettet sykepleiers recovery etter en voldshendelse og dette bidro til at det ble lettere å komme tilbake i jobb. Formell støtte fra ledelse var viktig, og det gjorde det lettere å takle hendelsen. Det å få oppfølging etter en voldshendelse var viktig for å føle seg tryggere på arbeidsplassen og det førte til bedre ivaretagelse av pasientene (Ward 2013, Baby, Glue og Carlyle 2014, Stevenson et al. 2015, Cutcliffe 1999, Zuzelo, Curran og Zeserman

2012). En sykepleier fortalte om viktigheten av å få støtte fra kollega og ledelse på denne måten:

As I said, there are times when I feel like I have had enough. But we support each other on here, and that makes such a difference. Just being encouraged to talk through the incident really helps me (Cutcliffe 1999, 111).

Det var ikke alle som følte at de hadde blitt godt nok fulgt opp fra ledelsen sin side. Flere av sykepleierne ga uttrykk for at de ønsket et mer åpent miljø hvor det var mulig å rapportere hendelser. De følte en mangel på debriefing etter et overfall, og ga uttrykk for at ledelsen ga de skylden for voldshendelsen (Moylean, Cullinan og Kimpel 2014, Kindy, Petersen og Parkhurst 2005, Stevenson et al 2015, Bimenyimana et al. 2009, Nolan et al. 1999). I et av tilfellene ga en sykepleier uttrykk for at forståelsen fra ledelsen sin side ikke var god nok:

... just dealing with the upper management and them not understanding what is actually going on is actually, like a war zone to tell the truth out there (Kindy, Petersen og Parkhurst 2005, 172).

4.3.2 Mestringsstrategier

For å kunne takle å bli utsatt for vold på arbeidsplassen var det mange av sykepleierne i artiklene som beskrev at de benyttet seg av mestringsstrategier. Hvis de ikke fikk nok eller god nok oppfølging søkte de etter andre måter å mestre hendelsen på (Zuzelo, Curran og Zeserman 2012, Bimenyimana et al. 2009, Stevenson et al. 2015, Baby, Glue og Carlyle 2014, Ward 2013).

En sykepleier forklarte konsekvensene av å ikke få god nok oppfølging slik: *“If you haven’t debriefed, dealt with the last incident, then your unresolved issues will affect the way you deal with the next incident”* (Cutcliffe 1999, 111).

Noen av sykepleierne erfarte at de taklet vold fra pasienter fordi de hadde kunnskaper om hvorfor pasienten utøvde vold. Sykepleierne ønsket ikke å ha negative følelser mot pasienten, da det kunne føre til et dårlig arbeidsmiljø. Samtidig var det vanskelig å være profesjonell mot

pasienten, fordi at pasienten hadde utøvd vold (Ward 2013, Baby, Glue og Carlyle 2014, Zuzelo, Curran og Zeserman 2012).

I følge Stevenson et al. (2015) og Bimenyimana et al. (2009) brukte sykepleierne alkohol og røyking for å kunne mestre å ha blitt utsatt for vold. Noen misbrakte alkohol på daglig basis for å kunne håndtere og takle volden fra pasientene (Stevenson et al. 2015, Bimenyimana et al. 2009). Baby, Glue og Carlyle (2014) beskrev at sykepleierne brukte samtale med familie og venner som en mestringsstrategi for å kunne komme over en voldshendelse (Baby, Glue og Carlyle 2014).

4.4 En del av jobben

Sykepleiere som jobber innenfor psykisk helsevern opplever høy forekomst av vold fra pasienter. Mange av sykepleierne ga uttrykk for at vold var å regne som en del av jobben innen psykisk helsevern. Enkelte forventet at vold kunne skje på en daglig basis (Baby, Glue og Carlyle 2014, Kindy, Petersen og Parkhurst 2005, Moylan 2014, Stevenson et al. 2015, Ward 2013).

Sykepleier opplevde at dette var en felles oppfatning fra andre instanser: *“And I kind of felt like that from the police as well, “You’ve got to expect to be hit, you work in mental health”* (Baby 2014, 650).

En sykepleier beskrev sin hverdag i psykisk helsevern på denne måten:

I guess because we work on psychiatry we assume and forget that verbal violence is violence and so we take it serious to a certain extent, but where other units would do incident report for something like that, that is our everyday (Stevenson et al. 2015, 5).

Sykepleierne hadde en oppfatning av at det var en del av kulturen der vold fra pasienter ble akseptert som en del av jobben, men de verken ønsket å tolerere eller akseptere vold som en del av sykepleie. De opplevde følelsen av konflikt i sin rolle som sykepleier (Baby, Glue og Carlyle 2014, Kindy, Petersen og Parkhurst 2005, Moylan, Cullinan og Kimpel 2014, Stevenson et al. 2015, Ward 2013). De kvinnelige sykepleierne tvilte på sin egen kompetanse etter å ha blitt utsatt for vold, mens de mannlige sykepleierne la skylden over på pasienten

eller omstendighetene (Moylan, Cullinan og Kimpel 2014). Enkelte ga uttrykk for å føle seg som fengselsbetjenter og ikke som sykepleiere (Kindy, Petersen og Parkhurst 2005).

En sykepleier beskrev sin rollekonflikt på arbeidsplassen slik:

I never thought I would sign up to be... assaulted as a career path. That was something that I never realized that happend so frequently and that it was almost okay for nurses to be beat up all the time or verbally of physically assaulted and I guess that's normal practice and it's going to take lot longer to change that (Stevenson et al. 2015, 9).

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

Vi har hatt et godt samarbeid med vår systematiske litteraturstudie. Vi valgte å jobbe tett sammen med oppgaven, alt i fra datainnsamling til det skriftlige produktet. Vi mener dette er en styrke fordi vi begge to kjenner oppgaven like godt og har utarbeidet et skriftlig produkt sammen. Vi opprettet et elektronisk dokument for å kunne sikre at viktig datamateriell ikke forsvant. Dette innebar at begge fikk tilgang til å redigere og skrive på dokumentet. Slik at vi hadde tilgang til oppgaven vår uansett hvor vi befant oss, og ikke var avhengig av minnepenn. I metodediskusjonen vil vi videre diskutere styrker og svakheter knyttet til vår datainnsamling, inklusjons- og eksklusjonskriterier, kvalitetsvurdering, etiske hensyn og analyse.

5.1.1 Datainnsamling

Vår hensikt var å belyse erfaringer med vold i psykisk helsevern, og våre valgte søkeord var nurse, violence/workplace violence, experience/perception og psychiatry. Vi har anvendt ulike synonymer i vår søkestrategi for å kunne utvide søkene våre. Våre første søk fra 24.08.15 brukte vi blant annet suffer, assault og psychiatric facility som søkeord (Vedlegg 1). Dette mener vi er en styrke fordi at vi utforsket artikler med andre søkeord som kunne svare på vår problemstilling. Vi ser også en svakhet i at vi ikke brukte flere synonymer til søkeordene våre som kunne bidratt til at vi hadde fått flere eller andre treff.

Vi utarbeidet et P(IC)O - skjema sammen med våre valgte søkeord. Vår hensikt og problemstilling var ikke ute etter å finne "Intervention" eller "Comparison" og derfor utarbeidet vi et P(IC)O - skjema. I Nortvedt et al. (2013) beskriver de et P(IC)O - skjema hvor man er ute etter hvordan noe oppleves eller erfares, de fant det heller ikke aktuelt å fylle inn kolonner som gjaldt "Intervention" og "Comparison". Dette mener vi er en styrke for at vi systematiserte vår søkestrategi bedre (Nortvedt et al. 2013).

