



**Høgskolen
i Innlandet**

Fakultet for helse – og sosialvitenskap

Frode Johansen

Masteroppgave

Vold og trusler mot sykepleiere i somatiske sykehus

Violence and threats against nurses in somatic hospitals

4PM791 Master i psykisk helsearbeid

Antall ord: 24408

2021

NORSK SAMMENDRAG

Bakgrunn: Vold og trusler mot sykepleiere er et økende problem, med store konsekvenser både menneskelig og samfunnsøkonomisk, og er en betydelig risikofaktor for langtids sykefravær. Det mangler fortsatt kunnskap om sykepleieres opplevelser av vold og trusler i somatiske sykehus, hvor dette temaet er tilegnet lite oppmerksomhet.

Hensikt: Studiens hensikt er å løfte frem den erfaringsbaserte kunnskap sykepleiere har om opplevelser knyttet til hendelser med vold og trusler. På denne måten kan dette bidra til den totale kunnskapsbaserte praksis i arbeidet med forebygging og håndtering av vold og trusler mot sykepleiere.

Metode: Studien baserer seg på kvalitativ metode, hvor datainnsamlingen ble gjennomført ved hjelp av semistrukturerte intervjuer med seks sykepleiere fra ulike enheter i fire sykehus. Dataanalysen ble gjennomført ved bruk av STC (systematisk tekstkondensering).

Resultater: Studien viser at vold og trusler mot sykepleiere er et økende problem. Informantene opplever vold og trusler som negativt for deres psykiske helse og opplevde sikkerhet på arbeidsplassen. Det er i tillegg funn som viser at vold og trusler kan ha negativ innvirkning på sykepleieres relasjon til pasientene og tjenestekvalitet. Opplevelse av avmakt er sentralt i funnene og kan forstås både som årsak til – og konsekvens av vold og trusler.

Konklusjon: Studien viser at vold og trusler har negativ innvirkning på sykepleierne og deres yrkesutøvelse, og har store menneskelige og samfunnsøkonomiske konsekvenser. Det må i større grad settes fokus på forebygging og håndtering av vold og trusler mot sykepleiere, både i utdanning og på den enkelte arbeidsplass.

Nøkkelord: Vold, trusler, psykisk helse, sikkerhet, avmakt, relasjon, tjenestekvalitet.

ABSTRACT

Background: Violence and threats against nurses are a growing problem, with major consequences both humanly and socio-economically, and are a significant risk factor for long-term sickness absence. There is still a lack of knowledge about nurses' experiences of violence and threats in somatic hospitals, where this topic has received little attention.

Purpose: The purpose of the study is to highlight the experience-based knowledge nurses have about experiences related to incidents of violence and threats. In this way, this can contribute to the overall knowledge-based practice in the work of preventing and dealing with violence and threats against nurses.

Method: The study is based on a qualitative method, where the data collection was carried out using semi-structured interviews with six nurses from different units in four hospitals. The data analysis was performed using STC (systematic text condensation).

Results: The study shows that violence and threats against nurses are a growing problem. The informants experience violence and threats as negative for their mental health and perceived safety in the workplace. There are also findings that show that violence and threats can have a negative impact on nurses' relationship with patients and quality of service. The experience of powerlessness is central to the findings and can be understood both as a cause of - and a consequence of - violence and threats.

Conclusion: The study shows that violence and threats have a negative impact on nurses and their professional practice, and have major human and socio-economic consequences. Greater focus must be placed on the prevention and management of violence and threats against nurses, both in education and in the individual workplace.

Keywords: Violence, threats, mental health, security, powerlessness, relationship, quality of service.

FORORD

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært en meget utviklende og lærerik prosess. Underveis i dette arbeidet har jeg ikke minst oppdaget en interesse for forskning og et ønske om å fortsette på denne stien i tiden som kommer.

Det er flere jeg ønsker å takke, som har gitt støtte, veiledning og tilrettelegging, slik at det har vært mulig for meg å gjennomføre denne masteroppgaven.

Min veileder har vært tilgjengelig, konkret og tydelig, og vært til stor hjelp og støtte i alle ledd av dette arbeidet. Jeg vil også ikke minst takke lærerne ved studiet for deres faglige tyngde og kloke råd og tilbakemeldinger. Informantene som har bidratt med sine beretninger, fortjener en ekstra takk.

Min nærmeste leder har lagt til rette og vært støttende under hele prosessen. Takket være din raushet og imøtekommenhet, har jeg kunnet bruke deler av arbeidstiden til denne studien, slik at jeg har hatt mulighet til å bruke fritiden min på det som betyr aller mest. Familien.

Dette er slutten på arbeidet med masteroppgaven, men også forhåpentligvis starten på noe nytt og spennende.

Brumunddal, mai 2021

Frode Johansen

INNHOLDSFORTEGNELSE

NORSK SAMMENDRAG	2
ABSTRACT	3
FORORD	4
INNHOLDSFORTEGNELSE	5
1. INNLEDNING	9
1.1 Bakgrunn om vold og trusler mot sykepleiere i somatiske sykehus	9
1.2 Litteratursøk	10
1.2.1 <i>Tidligere forskning</i>	11
1.3 Forforståelse	12
1.4 Studiens hensikt.....	14
1.5 Problemstilling	15
1.5.1 <i>Forskningsspørsmål</i>	16
1.6 Begrepsavklaringer.....	16
1.7 Oppgavens oppbygging og struktur.....	18
2. TEORI	20
2.1 Lov og forskrift	20
2.2 Vold, makt og avmakt	21
2.3 Voldens konsekvenser.....	24
2.3.1 <i>Psykisk helse</i>	25
2.3.2 <i>Kvalitet i pasientbehandling og relasjonen til pasientene</i>	29
2.3.3 <i>Opplevd sikkerhet</i>	30
2.4 Helse og mestring.....	30
3. METODE	33
3.1 Vitenskapsteoretisk forankring.....	33
3.2 Datainnsamling.....	34

3.2.1	<i>Utvalg og rekruttering av deltagere til undersøkelsen</i>	34
3.2.2	<i>Struktur og gjennomføring av intervjuer</i>	35
3.2.3	<i>Transkribering av intervjuer</i>	36
3.3	Dataanalyse	37
3.4	Forskningsetiske betraktninger.....	39
4.	PRESENTASJON AV FUNN	41
4.1	Vold og psykisk helse	42
4.1.1	<i>Mestring</i>	42
	<i>Initiativ til endring</i>	42
4.1.2	<i>Belastning over tid</i>	43
	<i>Slitasje</i>	43
	<i>Redd på jobb</i>	44
4.2	Opplevd sikkerhet på arbeidsplassen	45
4.2.1	<i>Egensikkerhet og risiko</i>	45
	<i>Bistand i situasjoner med vold og trusler</i>	45
	<i>Opplevelse av å ikke ha kontroll</i>	46
	<i>Fysisk sikkerhet</i>	46
	<i>Andres sikkerhet fremfor egen</i>	47
4.3	Avmakt.....	47
4.3.1	<i>Erfaring med vold</i>	47
	<i>Voldens omfang</i>	47
4.3.2	<i>Frustrasjon</i>	48
	<i>Å unnskyldte voldsbruk</i>	48
	<i>Eget sinne og irritasjon</i>	48
4.3.3	<i>Kropp og sinn</i>	49
	<i>Fysisk vold</i>	49
	<i>Psykisk vold</i>	50
4.3.4	<i>Integritet og verdighet</i>	51

<i>Toleranse for vold</i>	51
5. DISKUSJON	53
5.1 Resultatdiskusjon	53
5.1.1 <i>Vold og psykisk helse</i>	53
5.1.2 <i>Opplevd sikkerhet på arbeidsplassen</i>	58
5.1.3 <i>Avmakt</i>	61
5.1.4 <i>Voldens konsekvenser for relasjonen til pasienter, og tjenestekvalitet</i>	64
5.2 Metodediskusjon	66
5.2.1 <i>Validitet</i>	66
<i>Intern validitet</i>	65
<i>Ekstern validitet</i>	66
5.2.2 <i>Reliabilitet</i>	68
5.2.3 <i>Refleksivitet</i>	69
5.3 Studiens implikasjoner	71
6. KONKLUSJON	73
LITTERATURLISTE	75
Vedlegg 1 Intervjuguide	87
Vedlegg 2 Informasjon og samtykke.....	88
Vedlegg 3 NSD godkjenning	91
Vedlegg 4 Tabell funn.....	94

TABELLER OG FIGURER

Figur 1: Kunnskapsbasert praksis	15
Tabell 1: Forenklet tabell, funn	40

1. INNLEDNING

1.1 Bakgrunn om vold og trusler mot sykepleiere i somatiske sykehus

Samtidig som forekomsten av registrerte voldshendelser i det norske samfunnet har vært stabil de siste ti år (Folkehelseinstituttet, 2020), er vold og trusler mot sykepleiere et økende problem (Wedervang- Resell *et al.*, 2017, s.7), og så mye som en av fire sykepleiere rapporterer at de har vært utsatt for vold i løpet av de siste 12 måneder (Arbeidstilsynet, u.å.). Globalt og internasjonalt er tallet for voldshendelser enda høyere. Det er rapportert at 57,3 prosent av sykepleiere verden over ble utsatt for en eller annen form for vold i 2013 (Spector *et al.*, 2014, s.72).

Undersøkelser utført av Helsedirektoratet (2017) viser at det er en økning i antall rapporterte tilfeller av vold og trusler i helseforetakene i perioden 2012-2016 (Helsedirektoratet, 2017, s. 4). Det er spesielt unge kvinner som er utsatt, ifølge Statistisk sentralbyrå (2018), og vold og trusler er forbundet med at ansatte blir sykemeldt eller slutter i jobben (Lanctôt & Guay, 2014, s. 492; Andersen *et al.*, 2018, s. 150). Blant sykepleiere er andelen som opplever vold, trusler og uønsket seksuell atferd, prosentvis høyere enn eksempelvis politi og vektere (Statistisk sentralbyrå, 2016).

Det er grunnlag for å tro at det er stor grad av underrapportering av hendelser med vold og trusler mot sykepleiere. Kvas og Seljak (2014) har gjort forskning på dette området og kan vise til at så lite som 6,5 prosent av opplevde trusler og 10,9 prosent av hendelser med fysisk vold blir rapportert (Kvas & Seljak, 2014, s.344).

Blando *et al.* (2012) har gjort studier som viser at sykepleiere ved akuttmottak i somatiske sykehus føler større grad av utrygghet og opplever sikkerheten som mer mangelfull, sammenlignet med sykepleiere i psykiatriske avdelinger som har høyere forekomst av vold og trusler (Blando *et al.*, 2012, s. 492). Det er svært lite litteratur i norsk sammenheng, som spesifikt omtaler vold og trusler i somatiske sykehus. I *Rapport om Arbeidstilsynets revisjoner i sykehus i 2014* (Arbeidstilsynet, 2016), kommer det frem at vold og trusler er et økende problem i somatiske sykehus, men at både rapportering av hendelser og adekvate tiltak er mangelfullt sammenlignet med psykiatrien.

Konsekvensene av volden berører både enkeltindivider, arbeidsmiljø og økonomi. (Arbeidstilsynet, 2016, s. 21). Undersøkelser ved Stami (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2015) viser at ved å ta hensyn til alder, utdanning, helse og livsstilsfaktorer, samt mekaniske risikofaktorer som tunge løft og arbeid i fremoverbøyd stilling, er vold og trusler den mest betydningsfulle risikofaktoren for et høyt legemeldt sykefraværnivå (21 dager +) blant kvinner i helse- og sosialsektoren. De som utsettes for vold og trusler om vold har om lag 70 prosent høyere risiko for et høyt sykefraværnivå sammenliknet med de som ikke utsettes for vold og trusler på jobben (Stami, 2015). I en norsk studie av helse- og sosialarbeidere (Aagestad, 2014) ble det beregnet at et sykefraværnivå på 21 dager eller mer kan reduseres med inntil 13 prosent ved å arbeide forebyggende mot vold og trusler om vold på arbeidsplassen (Aagestad, 2014, s. 7). Sykepleiere som utsettes for vold på arbeidsplassen er signifikant mer utsatt for utbrenthet og viser lavere grad av resilience (motstandsdyktighet) enn de som ikke har vært utsatt for vold (Rees et al., 2018). Det er også gjennomført store undersøkelser som viser at sykepleiere som utsettes for vold, har høyt stressnivå med tilhørende helseplager, av både fysisk og psykisk art (Schablon et al., 2018, s. 16). Det er studier som viser at så mye som 73 prosent av sykepleiere som har opplevd vold, sier at «det er en del av jobben» (Erickson et al., 2000, s. 210).

1.2 Litteratursøk

Litteratursøk har vært en kontinuerlig prosess gjennom hele arbeidet med denne oppgaven, fra de innledende søk for å tilegne meg oversikt, til de stadige søk underveis i prosessen, når ny kunnskap og derav nye spørsmål har kommet opp. En modning hos meg som forsker, har ført til at litteratursøket har gjennomgått en tilsvarende modning og utvikling.

Jeg har benyttet meg av pensumlitteratur, og har i tillegg bevisst søkt etter annen litteratur som kan være med på å belyse ulike temaer og supplere den etablerte litteraturen gjennom nye vinklinger og refleksjoner. Det er lagt mye jobb i å hovedsakelig kunne benytte primærlitteratur, hvilket har medført omfattende søk og et stort arbeid med å få tilgang på fysiske bøker og annet materiale. Jeg har i den forbindelse hatt stor nytte av den gode hjelp og rådgivning som har kommet fra Høgskolebibliotekene og Sykehuset Innlandets bibliotek, som i tillegg har søkt og bestilt litteratur som ikke har vært inne i bibliotekenes eget sortiment. Jeg har i tillegg vært i direkte kontakt med forskere både i Norge og USA, som har bistått med å dele erfaringer fra egen forskning, samt gitt råd om relevant litteratur.

Litteratursøk på forskning ble primært gjort i Cinahl, PsychInfo og PubMed. Jeg avgrenset i første omgang søket til å gjelde publikasjoner på norsk, utgitt innenfor de siste 10 år. Det ble tidlig klart at søket måtte utvides i forhold til utgivelsesår, samt til å også gjelde nordiske og engelskspråklige publikasjoner, da det er lite kvalitativ forskning på feltet vold og trusler mot sykepleiere i Norge. Jeg benyttet også Oria og Google Scholar, og på denne måten fikk jeg totalt sett et godt overblikk over litteraturen og kunne i neste omgang jobbe mer målrettet med materialet og rette søket mot det som var mer direkte relevant for å kunne belyse studiens hensikt, problemstilling og funn. Det ble benyttet søkeord og fraser som; workplace violence, occupational violence, violence in nursing, general hospitals, violence and mental health, violence outcome, og violence effects.

1.2.1 Tidligere forskning

I internasjonal sammenheng er det gjort en rekke studier på vold og trusler mot sykepleiere, hvilket primært er kvantitative studier hvor man i liten grad får innblikk i sykepleieres opplevelse av vold og trusler, spesielt i somatiske sykehus. I min problemstilling setter jeg spesifikt fokus på sykepleiere i somatiske sykehus og deres opplevelse av vold og trusler, hvilket resulterte i et noe mindre antall treff.

Denne studiens forskningsspørsmål omhandler sykepleiernes erfaringer med voldens innvirkning på egen psykiske helse, relasjonen til pasientene i møte med vold og trusler, samt opplevelse av sikkerhet på arbeidsplassen. En svensk studie (Avander et al., 2018) viser at vold og trusler fra pasienter og deres pårørende fører til negative konsekvenser for sykepleierne, både i forhold til psykiske plager og jobbtrivsel. Studien viser også at vold og trusler fører til endringer i det profesjonelle forholdet sykepleieren har til pasienten, og at dette kan virke inn på kvaliteten av den pleie pasienten mottar, og de etiske og moralske utfordringer dette bringer med seg (Avander et al., 2018, s. 51). En annen svensk studie (Arnetz & Arnetz, 2001, s. 417) viser også til at vold og trusler ikke utelukkende virker inn på de ansattes psykiske helse og jobbtrivsel, men også har negative konsekvenser for kvaliteten på de tjenester pasienten mottar. Andre studier av voldens konsekvenser for ansatte og pasienter (Lanctot & Guay, 2014, s. 493; Mohamad et al., 2015, s. 3) viser de samme resultater for voldens konsekvenser for både ansatte og kvaliteten på tjenester. Det er en rekke studier på konsekvenser av vold og trusler for sykepleiernes psykiske helse. Gerberich et al.

(2004, s. 495) gjennomførte en spørreundersøkelse hvor 6300 sykepleiere deltok, som viste at vold og trusler mot sykepleiere kan føre til frykt, angst, lavere grad av jobbtrivsel, og ønsker om å bytte yrke. Bernaldo-De-Quirós (2015, s. 260) kan vise til mange av de samme funn, hvor det også vises til funn som utbrenthet og høy grad av angst blant de som har opplevd vold og trusler på jobb. Hogh og Viitasara (2005, s. 291) gjennomførte en systematisk litteraturstudie, som viser at det er alvorlige langsiktige konsekvenser av vold mot helsepersonell, med PTSD, utbrenthet, og negativ innvirkning på arbeidsmiljø og produktivitet.

Det er gjort flere studier av sykepleieres opplevde sikkerhet på arbeidsplassen, og hvilken innvirkning dette har på faktorer som trygghet, trivsel og psykiske helse. Gates et al. (2005, s. 331) viser til en tydelig sammenheng mellom grad av opplevd trygghet og jobbtilfredshet. Hegney et al. (2010, s. 188) viser i sin undersøkelse at graden av opplevd trygghet blant sykepleierne hadde sammenheng med antall rapporterte hendelser med vold og trusler, og det er først og fremst de som har opplevd vold som beskriver en opplevelse av utrygghet på arbeidsplassen. Spector et al. (2007, s. 118) beskriver betydningen av ledelsens fokus på de ansattes sikkerhet og hvordan dette virker inn på de ansattes holdning til å jobbe i et arbeidsklima hvor det forekommer vold. Nissen et al. (2019) viser til at det er en tydelig sammenheng mellom opplevelse av at sikkerhet er prioritert på arbeidsplassen, og grad av opplevd trygghet hos de ansatte (Nissen et al., 2019, s. 8).

1.3 Forforståelse

«Ingen forståelse uten forforståelse», skriver Aadland (2006), og fortsetter: «Det er umulig å forstå noe som helst uten at man har et skjema å sette det som skal skjønnes, inn i. Dersom man ikke har noe forutgående forestillinger å tolke inntrykkene ut i fra, vil inntrykkene være kaotiske og usammenhengende» (Aadland, 2006, s. 185). Aadland (2006) trekker denne betraktningen med inn i en forskningssammenheng, hvor han sier følgende: «Som forsker må jeg bevisstgjøre meg så mange av mine forforståelser/fordommer som mulig. Ubevisste forforståelser kan føre meg på villstrå – jeg kan ende opp med å bare se bekreftelser på mine egne ubevisste fordommer når jeg leser igjennom datamaterialet» (Aadland, 2006, s. 185). Grunnlegger av Modum bad, psykiater Gordon Johnsen, sa som følger: «Det du er bevisst kan du gjøre noe med, det du ikke er bevisst gjør ofte noe med deg» (Modum bad, u.å.).

Det er min utfordring som forsker å være bevisst min egen forforståelse, slik at jeg både kan ha bedre kontroll over hvordan dette virker inn på min tolkning av datamaterialet, samt gi leseren en innsikt i hva min forforståelse består i, og hvordan jeg aktivt jobber for at denne ikke skal farge undersøkelsen. Malterud (2017) viser til Gadamer og hans argumentasjon for nettopp den sentrale betydningen av historiske og individuelle forutsetninger og erfaringer som mennesker har med seg som bevisste eller ubevisste deler av sitt tolkningsgrunnlag. «Forforståelsen er den ryggsekken vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet, før prosjektet starter» (Malterud, 2017, s. 44). Det er sentralt både for leseren og for meg selv, som en del av en bevisstgjøringsprosess, at jeg beskriver hva som ligger i min forforståelse og hva jeg bærer med meg i min «ryggsekk». På denne måten har jeg under hele prosessen sett til denne beskrivelsen av egen forforståelse, og stilt kritiske spørsmål til egne vurderinger i alle ledd og elementer ved masteroppgaven. Denne beskrivelsen kan i neste omgang være et verktøy for leseren i å bedømme om jeg som forsker har lyktes i dette, og tilse at min beskrevne forforståelse ikke farger undersøkelsen i betydelig grad.

Til daglig er jeg ansatt som sikkerhetsrådgiver i Sykehuset Innlandets HMS – avdeling og jobber spesielt opp mot vold og trusler mot ansatte i helseforetaket. De siste årene har jeg hatt et stort antall kurs på temaet, jeg har hatt individuelle oppfølginger av ansatte som har vært utsatt for vold og trusler, samt at jeg har gjennomført en rekke risikovurderinger på vold og trusler i sykehus. Jeg har dannet meg et bilde av hvordan den faktiske sikkerheten i de somatiske sykehusene fremstår, og jeg har med meg mange tilbakemeldinger fra ansatte som opplever sikkerheten som mangelfull, med tilhørende opplevelse av å føle seg utrygg på jobb. I tillegg er jeg utdannet sinnemestringsterapeut og har tidligere jobbet med oppfølging av voldsutøvere.

Det er mye i min «ryggsekk» som kan være av betydning for forforståelsen, og min utfordring blir å åpne «ryggsekken» og vise leseren hva den inneholder, og ikke minst gjøre meg selv bevisst på hva jeg bærer med meg. Spørsmålet er hvordan jeg skal forholde meg til min forforståelse og aktivt jobbe for at denne ikke skal virke inn på undersøkelsen og overskygge det empiriske materialet. Malterud (2017, s. 46) har tatt for seg hvordan man kan forebygge at dette forekommer, og disse punktene har jeg fulgt etter beste evne gjennom hele prosessen, fra planlegging til ferdigstilling. Det første steg var å identifisere og notere meg alle forhold jeg selv var bevisst, som kunne virke inn på mitt arbeid. Denne listen har jeg stadig sett til gjennom alle ledd i arbeidet.

Det andre var å sette opp det Malterud (2017, s. 46) kaller en «selvangivelse», hvor jeg laget et oppsett med alle de funn jeg forventet å finne, og hvor jeg utfordret en ærlighet i egen forforståelse. På denne måten hadde jeg fra start en bevissthet rundt hvilket spor jeg skulle være spesielt oppmerksom på at jeg ikke skulle trekkes mot i mitt arbeid. Denne «selvangivelsen» har også vært et viktig verktøy for meg, og har utfordret meg på egen forforståelse og har gitt meg forutsetninger for å ha strengt fokus på det empiriske materialet.

Det er en sentral erkjennelse at man aldri vil kunne få en fullstendig oversikt og kontroll over egen forforståelse, Krogh (2017) beskriver dette som at våre fordommer og forforståelse utgjør en helhet, og at vi aldri kan ha full oversikt eller være oss den helt bevisst. «Vi er alltid i en verden av forutsetninger og antagelser som vi tar for gitt og som vi derfor ikke kan stille spørsmål ved» (Krogh, 2017, s. 49). Det er en svakhet at det er kun jeg som forsker som skal bedømme hvor vidt min forforståelse har virket inn på mitt arbeid, man kan raskt dra paralleller til historien om «bukken og havresekken». Dette har jeg forsøkt å imøtegå, blant annet gjennom å bruke min veileder aktivt gjennom hele arbeidet, hvor jeg har etterspurt et spesielt kritisk blikk på alle tegn og spor av at min forforståelse har farget arbeidet. Blant annet har min veileder gjennomgått alle transkriberte intervjuer, og vurdert dette opp imot mitt arbeid med STC (systematisk tekstkondensering).

1.4 Studiens hensikt

Studiens grunnleggende hensikt er å få kunnskap om hvordan sykepleiere i somatiske sykehus opplever vold og trusler på arbeidsplassen. Den kunnskapen som kommer ut av de erfaringene informantene har med vold og trusler i sitt arbeid, og som i neste omgang dokumenteres gjennom denne studien, er hva man omtaler som *erfaringsbasert kunnskap*, hvilket ifølge Nortvedt et al. (2012, s. 18) er hjørnesteinen i sykepleie. «Erfaring er utledet av det tyske ordet «erfahren», som igjen er en utledet form av verbet «ervaren», som betyr å reise igjennom eller å utforske. Erfahren henspeiler på betydningen av å erfare som å være bevandret. Erfaring er den kunnskap eller viten man får gjennom egne opplevelser» (Karlson, 2014, s. 102).

Sammen med *forskningsbasert kunnskap*, og *brukerkunnskap* og *brukermedvirkning*, utgjør dette hva man overordnet kaller *kunnskapsbasert praksis* (sykepleien, u.å.).

Denne studien vil kunne tilføre erfaringsbasert kunnskap på temaet vold og trusler mot sykepleiere, og på den måten være et element i kunnskapsbasert praksis på denne tematikken. Det er et ønske at denne studien kan bidra til økt kunnskap om voldens konsekvenser, og motivere til prioritert innsats for å forebygge vold og trusler mot sykepleiere.



Figur 1, kunnskapsbasert praksis

Hentet fra: www.sykepleien.no

Videre vil denne studiens erfaringsbaserte kunnskap kunne være et bidrag til forståelsen av hvordan man kan utvikle konsepter for kompetanseheving og ferdighetstrening for sykepleiere, i forebygging og håndtering av vold og trusler.

1.5 Problemstilling

Begrepet problemstilling kan defineres som «spørsmål som blir stilt med et bestemt formål, og på en så presis måte at det lar seg belyse gjennom bruk av samfunnsvitenskapelige metoder» (Halvorsen, 2008, s. 35). Johannessen et al. (2016) sier at å formulere en problemstilling dreier seg i prinsippet om å besvare to spørsmål: hva og hvem skal undersøkes. De skriver videre at det å orientere seg i aktuell forskning er en forutsetning for å kunne bli i stand til å formulere presise problemstillinger (Johannessen et al., 2016, s. 54).

Etter flere runder med litteraturgjennomgang, vurderinger og refleksjon, kom jeg frem til at følgende problemstilling er den best dekkende for studiens hensikt;

Hvordan opplever sykepleiere i somatiske sykehus vold og trusler?

1.5.1 Forsknings spørsmål

Problemstillinger kan på den ene siden være konkrete og avgrensede og på den andre siden generelle og omfattende (Johannessen et al., 2016, s. 54). Min problemstilling er noe generell i sin formulering, hvor da forskningsspørsmål kan bidra til å operasjonalisere problemstillingen og knytte bånd til studiens hensikt.

Ut i fra studiens hensikt og problemstilling, har jeg kommet frem til følgende forskningsspørsmål;

- *Hvilke erfaringer har informantene med vold og trusler og disse erfaringenes innvirkning på egen psykiske helse?*
- *Hvilke tanker har informantene om relasjonen til pasientene i møte med vold og trusler?*
- *Hvilke refleksjoner har informantene rundt egen sikkerhet på arbeidsplassen?*

1.6 Begrepsavklaringer

For at jeg som forsker og leseren av denne masteroppgaven skal ha kunnskap og forståelse om de mest sentrale begrepene, er det hensiktsmessig at begrepene forklares og settes i en kontekst som er relevant for oppgavens hensikt og problemstilling.

I denne oppgaven er det spesielt begrepene *vold og trusler*, *psykisk helse*, *psykisk helsearbeid* og *sikkerhet*, som er relevant å belyse nærmere. Da de fleste av disse begrepene er mye brukt i dagligtale, mener jeg det er viktig å avklare og definere hvilken betydning begrepene har i lys av denne oppgaven, da leseren kan ha tillagt begrepene eget innhold og betydning.

Vold og trusler

Det er en rekke ulike definisjoner på vold og trusler, som kunne vært relevante i denne sammenheng, men da denne studien har fokus på vold og trusler i arbeidslivet, har jeg valgt å se til både Arbeidstilsynets definisjon, som grunnlag for hvordan man forstår vold og trusler mot sykepleiere i somatiske sykehus, samt definisjoner fra litteratur innen voldspysykologi.

Arbeidstilsynet definerer vold og trusler som: «Vold og trusler er hendelser hvor arbeidstakere blir fysisk eller verbalt angrepet i situasjoner som har forbindelse med deres arbeid, og som innebærer en åpenlys eller antydningstrussel mot deres sikkerhet, helse eller velvære» (Arbeidstilsynet, u.å.). Isdal (2018) presenterer sin definisjon av vold, som lyder; «Vold er enhver handling rettet mot en annen person, som gjennom at denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker, får denne personen til å gjøre noe mot sin vilje eller slutter å gjøre noe den vil» (Isdal, 2018, s. 7). Fra et filosofisk ståsted, har blant annet Arendt (2017, s. 75) omtalt vold og makt, og sier det på følgende måte: «Makt og vold, skjønt de er adskilte fenomener, forekommer gjerne sammen. Hvor de enn kombineres, finner vi at makt er den primære og dominerende faktoren» (Arendt, 2017, s. 75). Isdal (2018) skriver at vold alltid vil inneholde makt, men at makt ikke er ensbetydende med vold (Isdal, 2018, s. 43).

Psykisk helse

Hos Helsedirektoratet og WHO (Verdens helseorganisasjon, 2003) kan man finne følgende beskrivelser av psykisk helse som begrep;

Psykisk helse kan i teorien forstås som et nøytralt begrep, omtrent som helse, der vi kan spesifisere med adjektiver som god eller dårlig. I dagligtale brukes imidlertid psykisk helse ofte i betydningen psykiske plager og lidelser. For eksempel blir psykisk helse oftere omtalt som en utfordring enn som en ressurs. (Helsedirektoratet, u.å.)

WHO opererer med følgende definisjon av psykisk helse;

Begreper om mental helse inkluderer subjektiv velvære, opplevd selveffektivitet, autonomi, kompetanse, avhengighet mellom generasjoner og anerkjennelse av evnen til å realisere sitt intellektuelle og emosjonelle potensiale. Det har også blitt definert som en tilstand av velvære der enkeltpersoner anerkjenner deres evner, er i stand til å takle de normale belastningene i livet, arbeide produktivt og fruktbart og gi et bidrag til sine samfunn. (WHO, 2003, s. 7)

Psykisk helsearbeid

Andersen (2018) forklarer begrepet *psykisk helsearbeid* på følgende måte;

Psykisk helsearbeid er et flervitenskapelig og tverrfaglig utdannings-, forsknings – og arbeidsfelt, og omfatter alle deler av de tjenestene. Psykisk helsearbeid fokuserer på å fremme og bedre menneskers psykiske helse samt påpeke og søke å endre forhold i samfunnet som skaper psykisk uhelse og bidrar til stigmatiseringsprosesser og sosial utstøting. Hensikten er å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft, bistå i prosesser som utvikler opplevelser av sammenheng og muligheter for å mestre hverdagens utfordringer samt skape inkluderende lokalmiljø. (Andersen, 2018, s. 25)

Sikkerhet

Sikkerhet er et begrep som er mye benyttet i dagligtale, hvor innhold og betydning kan være ulikt, avhengig av kontekst. Det er derfor relevant at jeg forklarer sikkerhet, slik det skal forstås i denne undersøkelsen. I forskningsspørsmålet relatert til sikkerhet, er mitt fokus rettet mot de ansattes egne refleksjoner rundt sikkerhet på arbeidsplassen. Det er ikke lagt vekt på den faktiske sikkerheten, med andre ord de objektive sikkerhetstiltakene som eksempelvis alarmer, låsesystemer, vakthold, og opplæring. Sikkerhet kan også forstås som *opplevd sikkerhet*, hvor den enkeltes opplevelse av egen sikkerhet er det sentrale. Den opplevde sikkerheten kan derimot *påvirkes* av den objektive sikkerhet, eller mangel på sådan. Det er denne forståelsen jeg har lagt som premiss for undersøkelsen, hvilket man også kan finne i annen forskning på vold og trusler mot sykepleiere (Gates et al. 2005, s. 331; Hegney et al. 2010, s. 188).

1.7 Oppgavens oppbygging og struktur

Oppgaven er bygget opp på en måte som gir leseren anledning til å følge en logisk oppbygging og fremdrift, hvor først innledningen beskriver hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål, samt redegjør i forhold til forforståelse. Jeg har valgt å presentere forforståelsen tidlig i oppgaven, slik at leseren har tilgang på dette før man blir presentert for utvalgt teori, metode, funn og diskusjon. På den måten kan man se – og kritisk vurdere dette i

lys av hvordan jeg som forsker har redegjort for min forforståelse. Deretter følger presentasjon av teori og relevant forskning, som gir et bakteppe for videre arbeid, samt grunnlag for diskusjon av funn, senere i oppgaven. Dernest følger metodekapittelet, hvor jeg presenterer valg av forskningsmetode og tilnærming. Så presenteres de funn som har kommet frem som et resultat av de intervjuer og den analysen som er gjennomført. I diskusjonskapittelet blir disse funn diskutert opp imot teori og forskning, hvor det også blir gjort en metodediskusjon. Avslutningsvis gjør jeg en oppsummering og konklusjon av studien og ser dette i lys av oppgavens hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål.

2. TEORI

Teori som er relevant for oppgavens problemstilling, og som bidrar til å belyse - og i neste omgang diskutere undersøkelsens funn, vil her bli presentert i et omfang og med et innhold som gjør det mulig for leseren å tilegne seg nødvendig oversikt uten omfattende forkunnskap. Det teoretiske grunnlaget for denne studien er basert på teori og forskning på vold og trusler mot sykepleiere i somatiske sykehus, og spesielt rettet mot voldens konsekvenser for den psykiske helsen, sykepleier – pasient relasjonen og de ansattes opplevde sikkerhet. Teorien er satt sammen av relevant teori og forskning som knyttes til oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål. Jeg vil belyse både lovverk og forskrifter, volden som fenomen, og hvordan den som fenomen kan oppleves av de som eksponeres for den. På denne måten vil vold og den subjektive opplevelsen av vold kunne ses i en kontekstuell ramme.

2.1 Lov og forskrift

Arbeidsmiljøloven slår fast arbeidstakeres krav på beskyttelse mot vold og trusler. Det var først fra 1.1.2017, hvor Forskrift om utførelse av arbeid, § 23A trådte i kraft, at det ble presisert *hvordan* dette skal håndheves og praktiseres. Jeg vil her presentere de mest sentrale paragrafer i Arbeidsmiljøloven og Forskrift om utførelse av arbeid, § 23A, som omtaler arbeidsgivers ansvar for ivaretagelse av ansattes sikkerhet, samt forebygging, håndtering og oppfølging av vold og trusler mot ansatte.

Arbeidsmiljøloven

§ 4-3. Krav til det psykososiale arbeidsmiljøet. 1) Arbeidet skal legges til rette slik at arbeidstakers integritet og verdighet ivaretas. (2) Arbeidet skal søkes utformet slik at det gir mulighet for kontakt og kommunikasjon med andre arbeidstakere i virksomheten. (3) Arbeidstaker skal ikke utsettes for trakassering eller annen utilbørlig opptreden. (4) Arbeidstaker skal, så langt det er mulig, beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre.

(Arbeidsmiljøloven, 2005, §4)

Forskrift om utførelse av arbeid, § 23A

§ 23A-1. *Risikovurdering av fare for å bli utsatt for vold og trussel om vold.* Arbeidsgiver skal kartlegge forhold ved arbeidssituasjonen som kan medføre at arbeidstaker blir utsatt for vold og trussel om vold.

§ 23A-2. *Opplæring ved arbeid som kan medføre risiko for å bli utsatt for vold og trussel om vold.* Ved arbeid som kan medføre risiko for å bli utsatt for vold og trussel om vold skal det gis nødvendig opplæring og øvelse i forebygging og håndtering av vold- og trusselsituasjoner, samt i bruk av eventuelt sikkerhetsutstyr.

§ 23A-3. *Informasjon ved arbeid som kan medføre risiko for å bli utsatt for vold og trussel om vold.* Arbeidsgiver skal sørge for at arbeidstakerne og deres representanter gis nødvendig informasjon om risikofaktorer knyttet til vold og trussel om vold, samt iverksette tiltak og rutiner for å forebygge, håndtere og følge opp vold- og trusselsituasjoner.

§ 23A-4. *Tiltak mot volds- eller trusselsituasjoner.* Arbeidsgiver skal iverksette nødvendige tiltak på bakgrunn av de helse- og sikkerhetsrisikoer som fremkommer av risikovurderingen.

§ 23A-5. *Arbeidsgivers oppfølging av arbeidstaker utsatt for vold og trussel om vold.*

Arbeidsgiver skal sørge for at arbeidstaker som er utsatt for vold og trussel om vold får nødvendig oppfølging, både med hensyn til den fysiske og psykiske belastningen som hendelsen kan ha medført.

(Forskrift om utførelse av arbeid, 2017, §23A)

2.2 Vold, makt og avmakt

Bjørnson (1932) skildrer i sin bok *Geografi og kjærlighet* en dialog mellom karakterene Tygesen og Turman, hvor man kan se en fascinerende forutsigelse av samfunnsutviklingen, samt konturene av det vi i dag beskriver som deler av årsaksforklaringen på avmakt og vold. Tygesen spør Turman om han har tenkt over det at de kommende slekter vil bli ulykkeligere da de vil kjenne på større behov. Turman undrer seg da om Tygesen mener at de vil bli mer nervøse. Tygesen svarer at mennesker vil bli både ti ganger så nervøse og ti ganger så sinte (Bjørnson, 1932, s. 55).

Fra det mer filosofiske hos Bjørnson (1932) til Isdal (2018) som tilnærmer seg vold og trusler på en mer pragmatisk måte. Det ble vist til Isdal (2018, s. 7) og hans definisjon av vold i innledningen til denne oppgaven. Samme forfatter sier at det er viktig å bruke ordet vold, for at det skal være samsvar mellom de ordene som brukes og det ubehaget som den som utsettes for volden opplever (Isdal, 2018, s. 70). Stewart og Strathern (2002) sier at oppfatningen av hva som er vold kan være subjektiv. Det kan være en enighet rundt hva som konstituerer vold, men uenighet om hvor vidt volden er berettiget eller mulig å forsvare (Stewart & Strathern, 2002, s. 3). Ifølge Kingma (2001) lider sykepleiere under en sosial toleranse for vold, hvor man i det amerikanske rettssystemet ser praksis og holdninger som viser at sykepleiere må akseptere vold som en del av jobben. Sykepleierne uttrykte selv at de opplevde seg som legitime mål for vold (Kingma, 2001, s. 130). Isaksson (2008, s. 1660) sier at undersøkelser blant sykepleiere i sykehjem viser at definisjonen av vold er dynamisk og situasjonsavhengig, og de ansatte unnskylder også noe av voldshendelsene ut i fra pasientens tilstand (Isaksson, 2008, s. 1660). Da det kan være kulturelle forskjeller på hvordan man definerer og beskriver vold (Indermaur, 1996, s. 129), velger jeg å forholde meg primært til nordisk litteratur og forskning hva angår selve innholdet i voldsbegrepet.

Isdal (2018) gir en oversikt over ulike typer vold og hvordan dette kan fremstå for de som eksponeres for den. Dette er relevant kunnskap å inneha for å bedre kunne forstå sykepleieres opplevelser av vold og trusler. Isdal (2018) deler de ulike voldsformene i fem undergrupper. Disse er; fysisk vold, seksuell vold, materiell vold, psykisk vold og latent vold.

«Fysisk vold er bruk av enhver form for fysisk makt som gjennom at den smerter, skader, skremmer og krenker, påvirker et annet menneske til å slutte å gjøre noe det vil eller gjør noe mot sin vilje» (Isdal, 2018, s. 45). Isdal (2018) definerer også psykisk vold, som man i dagligtale gjerne omtaler under samlebegrepet *trusler*. «Psykisk vold er alle måter å skade, skremme eller krenke på som ikke er direkte fysiske i sin natur, eller måter å styre eller dominere andre på ved hjelp av en bakenforliggende makt eller trussel» (Isdal, 2018, s. 45). De andre formene for vold har en tilnærmet likelydende formulering, hvor fellesnevneren er begrepene «skader, skremmer eller krenker». Latent vold beskrives av Isdal (2018) som en voldsform, hvor muligheten for at vold kan oppstå, fører til at vi endrer vår atferd og risikoen for vold styrer oss i tilnærmet alt vi gjør (Isdal, 2018, s. 45).

Avmakt er et begrep som er gjennomgående i norsk voldslitteratur (Isdal, 2018, s. 104; Råkil, 2002, s. 188; Bengtsson et al., 2004, s. 45), og er sentralt i forståelsen av vold. Sett opp mot oppgavens problemstilling, er avmakt relevant å forstå både som en bakenforliggende årsak til utøverens voldsbruk, samt som en opplevelse og tilstand hos den som utsettes for vold. Hernes (1978) presiserer at liten makt ikke er det samme som avmakt, men handler i større grad om at det kan være vesentlige forskjeller blant mennesker når det kommer til hvordan man ønsker at samfunnet skal ordnes (Hernes, 1978, s. 133). May (1998) beskriver opplevelsen av avmakt og dens forhold til voldsutøvelse på følgende måte; “Deeds of violence in society are performed largely by those trying to establish their self-esteem, to defend their self-image, and to demonstrate that they, too are significant” (May, 1998, s. 23). Bengtson et al. (2008) sier at et individ som opplever å være i en avmaktssituasjon, automatisk vil forsøke å komme seg ut av denne situasjonen (Bengtson et al., 2008, s. 85). Avmakt er et relativt sett nytt begrep, og det samme meningsinnhold har tidligere også blitt omtalt som blant annet *angst*, slik Sirnes (1974) beskriver det; «Det er naturlig at vi er fiendtlig innstilt overfor de personer og de hendelser som truer oss og får oss til å føle oss hjelpeløse og engstelige (Sirnes, 1974, s. 46). Vold omtales gjerne som en motmaktstrategi, hvor det gis en opplevelse av at vold fører til en endring, fra opplevelse av avmakt, til en opplevelse av makt (Bengtson et al., 2008, s. 87). Isdal (2018) skriver at hans påstand er at avmakt alltid kommer forut for det sinnet som ligger forut for vold, og viser til sin definisjon av avmaktsbegrepet;

Avmakt er en tilstand knyttet til faktiske, biologiske, opplevelsesmessige eller følelsesmessige forhold som karakteriseres ved at behov, målsettinger eller forventninger ikke oppfylles, ved at en hindres i å gjøre noe en vil, eller ved at en opplever sitt liv eller sin integritet truet eller angrepet. (Isdal, 2018, s. 109)

Isdal (2018) viser til eksempler på hva avmakt kan forstås å være mangel på. Dette er blant annet forutsigbarhet, oversikt, kontroll, innflytelse, påvirkningsmulighet, løsningsmulighet, utveier, beskyttelse/trygghet, og det å bli sett, hørt og forstått (Isdal, 2018, s. 109). Kognitiv avmakt innebærer at aktøren ikke vet hvordan han skal få realisert sine interesser. I følge (Næss, 2010) handler dette generelt sett om at avmakt skapes på grunn av at aktøren mangler tilstrekkelig kunnskap om sentrale mål – middel sammenhenger, og er derfor ute av stand til å forstå eller utvikle strategier for å realisere sine mål (Næss, 2010, s. 176). Isdal (2018) sier at avmakten som ligger til grunn for aggresjonen, kan ligge på ulike plan.

Avmakten kan være *strukturell*, hvilket innebærer at rammer og livsbetingelser er så begrensede og mangelfulle at de leder til avmakt. Den kan være *situasjonell*, hvor det er situasjonen vi er i er av en slik art at det skaper avmakt. Den kan også være *biologisk og/eller fysiologisk* på den måten at disse forholdene skaper begrensninger for individets væren (Isdal, 2018, s. 123).

Jensen og Ulleberg (2019) skriver at makt er evnen eller veien til å nå sine mål eller ha autoritet eller myndighet over noe (Jensen & Ulleberg, 2019, s. 184). Jensen og Ulleberg (2019) sier videre at i et samfunn med brukermedvirkning som ideal, kan reelle konflikter mellom bruker og profesjonsutøver tilsløres ved å for eksempel omtale dette som «behandlingsmotstand» (Jensen & Ulleberg, 2019, s. 184). Institusjonell makt kommer til uttrykk gjennom normer, rutiner og strategier. Ulike institusjoner har fått tilskrevet eller tildelt makt, hvor eksempelvis et sykehus forvalter ulike behandlingsmetoder (Jensen & Ulleberg, 2019, s. 185). Jensen og Ulleberg (2019) sier videre at en del av det å være profesjonell, er å vedkjenne seg og tydeliggjøre maktforholdet i relasjonen til brukerne med de begrensninger og muligheter dette kan bringe med seg. Profesjonsutøveren må utvikle tillitt og ansvar i forholdet til brukerne, en relasjon preget av tillitt, samtidig som de er klar på hvilket ansvar de er tildelt fra samfunnet. De må rettferdiggjøre det de gjør, og gi gode begrunnelser for sine handlinger (Jensen & Ulleberg, 2019, s. 187).

Historisk sett er det tegn på at sykepleiere forventes å holde ut med opplevelsen av avmakt, og i møte med pasienter og pårørende fremstå som oppofrende, snille og nærmest selvutslettende (Mathisen, 2012, s. 204). Slettebø (2012) sier at man ikke alltid kan hindre følelsen av oppgitthet, men at dette ikke må få sette sitt preg på den profesjonelle yrkesutøvelsen. Hvis resignasjonen får overta, kan det være vanskelig å fastholde sine forpliktelser (Slettebø, 2010, s. 77).