Vi søkte i tre ulike vitenskapelige databaser; Ovid Medline®, Ovid Psychinfo og CINAHL. Vi anser dette som en styrke fordi vi prøvde å finne mest mulig forskning fra noen av databasene som dekker sykepleievitenskapelig innhold.

Etter at vi hadde utført søk i valgt database lagret vi søkene med dato og hvilken database vi anvendte. Dette gjorde vi elektronisk i alle Ovid - databasene i en felles konto vi begge hadde tilgang til. I databasen CINAHL lagret vi søkene ved å ta skjermbilde på vår egen PC. Dette ser vi som en styrke fordi vi effektivt kunne gå tilbake til tidligere søk og for å få en god oversikt over ulike søk.

I starten av vår søkestrategi ønsket vi å bruke “AND” i kombinasjon med valgte søkeord. Dette gjorde vi for at vi ønsket å inkludere våre søkeord som en del innholdet i artiklene våre. Vi gjorde også dette for å se hvor mye forskning det var om vold mot sykepleiere. Vi anser dette som en styrke, da vi startet tidlig for å skaffe oss en oversikt over valgt tema. I ett av våre siste søk anvendte vi “OR” etter veiledning fra bibliotekar (Vedlegg 1). Vi ser at vi kunne ha gjort dette tidligere fordi “OR” utvider søket ytterligere. Vi ser i etterkant en progresjon over vår søkestrategi. Vi tenker at det er en styrke at vi ser hva som kunne vært gjort bedre og en svakhet i at søkingen i et tidlig stadium ikke var optimal.

I CINAHL utførte vi et søk kun ved å bruke “violence against nurses” AND ”qualitative”. Søket ble utført på denne måten fordi vi i starten var ukjente med hvordan man søker i CINAHL. Vi så at det var mulig å skrive inn hele setninger i søket, noe som kan sees på som en svakhet da dette kan utelukke relevante artikler. Ved å legge til “qualitative” som søkeord fikk vi avgrenset antall treff på artiklene. Vi ser i etterkant at vi kunne bygd opp søket på samme måte som man gjør i Ovid Medline ® .

5.1.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vi valgte å avgrense artikler i utgangspunktet fra 2010 til dags dato, seks av våre inkluderte artikler er innenfor dette kriteriet. I to av søkene vi utførte valgte vi å bruke 2009 til dags dato som avgrensning, fordi det fantes lite forskning fra 2010 på dette området. Vi ønsket å se om vi kunne finne noe fra 2009, da det bare er ett år i forskjell. Vi har valgt å inkludere fire artikler som er utenfor kriteriene. Dette var artikler fra 2009, 1999 og 2005. Vi valgte disse til tross av eldre dato fordi vi mener de svarer på vår problemstilling og samsvarer med forskning fra de siste fem årene. Vi vurderte også kvaliteten på disse til GRAD I. I vår problemstilling som er ute etter å belyse erfaringer sykepleiere har med å bli utsatt for vold, så mener vi at årstall ikke har stor relevans knyttet til resultatene. Erfaringer er en subjektiv opplevelse, og vi ser at det ikke er store endringer på 10 - 20 år.

Våre inklusjonskriterier var at artiklene skulle enten være på norsk, svensk, dansk eller engelsk. Våre inkluderte artikler var engelskspråklige. Det må tas i betraktning at feiltolkning av resultatene kunne forekomme. For eksempel kan engelske ord og uttrykk ha annen betydning på norsk, som er en svakhet i vår litteraturstudie. Artiklene kom hovedsakelig fra seks land med engelsk som morsmål. En artikkel var fra New Zealand, en var fra Australia, en fra Sør - Afrika, tre fra USA, to fra Canada og to fra Storbritannia. Vi tenker at det er en styrke at vi har artikler fra forskjellige land, fordi på tross av kulturforskjeller finner vi sammenfallende resultater i forhold til sykepleiers erfaring. Vi tenker at erfaringer og følelser er universelle, og er uavhengig av bakgrunn og kultur.

I resultatene fra Nolan et. al (1999) trakk vi bare ut sykepleiers erfaringer, siden den inneholder funn fra både psykiatere og sykepleiere (Nolan et. al 1999). Vi ser på dette som en styrke fordi vi har sykepleieperspektiv i vår litteraturstudie. I resultatene fra Zuzelo, Curran og Zeserman (2012) åtte deltakere var sykepleiere og elleve helsefagarbeidere. Funnene fra forskningsartikkelen var syntetisert slik at vi ikke hadde mulighet for å trekke ut sykepleiers erfaringer (Zuzelo, Curran og Zeserman 2012). Dette kan være en svakhet i vår oppgave siden vi ønsket å belyse sykepleiers erfaringer. Vi tenker at elleve helsefagarbeidere utgjør en liten andel i forhold til resten av våre inkluderte artikler som har til sammen 488 sykepleiere. Vi ser på dette som en styrke for å kunne svare på vår problemstilling.

I følge Nordtvedt et.al (2013) er kvalitativ forskning den mest egnede forskningsmetoden for å svare på kunnskap om erfaring eller holdning (Nordtvedt et al. 2013). I utgangspunktet var våre inklusjonskriterier kvalitative artikler for å belyse sykepleiers erfaring med vold. I vår litteraturstudie inkluderte vi åtte kvalitative artikler, en kvantitativ artikkel og en som var både kvalitativ og kvantitativ. Vi ser på dette som en styrke fordi den kvantitative artikkelen var med på å underbygge de kvalitative resultatene og hadde en høyere deltakerandel. I Moylan, Cullinan og Kimpel (2014) anvendte de både kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode. Vi valgte å anvende de kvalitative funnene fra forskningsartikkelen for å kunne svare på vår problemstilling og fordi de skilte mellom menn og kvinners erfaringer i den kvalitative delen.

5.1.3 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn

I vårt arbeid med å kvalitetsvurdere artikler anvendte vi standardiserte sjekklister fra Kunnskapssenteret. Vi har ikke så mye erfaring med å kritisk vurdere forskningsartikler, så sjekklisene var til god hjelp for å vurdere artiklene våre. Vi ser på dette som en styrke, som kan bidra til en økt troverdighet i vår litteraturstudie.

Vi valgte å anvende Willman Stoltz og Bahtsevani (2006) sin gradering av forskningsartikler, de skiller mellom grad I, grad II og grad III. De fleste av våre artikler er grad I, bortsett fra en artikkel som er grad II. Vi valgte å anvende standardiserte sjekklister fra Kunnskapssenteret, siden det er disse vi har jobbet mest med i tidligere studieår. Det vi kunne gjort annerledes var å ha brukt sjekklisene fra Willman, Stoltz og Bahtsevani (2006) slik at graderingen var i samsvar med sjekklisene. Vår tolkning av spørsmålene i sjekklisene kan ha medført til at vi feilaktig har gitt positive svar på spørsmål som egentlig skulle vært negative, eller motsatt. Dette kan føre til en feilaktig gradering av artiklene, dette ser vi på som en svakhet i vår oppgave (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006). Derimot ser vi det som en styrke at vi har kvalitetssikret artiklene med sjekklister fra Kunnskapssenteret da vi var bedre kjent med bruken av de.