2.3 Voldens konsekvenser

Teorien som er valgt for å belyse konsekvensene av vold og trusler er et resultat av gjennomgang av oppsummert forskning (Al-Qadi, 2020; Ashton, 2018; Lanctot & Guay, 2014, s. 492; Yang et al., 2019; Zhang et al., 2021). På denne måten er det de gjennomgående og fremtredende funn i forskningen som legger premissene for hvilke konsekvenser av vold

og trusler som blir nærmere omtalt. Ved denne type tilnærming, unngår jeg i stor grad at det er vilkårlighet, min forforståelse, eller subjektive oppfatning som legger premissene for hva som velges ut og vektlegges som relevant teori.

Den oppsummerte forskningen av konsekvensene av vold og trusler mot sykepleiere, viser at det er følgende forhold hvor konsekvensene av vold og trusler viser seg å være spesielt sentrale, og derav relevante å fremheve;

- Psykisk helse; PTSD, angst og depresjon.
- Kvalitet i pasientbehandlingen og relasjonen til pasienter
- Opplevd sikkerhet

Den nevnte oppsummerte forskningen viser også at konsekvensene av vold kan påvirke den fysiske helsen, økonomi, og generell sosial fungering, samt gi utslag i emosjonelle reaksjoner som sinne, frykt og avsky (Al-Qadi, 2020; Ashton, 2018; Lanctot & Guay, 2014, s. 492; Yang et al., 2019; Zhang et al., 2021).

2.3.1 Psykisk helse

Isdal (2018) beskriver det han kaller direkte belastninger for de som er hjelpere. Blant disse er vold, og han sier at dersom belastningene er sterke, gjentatte, overveldende og/eller overraskende, må vi snakke om traumatisering i arbeidet. Isdal (2018) sier at de direkte belastningene gjør noe med oss. Felles for dem, er at de signaliserer fare eller representerer overskridelser av vår personlige integritet. Gjennom dette aktiviserer de vår beredskap. Ansatte som over tid går med høy risiko for å bli utsatt for slike direkte belastninger, vil tilpasse seg og gjennom det utvikle en kronisk forhøyet beredskap. Den kroniske forhøyede beredskapen kan ses på som et tveegget sverd. For det første er den nyttig for å forberede oss på fare, og dermed takle det bedre når vi blir angrepet. Den andre siden er at en kronisk beredskap tilsvarende vedvarende stress, som i seg selv blir en belastning (Isdal, 2018, s. 64). I innledningen til denne oppgaven, ble det vist til at det eksisterer flere definisjoner og forklaringer av begrepet *psykisk helse* (Helse – og omsorgsdepartementet, 2017; WHO, 2003), men i dette er det ingen kontekst som gir en innsikt i hvordan dette konkret kan manifestere seg i sykepleieres opplevelse av vold og trusler. Det er derfor sentralt å relatere dette til teori

og forskning knyttet til voldens konsekvenser for den psykiske helsen hos sykepleiere som har opplevd vold og trusler.

Jeg velger her å omtale PTSD, angst og depresjon, da dette ifølge forskning er de mest sentrale konsekvensene for den psykiske helsen etter hendelser med vold og trusler.

PTSD

Weisæth og Mæhlum (1993) sier at det psykiske traumet er å betrakte som en ekstrem miljøfaktor, enten forårsaket av naturkrefter, teknisk svikt eller andre personer, gjennom uaktsomhet eller med vilje (Weisæth & Mæhlum, 1993, s. 13). Weisæth og Mæhlum (1993) skriver videre at den psykiske belastningens traumatiske effekt avhenger av tre forhold, hvilket er: belastningens intensitet, individets tolkning av belastningen og individets motstandskraft (Weisæth & Mæhlum, 1993, s. 13). Isdal (2018) sier at posttraumatisk stresslidelse (PTSD) er betraktet som den sentrale helserisikoen for hjelpere som jobber med mennesker med alvorlige problemer. Isdal (2018) sier videre at et traume er en – eller flere – overveldende opplevelser som kan endre eller svekke de grunnleggende skjemaer vi har om verden. «Vi kan føle oss fri til å gå og gjøre og føle og tenke som vi vil. Sterke enkeltopplevelser som viser noe annet enn det vi hadde trodd, kan endre hele vårt grunnleggende skjema. Dermed blir livet noe annet» (Isdal, 2018, s. 109).

Dyregrov (2002) er blant de fremste eksperter i Norge på katastrofepsykologi, og sier at PTSD (posttraumatisk stresslidelse) er en betegnelse som benyttes for mønsteret av plager eller symptomer som utvikler seg etter en traumatisk hendelse (Dyregrov, 2002, s. 35).

Dyregrov (2002) viser til at PTSD – diagnosen har en lang historie og handlet tidligere i stor grad om traumer relatert til krig og krigshandlinger. Det amerikanske diagnosesystemet DSM (Diagnostic Statistic Manual) ligger ifølge Dyregrov (2002) til grunn for mye av den forskning som er gjennomført på PTSD, og viser til en definisjon med forklaring av de ulike elementer ved PTSD (Dyregrov, 2002, s. 36). Sett opp imot studiens problemstilling og forskningsspørsmål, er det flere av punktene i denne definisjonen som er relevante å belyse for å bedre kunne forstå sykepleieres opplevelse av vold og trusler og konsekvensene for deres psykiske helse.

I definisjonen av PTSD, sier Dyregrov (2002) blant annet at personen skal ha opplevd, vært vitne til eller blitt konfrontert med en hendelse eller hendelser som involverte en trussel mot

ens egen eller andres fysiske integritet. Videre skal personens respons innebære frykt, hjelpeløshet eller skrekk. Det kan også forekomme urovekkende minner om hendelsen, inkludert bilder, tanker eller opplevelser. Gjentatte urovekkende drømmer om hendelsen vil kunne oppleves hos enkelte. Det beskrives også at personen kan oppleve intens psykisk uro ved eksponering for indre eller ytre holdepunkter som symboliserer eller minner om et aspekt ved den traumatiske hendelsen. På samme måte kan det forekomme fysiologisk aktivering ved eksponering for de samme holdepunkter. Det kan også oppleves at det skjer en unngåelse av assosierte stimuli eller generell følelsesmessig avflating, ved at man forsøker å unngå tanker, følelser eller samtaler assosiert med traumet, og forsøk på å unngå aktiviteter, plasser eller personer som vekker minner om traumet. Opplevelse av avsondring eller følelsesmessig avstand til andre kan forekomme, samt begrenset følelsesbredde (Dyregrov, 2002, s. 35).

Jiao et al. (2015) har i sin undersøkelse avdekket at 39.1 prosent av de sykepleierne som ble utsatt for fysisk vold, og 13 prosent av de som hadde opplevd ikke – fysisk vold, hadde betydelige symptomer på PTSD (Jiao et al., 2015, s. 7). En annen undersøkelse (Havaei, 2021, s. 9) viser at de sykepleiere som har vært utsatt for vold på arbeidsplassen, har to til fire ganger høyere sannsynlighet for å få PTSD, angst og depresjon, sammenlignet med de som ikke har opplevd vold.

Angst

Kringlen (2008) sier at man vanligvis skiller mellom angst og frykt, men at dette skillet er relativt. Frykt eller realangst er individets svar på ytre objektive trusler (Kringlen, 2008, s.160). Kringlen (2008) sier videre at når man snakker om angst kan det egentlig romme mange følelser – fra redsel og sinne til skamfølelse. Angsten består av både subjektiv opplevelse av angst, kroppslige endringer og handlinger. Angsten er en følelse av overhengende fare. De tanker vi gjør oss om det som kan skje, vil ha stor betydning for hvordan vi opplever situasjonen. Kroppslig er angsten forbundet med raskere puls, skjelving, utvidelse av pupillene, tørrhet i munnen, hete – eller kuldetokter. Handlingsmessig preges angsten av forsøk på flukt (Kringlen, 2008, s. 160).

Weisæth og Dalgard (2000) sier at angst er en reaksjon på forestående fare og et resultat av en tolkning av at noe oppleves som truende. Trusselen kan være fysisk risiko for legemlig skade og død, eller for psykososiale følger, for eksempel nederlag, bli foraktet, eller være hjelpeløs (Weisæth & Dalgard, 2000, s. 261). Weisæth og Dalgard (2000) skriver videre at angst

vanligvis gir en følelse av hjelpeløshet og maktesløshet som skyldes tap av kontroll og styring, eller mangel på sådan (Weisæth & Dalgard, 2000, s. 261).

Engelstad Snoek og Engedal (2001) sier at frykt er et naturlig beskyttelsesfenomen der kroppen gir oss en melding om å være på vakt for fare, og i de tilfeller hvor frykten oppstår tilsynelatende uten grunn, kaller man det angst (Engelstad Snoek & Engedal, 2001, s. 88).

Berge og Repål (2015) skriver at det er en forskjell mellom frykt og angst, selv om det er vanlig at disse begrepene brukes om hverandre, og at forskjellen mellom frykt og angst handler om avstanden til faren. Frykt oppstår når faren er nær og en forsøker å flykte fra eller forsvare seg mot trusselen. Angst er knyttet til situasjoner der en føler en trussel, men uten at trusselen er lokalisert. Den som har en angstlidelse, plages ofte av angsten for at fryktreaksjonen skal bli utløst, og på denne måten har frykten blitt en trussel i seg selv (Berge & Repål, 2015, s. 24). En større undersøkelse blant helsepersonell, lærere og ansatte i sosialsektoren (Thomsen, 2013), viste at trusler og mindre alvorlige voldshendelser førte til symptomer på angst. Risikoen for at de utsatte utviklet angst, hadde sammenheng med antall episoder (Thomsen, 2013, s. 79).

Depresjon

Berge og Repål (2002) skriver at depresjon kan komme etter å ha blitt utsatt for vold.

Mennesker som utsettes for sterkt belastende hendelser og reagerer med langvarige krisereaksjoner, utvikler ofte depressive lidelser (Berge & Repål, 2002, s. 34). Engelstad Snoek og Engedal (2001) sier at depressive reaksjoner på traumatiske hendelser er tidsmessig knyttet direkte til hendelsen, og er som regel ikke så tunge som andre depresjoner og oftest forholdsvis kortvarige. En forlenget depressiv reaksjon kan imidlertid vare i inntil to år, og disse klassifiseres som det man kaller tilpasningsforstyrrelser (Engelstad Snoek & Engedal, 2001, s. 82). Kringlen (2008) sier at de kognitive symptomene hos mennesker med depresjon, kan blant annet være manglende motivasjon med utslag i ubesluttsomhet og ambivalens, og i verste fall fullstendig viljelammelse (Kringlen, 2008, s. 349). Kringlen (2008) sier videre at lav selvfølelse er sentralt i depresjonen, og at den deprimerte opplever verden på en slik måte at hans negative selvilde blir bekreftet (Kringlen, 2008, s. 349). Berge og Repål (2015) trekker frem at det sentrale ved en depresjon er senket stemningsleie og energinivå, og mangel på glede over de fleste aktiviteter (Berge & Repål, 2015, s. 15).

En amerikansk studie av 20000 arbeidstakere (Kessler et al., 2008, s. 809) viser at depresjon påvirker arbeidsevnen negativt i større grad enn noen annen sykdom. Berge og Falkum (2013) skriver at depresjon rammer fire viktige områder på en arbeidsplass. Det første omhandler at deprimerte får vanskeligheter med relasjoner til andre, fordi deprimerte ofte blir tilbaketrukkede, pessimistiske og irritable. Det andre er at man blir mindre produktiv på grunn av redusert energi, dårligere konsentrasjonsevne og nedsatt evne til å ta beslutninger. For det tredje øker sykefraværet fordi man blir mer disponert for andre sykdommer. For det fjerde viser det seg at deprimerte personer oftere rammet av uhell og skader (Berge & Falkum, 2013, s. 83).

2.3.2 Kvalitet i pasientbehandling og relasjonen til pasientene

Det foreligger en rekke forskningsartikler som viser at vold rettet mot sykepleiere ikke utelukkende har konsekvenser for sykepleieren selv, men også kan føre til at de voldsutsatte sykepleierne yter pleie og omsorg av lavere kvalitet, samt endrer holdning til andre pasienter med aggressiv atferd.

En mye referert studie, utført av Arnetz og Arnetz (2001), hvor det ble gjennomført en spørreundersøkelse blant både pasienter og sykepleiere ved et svensk sykehus, viser at vold mot sykepleiere har en signifikant innvirkning på tjenestekvalitet. Pasientene svarte på spørsmål blant annet relatert til hvor vidt sykepleierne hadde tid til dem, i hvilken grad de fremstod som støttende, og hvor vidt sykepleierne ga respons på pasientenes behov og forespørsler. Videre ble pasientene spurt om hvor vidt sykepleierne fremstod som stressede, hvordan de oppfattet samarbeidet mellom de ansatte, og hvor vidt de fremstod som positive til jobben (Arnetz & Arnetz, 2001, s. 417). Arnetz (2001) har omtalt egen studie i sin bok *Våld i vårddarbete*, og greier ytterligere ut om voldens konsekvenser for kvaliteten på den pleie pasientene mottar, og fremhever at kvaliteten på tjenestene i høyeste grad er knyttet til relasjonen mellom pleier og pasient. Av sykepleieres reaksjoner på vold, som i neste omgang kan føre til lavere kvalitet på tjenestene, nevnes sinne, frykt og irritasjon, samt opplevelse av hjelpeløshet, skuffelse og fornedring (Arnetz, 2001, s. 68). En annen svensk studie (Avander et al., 2016), viser at vold og trusler førte til endrede prioriteringer blant sykepleierne, for å unngå truende situasjoner. Det førte også til motstand mot å være nær pasienter med truende

atferd, hvilket medførte dårligere kommunikasjon mellom sykepleier og pasient, og totalt sett lavere kvalitet på de tjenestene sykepleierne leverte (Avander et al., 2016, s. 56).

Roche et al. (2010) skriver at i tillegg til generelt lavere kvalitet på tjenestene pasientene mottar, og dårligere kommunikasjon, er også økt grad av feilmedisinering en mulig konsekvens av vold og trusler mot sykepleiere (Roche et al., 2010, s. 13). En systematisk oversikt (Lanctôt & Guay, 2014) viser at sykepleiere som har vært utsatt for vold opplever å være redd for pasientene, og ikke bare knyttet til pasienter med aggressiv atferd, men en mer generell frykt for å være nær pasienter. Videre er det konsekvenser i form av endret atferd på jobb, og sykepleiere kan oppleve å miste gleden over å jobbe med pasienter. Opplevelser med vold kan også føre til at sykepleierne bruker mindre tid med pasienter, legger mindre arbeid i utførelsen av oppgaver, og har generelt sett lavere interesse for pasientene (Lanctôt & Guay, 2014, s. 498).

2.3.3 Opplevd sikkerhet

I følge Zinchenko (2011) er sikkerhet et av de psykologiske behovene hos et menneske, og det er vårt behov for sikkerhet som får oss til å konstant vurdere sosiale hendelser, samt søke etter adekvate måter for å overkomme den kontinuerlig oppdukkende truslene mot vår fysiske og åndelige eksistens (Zinchenko, 2011, s. 2). Kaufmann og Kaufmann (2010) viser til Maslow og hans behovshierarki, hvor sikkerhetsbehov innebærer trygge omgivelser som garderer mot fysisk og psykisk skade. Dette kan oppnås gjennom grunnleggende sikkerhetstiltak i det fysiske arbeidsmiljøet (Kaufmann & Kaufmann, 2010, s. 94). En studie av vold og trusler i akuttmottak i somatiske sykehus (Morken & Johansen, 2013) viser at ansatte er bekymret for egen sikkerhet, og anser sikkerhetstiltakene som mangelfulle. Studien konkluderer med at man ikke vet hvor vidt de forebyggende sikkerhetstiltakene, som alarm, sikkerhetsglass, og kameraovervåkning, har en reell innvirkning på antall hendelser med vold og trusler, eller om dette først og fremst virker inn på den subjektive opplevelsen eller konsekvensene av hendelsene (Morken & Johansen, 2013, s. 5).

Blando et al. (2012) sier at det er store forskjeller i hvordan sykepleiere opplever sikkerheten på arbeidsplassen, og hvordan den faktiske sikkerheten fremstår. Den samme forskningen viser at sykepleiere rapporterer om høy grad av stress relatert til det å oppleve sikkerheten som mangelfull. Det vises også til at sykepleiere i akuttmottak ved somatiske sykehus føler større grad av utrygghet og opplever sikkerheten som mer mangelfull, sammenlignet med

sykepleiere i psykiatriske avdelinger som har høyere forekomst av voldshendelser (Blando et al., 2012, s. 492). Spector et al. (2007) skriver at man har et positivt sikkerhetsklime når ledelsen har fokus på sikkerhet og bruker ressurser på dette området, for eksempel gjennom å diskutere sikkerhet, ha en sikkerhetspolicy som håndheves, og tilbyr opplæring innen sikkerhet (Spector et al., 2007, s. 118). Det sies videre at i et godt klima for voldshåndtering, har man fokus på å sette de ansatte i stand til å se hvordan egen atferd kan virke inn på andre, og være bevisst på en fremtoning som minimerer risikoen for vold (Spector et al., 2007, s. 120).

2.4 Helse og mestring

Tatt i betraktning den høye forekomst av vold og trusler mot sykepleiere (Wedervang-Resell et al., 2017, s. 7; Arbeidstilsynet, u.å.), er det relevant å også se på mulige forklaringsmodeller for hva som fremmer helse og mestring hos de sykepleiere som ikke har sykefravær eller psykiske plager etter opplevelser med vold og trusler.

Antonovsky (2012) fremmer OAS (opplevelse av sammenheng) som en mulig forklaring på mestring og helse i møte med krevende hendelser. Opplevelsen av sammenheng handler om en global innstilling som uttrykker graden av tillitt til at de stimuli som kommer fra ens indre eller ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, og at man har nok ressurser til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, samt at disse kravene er utfordringer som det oppleves at det er verdt å engasjere seg i (Antonovsky, 2012, s. 41).

De tre komponentene i OAS, er ifølge Antonovsky (2012); *begripelighet*, *håndterbarhet* og *meningsfullhet*. *Begripelighet* handler om i hvilken grad man opplever at stimuli som man utsettes for i det indre eller ytre miljø, er kognitiv forståelige, som velordnet, sammenhengende, strukturert og klar informasjon i stedet for høy – kaotisk, uorganisert, tilfeldig, uventet, uforståelig (Antonovsky, 2012, s. 40). Den andre komponenten har Antonovsky (2012) kalt *håndterbarhet*, hvilket innebærer graden av hvor vidt man opplever å ha tilstrekkelige ressurser til rådighet til å kunne takle kravene man blir stilt overfor av stimuliene man bombarderes med (Antonovsky, 2012, s. 40). Den tredje komponenten, *meningsfullhet*, som Antonovsky (2012) knytter opp imot *motivasjon*, kan forstås som i hvilken grad man føler at livet er forståelig rent følelsesmessig, at noen av tilværelsens problemer og krav er verd å bruke krefter på, at de er verd engasjementet og innsatsen, at de

er utfordringer som man tar på strak arm og ikke belastninger som man helst ville vært foruten. En person som opplever stor grav av meningsfullhet, vil i møte med krevende hendelser, være villig til å ta utfordringen og være fast bestemt på å finne mening i den og gjøre sitt beste for å komme seg gjennom det på en anstendig måte (Antonovksy, 2012, s. 41).

Kobasa (1979) bruker begrepet *hardiness*, som på norsk er oversatt til *hardførhet*, i forklaringen på ulike utfall hos mennesker som opplever hendelser med høy grad av stress.

Kobasa (1979) og Antonovsky (2012) har flere likheter i måten å forstå helse og mestring på, samtidig som det er noe ulikheter i hva som vektlegges i forklaringsmodellene.

Kobasa (1997) vektlegger forskjeller i personlighetsstrukturer, som forklaring på hvorfor noen blir syke som følge av hendelser med høyt stress, mens andre ikke viser tegn på sykdom eller plager i møte med tilsvarende hendelser (Kobasa, 1979, s. 3). Kobasa (1979) setter opp ulike hypoteser, for hvordan man kan forklare ulike utfall av hendelser med høyt stress. Den første hypotesen sier at de som opplever høy grad av kontroll over det som skjer i deres liv, vil være friskere og ha mindre plager enn de som opplever avmakt i møte med eksterne krefter (Kobasa, 1979, s. 3). Den andre hypotesen innebærer at de som er engasjerte på områder i sine liv, vil være friskere og oppleve mindre plager i møte med stress, sammenlignet med de som ikke har dette engasjementet. Personer som er engasjerte har et trossystem som minimerer den opplevde trusselen i stressende hendelser. Disse engasjerte personene har også en evne til å be andre om bistand i krevende tider (Kobasa, 1979, s. 4).

3. METODE

3.1 Vitenskapsteoretisk forankring

Hva er det som bestemmer valg av metode? Det opplagte svaret er at problemstillingen bestemmer metoden (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016, s. 95). Med utgangspunkt i min problemstilling, hvor jeg ønsket å utforske sykepleieres opplevelser av å bli utsatt for vold og trusler, er en kvalitativ studie den mest hensiktsmessige tilnærming.

Malterud (2017) viser til at man innen de kvalitative forskningsmetodene bygger på en induktiv tilnærming, som innebærer at man trekker slutninger fra det enkeltstående til det generelle (Malterud, 2017, s. 30). Den danske filosofen K.E Løgstrup (1987) sier det på følgende måte: «Når situasjonsetikeren hevder, at hver situation er så enestående, at overvejelser, der gjelder en situation, aldrig kan overføres til en anden situation, er en viktig distinktion undsluppet ham» (Løgstrup, 1987, sitert i Martinsen, 2012, s. 46). Aadland (2006) skriver at det innen helse – og sosialfag er begrenset hvor mye kunnskap man kan utvinne ved hjelp av kvantitative metoder. Det blir ofte hengende igjen spørsmål om hva som skjuler seg bak tallene og kurvene, og hvordan virkeligheten oppleves for de som er undersøkt (Aadland, 2006, s. 209). Det er denne søken etter menneskenes egne opplevelser av møter med vold og trusler, som er bakgrunnen for mitt valg av kvalitativ metode. Selve ordet kvalitativ henviser til kvalitetene, det vil si egenskapene eller karaktertrekkene ved fenomenene (Repstad, 2018, s. 16).