Forskningsartikkelen som har kvalitativ og kvantitativ metode brukte vi sjekklisen «vurdering av kvalitativ forskning» kun på de kvalitative dataene. Dette gjorde vi fordi vi kun anvendte de kvalitative funnene, og den skiller godt mellom hva som er kvalitativ og kvantitativ data (Moylan, Cullinan og Kimpel 2014). Dette kan være en svakhet i vår studie siden vi ikke kvalitetsvurderte artikkelen som en helhet.

De etiske kravene bør etterstrebes, men er ikke alltid gjennomførbare i praksis. Dette kan begrunnes ved at troverdigheten i en undersøkelse kan forringes (Jacobsen 2010). Tre av våre inkluderte artikler har ikke blitt etisk godkjent i en komité, vi valgte å inkludere alle våre artikler til tross for dette som kan være en svakhet. Noen av artiklene har begrunnet hvorfor de ikke har søkt etisk komité om godkjenning. Vi har lagt vekt på etiske overveielser i inkluderte artikler som anonymisering, frivillig deltakelse og mulighet for å trekke seg underveis i studien (Jacobsen 2010). Vi ser på dette som en styrke at vi har vurdert artiklene som en helhet, og ikke bare vurdert om de er etisk godkjent. Vår forskningsetikk i litteraturstudien var å overføre resultatene direkte. Vi har med andre ord ikke lagt til eller

trukket fra funn fra resultatene. Vi har plassert sitat i samme sammenheng som sitatet står framstilt i opprinnelig artikkel.

5.1.4 Analyse

Vi har anvendt Evans (2002) fire faser i vår systematiske litteraturstudie. Disse fasene var til stor nytte for oss, siden vi hadde liten erfaring med å analysere og syntetisere data. Vi følte vi fikk en god struktur over resultatene fra forskningsartiklene, samt å sammenfatte de i en syntese. Vi ser på dette som en styrke og mener dette bidro til en god systematikk og oversikt over vårt hovedtema og undertema i resultatdelen (Evans 2002). Det må også tas høyde for at Evans beskrivelse av sine faser er på engelsk. Vår oppfatning av innholdet kan være en svakhet, siden innhold kan ha gått tapt i oversettelsen.

5.2 Resultatdiskusjon

Vi vil diskutere studiens resultat oppimot vår hensikt og problemstilling (Jørgensen og Michaelsen 2015). Hensikten i vår litteraturstudie var å belyse vold i psykisk helsevern og vi ønsket å finne ut mer om hvordan sykepleiere erfarer å bli utsatt for vold innen psykisk helsevern.

5.2.1 Følelsesmessige reaksjoner

Vår resultatdel omfatter de følelsesmessige reaksjonene etter en voldshendelse. Sinne, frykt og engstelse var følelser sykepleierne kjente mest på når de beskrev sine reaksjoner etter en voldshendelse (Stevenson et al. 2015, Kindy, Petersen og Parkhurst 2005, Baby, Glue og Carlyle 2014, Zuzelo, Curran og Zeserman 2012, Ward 2013, Bimenyimana et al. 2009, Moylan, Cullinan og Kimpel 2014).

Funnene fra Zuzelo, Curran og Zeserman (2012), Stevenson et. al (2015) og Baby, Glue og Carlyle (2014) viste at sykepleierne ble sinte på kollegaer etter en voldshendelse (Zuzelo, Curran og Zeserman 2012, Stevenson et. al 2015 og Baby, Glue og Carlyle 2014). Sinne mot en kollega ble beskrevet av en sykepleier som at hun ikke ønsket å jobbe med kollegaen fordi hun følte sinnet gikk ut over pleien for pasienten (Baby, Glue og Carlyle 2014). Dette tenker vi kan trekkes ut i praksis, da det kan bli vanskelig å samarbeide med en kollega man føler sinne ovenfor. Hvis et samarbeid mellom kollegaene er dårlig kan det gå utover omsorgen for pasienten. Dette bryter med det Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2012) beskriver som en del av sykepleiers samfunnsoppgave (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2012).

Vi har erfart frykt, engstelse og sinne i praksis. I enkelte situasjoner opplevde vi å være redd og engstelige for pasienter som vi vet har utøvd vold mot sykepleiere tidligere. Vi var bekymret for at pasienten kunne utøve vold mot oss. Etter å ha lest litteratur og artikler om dette emnet, ser vi at sykepleiere har opplevd disse følelsene en eller annen gang knyttet til vold eller trusler i jobben. Breakwell (1995) beskriver sinne, frykt og engstelse som en naturlig reaksjon etter vold (Breakwell 1995). Det er ikke alltid lett å tenke på dette umiddelbart etter en voldshendelse. Mange kan føle skyld for hendelsen og kan tenke mye på selve hendelsen. Noen kan spørre seg selv hva man kunne ha gjort annerledes i den enkelte situasjon (Rydning 1997). Vi mener det er viktig at man som sykepleier vet hva som er normale reaksjoner etter en voldshendelse for å kunne ivareta kollegaen.

Litteraturen beskriver at menn og kvinner opplever å ha blitt utsatt for vold forskjellig. Kvinner har lettere for å prate om problemene, enn det menn har. Mennene føler ofte mer sinne og skam enn kvinnene (Rydning 1997). Funnene viser at de opplevde volden forskjellig. De kvinnelige sykepleierne tvilte på sin egen kompetanse, og de mannlige sykepleierne la ofte skylden over pasienten eller omstendighetene etter en voldshendelse. I artikkelen ble det beskrevet at mennene var sparsomme med detaljer om sine egne følelser (Moylan, Cullinan og Kimpel 2014).

Det er interessant at litteraturen og resultatene viser til forskjellige erfaringer mellom menn og kvinner. Vi ønsker ikke å sette verken menn eller kvinner inn i grupperinger som sier at menn og kvinner føler det slik, men tenker det er viktig å belyse at de kan ha ulike følelser knyttet til vold. Dette ønsker vi å ta med oss videre i praksisfeltet. Det kan være lettere for medarbeidere å ta vare på en kvinnelig sykepleier som har blitt utsatt for vold enn for en mannlig sykepleier. Resultatene våre viser at de mannlige sykepleierne erfarer ulike følelser knyttet til vold, og vi tenker at de har et like stort behov for å uttrykke følelser som hos kvinner.

Vi tenker at det er viktig for sykepleiere å ha kunnskaper om hvordan en selv er i sin rolle og hvordan en kan reagere på hendelser knyttet til vold eller trusler. Man kan nok aldri være forberedt på å bli utsatt for dette både i eller utenfor arbeid, men en bør være klar over at man reagerer ulikt på situasjoner som dette. Vi mener det er av betydning at sykepleiere vet at alle ulike følelsesmessige reaksjoner er normale. Reaksjonene kan oppstå rett etter en voldshendelse eller på lang sikt etter (Breakwell 1995).

Noen hendelser knyttet til vold kan forsterke tendenser mennesket har fra før av, for eksempel engstelighet. Hvis man fra før av er engstelig, kan engsteligheten forsterkes ytterligere etter et overfall (Breakwell 1995). Hvis en sykepleier som er engstelig av natur kommer på jobb og får høre at en pasient har utøvd vold tidligere kan engsteligheten forsterkes enda mer. En sånn følelse sykepleier opplever kan merkes av pasienten, og kan føre til et dårlig samspill mellom sykepleier og pasient.