Den hermeneutiske erkjennelsestradisjonen handler om tolkning av meninger i menneskelige uttrykk som utgangspunkt for forståelse (Malterud, 2017, s. 28). Kvale og Brinkmann (2015) viser til at formålet med hermeneutisk fortolkning er å oppnå gyldig og allmenn forståelse av hva en tekst betyr (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 73). Malterud (2017) sier at man innen hermeneutikken, i tolkning av tekst, legger spesielt vekt på forholdet mellom deler og helhet («den hermeneutiske sirkel») og på betydningen av kontekst og selvrefleksjon (Malterud, 2017, s. 28). Thomassen (2006) viser til at «den hermeneutiske sirkel» i klassisk hermeneutikk betegner hvordan forståelsen utvikler seg gjennom stadig bevegelse frem og tilbake mellom helhet og deler i det materialet vi søker å forstå. Thomassen (2006) sier videre at Gadamer ga begrepet «den hermeneutiske sirkel» en ny utforming, gjennom at dette i tillegg til forholdet mellom deler og helhet i teksten, også kan forstås som forholdet mellom

leser og tekst. Dette betyr at man ut i fra egen forforståelse foregriper en mening i teksten, og forståelsen utvikles videre i en bevegelse frem og tilbake mellom to «horisonter»; leserens horisont og den horisonten teksten bærer med seg. Forståelsens spiralbevegelse blir en gjensidig bestemmende vekselvirkning mellom det teksten sier, og fortolkerens meningshorisont (Thomassen, 2006, s. 91-93).

3.2 Datainnsamling

Hensikten med denne oppgaven, hvilket er konkretisert og formulert i problemstilling og forskningsspørsmål, er knyttet til enkeltmenneskers opplevelser, og valg av metode for datainnsamling ble ut i fra dette; semistrukturerte, individuelle intervjuer. En annen side ved motivasjonen for å velge individuelle intervjuer, ligger i tematikkens natur, hvor opplevelser med vold og trusler kan være sensitivt og utfordrende å dele med en gruppe. Jeg vurderte innledningsvis muligheten for å gjøre intervjuene i form av fokusgrupper, men gikk bort fra dette med bakgrunn i nevnte hensyn. Malterud (2017) beskriver dette på følgende måte: «Individualintervjuer velger vi gjerne når vi vil gi deltakere tid og rom til å hente frem erfaringer og overveielser som krever trygghet og ettertanke for å deles» (Malterud, 2017, s. 133).

3.2.1 Utvalg og rekruttering av deltagere til undersøkelsen

Malterud (2017) sier at all forskning krever utvalgsstrategier som fører til at materialet inneholder data om det fenomenet vi vil utforske, samt at det er et grunnlag for overveielser om kunnskapens gyldighet og rekkevidde (Malterud, 2017, s. 58). Det første steg i så måte, innebar å definere hvilke kriterier informantene i undersøkelsen måtte fylle. Jeg ønsket å intervju sykepleiere, uavhengig av kjønn, alder og ansiennitet, som jobbet i et somatisk sykehus og hadde opplevd en eller flere episoder med vold eller trusler, innenfor de siste 3 år. Kriteriet om opplevde hendelser med vold eller trusler innenfor de siste 3 år, hadde sammenheng med at informantene skulle ha en viss grad av nærhet til hendelsen, slik at det var mulig å huske dette på et detaljnivå som kunne gi relevante data. Malterud (2017) skriver videre at et strategisk utvalg er sammensatt ut fra en målsetting om at materialet best mulig kan belyse problemstillingen vår. Her står intern validitet sentralt, hvor man må spørre seg om hva slags materiale som kan danne best mulig grunnlag for tolkninger og funn som lærer oss

noe nytt om det vi lurer på (Malterud, 2017, s. 58). Rekruttering av informanter i kvalitative undersøkelser har et klart mål. I metodelitteraturen kalles dette for strategisk utvelgelse av informanter. Strategisk utvelgelse vil si at forskeren først bestemmer seg for hvilken målgruppe som må delta for at han skal få samlet nødvendige data, mens det neste steget er å velge ut personer fra målgruppen som skal delta i undersøkelsen (Johannessen et al., 2016, s.117). Rekruttering av deltagere til undersøkelsen, foregikk gjennom ledere som kunne rekruttere på vegne av meg som forsker, slik at informantenes anonymitet ble ivaretatt, frem til de samtykket til å delta i undersøkelsen. Dette ble gjennomført ved at jeg opprettet kontakt med enhetsledere i en rekke enheter i sykehuset, hvor helseforetakets avvikssystem viste at det hadde vært hendelser med vold og trusler de siste tre år. Jeg sendte ut en rekke e-post og ba om at enhetslederne tok kontakt med de ansatte som hadde opplevd vold og trusler innenfor de siste 3 år, da ledere har en viss kjennskap og nærhet til disse hendelsene, gjennom at ledere får alle registrerte HMS – hendelser (avvik) automatisk tilsendt når disse blir registrert av den ansatte. På denne måten kunne enhetslederne informere potensielle deltagere om studiens tematikk, metodikk, og gi annen relevant informasjon og åpne for eventuelle spørsmål anonymt gjennom leder. Deretter kunne den enkelte ta stilling til om de ønsket å delta i studien, før de samtykket til at leder kunne oppgi navn og kontaktinformasjon til meg som forsker. Etter rekrutteringsprosessen, med støtte fra ledere, ble utvalget bestående av seks kvinnelige sykepleiere, i alderen 25 – 60 år, med varierende ansiennitet og erfaring. Informantene kom fra fire ulike sykehus. Sykehusene hadde landlig beliggenhet og var alle av tilnærmet samme størrelse, med samme funksjoner og fagområder.

3.2.2 Struktur og gjennomføring av intervjuer

Intervjuene ble i hovedsak gjennomført på – eller i tilknytning til informantenes arbeidssted. Jeg åpnet for at intervjuene kunne gjennomføres annet sted om ønskelig, slik at rammene for intervjuet var mest mulig komfortabelt for informanten. På samme måte som informantene fritt kunne velge sted for intervjuet, lot jeg også tidspunkt være opp til den enkelte å bestemme. Tidspunktene ble i all hovedsak lagt til rett før eller rett etter vakt, slik at informantene ikke skulle kjenne på stress eller forstyrrelser, som man kunne ha opplevd om man hadde lagt dette til arbeidstiden. Datainnsamlingen ble foretatt med en-til-en, semistrukturert dybdeintervju. Varigheten på intervjuene varierte fra 45 til 90 minutter. Ut fra gjensidigheten i intervjusituasjonen skapes ny kunnskap. Intervjuer med enkeltpersoner egner seg godt for fordypningstemaer som krever ettertanke og trygghet (Malterud, 2017, s. 69). Det

ble benyttet digital lydopptaker til opptak av intervjuene, og lydopptakeren var testet i forkant for å finne optimal plassering, slik at jeg kunne sikre meg best mulig lydgjengivelse (Malterud, 2017, s. 73). Lydfilene ble slettet fra opptakeren umiddelbart etter at disse var overført til sikker lagring i Sykehuset Innlandet.

3.2.3 Transkribering av intervjuer

Transkriberingen er et ledd i arbeidet med å organisere materialet og gjøre det tilgjengelig for analyse (Malterud, 2017, s. 77), og det var derfor sentralt for meg å gjøre et grundig arbeid med transkribering, slik at jeg la et godt grunnlag for det videre arbeidet med analysen.

Etter gjennomførte intervjuer, ble lydfiler transkribert, ved hjelp av tale – til – tekst programvare. Deretter ble denne teksten gjennomgått og kvalitetssikret ved at jeg manuelt sjekket den transkribert teksten, ord for ord, opp imot lydfilene. Jeg gjorde selv alt arbeidet knyttet til transkribering, et bevisst valg som innebar mye arbeid, men med den gevinst at jeg fikk større grad av innsikt og eierskap til det transkriberte materialet.

Kvale og Brinkmann (2015) sier at transkripsjonen medfører at man må gjøre en utvelgelse av hvilke av de mange dimensjonene av muntlige intervjuamtaler som skal tas med i den skriftlige transkripsjonen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 208). Kvale og Brinkmann (2015) viser til at man vurderer om man eksempelvis skal ta med pauser, følelsesuttrykk, intonasjonsmessige understrekinger, i det hele tatt hvor mange detaljer som skal angis.

Svarene på dette ligger ifølge Kvale og Brinkmann (2015) i hva transkripsjonen skal brukes til (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 208). I dette tilfellet skal det hverken benyttes til en språklig analyse eller konversasjonsanalyse, men en lett tilgjengelig og letlest transkripsjon av intervjupersonens historier. Transkripsjon har også et etisk element, blant annet knyttet til konfidensialiteten til de som blir intervjuet, men også andre personer og forhold som nevnes i intervjuene (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 213). Det fremkommer ikke navn, arbeidssted eller andre utsagn som kan være med på å identifisere informantene eller andre, hverken i lydfiler eller i de transkriberte intervjuene. Transkripsjonen er en ordrett gjengivelse av intervjuet, men som en del av etterarbeidet med det skriftlige materialet, foretok jeg en gjennomlesing og gjorde enkelte ord og uttrykk nøytrale i forhold til dialekt, slik at heller ikke dette kunne være med på å identifisere informantene.

3.3 Dataanalyse

For dataanalyse av de transkriberte intervjuene, valgte jeg å støtte meg til Malterud (2017) og Systematisk tekstkondensering, forkortet til STC. For meg som nybegynner innen forskning er STC en hensiktsmessig tilnærming, da Malterud (2017) har utviklet denne metodikken nettopp med sikte på å gi nybegynnere en enkel innføring i analyseprosessen og at det skal være overkommelig å gjennomføre uten omfattende forkunnskaper (Malterud, 2017, s. 97). I forhold til min forforståelse og hvordan denne kan påvirke meg som forsker i mine tolkninger og valg i arbeidet med undersøkelsen, var det sentralt å kunne ha veileders kritiske blikk også på arbeidet med tekstkondenseringen. Jeg vil her forsøke å sette leseren inn i hvilket arbeid og hvilke vurderinger som ligger bak analysen, som man kan se resultatet av i kapittel 4.

Første steg i analysen handler om å danne seg et helhetsinntrykk ut i fra det man har lest av det transkriberte materialet (Malterud, 2017, s. 99). Her skulle jeg bli kjent med materialet og forsøke å se helheten fremfor detaljer. Jeg skulle forsøke å sette forforståelse og teoretisk referanseramme i et midlertidig parentes, slik Malterud (2017) uttrykker det. På dette stadiet søkte jeg å ha et fugleperspektiv og tilstrebet å være åpen for de inntrykkene materialet formidlet. Det var først da jeg hadde lest alt, at jeg kunne komme dit at jeg oppsummerte de inntrykk jeg hadde dannet meg, og jeg måtte spørre meg selv hvilke foreløpige temaer som kunne skimtes i teksten. Jeg laget meg så en liste med navn på de ulike midlertidige temaer (Malterud, 2017, s. 99).

Andre steg i analysen innebar en organisering av det materialet jeg skulle studere nærmere, og la resten til side. Malterud (2017, s. 100) skriver videre at det kan være en stor fordel å gjennomføre analysen sammen med en annen forsker, og i mitt tilfelle var det veileder som fylte den rollen, ved at veileder leste igjennom min analyse og så dette opp mot datamaterialet. Malterud (2017) anbefaler at man i dette analysetrinnet forsøker å finne tre til fem foreløpige temaer som danner grunnlag for det man kaller kodegrupper. Jeg startet med en gjennomgang av materialet for å identifisere meningsbærende enheter. Deretter skulle jeg med bakgrunn i problemstillingen skille relevant tekst fra irrelevant, og forsøkte å identifisere hvilke deler av teksten som bidro til å belyse dette. De meningsbærende enhetene kan være korte eller lange, og ikke nødvendigvis presentert ut i fra tradisjonelle språkelementer, som

setninger eller replikker (Malterud, 2017, s. 101). De meningsbærende enhetene ble identifisert ut ifra de nevnte kodegruppene som jeg hadde med meg som grunnlag for sortering. De meningsbærende enhetene ble så systematisert, hvilket Malterud (2017) kaller koding. Kodene er navnet på kodegruppene, og kodene kan skifte navn underveis i arbeidet, etter hvert som materialet gir flere innspill og idèer. Jeg kom da til det stadiet hvor jeg hadde kodegrupper som inneholdt fenomener av noenlunde lik klasse.

I det tredje trinnet av analysen abstraherte jeg den sorterte informasjonen. Her hentet jeg ut mening fra de meningsbærende enhetene, ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som var kodet sammen. Jeg foretok en ny vurdering av kodegruppene og de meningsbærende enhetene som disse rommet, og så på hvorvidt det er en riktig inndeling og om det var nødvendig å gjøre endringer eller justeringer (Malterud, 2017, s. 105). Ut i fra disse kodegruppene som jeg nå hadde vurdert på nytt, laget jeg sub-grupper, som fortalte noe om de noe ulike temaene som kunne ligge under samme kodebenevning (Malterud, 2017, s. 106). Jeg gjorde en ny runde med vurdering av hvor vidt de ulike meningsbærende enheter i virkeligheten passet inn under de ulike sub-grupper. Der hvor ulike meningsbærende enheter sa noe av det samme, forsøkte jeg å finne uttrykk som var beskrivende for disse samlet sett. Dette kondensatet skulle gjenfortelle og sammenfatte det som befant seg i den aktuelle sub-gruppen, med tydelige spor av deltakernes ord og begreper fra de meningsbærende enhetene (Malterud, 2017, s. 107). Malterud (2017) forklarer videre hvordan jeg på denne måten gjennomgikk det empiriske materialet på en systematisk måte, og relaterte dette til hvordan tekstene kunne fortelle oss noe om problemstillingen (Malterud, 2017, s. 107).

I det fjerde trinnet, kalt syntesen, satte jeg sammen bitene igjen, og dette ga grunnlag for nye beskrivelser og begreper som kunne deles med andre (Malterud, 2017, s. 108). Jeg laget så en analytisk tekst for hver sub-gruppe og kodegruppe, hvor jeg benyttet uttrykk hentet fra de meningsbærende enhetene, som munnet ut i en analytisk tekst. Deretter satte jeg opp overskrifter som sammenfattet hva de analytiske tekstene handlet om. Dette navnet skal være et kort og selvstendig uttrykk som sammenfatter og presenterer det viktigste nye jeg har kommet frem til gjennom analysen, som skal gi leseren ny innsikt i det aktuelle fenomenet. Dette er sluttresultatet etter en omfattende og grundig analyse ved bruk av systematisk tekstkondensering (Malterud, 2017, s. 110).

Ifølge Malterud (2017) skal også dette sluttresultatet utfordres og testes, hvor man søker å validere funnene gjennom å lete systematisk etter data som motsier de konklusjonene jeg har kommet frem til (Malterud, 2017, s. 110).

3.4 Forskningsetiske betraktninger

For å sikre at jeg i tilstrekkelig grad ivaretok etiske hensyn i min forskning, både i planlegging, forberedelser og gjennomføring, søkte jeg etter kilder som kunne gi en praktisk orientert oversikt over hvilke retningslinjer som gjelder for den forskning jeg har gjennomført. De generelle prinsipper i Helsinkideklarasjonen (World medical association, 2013) ligger til grunn for min forskning, i tillegg har jeg forholdt meg til retningslinjer hos Den nasjonale forskningsetiske komitè for samfunnsvitenskap og humanoria (NESH, u.å).

De mest sentrale etiske retningslinjene for en intervjuundersøkelse, har Kvale og Brinkmann (2015) gjort rede for, og det er disse jeg har benyttet som grunnlag for mine etiske overveielser under hele prosessen med denne undersøkelsen. Kvale og Brinkmann (2015) skriver at informert samtykke innebærer at forskningsinformantene informeres om undersøkelsens overordnede formål, hovedtrekkene i designet, samt mulig risikoer og fordeler ved å delta i forskningsprosjektet. Informert samtykke innebærer også at man sikrer seg at de involverte deltar frivillig og at de er informert om at de kan trekke seg ut av undersøkelsen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 104). I denne undersøkelsen ble dette ivaretatt gjennom et informasjonsskriv som informantene fikk via sin leder, før det var opprettet direkte kontakt, samt at jeg ga muntlig informasjon om de samme punktene før oppstart av intervjuet. Informantene signerte et skriftlig samtykke til deltagelse i undersøkelsen.

Konfidensialitet er det neste punktet Kvale og Brinkmann (2015) omtaler, dette innebærer at data fra undersøkelsen ikke skal kunne identifisere informantene (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 106). I denne undersøkelsen har jeg hatt stor bevissthet knyttet til konfidensialitet, gjennom å unngå å formulere spørsmål i intervjuguiden som fordrer svar som angir arbeidssted eller andre opplysninger som kan identifisere person eller sted. Som en kvalitetssikring på ivaretagelse av konfidensialitet, har jeg i tillegg foretatt en kritisk gjennomlesing av materialet for å identifisere forhold som potensielt kan identifisere informantene.

Konsekvensene ved en kvalitativ undersøkelse er det tredje punktet Kvale og Brinkmann (2015) beskriver, og dette handler om hvor vidt det kan gi negative eller positive konsekvenser for informantene i undersøkelsen. Et viktig element knyttet til konsekvenser, er forskerens bevissthet på at informanten ikke skal komme med opplysninger som de senere kan angre på at de har gitt (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 107). Kvale og Brinkmann (2015) skriver: «For å foregripe mulige etiske krenkelser kreves det inngående kjennskap til undersøkelsesfeltet» (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 104) Jeg har inngående kjennskap til undersøkelsesfeltet og har utvist stor grad av bevissthet og sensitivitet når det gjelder å ivareta informantene, både gjennom utarbeidelse av intervjuguide og gjennomføring av intervjuer.

Denne studien innbefatter ikke sensitiv informasjon om personlige forhold, medisinsk tilstand, diagnoser eller annet av lignende karakter. Det er allikevel sentralt at de etiske retningslinjer er fulgt og gjort rede for, både ovenfor informanter og lesere av studien. Studien er godkjent hos personvernombudet i helseforetaket, samt godkjent hos Norsk senter for forskningsdata (NSD). Lydfiler og transkribert materiale ble lagret på en sikker forskningsserver, i henhold til lovkrav.

4. PRESENTASJON AV FUNN

I presentasjonen av funn, har jeg fulgt systematikk og oppsett fra *Figur 2, forenklet tabell, funn*, slik at det for leser skal være oversiktlig og lesbart, med en logisk oppbygging og fremdrift. Den fullstendige tabellen er å finne som vedlegg 4.

Funnene vil bli presentert og omtalt i dette kapitlet, og ytterligere behandlet og diskutert i lys av teori og forskning, i oppgavens diskusjonskapittel.

Sub - gruppe	Kategori
Initiativ til endring Slitasje Redd på jobb	Vold og psykisk helse
Bistand i situasjoner med vold og trusler Opplevelse av å ikke ha kontroll Fysisk sikkerhet Andres sikkerhet fremfor egen	Opplevd sikkerhet på arbeidsplassen
Voldens omfang Eget sinne og irritasjon Å unnskyldde voldsbruk Fysisk vold Psykisk vold Toleranse for vold	Avmakt

Figur 2, forenklet tabell, funn

4.1 Vold og psykisk helse

4.1.1 Mestring

Initiativ til endring

Sentralt og gjennomgående for funnene, er at informantene som har opplevd å bli utsatt for vold av pasienter har et sterkt fokus på mestring og betydningen av egen rolle i håndteringen av voldshendelser. Funnene viser videre at informantene som har opplevd vold er opptatt av hvordan man selv kan ha en aktiv rolle i forebyggingen av tilsvarende hendelser i fremtiden. Det fremkommer at en drivkraft for ønsket om å forebygge fremtidige hendelser, er opplevelsen av voldens negative konsekvenser og hvordan denne virker inn på egen psykiske helse og jobbtrivsel.

Det uttrykkes at mange av de voldshendelsene informantene har opplevd, er noe man både i situasjonen – og i etterkant, i stor grad har vært alene om å håndtere. Informantene forteller at det skapes en opplevelse av at det er en forventning hos en selv og andre om at man skal mestre disse situasjonene på egen hånd, og at dette er noe man må akseptere som en del av jobben som sykepleier. Det å oppleve seg som alene i møte med krevende situasjoner, slår ifølge informantene noe ulikt ut, både i form av at noen kjenner på et initiativ for å jobbe aktivt med å ivareta seg selv og egen psykiske helse i jobben, mens det hos andre skaper en opplevelse av ensomhet og usikkerhet.

For de fleste av informantene er opplevelsen av å måtte ta tak i utfordringene og fremme egen mestring, det mest fremtredende, noe som illustreres gjennom blant annet følgende uttalelser; «Jeg bestemte meg for at dette skal jeg gjøre noe med». En annen uttrykte det på følgende måte; «Jeg skal jobbe for at dette ikke skal skje igjen». Det er noe ulikt mellom informantene når det gjelder hvordan de ser på egen rolle og hvordan de uttrykker vilje til initiativ for å bidra til endring for egen situasjon og hvordan de reflekterer over sine opplevelser. Noen ønsker å sette seg inn i – og forstå hendelsene de har vært utsatt for, og på den måte ha en aktiv rolle i videre forebygging og håndtering. Andre uttrykker frustrasjon og avmakt over disse opplevelsene, og har fokus i retning av ledelse og ledelsens ansvar for å ivareta de ansattes sikkerhet, og er først og fremst opptatt av arbeidsgivers rolle i forebygging og

håndtering av vold og trusler. En deltager uttalte; «Jeg klarte å snu det og gjøre det til noe positivt». Denne informanten hadde opplevd en meget alvorlig hendelse, men etter å ha bearbeidet hendelsen over noe tid, med bistand fra hjelpeapparatet – valgte hun å bruke hendelsen blant annet i opplæring av kollegaer og andre. Hun opplevde dette som meningsfullt, og nærmest terapeutisk for egen del. Det som innledningsvis utelukkende var en negativ erfaring, ble etter hvert utgangspunktet for noe positivt, både for informanten selv og de som fikk ta del i disse erfaringene. Flere av informantene i undersøkelsen beskriver noe av det samme, hvor styrke og intensitet i en opplevd negativ hendelse oppleves å avta raskere når man aktivt kan bruke denne opplevelsen i en positiv kontekst, for eksempel i internundervisning og andre sammenhenger hvor erfaringsutveksling og læring står i fokus.

4.1.2 Belastning over tid

Slitasje

Hos alle informantene er det en opplevelse av at det er slitasje over tid som utgjør den største utfordringen og belastningen i møte med vold på arbeidsplassen. Flere enkeltstående voldshendelser, over kortere eller lengre tid, hvor man opplever at det fra arbeidsgivers side skjer lite eller ingenting for å forebygge neste hendelse, blir samlet sett belastende og fører til slitasje. Denne slitasjen beskrives som både nedstemthet, det å være sliten og lei, og tidvis lavere motivasjon, spesielt i møte med de pasienter som opptrer med sinne og aggresjon. Det er også enkeltstående hendelser, eller disse enkeltstående hendelsene i kombinasjon med tidligere ubearbeidede hendelser, som kan føre til følelsesmessige reaksjoner hos informantene, dette kommer blant annet til uttrykk hos en deltager som uttalte følgende: «Jeg husker at jeg gråt og sa at nå kan jeg aldri fortsette som sykepleier». Det beskrives at voldshendelsene fører til liten eller ingen endring i sikkerhetstiltak, prosedyrer, opplæring eller organisering av arbeidet, slik at man møter voldshendelser med en opplevelse av at man er like dårlig forberedt som ved forrige hendelse. Enkeltstående hendelser med vold og trusler blir beskrevet som at de kan være skremmende og belastende, men flere av informantene beskriver at slitasjen også er knyttet til at man bærer med seg disse skremmende opplevelsene over tid, med en visshet om at det kan - og vil skje igjen.