Hvis en kjenner på en konstant frykt ovenfor en pasient, hvordan opplever sykepleier å ha utført sitt arbeid? Vi tenker at dette kan påvirke samspillet mellom pasient og sykepleier. En av sykepleierne i Zuzelo, Curran og Zeserman (2012) beskrev at man velger å distansere seg fra pasienten etter en voldshendelse. Sykepleieren beskrev at man holder pasienten på fysisk og psykisk distansering. For å kunne utøve sykepleie til en pasient, bør en ha forståelse for pasientens situasjon. Man bør også anvende sine fagkunnskaper i samspillet med pasienten (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2012). Forforståelsen sykepleier har til pasientens situasjon tenker vi er en viktig del av å jobbe innenfor psykisk helsevern. Spesielt i situasjoner der en har blitt utsatt for vold.

5.2.2 Eftervirkninger av vold

Åtte av våre artikler omtalte hvilke fysiske og psykiske ettervirkninger sykepleierne fikk som følge av vold. I våre resultater erfarte sykepleierne som følge av vold blant annet hodepine, søvnforstyrrelser, muskelspenning, slagskader, stress og utbrenthet (Baby, Glue og Carlyle 2014, Stevenson et al. 2015, Zuzelo, Curran og Zeserman 2015, Ward 2013, Bimenyimana et al. 2009, Kindy, Petersen og Parkhurst 2005, Jackson og Morissette 2013, Moylan, Cullinan og Kimpel 2014). Disse eksemplene samsvarer med hva Rydning (1997) beskriver som typiske ettervirkninger man kan få etter å ha blitt rammet av vold (Rydning 1997).

Rydning (1997) påpeker at fysiske skader kan oppleves lettere å behandle enn de psykiske skadene (Rydning 1997). Vi tenker at fysiske skader er mer synlig enn de psykiske for omstendighetene i rundt. Vi mener at de psykiske ettervirkningene er like viktige som de fysiske. I møte med medarbeidere i praksis vil en sannsynligvis tydeligere se et blåmerke enn en psykisk konsekvens av vold. De psykiske ettervirkningene kan på lang sikt føre til alvorlige konsekvenser for personen som har blitt utsatt for vold, i verste fall kan sykepleier trenge behandling. Betydningen av å ta vare på personen med psykiske eller fysiske konsekvenser tenker vi er viktig for personen selv og omstendighetene rundt. Vi tror at fysiske og psykiske konsekvenser kan føre til at sykepleiere opplever mistriivsel på arbeid eller blir sykmeldt.

Litteraturen viser til situasjoner hvor en føler at noen har tråkket over vår egen grense. Hvis noen tråkker over denne grensen kan det oppleves krenkende eller ubehagelig. Krenkelser mot vår egen identitet kan være psykiske trusler eller fysiske overgrep (Krause-Jensen, Rye-

Andersen og Bruun 2009). Sykepleiers identitet kan bli truet når en pasient utfører vold. Vi tenker at sykepleiere blir sårbare i en slik situasjon, der en føler seg krenket og at man kan begynne å tvile på sin egen profesjonsrolle. I resultatene ønsket enkelte av sykepleierne å slutte i jobben fordi konsekvensen av vold var så stor. Noen søkte etter nytt arbeid fordi de følte at arbeidsdagen var stressende og utfordrende knyttet til å arbeide i et voldsutsatt miljø. Enkelte gruet seg over jobben og kjente på en ”klump i magen” (Ward 2013, Bimenyimana et al. 2009, Kindy, Petersen og Parkhurst 2005).

Breakwell (1995) beskriver fire reaksjonsfaser etter vold. I en av fasene kan et overfall oppfattes som umenneskeligjørende og nedverdiggende (Breakwell 1995). Sykepleier taper tro på egen selvtilit og selvfølelse i en slik situasjon, resultatene våre bekrefter også dette (Baby, Glue og Carlyle 2014, Jackson og Morissette 2013, Zuzelo, Curran og Zeserman 2012). I den siste reaksjonsfasen kan en gjenoppleve voldshendelsen i form av “flashbacks”. Dette kan vare måneder eller år etter voldshendelsen, ofte etter at fysiske sår er leget (Breakwell 1995). Våre resultater sier ikke så mye om “flashbacks”, men vi antar at dette er reaksjoner mange sitter igjen med. Overfall har mye til felles med andre traumatiske hendelser, derfor tenker vi at “flashbacks” forekommer (Breakwell 1995).

5.2.3 Oppfølging etter en voldshendelse

I store deler av våre inkluderte forskningsartikler blir det belyst i ulik grad hvilken oppfølging sykepleierne fikk etter en voldshendelse. Sykepleierne ønsket å reflektere rundt, og ha samtaler etter en slik hendelse. Noen fikk direkte oppfølging fra ledelsen sin side, mens andre måtte takle hendelsen på egen hånd (Cutcliffe 1999, Stevenson et al. 2015, Moylan, Cullinan og Kimpel 2014, Zuzelo, Curran og Zeserman 2012, Nolan et al. 1999, Kindy, Petersen og Parkhurst 2005, Baby, Glue og Carlyle 2014, Bimenyimana et al. 2009, Ward 2013).

I Norge har arbeidstakere arbeidsmiljøloven som skal kunne sikre et godt arbeidsmiljø. Loven sier at arbeidstaker skal beskyttes mot vold eller trusler. Den skal også sikre et godt arbeidsmiljø og gi trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger på arbeidsplassen. Arbeidsgiver skal sørge for at alle personskader blir registrert og har plikt å overholde arbeidsmiljølovens bestemmelser (Arbeidstilsynet 2009). I våre resultater kom det frem at sykepleierne hadde delte opplevelser av oppfølging fra ledelsen. Vi har valgt å ta

utgangspunktet i Norsk lov siden vi ikke har nok kunnskaper om lovene fra de ulike landene i forskningsartiklene.

I følge Norsk lov har ledelsen plikt å følge opp sine ansatte, etter å ha blitt utsatt for vold. Egne erfaringer fra praksis er at rapportering og oppfølging etter en voldshendelse er varierende. Resultatene viser at sykepleiere som har blitt utsatt for vold ikke har sett på hendelsen som “alvorlig nok” til at det var hensikt å rapportere det videre (Cutcliffe 1999, Stevenson et. al 2015, Moylan, Cullinan og Kimpel 2014). Dette er noe vi selv har erfart i praksis. Vi vet ikke hvor mange sykepleiere som utsettes for vold i Norge som unnlater å rapportere volden. Ved pasientskader er det plikt å melde fra, men personalskader i helsetjenesten har ikke direkte meldeplikt. Enkelte instanser registrerer personalskader i sykehusdatabaser eller direkte til NAV (Alfarnes et al. 2015). Vi vet ikke hvorfor personalskader ikke alltid blir rapportert videre og tenker at denne problematiseringen bør tas med videre i ny forskrift om vold og trusler i arbeidsmiljøloven (Norsk sykepleieforbund 2015). Som fremtidige sykepleiere er det viktig å belyse dette for å få en åpenhet rundt rapportering.