Den beskrevne slitasjen, kommer også til uttrykk gjennom utsagn som: «Det er intenst og svært krevende». Den samme tematikken ble også beskrevet på følgende måte: «Jeg er psykisk utslitt». Alle informantene hadde enten selv opplevd å ha sykefravær som følge av å ha blitt utsatt for vold, eller at de hadde én eller flere kollegaer som hadde kortere eller lengre sykefravær. Det var også gjennomgående at det på alle informantenes arbeidsplasser hadde vært et tema i samtaler mellom kollegaer om at sykemelding var et alternativ, om ikke situasjonen med vold mot ansatte ble håndtert fra ledelsens side. En av informantene uttrykte det på denne måten: «Det er stor slitasje på ansatte, flere vurderte sykemelding». I de fleste tilfellene med vold, hvor sykefravær var en konsekvens eller et tema blant kollegaer, så var dette knyttet til psykisk vold i form av trusler og degraderende uttrykk, over noe tid.

Redd på jobb

En av informantene som hadde opplevd psykisk vold i form av alvorlige trusler fra en pårørende, beskrev opplevelsen av å være redd på jobb, og hvordan dette påvirket henne både i forhold til yrkesutøvelse og jobbtrivsel. Hun beskriver redselen som altoverskyggende i en periode, og dette preget henne i stor grad. Hun satte ord på dette på følgende måte: «Jeg var redd for å se den pårørende igjen. Redd når jeg skulle gå til bilen. Irritabel. Så meg over skulderen. Var redd da jeg gikk ut av heisen, redd da jeg skulle gå til bilen. Jeg innså at jeg var redd på jobb». Opplevelsen av å være redd på jobb, hadde også i seg et element av avmakt og sinne, i form av en følelse av urettferdighet over å skulle føle på frykt på et sted hvor man gir mye av seg selv, bruker mye tid, og normalt sett opplever stor grad av trivsel og mestring. En annen deltager beskrev hvordan frykten for at truslene skulle settes ut i live, førte til en lang periode med høy mental beredskap hvor det var vanskelig å vite når det hadde gått lang nok tid til at man igjen kunne føle seg trygg og ta tilbake en normaltilstand i livet.

Flere beskrev hvordan trusler gjorde det vanskelig å definere når det var «over» og man kunne senke skuldrene og stole på at det ikke ville skje noe mer utover verbale ytringer og trusler fra pasienter og pårørende: «Jeg gikk og så meg over skulderen stadig vekk. Gikk uker hvor jeg fortsatt var redd». Frykten for å bli utsatt for vold, var hos informantene knyttet både til opplevd vold – hvor denne erfaringen førte til en generell frykt for nye hendelser, samt de som opplevde frykt med utgangspunkt i aktuelle og pågående trusler, som kunne ligge fremme i bevisstheten over lengre tid.

4.2 Opplevd sikkerhet på arbeidsplassen

4.2.1 Egensikkerhet og risiko

Bistand i situasjoner med vold og trusler

Bistand i denne sammenhengen er å forstå som bistand både eksternt og internt, henholdsvis politi og kollegaer. Alle informantene ga uttrykk for at de opplever seg som alene, eller er for dårlig bemannet til å håndtere alvorlige hendelser med vold. Et annet element som ble beskrevet av samtlige deltagere, var usikkerhet og utrygghet knyttet til rutiner for varsling og hvem man i tilfelle kan basere seg på at vil bistå ved en alvorlig hendelse. Ingen av informantene var kjent med hvordan varsling internt skulle foregå eller om det i det hele tatt var noen man kunne varsle. «Hvor skal vi ringe? Vi må trykke stansknappen. Hvem skal vi kontakte?». Denne usikkerheten og utryggheten knyttet til varsling og bistand, førte til at flere opplevde det som at man var alene hvis det skulle oppstå en hendelse, spesielt gjaldt dette på kveld, natt og i helger.

Ekstern hjelp og bistand, i form av politiutrykning, var også et tema som var gjennomgående for informantene. Her var det knyttet bekymring til lang responstid og hva dette ville kunne bety for utfallet av alvorlige hendelser. Det ble beskrevet noe ulike erfaringer med bistand fra politiet, men felles for disse erfaringene var at det tar for lang tid fra man melder om behov for bistand i alvorlige situasjoner før politiet ankommer avdelingen. «Det har vært episoder hvor vi trenger politi, men det tar alltid mer enn 20 minutter, og hvis situasjonen er alvorlig så er det veldig lang tid». En annen erfaring informantene hadde felles, var politi som kom til sykehuset med personer som de hadde tatt hånd om, og som var i behov av behandling eller undersøkelse. Ved flere anledninger, og med personer som hadde opptrådt aggressivt, ble disse personene overlatt til avdelingen på sykehuset – hvorpå politiet reiste videre. «Politiet følger pasienten, men drar igjen». Dette har ifølge informantene skapt utrygghet, hvor de stilte spørsmål ved hvordan en person som kommer med håndjern og i følge av flere politibetjenter, plutselig er å anse som trygg nok å håndtere til at denne kan overlates til sykehuset uten videre tiltak.

Opplevelse av å ikke ha kontroll

Informantene uttrykker sårbarhet knyttet til opplevelsen av å ikke ha kontroll i møte med vold og trusler fra pasienter. Flere beskriver at det hos dem selv og kollegaer er en oppfatning av at man ikke vil være i stand til å håndtere eventuelle alvorlige voldshendelser. Dette kan ifølge informantene føre til utrygghet og stress i situasjoner hvor pasienter uttrykker sinne eller viser aggressive tendenser, da man opplever at det ikke er tiltak på plass som vil kunne forebygge eller håndtere situasjonen, om den skulle eskalere til voldsbruk. «Vi har stadig utagerende pasienter, vi er sjanseløse hvis det skjer noe alvorlig».

Bemanning, opplæring og fysiske sikkerhetstiltak er generelt sett de mest sentrale punktene som trekkes frem av informantene i beskrivelsen av hva som er viktige faktorer i det å kunne håndtere voldshendelser. Spesielt er bemanning trukket frem, og dette er mest sårbart på kvelder, netter og på helger. «Jeg føler meg ikke trygg, vi er for få folk på jobb til å håndtere krevende tilfeller». Informantene beskriver at de ofte går med en følelse av å ikke ha kontroll i egen avdeling, og hvordan inneliggende pasienter kan oppleves som «tikkende bomber». Det er flere situasjoner hvor det beskrives at det er tilfeldigheter som gjør at det ikke oppstår mer alvorlige situasjoner, og det oppleves som om utfallet av enkelte situasjoner først og fremst er basert på flaks. En av informantene sa det på følgende måte; «Gjengmedlemmer som har sloss ligger på hvert sitt rom i samme avdeling».

Fysisk sikkerhet

Fysisk sikkerhet er i denne sammenheng å forstå som eksempelvis låsemuligheter, alarm, og utforming av avdeling og pasientrom. Alle informantene opplever at sykehusene og avdelingene i for stor grad er åpne for publikum, uten noen form for kontroll på hvem som beveger seg rundt inne i bygget. Dette beskrives som sårbart og forsterker opplevelsen av utrygghet. En av informantene sa det på følgende måte; «Vi har ikke låser på ytterdører, det er helt fritt å gå inn». Informantene sier at det er enkelt både å ta seg inn i bygget utenfra, samt videre inn i avdelingene, til pasientrom og der hvor medisinerrommet er lokalisert. «Det er mulig å komme inn døgnet rundt, det er for eksempel ikke vanskelig å ta seg inn på medisinerrommet». I tillegg til at sykehusene er åpne og tilgjengelige, opplever informantene at pasientrommene er utformet og innredet på en måte som i liten eller ingen grad ivaretar deres sikkerhet når de jobber tett på pasienter og pårørende som kan være både sinte og aggressive.

Noen av informantene kunne fortelle at; «Flere rom er lagt opp til at vi sitter innerst i rommet, slik at du ikke kommer deg ut»

Andres sikkerhet fremfor egen

Informantene forteller om en kultur og tradisjon for å nærmest utelukkende ha fokus på pasienter, hvor hensynet til både egen helse og sikkerhet kommer i andre rekke. Det fremkommer beskrivelser av hvordan informantene både har – og uttrykker at de ville ha grepet inn for å beskytte pasienter fra vold utført av andre pasienter eller uvedkommende. Flere av informantene uttrykker følgende; «Vi forsøker å avverge skade på andre pasienter, og setter oss selv i fare». Informantene sier at de generelt sett ville ha strukket seg langt, før de i det hele tatt hadde vurdert å låse seg selv inn på vaktrom eller på andre måter sørget for ivaretagelse av egen sikkerhet, ved en alvorlig voldshendelse. «Det sitter langt inne å overlate andre pasienter til seg selv. Jeg ville nok ikke låst meg inn på vaktrommet. Vi er fryktelig utsatt. Vi kan løpe, men da er det andre som blir utsatt».

Alle informantene sier at de ser på sitt eget yrke som risikofullt, og selv om det ikke meldes om stor hyppighet når det gjelder alvorlig vold mot informantene i denne undersøkelsen, så er det en opplevelse blant informantene av at risikoen er høy i den forstand at hvis det skulle oppstå en alvorlig hendelse, så er man svært dårlig forberedt til å håndtere dette. Flere beskriver at de stadig står i situasjoner hvor de opplever stort ubehag og risiko, men hensynet til jobben som skal gjøres går foran signalene hos en selv som sier at man bør trekke seg ut av situasjonen. En av informantene fortalte at; «Vi utsetter oss selv generelt sett for mye risiko».

4.3 Avmakt

4.3.1 Erfaring med vold

Voldens omfang

Det er gjennomgående hos informantene at det er få beskrevne hendelser med svært alvorlig vold, i den forstand at det har forårsaket personskade og/eller sykefravær som følge av voldshendelsen, men informantene beskriver en rekke hendelser som ut i fra definisjonen (Isdal, 2018, s. 45) er å regne som vold. Dette kan være lugging, klyping, spytting,

fastholding, og andre hendelser innenfor denne kategorien. Flere av informantene opplever selv at de utsettes for fysisk eller psykisk vold til stadighet, men at man ofte definerer disse hendelsene som noe annet enn vold, og aksepterer det som en del av jobben. «Jeg har opplevd mye vold og trusler opp igjennom mange år som sykepleier. Det har vært flere episoder hvor jeg har blitt slått, og slått etter, faktisk mange hendelser».

4.3.2 Frustrasjon

Å unnskyldte voldsbruk

Alle informantene hadde til felles at de selv og kollegaer i mange tilfeller brukte andre begreper om hendelser som de i ettertid, med mer kunnskap, ser på som vold. Det beskrives gjennomgående som at voldshendelser er noe man i all hovedsak unnskylder, gjerne forklart med pasientens tilstand, hvor det i en jobbsammenheng er utfordrende for de ansatte å bruke begrepet vold. «Jeg har litt lett for å lage unnskyldninger for hvorfor det ikke er vold og trusler». Det var hos flere av informantene en klar frustrasjon og avmakt over hva man utsettes for i jobben som sykepleier, og hva man opplevde at det var en forventning til at man skulle akseptere av andres atferd. Noe av dette kom til uttrykk gjennom blant annet følgende utsagn: «Vi forstår i hjel, jeg forstår at pasienter er syke, men vi skal ikke bli utsatt for vold på jobb».

Informantene kunne også fortelle at det ble ytterligere krevende å plassere ansvaret for volden og klare å ha et rasjonelt forhold til disse hendelsene, når volden ble utøvd av mennesker med eksempelvis demens og delir. Når det er mennesker som opplagt ikke er i stand til å forstå konsekvensene av sine handlinger, hverken på kort eller lang sikt, så kunne informantene fortelle at det var enda mer nærliggende å unnskyldte handlingene eller forklare det som noe annet enn vold. Dette tydeliggjøres gjennom at informantene forteller at det kun var et fåtall av en lang rekke med voldshendelser, som faktisk ble registrert som avvik i arbeidsgivers HMS – systemer. Hvordan pasientens medisinske tilstand kan gjøre det krevende for sykepleiere å plassere ansvaret for volden, og bruke begrepet vold og håndtere det deretter, kommer til uttrykk i disse uttalelsene: «Vi har lett for å unnskyldte, demente, deliriske, psykose». En annen uttrykker det på følgende måte: «De kan ikke noe for det, du vet at demente ikke mener noe med det, spesielt deliriske».

Eget sinne og irritasjon

Det var flere av informantene som hadde opplevd hendelser med vold, hvor de hadde kjent på frykt, men i de fleste tilfeller uttrykte de at det var sinne og irritasjon som var de mest fremtredende følelsene. En av informantene sa det slik: «Jeg var ikke særlig redd, mest irritert». I all hovedsak kom ikke dette sinnet til uttrykk ovenfor den pasienten som utøvde volden, men ble håndtert gjennom uformelle samtaler med kollegaer og leder. Det var også de av informantene som ikke åpnet seg om disse følelsene, men valgte å bære det med seg videre uten å få behandlet de krevende opplevelsene. Selv om sinnet sjeldent kom eksplisitt frem eller tydelig ble oppfattet av andre, var det flere av informantene som beskrev at de selv hadde en opplevelse av at de opptrådte annerledes ovenfor kollegaer, pasienter og pårørende, noe som blant annet ble uttrykt på følgende måte; «Jeg ble sint og var irritert på jobb». Dette sinnet ble omtalt på ulike måter blant informantene, og handlet både om sinne mot en selv for å ha plassert seg i en situasjon hvor man var utsatt for vold, sinne rettet mot pasienten som hadde utøvd volden, og sinne og frustrasjon knyttet til arbeidsforhold i form av manglende ivaretagelse av de ansattes sikkerhet og liten grad av forberedthet for situasjoner med vold.

4.3.3 Kropp og sinn

Fysisk vold

Voldsbegrepet innbefatter blant annet fysisk og psykisk vold, hvor alle informantene i undersøkelsen har opplevelser med dette i en eller annen form og alvorlighetsgrad. Informantene har flere eksempler og beskrivelser av hendelser med fysisk vold, som de selv har opplevd å bli rammet av. «Hun tok tak i meg og holdt fast så det ble merker». Det er varierende og i stor grad individuelt gjennom den subjektive opplevelsen av situasjonen, hvor alvorlig volden beskrives å være. Fra fastholding i noen sekunder, til mer direkte og målrettet voldsbruk fra pasienter. «Hun slår til meg i ansiktet, blir rebelsk og får tak i plasten på spritdispenseren og forsøker å bruke det som stikkvåpen».

Informantene uttaler at det ligger i selve jobben som sykepleier at man må være nært på pasientene for å få utført det arbeidet man skal, og gi den pleien pasienten har krav på. Dette skaper også situasjoner med sårbarhet og risiko for vold, og det er i disse pleie – og stellsituasjonene at store deler av den fysiske volden forekommer, ifølge informantene. «Jeg

har blitt slått av en pasient i forbindelse med undersøkelser». Informantene forteller at mye av volden skjer i forbindelse med pleie og stell av eldre og uklare pasienter, og at denne gruppen pasienter, spesielt demente og deliriske – står for majoriteten av hendelsene som de har med seg av erfaringer med vold på arbeidsplassen. «En dement dame slo til meg, og jeg fikk kloremarker i ansiktet».

Psykisk vold

Psykisk vold innbefatter direkte trusler, indirekte trusler og degraderende og nedsettende språkbruk. Psykisk vold var noe alle informantene hadde opplevd flere ganger. Det beskrives situasjoner med trusler og degraderende språk fra hele spekteret av pasienter og pårørende, fra de oppegående og ressurssterke, til de med kognitiv svikt og lignende utfordringer.

Informantene forteller at det oppleves som mer belastende og vanskelig å håndtere når oppegående og ressurssterke mennesker opptrer truende eller er degraderende i sin språkbruk, sett opp imot demente pasienter som kommer med de samme trusler og utsagn. Dette mener informantene har sammenheng med at man som sykepleier i større grad kan forstå – og plassere dementes trusler og utsagn opp imot et sykdomsperspektiv. En av informantene uttrykte seg slik; «Pårørende har kommet hit og vært frustrert, som hvitkledd så får jeg skylda. Jeg har blitt stengt inne og blokkert utgangen, ropt til meg». Den degraderende språkbruken fra pasienter og pårørende beskrives som en form for slitasje over tid, hvor enkeltstående tilfeller i all hovedsak er mulig å håndtere, men hvor gjentatte situasjoner over tid kan føre til at det er vanskeligere å holde den nødvendige psykologiske avstanden til det man blir eksponert for. «Degraderende språk. Du kan ingenting, inkompetent. Den type ting». Et annet element som går igjen hos informantene når det gjelder trusler og degraderende språk, er at informantene selv opplever at flere pasienter og pårørende synes å tillate seg en destruktiv atferd ovenfor hvitkledd i sykehusene, og at det nærmest er en forventning hos andre om at dette er noe man som sykepleier bare må akseptere som en del av jobben. «Det er mye verbalt i perioder, man blir lei. Det er liksom så greit når folk er stygge mot sykepleiere».

Informantene forteller at situasjoner som ikke har elementer av fysisk vold i seg, allikevel kan være alvorlige og sette spor hos de som utsettes for det, noe flere av informantene gir eksempler på. Det kan være trusler som er rettet mot en selv eller ens familie, og det kan være pårørende eller pasienter som over tid forteller deg gjentatte ganger om hvor elendig man er

som sykepleier og hvor mye bedre ens kollegaer er enn en selv. Det er også eksempler på situasjoner hvor trusler og verbale angrep raskt kunne eskalert til fysisk vold, slik som i denne situasjonen: «Det har vært folk som har opplevd å bli jaget på vei til bilen etter jobb».

4.3.4 Integritet og verdighet

Toleranse for vold

Fra informantene kommer det frem at de opplever at det er en kultur på arbeidsplassen for å romme og tolerere mange typer atferd, også den som rammer sykepleierne direkte. Det er en opplevelse hos flere om at det ligger holdninger og forventninger hos noen kollegaer og ledere, i retning av at man skal akseptere mye fra pasienter og pårørende, da disse er i krevende situasjoner med redsel og frustrasjon over situasjonen de befinner seg i. «Jeg tror jeg finner meg i det, fordi det forventes at sånn er det». Det er dog flere av informantene som sier at det er nettopp i disse situasjonene at de kan oppleve det som spesielt krevende, når man selv gjør alt hva man kan for at pasienter og pårørende skal ha det så bra som mulig, og man strekker seg langt for å oppnå dette, for deretter å bli møtt med trusler og degraderende språkbruk. Følgende utsagn er eksempler på situasjoner informantene opplevde som krevende; «Man skal være imøtekommende og vise omsorg, men når man får kjeft tilbake, så mister man litt motivasjonen». «Det var ubehagelig og ekkelt, prøvde å hjelpe, forstår ikke dette». «Vi gjør så godt vi kan, vi må være tålmodige, ta imot».

Etter flere erfaringer med fysisk og psykisk vold, er det flere av informantene som uttrykker frustrasjon og misnøye over behandlingen de får fra enkelte pasienter og pårørende, når de selv opplever å gjøre sitt ytterste ut i fra de rammene de jobber innenfor. Flere opplever at toleransen for slik uønsket atferd ligger altfor høyt og at det hadde vært ønskelig om man kunne sette grenser for denne type atferd. «Jeg tenker at terskelen skal være veldig lav. Vi slipper det altfor langt hver gang. Det går en grense, men hvor?». Enkelte av informantene forteller at de har opplevd så mange hendelser med fysisk og/eller psykisk vold, at de har kommet til et punkt hvor det er avgjørende for dem å møte denne type atferd med grensesetting og lavere toleranse, for å kunne klare å stå i jobben over tid. «Toleransen min har blitt lavere».

Flere av informantene mener at det er for lite fokus på de ansattes sikkerhet og jobbtrivsel, og dette har ofte sammenheng med at arbeidsgiver ikke innser at vold mot sykepleiere i somatiske sykehus er et utbredt problem, og at fokus og tiltak dermed blir nærmest fraværende. «Vi må ha større fokus, og ikke være så naive på at det ikke skjer oss».

5. DISKUSJON

I diskusjonskapittelet vil jeg se studiens funn opp imot teori, forskning, og problemstilling med tilhørende forskningsspørsmål.

5.1 Resultatdiskusjon

Funnene fra undersøkelsen vil vurderes i lys av – og diskuteres opp mot oppgavens problemstilling; *Hvordan opplever sykepleiere i somatiske sykehus vold og trusler?*

Følgende forskningsspørsmål er en del av grunnlaget for diskusjonen;

- *Hvilke erfaringer har informantene med vold og trusler og disse erfaringenes innvirkning på egen psykiske helse?*
- *Hvilke tanker har informantene om relasjonen til pasientene i møte med vold og trusler?*
- *Hvilke refleksjoner har informantene rundt egen sikkerhet på arbeidsplassen?*

Oppbyggingen av diskusjonskapittelet tar utgangspunkt i oppsett og rekkefølge av kategoriene fra dataanalysen.

5.1.1 Vold og psykisk helse

Funnene viser at det er psykisk slitasje over tid som er den største belastning hos informantene. Det beskrives at det er flere enkeltstående hendelser over kortere eller lengre tid som samlet sett fører til slitasje, hvilket forsterkes ved at det oppleves som at det gjøres lite eller ingenting fra arbeidsgivers side for å forebygge neste hendelse. I følge en undersøkelse gjennomført av Jiao et al. (2015), var det betydelige symptomer på PTSD, angst og depresjon hos 39,1 prosent av de sykepleierne som hadde opplevd fysisk vold, og hos 13 prosent av de som hadde opplevd ikke – fysisk vold (Jiao et al., 2015, s. 7). Det uttrykkes eksplisitt at enkelte av informantene har opplevd å være psykisk utslitt, som en konsekvens av opplevelser med vold og trusler. Den psykiske slitasjen beskrives som en opplevelse av nedstemthet, å være sliten og lei, samt opplevelse av lavere motivasjon i jobben. Disse beskrivelsene kan

ligge innenfor hva litteraturen beskriver som depressive symptomer (Da Silva et al., 2015, s. 1348).