Sykepleierne i resultatene blir fulgt opp fra ledelsen i variert grad (Cutcliffe 1999, Stevenson et al. 2015, Moylan, Cullinan og Kimpel 2014, Zuzelo, Curran og Zeserman 2012, Nolan et al. 1999, Kindy, Petersen og Parkhurst 2005, Baby, Glue og Carlyle 2014, Bimenyimana et al. 2009, Ward 2013). Enkelte ga uttrykk for at det var lettere å komme tilbake i arbeid hvis de hadde fått oppfølging (Cutcliffe 1999, Baby, Glue og Carlyle 2014, Stevenson et. al 2015 og Moylan, Cullinan og Kimpel 2014). Derfor mener vi det er viktig å få støtte fra ledelsen og for å kunne forhindre sykemeldinger over lengre tid. Flere av sykepleierne i resultatet oppga at de fikk skylden for voldshendelsen fra ledelsen. Sykepleierne ga også uttrykk for at de ønsket et mer åpent miljø, fordi det kunne gjøre det lettere å rapportere hendelser (Cutcliffe 1999, Stevenson et al. 2015, Moylan, Cullinan og Kimpel 2014, Zuzelo, Curran og Zeserman 2012, Nolan et al. 1999, Kindy, Petersen og Parkhurst 2005, Baby, Glue og Carlyle 2014, Bimenyimana et al. 2009, Ward 2013). Det kan gå ut over sykepleier å arbeide i et miljø der rapportering og oppfølging blir unnlatt. Relasjonen mellom sykepleier og ledelse kan føre til konflikter, som kan føre til et dårlig arbeidsmiljø.

Sett fra sykepleiers side tenker vi at det vil være vanskelig å arbeide i et slikt miljø. Det å arbeide i et voldsutsatt miljø, gjør noe med sykepleiers opplevelse av å dra på jobb. Det er allerede utfordrende å vite at man kan bli utsatt for vold, men samtidig føle at ledelsen ikke tar deg på alvor etter en faktisk voldshendelse. Våre resultater sier sykepleierne at det er vanskelig å dra på jobb i en slik situasjon (Cutcliffe 1999, Stevenson et al. 2015, Moylan, Cullinan og Kimpel 2014, Kindy, Petersen og Parkhurst 2005, Baby, Glue og Carlyle 2014, Bimenyimana et al. 2009, Ward 2013).

De som følte at de ikke fikk nok oppfølging fra ledelsen anvendte egne mestringsstrategier for å bearbeide hendelsen. En av mestringsstrategiene var samtale med familie eller venner (Baby, Glue og Carlyle 2014). Vi tenker dette kan føre til brudd på taushetsplikten og belaste familie og venner med egne bekymringer knyttet til arbeidssituasjon. En slik mestringsstrategi tror vi kan være uheldig for sykepleier, familie og venner.

Enkelte av sykepleierne tydde til alkohol og røyking for å kunne takle en voldshendelse (Bimenyimana et al. 2009, Stevenson et. al 2015). En av artiklene fra Sør - Afrika beskrev at de tydde til alkohol på en daglig basis, til og med på jobben. Her må vi ta i betraktning kulturforskjellene, men hvis vi skal trekke dette til norsk praksis mener vi at dette er uakseptabelt. I 2012 ble helsepersonelloven om pliktmessig avhold revidert. Den sier at helsepersonell ikke skal drikke alkohol åtte timer før jobb og ikke innta alkohol eller andre rusmidler i arbeidstiden (Helsepersonelloven 2015).

En annen mestringsstrategi for å håndtere volden var at sykepleierne brukte sine fagkunnskaper. De hadde kunnskaper om hvorfor pasienten utøvde vold og pasientens sykdomsbilde (Ward 2013, Baby, Glue og Carlyle 2014, Zuzelo, Curran og Zeserman 2012). Rydning (1997) beskriver instrumentell vold der en ikke er ute etter å skade personen men skader for å oppnå noe (Rydning 1997). Vi tenker at enkelte pasienter anvender vold som en måte for å uttrykke behov eller følelser på. Vi ser derfor viktigheten av at sykepleier har kunnskaper om hvorfor de utøver vold og forståelse for pasientens situasjon (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2012).

5.2.4 En del av jobben?

I halvparten av våre inkluderte artikler forteller sykepleierne at de anser vold som en del av sin hverdag innen psykisk helsevern. Selv om kulturen på arbeidsplassen tilsa at vold var å regne med, ønsket sykepleierne likevel ikke at vold skulle tolereres eller aksepteres (Baby, Glue og Carlyle 2014, Ward 2013, Stevenson et al. 2015, Moylan, Cullinan og Kimpel 2014, Kindy, Petersen og Parkhurst 2005). I 2014 oppga 28 % av norske sykepleiere at de hadde blitt utsatt for vold på arbeidsplassen i løpet av det siste året. Sykepleiere som deltok i undersøkelsen fra Statens Arbeidsmiljøinstitutt var yrkesgruppen som kom nest høyest ut av de som hadde blitt utsatt for vold (Svalund 2014). I praksis vil det si at i overkant av hver fjerde sykepleier i Norge har opplevd vold på arbeidsplassen i 2014.

Våre resultater viser at sykepleierne opplevde konflikt i sin egen profesjonsrolle i forhold til å ha blitt utsatt for vold på arbeidsplassen. I de *Yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere* beskrives sykepleiers oppgave å ha omsorg for mennesket og en forståelse av pasientens situasjon (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2012). Vi opplever denne rollekonflikten som en negativ innvirkning i relasjonen mellom sykepleier og pasient. Sykepleier skal kunne gi omsorg og forståelse til en pasient, som likevel utøver vold eller trusler mot sykepleier. Men hvilken relasjon får man til en pasient som har utøvd vold mot en selv? Våre resultater viser at enkelte av sykepleierne erfarte at det var utfordringer knyttet til god omsorg og forståelse av pasienter som utøvde vold mot dem (Stevenson et al. 2015, Bimenyimana et al 2009, Zuzelo, Curran og Zeserman 2012).

Våre resultater viser at sykepleierne har en oppfatning av at vold var å regne som en del av jobben (Ward 2013, Stevenson et al. 2015, Moylan, Cullinan og Kimpel 2014, Baby, Glue og Carlyle 2014, Kindy, Petersen og Parkhurst 2005). I følge Arbeidsmiljøloven og Norsk Sykepleierforbund har sykepleiere krav på å beskyttes mot vold på arbeidsplassen (Arbeidsmiljøloven 2005 og Norsk Sykepleierforbund 2011).

I Baby, Glue og Carlyle (2014) har en sykepleier blitt møtt med holdninger om at vold er noe en bør forvente innen psykisk helsevern (Baby, Glue og Carlyle 2014). Men hvorfor blir vold sett på som en del av jobben? Vår oppfatning rundt dette er at vold ikke bør aksepteres som en del av jobben og vi vet ikke hvorfor sykepleierne har denne oppfatningen. Konsekvensene av dette i praksis kan være at sykepleier forventer volden som en del av sin hverdag og ikke

formidler hendelser til ledelsen. Dette kan føre til manglende oppfølging fra ledelsen, når de ikke har fått informasjon om en voldshendelse.

Vi har erfart i praksis å møte pasienter som har utøvd vold mot sykepleiere. Våre erfaringer i møte med pasientene har vært at vi har følt på vår egen usikkerhet knyttet til omsorg og forståelse av pasienten. Vi opplevde at vi tok forhåndsregler som gikk ut over vår pleie og omsorg. Vi tenker at man ikke bør være forutinntatt rundt en pasient som har utøvd vold, da det kan føre til at man ikke ser pasienten i sin helhet.