Berge og Repål (2002) sier at depresjon kan komme etter å ha blitt utsatt for vold, og at mennesker som utsettes for sterkt belastende hendelser og reagerer med langvarige krisereaksjoner, ofte utvikler depressive lidelser (Berge & Repål, 2002, s. 34). Da det er et stort spenn i alvorlighetsgraden i de hendelser informantene har opplevd, er det ikke funn som indikerer at alle har opplevd en depressiv lidelse som følge av vold eller trusler. Hendelsene informantene referer til, ligger i spennet fra mindre alvorlige hendelser som kloring og forsøk på slag, til grov fysisk vold og alvorlige trusler om dødelig vold. Det er ikke funn som tilsier at alle informantene har opplevd vold og trusler som *sterkt* belastende hendelser, eller har reagert med langvarige krisereaksjoner, med unntak av èn deltager som hadde opplevd alvorlige trusler om vold.

Puy et al. (2015) viser til at det er sykepleiere uten tidligere erfaring med vold som opplever de mest alvorlige konsekvensene av vold og trusler. Den samme undersøkelsen viser videre at manglende oppfølging fra arbeidsgiver etter voldshendelser fører til mer alvorlige, langsiktige konsekvenser (Puy et al., 2015, s. 219). Funnene gir ingen informasjon om hvor vidt hendelsene med vold og trusler som informantene referer til, var deres første erfaring med vold på arbeidsplassen. Det er derimot funn som viser at alle informantene har opplevd oppfølging fra arbeidsgiver som mangelfull. Forskrift om utførelse av arbeid, §23A (2017) sier at arbeidsgiver skal sørge for at arbeidstaker som er utsatt for vold og trussel om vold får nødvendig oppfølging, både med hensyn til den fysiske og psykiske belastningen som hendelsen kan ha medført (Forskrift om utførelse av arbeid, §23A, 2017).

Engelstad Snoek og Engedal (2001) sier at depressive reaksjoner etter traumatiske hendelser oftest ikke er så tunge og oftest forholdsvis kortvarige (Engelstad Snoek & Engedal, 2001, s. 82). I følge Kessler et al. (2008) påvirker depresjon arbeidsevnen negativt i større grad enn noen annen sykdom (Kessler et al., 2008, s. 809). Funnene gir ingen informasjon om varigheten av informantenes depressive symptomer, og det fremkommer ikke om noen av informantene har hatt lengre sykefravær grunnet depresjon som en reaksjon på vold.

Flere av informantene har opplevd å være redd på jobb, og for noen av informantene resulterte dette i lange perioder med forhøyet mental beredskap, og frykt for nye

voldshendelser. Kringlen (2008) sier at man vanligvis skiller mellom angst og frykt, men at dette skillet er relativt (Kringlen, 2008, s.160). Thomsen (2013) viser til at trusler og mindre alvorlige voldshendelser førte til symptomer på angst, hvor risikoen for utvikling av angst hadde sammenheng med antall hendelser (Thomsen, 2013, s. 79). På tross av at flere av informantene beretter om opplevelser etter vold og trusler som kan ligne de symptomer på angst som blant andre Weisæth og Dalgard (2000) viser til, gir ikke funnene svar på hvor vidt dette handler om frykt eller angst. Det er tidligere vist til forskning (Al-Qadi, 2020; Ashton, 2018; Lanctot & Guay, 2014, s. 492; Yang et al., 2019; Zhang et al., 2021) som viser at vold og trusler kan føre til blant annet angst hos sykepleiere. Ser man til Berge og Repål (2015), som sier at forskjellen på frykt og angst handler om avstanden til faren, hvor frykt er en reaksjon på en nær fare og angst er knyttet til en opplevd trussel uten at trusselen er lokalisert, så er det lite eller ingen informasjon i funnene som tilsier at sykepleierne har opplevd å utvikle angst som følge av vold og trusler. Deres beskrivelser er knyttet til en identifiserbar og konkret trussel, og opplevelsene er derav mer i retning av hva man kan betrakte som frykt.

Isdal (2018) sier at PTSD (posttraumatisk stresslidelse) er betraktet som den sentrale helserisikoen for hjelpere som jobber med mennesker med alvorlige problemer (Isdal, 2018, s. 109). Rippon (2000) skriver at på tross av at de fleste hendelser med vold og trusler mot sykepleiere er av mindre alvorlig karakter, kan det medføre alvorlige konsekvenser for den psykiske helsen, inkludert PTSD (Rippon, 2000, s. 452). Funnene viser at noen av informantene beskriver sine opplevelser med vold og trusler på en måte som peker i retning av flere av de punkter Dyregrov (2002) omtaler i sin definisjon av PTSD. Dette er blant annet at reaksjonen på vold eller trusler innebar en respons med frykt, hjelpeløshet eller skrekk, flashbacks, psykisk uro, følelse av avsondring fra andre, begrenset følelsesbredde og forsøk på unngåelse av aktiviteter, plasser eller personer som vekker minner om traumet (Dyregrov, 2002, s. 36).

Isdal (2018) sier at arbeidsgiver har et overordnet ansvar, men at vi også har et ansvar for oss selv. Vi har et ansvar for å være oppmerksomme på hva som skjer med oss og våre reaksjoner. Vi har også et ansvar for å si fra til arbeidsgiver, slik at det er mulig å få en forståelse for hvordan vi har det (Isdal, 2018, s. 40). Funnene viser at det hos flere av informantene er en forventning til at arbeidsgiver i større grad skal jobbe aktivt for å ivareta de ansattes sikkerhet og helse. Det fremkommer ikke opplysninger om hvor vidt det eksplisitt har blitt formidlet et slikt behov fra de ansatte til ledelsen, eller om det handler om en mer

passiv tilnærming, hvor det ligger en grunnleggende holdning og forventning til at arbeidsgiver skal imøtekomme sin lovmessige plikt (Arbeidsmiljøloven, 2005, §4; Forskrift om utførelse av arbeid, 2017, §23A) til å ivareta de ansatte og sørge for vern mot vold og trusler og tilhørende oppfølging etter hendelser.

Gjennomgående for funnene knyttet til informantenes psykiske helse i møte med vold og trusler, er et initiativ hos den enkelte til å jobbe for å utvikle seg selv og jobbe aktivt for å forebygge nye hendelser. På tross av eksponering for til dels alvorlige hendelser, er det allikevel en offensiv holdning til å bruke de erfaringene man har med voldshendelser til noe positivt for seg selv og andre.

Dette initiativet og engasjementet som fremvises hos enkelte av informantene, på tross av alvorlige hendelser, kan blant annet ses og forstås i lys av måten Kobasa (1979) beskriver hvordan engasjerte personer har bedre helse i møte med stress, samt hvordan disse personene har en evne til å be andre om bistand (Kobasa, 1979, s. 4). Funnene viser at flere av informantene uttrykker at styrken og intensiteten i en opplevd negativ hendelse, som vold og trusler, synes å avta raskere når man aktivt kan bruke denne opplevelsen til noe positivt. Dette kan være undervisning, erfaringsutveksling og andre sammenhenger hvor man kan ha en konstruktiv tilnærming til opplevelsene. Gjennom å ta initiativ til å bruke de alvorlige hendelsene til noe konstruktivt, kan man også se på dette som en måte å ta kontroll på – og eierskap til sin opplevelse av vold og trusler. Kobasa (1979) sier at de personer som opplever å ha en større grad av kontroll på det som skjer i deres liv, vil ha bedre helse enn de som føler avmakt i møte med ytre eksterne krefter (Kobasa, 1979, s. 3).

Antonovsky (2012) og OAS (opplevelse av sammenheng) er en annen tilnærming til forståelsen av hvordan enkelte av informantene tilsynelatende opplever stor grad av mestring og god helse, på tross av å ha blitt utsatt for vold og trusler. De tre komponentene i OAS (opplevelse av sammenheng) og deres dynamiske forhold, er relevante i en forståelse av mestring og helse i møte med vold og trusler. Noen av informantene uttalte blant annet at; «jeg forstår ikke dette», etter å ha blitt utsatt for vold når de hadde gjort sitt beste for å hjelpe pasienten. Ifølge Antonovsky (2012) vil slike tanker og opplevelser innebære at man definerer graden av *begripelighet* som lav, da informantene opplevde det som krevende å sette de ytre negative stimuli inn i en ramme av kognitiv forståelse (Antonovsky, 2012, s. 39). Det er gjennomgående og fremtredende i funnene at informantene opplever at de ikke er i stand til å

håndtere hendelser med vold og trusler, og at dette medfører utrygghet og frustrasjoner. Dette er hos Antonovsky (2012) omtalt som komponenten *håndterbarhet* i OAS (opplevelse av sammenheng). Dette omhandler i hvilken grad man opplever å ha tilstrekkelige ressurser til rådighet til å kunne takle kravene fra de stimuli man møter (Antonovsky, 2012, s. 40).

Ut i fra funnene er det tydelig at informantene opplever lav grad av *håndterbarhet*. Antonovsky (2012) fremhever den tredje komponenten i OAS (opplevelse av sammenheng) som den mest sentrale. Denne komponenten omtales som *meningsfullhet*, som innebærer i hvilken grad man opplever noe som verd å bruke tid og krefter på, og hvor vidt man opplever at det man gjør gir mening (Antonovksy, 2012, s. 41). Det er felles for alle informantene at de opplever sitt yrke som både meningsfullt og givende, og noe man opplever at det er verdt å bruke tid og krefter på. Disse funnene indikerer en høy grad av *meningsfullhet* ifølge Antonovsky (2012).

Forholdet mellom de ulike komponentene i OAS (opplevelse av sammenheng) viser ifølge Antonovsky (2012) at en person med lav grad av *begripelighet* og *håndterbarhet*, i kombinasjon med høy grad av *meningsfullhet*, er det mest interessante tilfellet av alle. En slik person vil ofte vise sterkt pågangsmot og være dypt engasjert i jakten på forståelse og ressurser (Antonovsky, 2012, s. 44). Det er gjennomgående for funnene og et inntrykk fra intervjusituasjonen at flere av informantene er svært engasjerte og opplever sitt yrke som høyst meningsfullt og fremviser et stort pågangsmot og en aktiv søken etter å forstå egne følelser og reaksjoner i møte med vold og trusler.

Weisæth og Mæhlum (1993) sier at alvorlige påkjenninger og kriser, også de som oppleves traumatiske, kan ha positive følger, gjennom personlig vekst og øket tåleevne for senere stressbelastninger. Traumer forårsaker psykiske forstyrrelser, men kan også mobilisere uanede ressurser (Weisæth & Mæhlum, 1993, s. 19). Flere av informantene beskriver hvordan de opplever å ha vokst som fagperson og menneske, etter hendelser med vold og trusler. Det er hos flere en erfaring med å ha gått fra å først oppleve seg som et offer, til å bli betraktet som en ressurs for ledere og kollegaer.

5.1.2 Opplevd sikkerhet på arbeidsplassen

Alle informantene i undersøkelsen uttrykker at de opplever seg som alene, eller er for dårlig bemannet til å håndtere alvorlige voldshendelser. I den sammenheng viser funnene at informantene opplevde det som utrygt at de ikke visste hvem de kunne kontakte ved akutt behov for bistand ved voldshendelser. Det ble også uttrykt bekymring for hva manglende bistand, eller bistand som kommer for seint inn i situasjonen, ville kunne bety for utfallet av hendelsen. Blando et al. (2012) skriver at sykepleiere rapporterer om høy grad av stress relatert til det å oppleve sikkerheten som mangelfull (Blando et al., 2012, s. 492).

I Kaufmann og Kaufmann (2010) vises det til Maslows behovspyramide, hvor sikkerhetsbehovet innebærer trygge omgivelser som garderer mot fysisk og psykisk skade, hvilket kan oppnås gjennom grunnleggende sikkerhetstiltak i det fysiske arbeidsmiljøet (Kaufmann & Kaufmann, 2010, s. 94). Det er logisk at man ikke kan gardere seg mot fysisk og psykisk skade, når sykepleiere må jobbe tett på andre mennesker for å kunne utføre sitt yrke. At man ikke kan gardere seg mot vold og trusler, er det tilsynelatende en aksept og forståelse for blant informantene, men fokuset er derimot rettet mot at arbeidsgiver ikke har sørget for et minimum av sikkerhetstiltak for å ivareta de ansatte.

Funnene viser også at informantene hadde opplevelser av at politiet har lang responstid, hvilket medfører at det kan ta betydelig tid fra man varsler politiet til hjelp ankommer. I tillegg hadde flere deltagere erfaringer med at politiet kom til sykehuset med personer som var iført håndjern, hvorpå disse ble fjernet og pasienten overlatt til sykepleierne. Informantene uttrykker opplever sårbarhet knyttet til opplevelsen av å ikke ha kontroll i møte med vold og trusler fra pasienter. Kobasa (1979) understreker nettopp viktigheten av opplevd kontroll, som en sentral faktor for å kunne opprettholde mestring og helse i møte med hendelser med høyt stress (Kobasa, 1979, s. 3).

Morken og Johansen (2013) sier at ansatte i akuttmottak opplever sikkerheten som mangelfull og at dette fører til bekymringer for egen sikkerhet i møte med utagerende pasienter (Morken & Johansen, 2013, s. 5). Informantene uttrykker at opplevelsen av å ikke ha kontroll i møte med potensielle hendelser med vold og trusler fører til en opplevelse av utrygghet og stress. Dette har ifølge informantene sammenheng med at de vurderer at det er mangel på

sikkerhetstiltak som ville ha kunnet bidratt til å forebygge eller håndtere situasjoner hvis de oppstår. Zinchenko (2011) skriver at sikkerhet er et av de psykologiske behovene hos et menneske, og det er vårt behov for sikkerhet som får oss til å konstant søke etter måter for å overkomme truslene mot vår fysiske og åndelige eksistens (Zinchenko, 2011, s. 2). Funnene viser at dette behovet for å finne måter å overkomme truslene på, i liten eller ingen grad er mulig for informantene å tilfredsstillere, da det er en opplevelse av at de selv i liten eller ingen grad har kontroll over egen sikkerhet på arbeidsplassen.

Bemanning, kompetanse på forebygging og håndtering av vold og trusler, og fysiske sikkerhetstiltak, er det som av informantene vektlegges som de viktigste faktorene for å være bedre rustet til å møte vold og trusler. Morken og Johansen (2013) konkluderer i sin forskning med at man ikke har kunnskap nok til å si hvor vidt sikkerhetstiltak i akuttmottakene faktisk fører til færre hendelser med vold og trusler, eller om disse tiltakene først og fremst virker inn på den enkeltes subjektive opplevelse av sikkerhet (Morken & Johansen, 2013, s. 5). Blando (2012) poengterer at det er nettopp den subjektive opplevelsen av sikkerhet som kan påvirke graden av stress hos sykepleiere, hvor man ser høy grad av stress hos de som opplever sikkerheten som mangelfull (Blando et al., 2012, s. 492). Funnene viser at informantenes fokus først og fremst handler om den subjektivt opplevde sikkerheten, da deres kunnskap om de faktiske sikkerhetstiltakene generelt sett ikke er tilstrekkelig til å kunne si noe om en eventuelt målbar effekt av disse. Gacki – Smith et al. (2009) sier at usikkerheten knyttet til effekten av sikkerhetstiltak og opplæring av ansatte, kan være knyttet til at disse tiltakene ofte kommer på plass først etter at hendelser har oppstått, hvilket kan føre til at tallene i enkelte studier kan gi et inntrykk av at det oftere forekommer vold når tiltak settes inn (Gacki – Smith, 2009, s. 345).

Flere større studier (Schablon, 2018; Mohamad et al., 2015; Avander et al., 2016) fremhever betydningen av opplæring av ansatte i forebygging og håndtering av vold og trusler. Forskningen viser at dette har positiv effekt for sykepleiernes stressnivå, opplevde sikkerhet, og det er samtidig av stor betydning for ferdighetsnivået i møte med vold og trusler (Schablon, 2018, s. 16; Mohamad et al., 2015, s. 11; Avander et al., 2016, s. 57). Det er nedfelt i § 23A-2. *Opplæring ved arbeid som kan medføre risiko for å bli utsatt for vold og trussel om vold*, at ansatte skal ha opplæring og øvelse i forebygging og håndtering av vold og trusler (Forskrift om utførelse av arbeid, 2017, §23A). En svensk studie utført av Jakobsson et al. (2020) viser at sykepleierne føler seg for dårlig forberedt til å møte hendelser med vold

og trusler, og at måten de håndterer hendelsene på i stor grad er tilfeldig og situasjonsbestemt (Jakobsson, et al., 2020, s. 5). Informantene gir uttrykk for at sikkerhet i svært liten grad er et fokus hos ledelsen eller et tema på arbeidsplassen, hvilket Spector et al. (2007) sier er viktige elementer å ha tilstede for å kunne si at man har et positivt sikkerhetsklime (Spector et al., 2007, s. 118).

Funnene viser at for lav bemanning til å håndtere krevende hendelser, er fokus hos flere av informantene. Dette gjelder spesielt på kvelder, netter og i helger. Informantene beskriver at de ofte går med en følelse av å ikke ha kontroll i egen avdeling, og enkelte inneliggende pasienter kan oppleves som «tikkende bomber». Her kan man igjen se til forskning av blant annet Blando (2012) som omtaler grad av opplevd sikkerhet som relevant for blant annet stressnivået hos sykepleierne (Blando et al., 2012, s. 492). Funnene viser videre at informantene opplever at utfallet av en rekke hendelser først og fremst er basert på flaks, og at det er tilfeldigheter som gjør at det ikke resulterer i mer alvorlige konsekvenser for de ansatte. Denne opplevelsen kan ses i lys av teorier vedrørende mestring og helse, hos både Kobasa (1979) og Antonovsky (2012). Informantene gir et klart uttrykk for å mangle kontroll over de truende hendelsene de opplever, og Kobasa (1979) viser til at personer med liten grad av opplevd kontroll vil kunne oppleve avmakt og dårligere helse, sammenlignet med de som har større grad av kontroll (Kobasa, 1979, s. 3). Informantenes opplevelse av at utfallet av hendelser er basert på tilfeldigheter og utenfor deres kontroll, er også relevant i forhold til Antonovsky (2012) og beskrivelsen av *håndterbarhet*, hvor det hos informantene fremkommer at de opplever lav grad av håndterbarhet, da de mangler ressurser til å takle kravene de blir stilt ovenfor. Dette kan føre til at man opplever seg som offer for omstendighetene og at livet behandler en urettferdig (Antonovsky, 2012, s. 40).

Tilgangen til sykehusene og avdelingene for utenforstående er også et tema i funnene, hvor informantene forteller om en opplevelse av at man ikke har kontroll på hvem som kommer inn på deres arbeidsplass og at dette forsterker opplevelsen av utrygghet. Det var ingen funn som indikerte at informantene hadde en generell og vedvarende opplevelse av utrygghet på jobb, men at denne opplevelsen var relatert til de situasjoner hvor pasienter opptrådte aggressivt eller at man vurderte en situasjon som uhåndterlig i den grad det skulle oppstå en eskalering. På tross av høy forekomst av vold og trusler mot sykepleiere (Arbeidstilsynet, u.å.; Spector et al., 2014, s. 72), er det flere studier, deriblant Copeland og Henry (2017) som viser til at blant

sykepleierne i deres undersøkelse følte 73% seg trygge på jobb, og kun 1% hadde hatt fravær fra jobben med vold som årsak (Copeland & Henry, 2017, s. 71).

5.1.3 Avmakt

Avmakt som begrep, ble kun i noen tilfeller benyttet eksplisitt for å beskrive informantenes opplevelse av vold. Funnene viser derimot, gjennom hvordan informantene både verbalt og nonverbalt beskrev sine opplevelser med vold og trusler, at avmakt er sentralt i forståelsen av både bakgrunnen for pasientens voldsutøvelse og opplevelsen av vold for de som utsettes for den. Malterud (2017) sier at den transkriberte teksten skal gjøre det mulig å lese mellom linjene, i den forstand at forskeren tvinges til å gjenerindre den situasjonen der historien ble fortalt, ut over de ordene som falt (Malterud, 2017, s. 78). Informantene viste tydelige tegn på avmakt i intervjusituasjonen, da de beskrev sine opplevelser med vold og trusler. Dette sett i sammenheng med hvordan informantene ordla seg i beskrivelsen av deres betraktninger av vold og trusler mot seg selv som sykepleier, forsterket inntrykket av at avmakt var en sentral opplevelse og tilstand.

Isdal (2018) sier at; «Avmakt er en tilstand knyttet til faktiske, biologiske, opplevelsesmessige eller følelsesmessige forhold som karakteriseres ved at behov, målsettinger eller forventninger ikke oppfylles, ved at en hindres i å gjøre noe en vil, eller ved at en opplever sitt liv eller sin integritet truet eller angrepet» (Isdal, 2018, s. 109). Isdal (2018) viser videre til eksempler på hva avmakt kan forstås som mangel på, og lister opp en rekke tilstander som er sammenfallende med det funnene viser. Dette handler om mangel på forutsigbarhet, oversikt, kontroll, innflytelse, påvirkningsmulighet, løsningsmulighet, utveier, beskyttelse/trygghet, det å bli sett, hørt og forstått (Isdal, 2018, s. 109). Funnene knyttet til både voldens konsekvens for psykisk helse og opplevd sikkerhet, viser at informantenes opplevelser blant annet aktualiserer mangel på *forutsigbarhet*, gjennom at de ansatte ikke er kurset eller forberedt på hvordan man skal håndtere hendelser med vold og trusler, samt mangel på mulighet for varsling ved behov for bistand. Mangelen på *kontroll* kommer eksplisitt til uttrykk i funnene som viser at informantene opplever at de ikke har kontroll i møte med vold og trusler. Mangelen på *løsningsmuligheter* blir i funnene beskrevet gjennom at det ikke blir gjort tiltak for å bedre de ansattes sikkerhet, slik at man i prinsippet møter neste voldshendelse like lite forberedt som ved forrige hendelse. Mangelen på *beskyttelse/trygghet* er en helt sentral

forståelse av avmakt som en følge av opplevd vold eller trusler. Manglende sikkerhetstiltak og en opplevelse av utrygghet blir flere ganger nevnt i funnene.

Flere av informantene i undersøkelsen sier at de til stadighet opplever fysisk eller psykisk vold, men at man ofte kaller det noe annet enn vold, og aksepterer det som en del av jobben. Erickson et al. (2000) har i sin undersøkelse kartlagt at 73 prosent av sykepleiere som har opplevd vold, sier at; «det er en del av jobben» (Erickson et al., 2000, s. 210). På tross av at opplevelsen kan være at «vold er en del av jobben», er Arbeidsmiljøloven (2005) klar på arbeidstakeres krav på beskyttelse mot vold og trusler; «Arbeidstaker skal, så langt det er mulig, beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre» (Arbeidsmiljøloven, 2005, §4). Funnene viser at alle informantene beskriver at de ofte unnskylder voldsbruk med utgangspunkt i pasientens tilstand, på tross av at opplevelsen av hendelsen tilsier at det de har vært utsatt for vold, ifølge definisjonen (Isdal, 2018, s. 39). Noen av funnene viser frustrasjon og avmakt uttrykt eksplisitt, og eksemplifiseres gjennom utsagn som; «vi forstår i hjel, jeg forstår at pasientene er syke, men vi skal ikke utsettes for vold på jobb». Pich et al. (2010) viser i sin forskning at det er utbredt blant sykepleiere å unnskyldte pasienters voldsbruk, spesielt i de tilfeller hvor pasientene er demente, deliriske eller har øvrige kognitive tilstander som kan forklare eller rettferdiggjøre deres atferd (Pich et al., 2010, s. 268).