I de yrkesetiske retningslinjene står det at man skal ha respekt for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet (Norsk sykepleieforbund 2011). Er det mulig for sykepleier å ha respekt for en pasient etter å ha blitt utsatt for vold fra denne pasienten? I Stevenson et. al (2015) gjorde en sykepleier det som var etisk og lovpålagt «riktig» etter en hendelse og ønsket ikke å gjøre noe ekstra for pasienten (Stevenson et al. 2015). Vi tenker at det kan være et dilemma å opprettholde de yrkesetiske retningslinjene, der en skal kunne ha respekt for pasienten og samtidig ivareta egen verdighet.

Man er nødt til å sette grenser for pasienten sitt eget beste, men også for sin egen del når en har blitt utsatt for vold. I praksis tenker vi at man som sykepleier må være bevisst på hva man grensesetter og at en ikke bør akseptere at pasienter utøver vold. Dette er et vanskelig dilemma. Når man står i en slik situasjon er det ikke alltid lett for sykepleier å yte god sykepleie for en pasient som likevel anvender vold.

6.0 Konklusjon

6.1 Litteraturstudiens konklusjon

Litteraturstudien viser at sykepleiere erfarer følelser, ulike reaksjoner og variert oppfølging etter å ha blitt utsatt for vold innen psykisk helsevern. Følelsesmessige reaksjoner som sinne, frykt og engstelse var noe som hyppigst ble omtalt som en del av sykepleiers erfaring.

Funnene viser at sykepleiere opplever en indre konflikt av å arbeide med pasienter som utøver vold, men som en samtidig skal ta vare på disse pasientene.

Sykepleiere erfarer ulike fysiske og psykiske konsekvenser som følge av vold i psykisk helsevern. De fysiske konsekvensene kommer av fysisk vold, og kan blant annet være blåmerker, hodeskader og søvnvansker som følge av volden. De psykiske konsekvensene erfarer sykepleierne kan være stress, utbrenthet og bekymring. Funnene fra litteraturstudien viser at sykepleierne opplever ulik oppfølging etter en voldshendelse. Sykepleierne gir uttrykk for at det er viktig å få oppfølging fra ledelsen. Når sykepleierne erfarer at de ikke får støtte fra ledelsen, anvender de andre mestringsstrategier for å komme over voldshendelsen. Ut i fra litteraturstudien erfarer sykepleierne at vold innen psykisk helsevern er å regne som en del av jobben.

Ved å få en økt åpenhet og kunnskap rundt dette temaet håper vi det vil føre til at flere hendelser blir tatt på alvor og rapportert videre. Vi tenker det er viktig å ta med seg videre våre funn i praksisfeltet for at sykepleiere skal få en forståelse av hva som er normale reaksjoner etter vold. Vi ønsker at ved å belyse temaet vil det føre til en holdningsendring blant sykepleiere i praksis, slik at det ikke blir regnet som en del av jobben i psykisk helsevern.

6.2 Anbefalinger for videre forskning

Gjennom vårt arbeid med denne litteraturstudien ser vi at det er lite forskning på dette området innen Skandinavia og Europa. Det hadde vært interessant å vite mer om hva norske sykepleiere erfarer etter å ha blitt utsatt for vold innen psykisk helsevern. Det hadde vært nyttig å vite mer om de langsiktige ettervirkningene sykepleiere kan erfare etter å ha arbeidet i et voldsutsatt miljø. Det hadde også vært interessant å visst mer om forskjeller mellom mannlige og kvinnelige sykepleiers erfaringer knyttet til dette tema.

Litteraturliste

Alfarnes, Svein Atle, Thor Morten Bygdås, Lisbeth Wiik, Arild Brække, Linn Nguyen, Monica Bjørnstad og Dag Elling Haug. 2015. "Forebygg trusler og vold mot ansatte i psykisk helsevern" (Lest: 18.03.15).

<http://psykologisk.no/2015/06/forebygging-av-trusler-og-vold-mot-ansatte-i-psykisk-helsevern/>

Anstorp, Trine og Kirsten Bernum. 2014. *Traumebehandling: Komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Oslo: Univeristetsforlaget.

Arbeidsmiljøloven. 2005. Lov av 4. Februar 1977 nr. 4 om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62/KAPITTEL_4#KAPITTEL_4

Arbeidstilsynet. 2009. "Vold og trusler på arbeidsplassen: forebygging, håndtering og oppfølging"

<http://www.arbeidstilsynet.no/binfil/download2.php?tid=103760>

Baby, Maria, Paul Glue og Dave Carlyle. 2014. "Violence is not a part of our job": a thematic analysis of psychiatric mental health nurses' experiences of patient assaults from a New Zealand perspective." *Mental Health Nursing* 35(9): 647-655

Bimenyimana, E, M. Poggenpoel, C. Myburgh og V. Van Niekerk. 2009. "The lived experience by psychiatric nurses of aggression and violence from patients in a Gauteng psychitaric institution." *Journal of the Democratic Nursing Organisation of South Africa*. 32(3):4-13.

Breakwell, Glynis. 1995. *Møte med fysisk vold: i den profesjonelle hverdag*. Oslo: Notam Gyldendal.

Bye, Sture. 2015. "Arbeidsrelaterte helseproblemer og sykefravær". (Lest: 11.03.16)

<https://stami.no/arbeidsrelaterte-helseproblemer-og-sykefravaer/>

Cutcliffe, John R. 1999. "Qualified Nurses' lived experience of violence perpetrated by individuals suffering from enduring mental health problems: a hermeneutic study."

International Journal of Nursing Studies. 36(2): 105-116

Evans, David. 2002. "Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data." *The Australian Journal of Advanced Nursing* 20(2):22-26

Forsberg, Christina. 2013. *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur.

Helsepersonelloven. 2015. *Lov av 2.juli 1999 nr. 64 om lov om helsepersonell*.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=pliktmessig%20avhold>

Jackson, J og P. J Morissette. 2014. "Exploring the experience of Canadian Registered Psychiatric Nurses: A Phenomological Study." *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 21(2): 138-144

Jacobsen, Dag Ingvar. 2010. *Forståelse, beskrivelse og forklaring: innføring i metode for helse- og sosialfagene*. 2.utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget

Jørgensen, Else og Ragnhild Michaelsen. 2015. "Bacheloroppgave i sykepleie". Høgskolen i Molde 2015. Lest: 10.09.2015.

[https://fronter.com/himolde/links/files.phtml/1968818576\\$467826123\\$/Emner/Undervisning](https://fronter.com/himolde/links/files.phtml/1968818576$467826123$/Emner/Undervisning)

[Bacheloroppgave+i+sykepleie/Retningslinjer+bacheloroppgave+10.september+2015.pdf](#)

Kindy, Deborah, Salvatore Petersen og David Parkhurst. 2005. "Perilous work: Nurses' experiences in psychiatric units with high risks of assault" i *Psychiatric Nursing* 19(4): 169-175.

Krause-Jensen, Niels, Jens Rye-Andersen og Niels Bruun. 2009. "Lovgivning, etik og moralsk beslutningstagning i psykiatrien" I *Psykiatrisk sygepleie*, red. Niels Bruun, 96-121.

København: Dansk sygeplejeråd.

Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nordtvedt og Eli-Anne Skaug. 2009. "Om sykepleie" i *Grunnleggende sykepleie- Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. 16-29. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kunnskapsbasert praksis. 2012. *Kvalitativ metode*

<http://kunnskapsbasertpraksis.no/kritisk-vurdering/kvalitativ-metode/>

Kunnskapsdepartementet. 2008. "Rammeplan for sykepleierutdanning".