Funnene viser at flere av informantene som hadde opplevd vold reagerte med frykt, men i de fleste tilfeller blir det beskrevet at sinne og irritasjon var de mest fremtredende følelsene. Dette sinnet og irritasjonen kom i lite eller ingen grad til uttrykk ovenfor den som hadde utsatt informantene for vold eller trusler, men manifesterer seg som en opplevelse av avmakt. Isdal (2018) sier at sinne er en følelse og vold er en handling, og at sinne ikke skader noen (Isdal, 2018, s. 41). Sinnet ble videre beskrevet som et sinne mot seg selv for å ha plassert seg selv i en situasjon hvor man ble utsatt for vold, sinne mot pasienten som hadde utøvd volden, og sinne og frustrasjon knyttet til arbeidsforholdene og manglende ivaretagelse av de ansattes sikkerhet og forberedthet. Selv om informantene ikke hadde konkrete eksempler på at deres sinne mot pasientene hadde kommet til uttrykk, så opplevde enkelte at de opptrådte annerledes ovenfor pasienter, pårørende og kollegaer. En av informantene uttrykte det på følgende måte; «Jeg ble sint og var irritert på jobb». Det er oppsummert forskning som viser at følelser som sinne og avsky kan forekomme blant sykepleiere som har opplevd vold og trusler (Al-Qadi, 2020; Ashton, 2018; Lancot & Guay, 2014, s. 492; Yang et al., 2019; Zhang

et al., 2021). Funn som viser en opplevelse av avmakt kommer også frem i form av utsagn som; «Det er mye verbalt i perioder, man blir lei, det er liksom greit når folk er stygge mot sykepleiere».

Kingma (2001) sier at helsepersonell lider under en sosial toleranse for vold (Kingma, 2001, s. 130). Informantene forteller om en kultur på arbeidsplassen hvor det er en forventning om at man skal romme og tolerere mange typer atferd, også det som rammer sykepleierne direkte. En av informantene uttrykte det slik; «Jeg tror jeg finner meg i det fordi det forventes at sånn er det». Funnene viser videre at informantene opplever det som spesielt krevende når man gjør alt man kan for at pasienter og pårørende skal ha det så godt som mulig, og man strekker seg lang for å oppnå dette, for deretter å bli utsatt for degraderende språkbruk og trusler.

Mathisen (2012) sier at historisk sett har det vært en utbredt oppfatning om at sykepleiere var underdanige, og at sykepleiere helst skulle være snille og selvutslettende (Mathisen, 2012, s. 204). En av informantene uttrykte følgende; «Man skal være imøtekommende og vise omsorg, men når man får kjeft tilbake så mister man litt motivasjonen». Slettebø (2010) beskriver resignasjonens innvirkning på den profesjonelle yrkesutøvelsen. Man kan ikke alltid hindre følelsen av oppgitthet, men den må ikke få sette sitt preg på den profesjonelle yrkesutøvelsen. Hvis resignasjonen får overta, kan det være vanskelig å fastholde sine forpliktelser og man kan komme til å avvise sentrale prinsipper man er pålagt å følge opp eller de verdier man verdsetter (Slettebø, 2010, s. 77). Isdal (2018) har i sin definisjon av avmakt blant annet lagt vekt på at en del av opplevelsen av avmakt er knyttet til at det er opplevelsesmessige eller følelsesmessige forhold som karakteriseres ved at behov, målsettinger eller forventninger ikke oppfylles (Isdal, 2018, s. 109). Funnene viser at flere av informantene uttrykker denne opplevelsen av at behov eller forventninger ikke oppfylles. Der informantene har behov for – og forventer at deres omsorg og oppofrende væremåte ovenfor pasienter og pårørende blir møtt med en grad av takknemlighet og respekt, opplever de til tider å i stedet bli utsatt for vold og trusler.

Det er ikke slik å forstå at funnene tilsier at alle informantene har opplevd avmakt av samme omfang eller intensitet, og det er ulik grad av toleranse av avmakt og forskjeller i hvilke mestringsstrategier man eventuelt har forutsetninger for å ta i bruk i møte med vold og trusler. Isdal (2018) sier at toleranse for avmakt er en viktig dimensjon.

Det er svært forskjellig i hvilken grad mennesker klarer å tolerere eller holde ut med en følelse av avmakt (Isdal, 2018, s. 130).

5.1.4 Voldens konsekvenser for relasjonen til pasienter, og tjenestekvalitet

Blant forskningsspørsmålene er informantenes tanker om relasjonen til pasientene i møte med vold og trusler en av de punktene studien søkte å belyse. Det utfallet vold og trusler indirekte kan ha for pasientene, kan også tenkes å være mer å forstå som en konsekvens med mulige langsiktige implikasjoner fremfor en bevisst opplevelse hos informantene, direkte knyttet til en sammenheng med vold og trusler. Hvilke konsekvenser vold og trusler mot sykepleiere i neste omgang kan få for pasientene, er det grunn til å tro at det er lite kunnskap og bevissthet om blant sykepleiere, og at dette også kan forklare hvorfor dette ikke i større grad er omtalt spesielt i funnene. Prinsippet om velgjørenhet i sykepleieres møte med pasienter kan også være en av årsakene til at voldens konsekvenser for relasjonen til pasientene og negativ konsekvens for kvalitet på tjenester ikke i større grad er eksplisitt omtalt. Det vil kunne være etisk utfordrende å erkjenne at volden også får negative konsekvenser for møtet med pasientene. Slettebø (2013) skriver at velgjørenhet er et gammelt prinsipp i medisinsk etikk. Sammen med ikke – skade prinsippet utgjør prinsippet om velgjørenhet den grunnleggende verdien om å gjøre vel for pasienten, hvor konsekvensene av sykepleierens handlinger skal være til det beste for pasienten (Slettebø, 2013, s. 103).

Voldens konsekvenser for sykepleieres relasjon til pasientene og kvaliteten på tjenestene pasientene mottar, er derimot mye omtalt innen forskning. Dette temaet vil derfor være viktig å belyse for å forstå vold og trusler mot sykepleiere som en del av en større sammenheng, og ikke kun ut i fra sykepleiernes opplevelse isolert sett. Informantene opplever både sinne og avmakt som en reaksjon på vold, blant annet kommer dette til uttrykk gjennom utsagn som; «Jeg ble sint og var irritert på jobb». Sinnet, avmakten og utryggheten informantene beskriver, vil ifølge forskning kunne ha innvirkning på relasjonen til pasientene og kvaliteten på de tjenester pasientene mottar. Et eksempel på dette er Arnetz og Arnetz (2001) som har gjort forskning på denne tematikken i svenske sykehus, og benyttet spørreskjemaer som både pasienter og sykepleiere besvarte. Denne studien viser at vold gir negative konsekvenser for sykepleieres relasjon til både de pasienter som utøver vold, men også pasienter generelt, og at dette i neste omgang påvirker tjenestekvaliteten negativt (Arnetz & Arnetz, 2001, s. 417).

Lanctôt og Guay (2014) har i sin systematiske oversikt kartlagt tilsvarende konsekvenser for relasjonen mellom sykepleier og pasient, samt konsekvenser for tjenestekvalitet (Lanctôt & Guay, 2014, s. 498). Det er enkelte variasjoner mellom undersøkelsene i denne systematiske oversikten på konsekvenser for relasjonen mellom sykepleier og pasient, og tjenestekvalitet. Det er heller ikke mulig å lese ut av oversikten hvilke metoder for datainnsamling som er benyttet, for eksempel om man har inkludert spørreskjemaer til pasienter, slik som hos Arnetz og Arnetz (2001), eller om det kun er de ansattes opplevelser som er kartlagt.

Undersøkelsen viser at informantene, som tidligere beskrevet, omtaler flere av pasientene som «tikkende bomber», hvilket gjør det relevant å spørre hva en slik opplevelse gjør med relasjonen til disse pasientene, og de tjenester de mottar. Billedlig sett kan man se for seg at det er to måter å håndtere «tikkende bomber» på, hvor den ene er at man må være nær nok – og ha kompetanse til å kunne «desarmere» den «tikkende bomben», det andre alternativet er å holde tilstrekkelig avstand til at man ikke rammes av en «eksplosjon». Funnene viser at informantene har en opplevelse av at de er for dårlig trent i å håndtere aggressive pasienter og konfliktdependende kommunikasjon, de føler seg alene om å skulle håndtere disse situasjonene, samt mangler støtte og oppfølging fra arbeidsgiver. Dette tatt i betraktning, gir grunn til å tro at den foretrukne strategien generelt sett er å holde nødvendig avstand til pasienter som uttrykker sinne og aggresjon. Denne fysiske, mentale og emosjonelle avstanden til pasientene, vil kunne medføre at pasientenes avmakt forsterkes, slik Isdal (2018) viser til i den tidligere refererte beskrivelse av avmakt som forklaring på vold. Gates et al. (2005) viser til at sykepleiere som utsettes for vold, kan miste gleden over å gi omsorg til pasienter, distanserer seg selv fra pasientene, ser på pasientene som objekter og bruker mindre tid på de pasienter som er krevende (Gates et al., 2005, s. 335). I følge Bengtson (2008) vil et individ som opplever å være i en avmaktssituasjon, automatisk forsøke å komme seg ut av denne situasjonen (Bengtson, 2008, s. 85), hvilket kan være deler av forklaringen på hvorfor sykepleiere bruker mindre tid på de pasienter som oppleves som krevende, slik Gates et al. (2005) har funnet i sin forskning.

Sirnes (1974) sier at det er naturlig for mennesker å være fiendtlig innstilt overfor de som truer oss og får oss til å føle oss hjelpeløse og engstelige (Sirnes, 1974, s. 46). Dette finner man eksempler på i funnene, hvor flere informanter sier at de har reagert med sinne og frustrasjon etter å ha opplevd vold og trusler. Forskning viser at sykepleiere kan reagere med sinne, frykt og avsky etter å ha blitt utsatt for vold av pasienter (Al-Qadi, 2020; Ashton, 2018;

Lanctot & Guay, 2014, s. 492; Yang et al., 2019; Zhang et al., 2021), hvilket vil kunne være emosjonelle reaksjoner som er krevende å erkjenne, da prinsippet om velgjørenhet (Slettebø, 2013) står svært sentralt i sykepleieres yrkesetikk.

5.2 Metodediskusjon

«En viktig del av forskningsprosessen består i å vurdere kritisk kvaliteten på den forskningen man har utført» (Repstad, 2018, s. 134). I metodediskusjonen vil jeg med kritisk blikk gjennomgå og synliggjøre den overordnede forskningsprosessen og de vurderinger jeg har gjort, og drøfte dette særskilt opp mot validitet, reliabilitet og refleksivitet.

5.2.1 Validitet

Intern validitet

Johannessen et al. (2016) skriver at man innen kvalitativ forskning kan forstå intern validitet som et begrep som omhandler hvor vidt en metode undersøker det den har til hensikt å undersøke. Man kan forstå validitet i kvalitative undersøkelser som en vurdering av i hvilken grad forskerens framgangsmåter og funn på en riktig måte reflekterer formålet med studien og representerer virkeligheten (Johannessen et al, 2016, s. 232). Johannessen et al. (2016) skriver videre at den interne validiteten kan styrkes blant annet gjennom å la andre kompetente personer analysere det samme datamaterialet for å se om de kommer frem til samme tolkning (Johannessen et al, 2016, s. 232). Malterud (2017) skriver at man bør spørre seg selv, som et ledd i å vurdere den interne validiteten, hvor vidt man har brukt relevante begreper eller kartleggingsmetoder for å studere det fenomenet vi skal se på (Malterud, 2017, s. 23).

Jeg har tidligere i oppgaven belyst og forklart mitt valg av kvalitativ metode, med bakgrunn i oppgavens hensikt, som var å undersøke sykepleieres opplevelse av vold og trusler. Semi-strukturerte intervjuer ble valgt med utgangspunkt i ønsket om å få tilgang på den enkeltes opplevelser, i en ramme hvor det ble opplevd som trygt å kunne dele av disse erfaringene. I utformingen av intervjuguiden hadde jeg fokus på å formulere spørsmålene på en slik måte at de stimulerte til refleksjon hos informantene og en frihet til å dele av sine opplevelser.

I undersøkelsens forskningsspørsmål bruker jeg begrepet *psykisk helse*, men valgte å ikke bruke dette begrepet eksplisitt i selve intervjuguiden, da jeg vurderte at dette ville kunne være et uttrykk for at det ligger en forventning hos meg som forsker om at opplevelser med vold og trusler påvirker informantens psykiske helse. Jeg formulerte i stedet spørsmålene på en slik måte at det omhandlet informantens egne opplevelser, og at eventuelle konsekvenser for den psykiske helsen var noe de selv reflekterte rundt, uten at dette er styrt av meg som forsker. Jeg ser i retrospekt at dette er en lite målrettet måte å gjennomføre intervjuer på, men det er et resultat av en totalvurdering og spesielt av hensyn til min forforståelse og hvordan denne kan virke inn på materialet hvis jeg stiller spørsmål som er ledende og kommer i veien for en mer fri fremstilling av egne opplevelser.

En av de mer håndfaste grep jeg foretok for å styrke undersøkelsens interne validitet, var å la kollegaer og veileder analysere materialet for å se om de kom frem til samme tolkning. Dette har medført enkelte endringer og har vært en styrke for undersøkelsen som sådan.

Ekstern validitet

Ekstern validitet, gjelder overførbarhet, og ser på hvilke sammenhenger våre funn kan være gjeldende for, utover den konteksten hvor vi har kartlagt dem (Malterud, 2017, s. 24).

Malterud (2017) skriver om repeterbarhet, hvilket innebærer en vurdering av i hvilken grad man kan oppnå like resultater ved gjentagelse av datainnsamlingen, og dette blir et mål på pålitelighet og etterprøvbarehet innen medisinsk forskning (Malterud, 2017, s. 24).

I denne studien har jeg lagt vekt på åpenhet gjennom alle deler av forskningen og har vært opptatt av å forklare alle aspekter ved undersøkelsen. Dette legger til rette for at undersøkelsen i prinsippet kan gjennomføres av en annen forsker, om en uttesting av repeterbarhet skulle være relevant. For meg som nybegynner i forskning er det nyttig å kunne forholde meg til mer konkrete forhold som virker inn på overførbarhet, og Malterud (2017) sier at dette i kvalitative studier ofte er knyttet til utvalget, og henger også sammen med spørsmålet om relevans (Malterud, 2017, s. 24). Johannesen et al. (2016) sier at et relevant spørsmål er om resultater fra et forskningsprosjekt kan overføres til liknende fenomener (Johannesen et al., 2016, s. 233). Det som her omtales som liknende fenomener, vil være å betrakte som andre sykepleiere som har opplevd vold i sitt arbeid i somatiske sykehus.

Er resultatene fra denne undersøkelsen overførbare til andre sykepleiere i somatiske sykehus, som har opplevd vold og trusler på jobb? Malterud (2017, s. 24) omtalte utvalget som sentralt for overførbarhet, og i denne undersøkelsen er utvalget bestående av sykepleiere med ulik alder og ansiennitet, og i forskjellige sengeposter. Utvalget består kun av kvinner, men det var ingen kriterier knyttet til kjønn i forbindelse med rekruttering av respondenter. Dette er et resultat av hvilke sykepleiere lederne valgte å henvende seg til, ut i fra registrerte voldshendelser. Da det kun er kvinner i utvalget, vil det være en viss usikkerhet knyttet til styrken av overførbarhet til mannlige sykepleiere. Undersøkelsen handler om opplevelser knyttet til det å bli utsatt for vold og trusler, og det er studier (Guay et al., 2014, s. 272) som viser at det er kjønnsmessige forskjeller når det gjelder opplevelsen av vold og trusler i arbeidslivet.

På generelt grunnlag, og med bakgrunn i min lange erfaring fra arbeid med vold og trusler i arbeidslivet, ser jeg at de funn som har kommet ut av denne studien, i stor grad er gjenkjennbare og godt beskrivende for de samtaler jeg de siste årene har hatt med både kvinner og menn som har opplevd vold på jobb i somatiske sykehus. Dette er min subjektive opplevelse, og kan i så måte ikke vektlegges, men er snarere en kommentar til de data som har kommet ut av undersøkelsen. Det som til sist vil være den sterkeste indikasjon på studiens grad av ekstern validitet, er leserens vurdering (Graneheim & Lundman, 2003, s. 110), og særskilt de som har erfaring med voldshendelser i somatiske sykehus.

5.2.2 Reliabilitet

Kvale og Brinkmann (2015) sier at reliabilitet handler om forskningsresultatenes konsistens og troverdighet. Reliabilitet behandles ofte i sammenheng med spørsmål knyttet til om hvor vidt et resultat kan reproduseres på andre tidspunkt av andre forskere. Det er nødvendig å ha en kritisk refleksjon knyttet til hvor vidt det er grunnlag for å tro at respondentene ville ha endret sine svar i et intervju med en annen forsker (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276).

I utformingen av intervjuguiden var det sentralt for meg at spørsmålene ble formulert som åpne spørsmål, hvor jeg ønsket respondentenes refleksjoner og egne beskrivelser av opplevelser med vold og trusler, og at jeg ikke styrte retningen i deres refleksjoner, men forholdt meg lojalt til intervjuguiden. Min egen høye bevissthet knyttet studiens reliabilitet og derav påpasselighet med å ikke påvirke respondentene gjennom oppfølgingsspørsmål som kunne være ubevisst utformet av min forforståelse, kan på den annen side ha ført til at

intervjuet ble noe «statisk» og i liten grad stimulerte til dypere refleksjoner hos respondenten. I neste omgang vil dette da kunne medføre at jeg får mindre detaljerte data enn det jeg kunne ha fått tilgang til om jeg hadde tillatt meg å stille flere oppfølgings spørsmål til spørsmålene i intervjuguiden.

Det var hensynet til egen sterke forforståelse som medførte at jeg ikke i større grad tillot meg å tilnærme meg intervjuene med frihet og kreativitet, da jeg mener at dette ville kunne ført til det Kvale og Brinkmann (2015) omtaler som vilkårlig subjektivitet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Johannessen et al. (2016) viser til at man i kvalitativ forskning ikke kan tillegge reliabilitet samme innhold og krav som i kvantitativ forskning, da kvalitativ forskning innebærer observasjoner som er verdiladet og kontekstavhengige. Det er ikke mulig for en forsker å duplisere en annen kvalitativ forskers forskning, og det er heller ikke mulig å gjøre direkte sammenligninger, da forskeren bruker seg selv som instrument. Ingen har den samme erfaringsbakgrunn, og kan derfor heller ikke tolke på samme måte (Johannessen et al., 2016, s.231). Jensen og Ulleberg (2019) sier at historier blir fortalt forskjellig avhengig av hvem som forteller dem og hvem de blir fortalt til, og hvordan man forteller historien er avhengig av relasjonen den fortelles innenfor og i hvilken sammenheng eller hvilket formål historien fortelles (Jensen & Ulleberg, 2019, s. 83). Det man derimot kan gjøre for å styrke undersøkelsens pålitelighet, ifølge Johannessen et al. (2016), er å ha fokus på det jeg har tilstrebet gjennom hele arbeidet; åpenhet og detaljert framstilling av framgangsmåten under hele prosessen, slik at leseren selv kan ha et best mulig utgangspunkt for å vurdere studiens reliabilitet (Johannessen et al., 2016, s. 232).

5.2.3 Refleksivitet

Malterud (2017) sier at forskeren i både prosess og produkt skal stille spørsmål ved egne fremgangsmåter og konklusjoner i form av tvil og ettertanke (Malterud, 2017, s. 19). Ifølge Willig (2013) skal kvalitative forskere fremvise sine egne verdier og antagelser, slik at leseren gis anledning til å vurdere alternative tolkninger (Willig, 2013, s. 170).

Min forforståelse, som er gjort rede for innledningsvis i oppgaven, har vært sentral i arbeidet med denne undersøkelsen. I retrospekt kan det være at fokuset på min forforståelse og mitt aktive arbeid for å motvirke at dette skal påvirke forskningen, har ført til en til dels statisk og defensiv holdning. Dette gjelder først og fremst i forhold til tilbakeholdenhet med

oppfølgingsspørsmål i intervjuene, med bakgrunn i at dette var en av de stadier hvor min forforståelse har hatt potensiale i seg til å kunne påvirke retning og innhold. Balansen mellom hensynet til forforståelsen og muligheten for en nysgjerrig og undersøkende holdning, kan i deler av dette arbeidet ha gått i favør av tiltak for å motvirke forforståelsens innvirkning på forskningen.

Som en del bevisstgjøringsprosessen i forhold til egen forforståelse, ble det laget hva Malterud (2017) kaller en «selvangivelse», hvor forventede funn ble satt opp, slik at jeg som forsker hadde dette med meg som en del av min bevissthet på hvilke spor jeg skulle være varsom med å følge, hvis disse sporene var et resultat av en bakenforliggende forforståelse (Malterud, 2017, s. 46). Malterud (2017) sier at de fleste har blinde flekker som gjør at vi ikke alltid oppdager at vi følger spor som vi selv ha lagt ut. Det er derfor nødvendig å legge inn aktive spørsmål i alle faser under veis (Malterud, 2017, s. 20). Jeg har ved hjelp av veileder, lærere, kollegaer, og medstudenter gjennom opponentskapsseminar, fått bistand til å etablere det Malterud (2017) kaller *metaposisjoner*. Dette innebærer å kunne se seg selv og prosjektet i et fugleperspektiv, hvilket kan avsløre begrensninger og skjevheter knyttet til feltblindhet og forforståelse, og dermed være med på å skjerpe mulighetene for utvikling av ny kunnskap (Malterud, 2017, s. 157).

I arbeidet med undersøkelsen, med utgangspunkt i prinsippene i den hermeneutiske sirkel (Thomassen, 2006), har delene av teksten gitt meg en ny forståelse ut over hva jeg var i stand til å identifisere og beskrive i min «selvangivelse» over forventede funn. Dette gjelder blant annet avmakt som et sentralt begrep i forståelsen av vold og trusler mot sykepleiere. Denne nye forståelsen, som har i seg et potensiale til å kunne bli et viktig bidrag til den erfaringsbaserte kunnskapen om vold mot sykepleiere, var ikke tydelig eller åpenbar i det innledende arbeidet med teksten. Det var et vekselvis arbeid med tekstens deler og helhet, som førte frem til ny forståelse og et utgangspunkt for videre forskning på et tema som er lite beskrevet i forbindelse med sykepleieres opplevelse av vold og trusler. Skal man være kritisk til hvordan denne nye forståelsen har oppstått, kan man blant annet stille spørsmål ved om deler av dette er et resultat av det Malterud (2017) kaller den *teoretiske referanserammen*. Dette innebærer modeller, teorier, begrepsapparat, definisjoner og forskningstradisjoner som jeg bruker for å forstå meningen og strukturere mine tolkninger (Malterud, 2017, s. 47).