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Moylan, Lois Biggin, Meritta B. Cullinan og Jeanne E. Kimpel. 2014. "Differences in Male and Female Nurses' Responses to Physical Assault by Psychiatric Patients." *Journal of Psychosocial Nursing* 52(12): 36 - 42

Nolan, P, J. Dallender, J. Soares, S. Thomsen, B. Arnetz. 1999. "Violence in Mental Health Care: The Experiences of Mental Health Nurses and Psychiatrists." *Jornal of Advanced Nursing* 30 (4): 934-941

Norsk Sykepleierforbund. 2011. "Yrkesetiske retningslinjer: ICNs etiske regler"

https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Norsk Sykepleierforbund. 2015. "Ber stortinget om forskrift om vold og trusler" (Lest: 18.11.15).

<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2435155/17036/Ber-Stortinget-om--forskrift-om-vold-og-trusler>

Nortvedt, Monica W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2013. *Jobb Kunnskapsbasert: En arbeidsbok*. 2. utg. Oslo: Akribe.

Rydning, Tove. 1997. *Vold – en arbeidsmiljøutfordring*. Oslo: Kommuneforlaget.

Stevenson, Kelly, Susan Jack, Linda O'Mara og Jeannette LeGris. 2015. "Registered nurses' experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units: an interpretive descriptive study." *BMC Nursing* [10.1186/s12912-015-0079-5](https://doi.org/10.1186/s12912-015-0079-5)

Svalund, Jørgen. 2014. "Kvinner mest utsatt for vold og trusler i arbeidslivet" (Lest:17.11.15).
<http://www.arbeidslivet.no/Arbeid1/Arbeidsmiljo-og-HMS/Kvinner-mest-utsatt-for-vold-og-trusler-i-arbeidslivet/>

Ward, Louise. 2013. "Ready, Aim Fire! Mental Health Nurses Under Siege in Acute Inpatient Facilities" i *Mental Health Nursing*. <http://dx.doi.org/10.3109/01612840.2012.742603>

Willmann, Ania, Peter Stoltz og Christel Bahtsevani. 2006. *Evidensbasert Omvårdnad – En bro mellom forskning og klinisk verksamhet*, 2.Utg. Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization. 2015. "Health topics: Violence" (Lest 17.11.15).
<http://www.who.int/topics/violence/en/>

Zuzelo, Patti Rager, Staci Silver Curran og Mary Ann Zeserman. 2012. "Registered Nurses' and Behavior Health Associates' Responses to Violent Inpatient Interactions on Behavioral Health Units." *Journal of The American Psychiatric Nurses Association* 18(2): 112-126.

Vedlegg 1: Oversiktstabell over søkeresultat

Søkeord	Dato	Databas e	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
Nurs* and nurse-patient* and violenc* and experienc* and suffer* and psychiatr* and workplace violenc*	24/08-15	Ovid Medline	5	2	2	2
Violence and assault and psychiatric facility and nurses and workplace violence	24/08-15	CINAHL	5	2	1	1
Nurs* and experienc* and workplace violence and psychiat*	10/09-15	Ovid Psychinf o	29	3	2	1
Violence against nurses and qualitative	3/10-15	CINAHL	24	4	2	1
Workplace violence and psychiatr* and nurs* and violenc* and experienc*, limit to yr 2009 - current	17/11-15	Ovid Medline	21	6	2	1
Nurs* and psychiatric ward and experienc* and violen*, limit to yr 2010 - current	30/11-15	Ovid Psychinf o	30	10	2	1

Samme som ovenfor	30/11-15	Ovid Medline	10	4	1	1
Violen* or assault* and mental health og psychiatr* and nurs* and experie* or percepti*, limit to yr 2009 – current (danish or english or norwegian or swedish)	01/12-15	Ovid Medline	138	37	4	2

Vedlegg 2: Oversiktstabell i forhold til innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artikler

Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode / Instrument	Deltagere / Frafall	Hovedfunn	Etisk vurdering	Vurde ring av kvalite t
Baby, Maria, Paul Glue, Dave Carlyle. 2014 New Zealand, i Mental Health Nursing	<i>”Violence in Not Part of Our Job: A Thematic Analysis of Psychiatric Mental Health Nurses’Experiences of Patient Assaults from a New Zealand Perspective”.</i>	Utforske og beskrive psykiatriske sykepleiers erfaringer med overfall og vold fra pasienter	Intervju som ble tatt opp på lydbånd. Tematisk analyse; en prosess som koder kvalitativ informasjon der forskeren utvikler koder, ord eller setninger som fungerer som etiketter for deler av data.	14 autoriserte sykepleiere og deltok i studien. Ingen frafall	De fysiske skadene som ble påført sykepleiere var blant annet kuttskader, hodeskader, forvridning av ledd og blåmerker. Psykiske skader: PTSD, psykiske lidelser.	Godkjent av den etiske komite, Maori forskningsavde ling (Maori Research division) og distriktets helsestyre (District health boards)	Vurdert til Grad I

Bimenyiman a et al 2009 Sør- Afrika i Journal of the Democratic Nursing Organisation of South Africa.	<i>The lived experience by psychiatric nurses of aggression and violence from patients in a Gauteng psychiatric institution.</i>	”Hvilke erfaringer har psykiatriske sykepleiere av agresjon og vold fra pasienter i en lokal psykiatrisk institusjon?”	Kvalitativ metode: Halvstrukturente intervju som ble tatt opp på bånd. En utenforstående ble anvendt for å kode funnene.	10 autoriserte sykepleiere.	Sykepleierne ga uttrykk for å oppleve frykt, sinne, frustrasjon, håpløshet, hjelpeløshet, apati, liten tilfredshet av jobben, rusavhengighet, selvforaktelse, vold mot pasientene og bærer nag mot pasienter og ledelse.	Etiske prinsipper ble anvendt og søkt via UNESCO.	Vurdert til Grad I
---	--	---	--	--------------------------------	---	---	--------------------------

<p>Cutcliffe, John 1999 Storbritanni a International Journal of Nursing studies</p>	<p><i>"Qualified nurses' lived experience of violence perpetrated by individuals suffering from enduring mental health problems: a hermeneutic study.</i></p>	<p>Hensikten var å oppdage erfaringer fra sykepleiere som hadde opplevd vold begått av pasienter med psykiske lidelser.</p>	<p>Hermeneutisk og fenomenologisk metode. De anvendte semi-strukturerte samtaler som ble tatt opp på lydbånd. Deretter ble lydbåndene transkribert og analysert ved at de brukte metoden til Bergum (1991). Funnene ble sortert etter tema og deretter syntetisert.</p>	<p>Artikkelen sier ikke noe om antall deltakere, men deltakerne var sykepleiere.</p>	<p>Sykepleierne oppga at det var viktig å føle seg støttet av kollegaer og ledelse i etterkant av en hendelse. De følte også at en gjennomgått hendelse gjorde de utstyrte til å takle en eventuell framtidig hendelse. Sykepleierne definere vold forskjellig ut i fra hva de hadde opplevd tidligere.</p>	<p>Forskerne anså det ikke som nødvendig å søke etisk godkjenning da forskningen ikke involverte at de brukte data fra pasienter eller hadde pasientkontakt.</p>	<p>Vurdert til Grad I</p>
---	---	---	---	--	---	--	---------------------------

<p>Jackson, J og P.J Morisette. 2015. Canada. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.</p>	<p><i>“Exploring the experience of Canadian registered psychiatric nurses: a phenomenological study”.</i></p>	<p>Å undersøke erfaringer fra autoriserte psykiatriske sykepleiere.</p>	<p>Fenomenologisk forskningsmetode. Tre leddet forskningsintervju: 1) Kontakt mellom forsker og deltaker 2) Dele historier 3) Avslutning</p>	<p>10 autoriserte psykiatriske sykepleiere deltok i studien.</p>	<p>Deltakerne opplevde angst, stress, utbrenthet og var bekymret for egen sikkerhet i jobben med pasienter som utøvde vold.</p>	<p>Artikkelen nevner ikke noe om etisk godkjenning .</p>	<p>Vurdert til Grad I</p>
---	---	---	---	--	---	--	---------------------------

<p>Kindy, Deborah, Salvatore Petersen, David Parkhurst. 2005 USA, i Psychiatric nursing.</p>	<p><i>“Perilous Work: Nurses’ Experiences in Psychiatric Units with High Risks of Assault”.</i></p>	<p>Å kartlegge erfaringen til autoriserte sykepleiere som jobber i et miljø der overfall er en kontinuerlig trussel</p>	<p>De brukte en beskrivende og tolkende teori fra Heidegger (1962) som omhandlet hver enkelt sykepleiers tolkning av egen erfaring. For å tolke funnene fra Heideggers teori brukte de en analysemetode fra Colaizzi (1978). Ved hjelp av dette kunne de trekke ut ord og setninger inn til felles tema.</p>	<p>10 autoriserte sykepleiere deltok i studien.</p>	<p>Sykepleierne brukte en rekke sikkerhetstiltak for å hindre vold på arbeidsplassen, som bruk av walkie-talkie, kamera, medikamenter, speil, skjermingsrom og utdanning/kurs på arbeidsplassen. Etter en voldelig hendelse opplevde sykepleierne å føle seg mer på vakt, mistenksomme ovenfor pasienten. Dette fikk videre</p>	<p>Artikkelen nevner ikke noe om etisk godkjenning.</p>	<p>Vurdert til Grad I.</p>
--	---	---	--	---	---	---	----------------------------

					følger for arbeidsplassen og pasientene.		
Moylan, Lois Biggin, Meritta Cullinan, Jeanne Kimpel 2014 USA Journal of Psychosocial nursing	<i>“Differences in male and female nurses’ responses to physical assault by psychiatric patients</i>	<i>Finne forskjellen mellom menn og kvinners erfaringer med å bli utsatt for vold fra psykiatriske pasienter</i>	Deltakerne ble først vist en video. Deretter skulle de skrive ned sine erfaringer med vold. Deltakerne fikk tilbudet om å snakke med en av forskerne hvis de ønsket å forklare erfaringene sine.	110 sykepleiere hvor av 93 var kvinner og hvor 17 menn deltok i studien.	Sykepleierne mente at vold var å forvente på en slik arbeidsplass. Det var ofte at voldshendelser ikke ble rapportert. Sykepleierne følte ofte at de fikk skylden for at pasienten hadde utøvd vold. Deltakerne stilte spørsmål rundt sin egen kompetanse. De psykologiske ettervirkningene	Etisk godkjent i en komité: Human subjects review Committee.	Vurdert til Grad II.

					etter vold varte lenger enn de fysiske.		
Nolan, Peter, Janie Dallender, Joaquim Soares, Sarah Thomsen, Bengt Arnetz 1999 Storbritanna Journal of Advanced nursing	<i>Violence in mental health care: the experiences of mental health nurses and psychiatrists</i>	Fastslå omfanget og type vold utført mot sykepleiere og psykiatere, og undersøke hvilken type støtte de fikk etter å ha blitt utsatt for vold.	Deltakerne fikk tilsendt et spørreskjema i posten, via arbeidsplassen. Spørreskjemaene inneholdt 20 spørsmål. Resultatene ble oppbevart på et program designet for å analysere data.	301 sykepleiere og 74 psykiatere deltok i studien.	96% av sykepleierne hadde opplevd aggressive pasienter. Halvparten av sykepleierne hadde aldri blitt skadet som følge av vold. Det samme antallet sa også at de mottok støtte etter hendelsen.	Etisk godkjennelse ble søkt om til Stiftelsen	Vurdert til grad I

Stevenson, Kelly, Susan Jack, Linda O'Mara, Jeannette LeGris 2015 Canada BMC Nursing	<i>"Registered nurses' experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units: an interpretive descriptive study"</i>	Beskrive sykepleiere sine personlige erfaringer med å ha blitt utsatt for vold fra pasienter.	Alle deltakerne deltok i et halv-strukturert intervju. Tematisk analyse og kontinuerlig sammenligning ble brukt for å analysere innholdet.	12 autoriserte sykepleiere deltok i studien. Det var ikke nevnt frafall.	Sykepleierne rapporterte om fysisk, emosjonell og verbal vold. De anså vold fra pasientene som en del av jobben. De synes det var vanskelig å sjonglere rollen mellom å skulle gi omsorg og å måtte beskytte seg selv.	Etisk godkjenning ble innvilget fra Hamilton integrated research ethics board.	Vurdert til grad I
---	--	---	--	--	--	--	--------------------

Ward, Louise 2013 Australia Mental Health Nursing	<i>"Ready, Aim Fire! Mental Health Nurses Under Siege in Acute Inpatient Facilities"</i> .	Utforske sykepleieres erfaringer om forholdene mellom sykepleier og pasient, vold og agresjon i en akutt psykiatrisk avdeling.	Et individuelt intervju og to fokusgrupper som alle deltakerne deltok i.	13 autoriserte sykepleiere deltok i studien. Ingen frafall.	Sykepleierne opplevde følelsen av å miste kontroll, frykt, tristhet, angst, stress, nervøsitet av farene. De angret på at situasjoner eskalerte og frykten av det usikre. I tillegg til dette erfarte de at effektiv kommunikasjon kunne hindre vold. Sykepleieres holdninger var at "vold var en del av jobben".	Etisk godkjent fra universitetet La Trobe i Melbourne og helsetjenest en i området.	Vurdert til Grad I.
---	--	--	---	--	--	---	------------------------

Zuzelo, Patti Rager, Staci Silver Curran og Mary Ann Zeserman. 2012. USA Journal of The American Psychiatric Nurses Association.	<i>"Registered Nurses and Behavior Health Associates' Responses to Violent Inpatient Interactions on Behavioral Health Units"</i> .	Å utforske sykepleiers individuelle- og grupperespons til voldelige hendelser fra pasienter	Intervju i fokusgrupper	8 autoriserte sykepleiere og 11 helsefagarbeidere med videreutdanning innen psykisk helsevern. Ingen frafall.	De emosjonelle konsekvensene av utøvd vold var: foraktelse, de var redd for sikkerheten, krenkelse, skuffelse, irritasjon, negative følelser var destruerende for jobben, bevoktet seg selv og tap av kontroll.	Etisk godkjent ved institusjonen	Vurdert til Grad I.
--	---	---	-------------------------	---	---	----------------------------------	---------------------

Vedlegg 3: P(IC)O – skjema:

	P	O
NORSK	Sykepleie Vold / Vold på arbeidsplassen Psykisk helsevern	Erfaringer / persepsjon
ENGELSK	Nurs* Violen*/Workplace violen* Mental health/Psychiatr*	Experienc* / Percept*