Eksempelvis har jeg støttet meg til blant andre Isdal (2018) i forståelsen av vold og voldens konsekvenser, hvilket kan ha bidratt til min *teoretiske referanseramme* som utgangspunkt for ny forståelse.

Malterud (2017) sier at det ikke er et spørsmål om hvor vidt forskeren påvirker prosessen, men *hvordan* (Malterud, 2017, s. 41). Gjennom refleksivitet som en gjennomgående holdning og strategi, har det vært en målsetning å gi leseren en innsikt i hvordan jeg som forsker potensielt har påvirket prosessen. Dette er sentralt, da man ikke ønsker å naivt fornekte sin egen rolle, slik Malterud (2017) beskriver det, eller innbille seg selv at man som forsker kan bli en usynlig og uvirksom brikke i spillet der materialet produseres (Malterud, 2017, s. 42).

5.3 Studiens implikasjoner

Forskning viser at vold og trusler mot sykepleiere er et økende problem, hvor sykefravær og store samfunnsøkonomiske konsekvenser er fremtredende (Aagestad, 2014, s. 7), i tillegg til de belastende opplevelser den enkelte sykepleier har i møte med denne type hendelser.

Undersøkelsen og empiri viser at vold og trusler kan ha negative virkninger på sykepleiernes psykiske helse, opplevd sikkerhet, relasjonen til pasienter og kvaliteten på tjenestene, samt føre til en opplevelse av avmakt. Forskning viser at sykefraværet kan reduseres med inntil 13% ved å arbeide forebyggende mot vold og trusler på arbeidsplassen (Aagestad, 2014, s. 7).

Studien vil kunne ha implikasjoner for flere aspekter ved vold og trusler mot sykepleiere. I følge Andersen (2018) kan psykisk helsearbeid innebære at man; «fokuserer på å fremme og bedre menneskers psykiske helse samt påpeke og søke å endre forhold i samfunnet som skaper psykisk uhelse...» (Andersen, 2018, s. 25). Vold og trusler mot helsepersonell, og spesielt sykepleiere i denne undersøkelsens sammenheng, er å betrakte som et samfunnsproblem, både økonomisk knyttet til sykefravær og som en faktor som forårsaker psykisk uhelse hos de som rammes. Studien bringer frem erfaringsbasert kunnskap som vil kunne ha implikasjoner for hvordan man i kunnskapsbasert praksis jobber for å fremme og bedre den psykiske helsen hos sykepleiere, blant annet gjennom tiltak som; forebygger voldshendelser, sørger for systematisk oppfølging av de sykepleiere som utsettes for vold, og forplikter arbeidsgiver til et systematisk HMS – arbeid med fokus på de ansattes sikkerhet. Studien viser også at avmakt er et sentralt begrep, både for å forstå foranledningen til voldshendelser fra pasientens perspektiv, samt hvordan avmakt kan være en konsekvens for de som utsettes for vold og trusler. Opplevelsen av avmakt synes å forsterkes som et resultat

av at sykepleiere har lite eller ingen opplæring i forebygging og håndtering av vold og trusler, opplever sikkerheten som mangelfull eller fraværende, samt at de opplever å bli utsatt for en rekke hendelser med vold og trusler uten å kunne gjøre annet enn å motvillig akseptere denne type atferd, da det oppleves å være en kultur og holdninger for at dette er en del av jobben som sykepleier. I så måte vil studien kunne ha implikasjoner for utdanningen av sykepleiere, med fokus både på kultur, verdier og holdninger, forebygging av avmakt hos pasienter, samt tilføre sykepleiestudenter kunnskap og ferdigheter knyttet til forebygging og håndtering av vold og trusler som en ivaretagelse av egen sikkerhet, integritet og psykiske helse.

Videre forskning på temaet vold og trusler mot sykepleiere, kan ha flere ulike tilnærminger, da det fortsatt mangler mye kunnskap om denne tematikken. Studien viser at avmakt vil kunne være relevant å se nærmere på i forskning, da dette synes å være en fellesnevner for opplevelsen både hos pasienter og sykepleiere, med en gjensidig forsterkende effekt i en sirkulær bevegelse. Forskningen vil kunne dreie seg om både hvordan man kan jobbe for å forebygge den institusjonelle og situasjonelle avmakten hos pasienter, som kan føre til frustrasjon, sinne og vold, samt hvordan man kan forebygge den opplevde avmakten hos sykepleiere som har vært utsatt for vold fra pasienter. På denne måten kan man forebygge at den opplevde avmakten i neste omgang fører til en distansert holdning til pasientene og lavere kvalitet på tjenester, som igjen kan føre til forsterket avmakt hos pasientene med påfølgende vold og trusler mot sykepleiere.

Et annet interessant område for forskning, som til dels vil kunne ses i sammenheng med – eller som en konsekvens av sykepleieres avmakt, er konsekvenser av vold og trusler for kvaliteten på de tjenester pasientene mottar og relasjonen mellom sykepleier og pasient. Dette vil ikke minst være aktuelt innen psykisk helsevern, hvor relasjonen mellom sykepleier og pasient står spesielt sentralt.

6. KONKLUSJON

Denne studien tar utgangspunkt i problemstillingen; *Hvordan opplever sykepleiere i somatiske sykehus vold og trusler?* Problemstillingen er operasjonalisert gjennom forskningsspørsmål som fokuserer på informantenes erfaringer med vold og trusler og disse erfaringenes innvirkning på egen psykiske helse, informantenes tanker om relasjonen til pasienter i møte med vold og trusler, samt deres refleksjoner rundt egen sikkerhet på arbeidsplassen.

Teori og forskning viser at vold og trusler mot sykepleiere kan ha alvorlige konsekvenser for den psykiske helsen, opplevelsen av sikkerhet og relasjonen til pasienter, samt kvaliteten på de tjenester pasientene mottar. Informantene uttrykker i liten grad eksplisitt at de har opplevelser av at vold og trusler har medført psykiske plager, samtidig gir samtlige uttrykk for at de enten har hatt sykefravær eller vurdert dette, som følge av vold og trusler. Vold og trusler mot sykepleiere er i liten grad et tema som omtales eller behandles, spesielt i somatiske sykehus. Dette kan medføre at sykepleiernes opplevelser og tolkning av vold og trusler primært er formet av den kulturen de er en del av og de holdninger og verdier som ligger til grunn for sykepleieryrket. Det er et sterkt fokus på pasientenes helse og velvære, samtidig som sykepleiernes lovfestede krav til beskyttelse mot uønskede hendelser som vold og trusler i liten grad er problematisert i hverken utdanning eller yrkesliv.

Forskning viser at det er stressreaksjoner knyttet til opplevelsen av mangelfull sikkerhet på arbeidsplassen, hvilket beskrives gjennom flere uttalelser fra informantene. Det kan virke som om informantene opplever det som enklere å ha et adekvat forhold til sikkerhet fremfor det som berører egen psykiske helse sett i sammenheng med vold og trusler. Sikkerhet kan i noen grad kvantifiseres, noe som synes å være lettere tilgjengelige opplevelser og refleksjoner hos informantene, da deres opplevelse av sikkerhet gjerne er knyttet til konkrete forhold som bemanning, mulighet for bistand, fysisk sikkerhet og opplæring.

Informantene gir i liten grad konkret uttrykk for at de opplever at vold og trusler har hatt negativ effekt for relasjonen til pasienter eller kvaliteten på de tjenester pasientene mottar.

Teori og forskning viser derimot at dette er en mulig konsekvens, som i tillegg kan bidra til å øke risikoen for at ny vold oppstår. Forskningen viser også at dette er prosesser som i liten grad er bevisst for sykepleieren, hvilket kan forklare at dette ikke i større grad er omtalt. En annen faktor som kan bidra til å vanskeliggjøre tilgang på data på voldens konsekvenser for relasjonen til pasientene og kvaliteten på tjenestene, er sykepleiernes grunnleggende etiske prinsipper om velgjørenhet og ikke – skade prinsippet. Dette vil kunne gjøre det krevende for sykepleiere å både identifisere og erkjenne at egne opplevelser med vold og trusler i neste omgang vil kunne ha negative konsekvenser for pasientene.

Funnene viser at avmakt er en sentral forståelse av informantenes opplevelse av vold og trusler. Opplevelsen av avmakt er for informantene knyttet til flere aspekter ved vold og trusler. Det er en opplevelse av avmakt knyttet til manglende sikkerhet, opplæring og oppfølging etter hendelser. Det er også en opplevelse av avmakt i det å bli utsatt for vold og trusler i seg selv, da det oppleves som urettferdig at man strekker seg langt for å gi pasientene den beste pleie, for deretter å bli utsatt for vold og trusler. Avmakt forklares i teori og forskning som en sentral årsak til både frustrasjon, sinne og vold, hvilket gjelder både pasienter og sykepleiere. Forebygging av opplevd avmakt hos pasienter må også forstås som et viktig tiltak for å forebygge vold mot sykepleiere, hvilket fordrer et økt fokus på avmakt som fenomen i helsevesenet.

Konklusjonen, sett opp imot studiens hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål er at sykepleiere i somatiske sykehus opplever vold og trusler som belastende, med en negativ innvirkning på psykisk helse og opplevd sikkerhet. De negative konsekvensene for relasjonen til pasienter og tjenestekvalitet synes å være en implisitt konsekvens av vold og trusler, fremfor en bevisst opplevelse. Avmakt er en sentral faktor i forståelsen av vold og trusler, både som årsak og konsekvens. Det er nødvendig med økt fokus på de ansattes sikkerhet, og opplæring og ferdighetstrening både i sykepleieutdanningen og på den enkelte arbeidsplass, med fokus på forebygging og håndtering av vold og trusler, med avmakt som en sentral del av den helhetlige forståelse og tilnærming.

LITTERATURLISTE

Aadland, E. (2006). «Og eg ser på deg...». *Vitenskapsteori i helse og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Aagestad, C., Tyssen, R., Johannessen, H.A. *et al.* Psychosocial and organizational risk factors for doctor-certified sick leave: a prospective study of female health and social workers in Norway. *BMC Public Health* **14**, 1016 (2014). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1016>

Alameddine, Mohamad, Mourad, Yara, & Dimassi, Hani. (2015). A National Study on Nurses' Exposure to Occupational Violence in Lebanon: Prevalence, Consequences and Associated Factors. *PloS One*, *10*(9), e0137105–e0137105.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0137105>

Al-Qadi, M. M. (2020). Nurses' perspectives of violence in emergency departments: A metasynthesis. *International emergency nursing*, *52*, 100905.

Andersen, J. W.A. (2018). *Psykisk helsearbeid – en gang til*. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS.

Andersen, Lars Peter, Høgh, Annie, Biering, Karin, & Gadegaard, Charlotte Ann. (2018). Work-related threats and violence in human service sectors: The importance of the psychosocial work environment examined in a multilevel prospective study. *Work (Reading, Mass.)*, *59*(1), 141–154. <https://doi.org/10.3233/WOR-172654>

Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modell*. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS.

Arbeidstilsynet. (2016). *Arbeidsmiljøarbeid i norske sykehus Rapport om Arbeidstilsynets revisjoner i sykehus i 2014*. Oslo: Arbeidstilsynet.

Arendt, H. (2017). *Makt og vold. Tre essay*. Oslo: Cappelen Damm AS

Arnetz, J. E., & Arnetz, B. B. (2001). Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Social science & medicine*, 52(3), 417-427.

Ashton, R. A., Morris, L., & Smith, I. (2018). A qualitative meta-synthesis of emergency department staff experiences of violence and aggression. *International emergency nursing*, 39, 13-19.

Avander, K., Heikki, A., Bjerså, K., & Engström, M. (2016). Trauma nurses' experience of workplace violence and threats: short-and long-term consequences in a Swedish setting. *Journal of trauma nursing*, 23(2), 51-57.

Berge, T., Falkum, E. (2013). *Se mulighetene. Arbeidsliv og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS.

Berge, T., Repål, A. (2002). *Lykketyvene. Hvordan overkomme depresjon*. Oslo: H. Aschehoug & Co.

Berge, T., Repål, A. (2015) *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS.

Bernaldo-De-Quirós, Mónica, Piccini, Ana T, Gómez, M. Mar, & Cerdeira, Jose C. (2015). Psychological consequences of aggression in pre-hospital emergency care: Cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 260–270.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.05.011>

Bjørnson, B. (1932). *Samlede værker : Hundreårsutgave : B. 9 : Geografi og kjærlighed ; På Guds veje* (Vol. B. 9). Oslo: Gyldendal.

Blando, J. D., O'HAGAN, E. M. I. L. Y., Casteel, C., NOCERA, M. A., & PEEK-ASA, C. O. R. I. N. N. E. (2013). Impact of hospital security programmes and workplace aggression on nurse perceptions of safety. *Journal of Nursing Management*, 21(3), 491-498.

Copeland, D., & Henry, M. (2017). Workplace violence and perceptions of safety among emergency department staff members: Experiences, expectations, tolerance, reporting, and recommendations. *Journal of trauma nursing*, 24(2), 65-77.

Da Silva, A. T. C., Peres, M. F. T., de Souza Lopes, C., Schraiber, L. B., Susser, E., & Menezes, P. R. (2015). Violence at work and depressive symptoms in primary health care teams: a cross-sectional study in Brazil. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50(9), 1347-1355.

De Puy, J., Romain-Glassey, N., Gut, M., Pascal, W., Mangin, P., & Danuser, B. (2015). Clinically assessed consequences of workplace physical violence. *International archives of occupational and environmental health*, 88(2), 213-224.

Dyregrov, A. (2002). *Katastrofepsykologi*. Bergen: Fagbokforlaget.

Engelstad Snoek, J., Engedal, K. (2001). *Psykiatri. Kunnskap, forståelse, utfordringer*. Oslo: Akribe forlag AS.

Erickson, L., & Williams-Evans, S. A. (2000). Attitudes of emergency nurses regarding patient assaults. *Journal of Emergency Nursing*, 26(3), 210-215.

Folkehelseinstituttet (2020). *Folkehelse rapporten. Vold og seksuelle overgrep*.

Gacki-Smith, J., Juarez, A. M., Boyett, L., Homeyer, C., Robinson, L., & MacLean, S. L. (2009). Violence against nurses working in US emergency departments. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 39(7/8), 340-349.

Gates, D. M., Ross, C. S., & McQueen, L. (2006). Violence against emergency department workers. *The Journal of emergency medicine*, 31(3), 331-337.

Gates, Donna M, Ross, Clara Sue, & McQueen, Lisa. (2006). Violence against emergency department workers. *The Journal of Emergency Medicine*, 31(3), 331–337.
<https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2005.12.028>

Gerberich, S G, Church, T R, McGovern, P M, Hansen, H E, Nachreiner, N M, Geisser, M S, Ryan, A D, Mongin, S J, & Watt, G D. (2004). An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occupational and Environmental Medicine (London, England)*, 61(6), 495–503.
<https://doi.org/10.1136/oem.2003.007294>

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112.

Guay, S., Goncalves, J., & Jarvis, J. (2014). Verbal violence in the workplace according to victims' sex—a systematic review of the literature. *Aggression and violent behavior, 19*(5), 572-578.

Habermann, M., Uys, L. R. (2003). *Violence in nursing. International perspectives*. Frankfurt am Main: Europäischer verlag der wissenschaften.

Havaei, F. (2021, January). Does the Type of Exposure to Workplace Violence Matter to Nurses' Mental Health?. In *Healthcare* (Vol. 9, No. 1, p. 41). Multidisciplinary Digital Publishing Institute.

Hegney, Desley, Tuckett, Anthony, Parker, Deborah, & Eley, Robert M. (2010). Workplace violence: Differences in perceptions of nursing work between those exposed and those not exposed: A cross-sector analysis. *International Journal of Nursing Practice, 16*(2), 188–202. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2010.01829.x>

Hellevik, O. (2002). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Helse- og omsorgsdepartementet (2017). *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)*. Oslo: Helse – og omsorgsdepartementet.

Helsedirektoratet (2017). *Kartlegging av vold mot helsepersonell og medpasienter*.

Hernes, G. (1978). *Makt og avmakt: En begrepsanalyse : [et utgangspunkt for kartlegging av de faktiske maktforhold i det norske samfunn]* (2. utg. ed., Publikasjoner (Maktutredningen)). Bergen: Universitetsforlaget.

Hogh, A., & Viitasara, E. (2005). A systematic review of longitudinal studies of nonfatal workplace violence. *European journal of work and organizational psychology*, 14(3), 291-313.

<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Indermaur, D. (1996) *Perceptions of violence*, *Psychiatry, Psychology and Law*, 3:2, 129-141, DOI: 10.1080/13218719609524883

Isaksson, U., Åström, S., & Graneheim, U. H. (2008). Violence in nursing homes: Perceptions of female caregivers. *Journal of clinical nursing*, 17(12), 1660-1666.

Isaksson, U., Åström, S., & Graneheim, U. H. (2008). Violence in nursing homes: Perceptions of female caregivers. *Journal of clinical nursing*, 17(12), 1660-1666.

Isdal, P. (2018). *Meningen med volden*. Oslo: Kommuneforlaget AS

Isdal, P. (2018). *Smittet av vold. Om sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet i hjelpeyrkene*. Bergen: Fagbokforlaget.

Jakobsson, J., Axelsson, M., & Örmon, K. (2020). The face of workplace violence: Experiences of healthcare professionals in surgical hospital wards. *Nursing research and practice*, 2020.

Jensen, P., & Ulleberg, I. (2019). *Mellom ordene. Kommunikasjon i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Jiao, M., Ning, N., Li, Y., Gao, L., Cui, Y., Sun, H., ... & Hao, Y. (2015). Workplace violence against nurses in Chinese hospitals: a cross-sectional survey. *BMJ open*, 5(3).

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5.utgave). Oslo: Abstrakt Forlag AS.

Judith E Arnetz, Bengt B Arnetz, *Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care*. *Social Science & Medicine*, Volume 52, Issue 3, 2001, Pages 417-427, ISSN 0277-9536, [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00146-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00146-5).
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953600001465>

Karlsson, B. (2014). Erfaringsbasert kunnskap. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(02), 102-102.

Kaufmann, A. & Kaufmann, G. (2010). *Psykologi i organisasjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget Vigomstad & Bjørke AS.

Kessler, R., White, L. A., Birnbaum, H., Qiu, Y., Kidolezi, Y., Mallett, D., & Swindle, R. (2008). Comparative and interactive effects of depression relative to other health problems on work performance in the workforce of a large employer. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(7), 809-816.

Kierkegaard, S. (2001). *Begrepet angst*. Oslo: Forlaget Oktober AS.

Kingma, M. (2001). Workplace violence in the health sector: a problem of epidemic proportion.

Knoll, J. L. (2016) *The Study of Violence: An Act of Species Consciousness*. Elsevier Inc.

Kobasa, S. C. (1979). Stressfull life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of personality and social psychology*, 1979 (number 1), s. 3.

Kringlen, E. (2008). *Psykiatri*. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS.

Krogh, T. (2017). *Hermeneutikk. Om å forstå og fortolke*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kvas, A, & Seljak, J. (2014). Unreported workplace violence in nursing. *International Nursing Review*, 61(3), 344–351. <https://doi.org/10.1111/inr.12106>

Lanctôt, Nathalie, & Guay, Stéphane. (2014). The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggression and Violent Behavior*, 19(5), 492–501. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.07.010>

Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven) - Lovdata

Løgstrup, K.E, Solidaritet og kærlighed, København, Gyldendal 1987

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.utgave). Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe AS.

Mathisen, J. (2012). *Sykepleiehistorie, ideer – mennesker – muligheter*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

May, R. (1998). *Power and innocence: A search for the sources of violence*. WW Norton & Company.

Morken, T., & Johansen, I. H. (2013). Safety measures to prevent workplace violence in emergency primary care centres—a cross-sectional study. *BMC health services research*, 13(1), 1-5.

Nissen, A., Hansen, M. B., Nielsen, M. B., Knardahl, S., & Heir, T. (2019). Employee safety perception following workplace terrorism: a longitudinal study. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1478584.

Nortvedt, Monica W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!* Akribe.

Nyeng, F. (2012). *Nøkkeltbegreper i forskningsmetode og vitenskapsteori*. Bergen: Fagbokforlaget.

Næss, E. N. (2010). *Små nøkler store dører. Invitasjon til sosiologi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen. Kvalitative og kvantitative perspektiv*. Stockholm: Liber AB.

Pich, J., Hazelton, M., Sundin, D., & Kable, A. (2010). Patient-related violence against emergency department nurses. *Nursing & health sciences*, 12(2), 268-274.

Postholm, M., B. (2010). *Kvalitativ metode. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kausstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.

Rees, Clare, Wirihana, Lisa, Eley, Rob, Ossieran-Moisson, Rebecca, & Hegney, Desley. (2018). The Effects of Occupational Violence on the Well-being and Resilience of Nurses. *The Journal of Nursing Administration*, 48(9), 452–458.
<https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000648>

Repstad, P. (2018). *Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Roche, M., Diers, D., Duffield, C., & Catling-Paull, C. (2010). Violence toward nurses, the work environment, and patient outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(1), 13-22.

Råkil, M. (2002). *Menns vold mot kvinner. Behandlingserfaringer og kunnskapsstatus*. Oslo: Universitetsforlaget.

Schablon, Anja, Wendeler, Dana, Kozak, Agnessa, Nienhaus, Albert, & Steinke, Susanne. (2018). Prevalence and Consequences of Aggression and Violence towards Nursing and Care Staff in Germany-A Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6), 1274. <https://doi.org/10.3390/ijerph15061274>

Sirnes, T., B. (1974). *Den gode strid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Slettebø, Å (2013). *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Spector, P. E., Coulter, M. L., Stockwell, H. G., & Matz, M. W. (2007). Perceived violence climate: A new construct and its relationship to workplace physical violence and verbal aggression, and their potential consequences. *Work & Stress*, 21(2), 117-130.

Spector, P. E., Zhou, Z. E., & Che, X. X. (2014). Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *International journal of nursing studies*, 51(1), 72-84.

Spector, Paul E, Coulter, Martha L, Stockwell, Heather G, & Matz, Mary W. (2007). Perceived violence climate: A new construct and its relationship to workplace physical violence and verbal aggression, and their potential consequences. *Work and Stress*, 21(2), 117–130. <https://doi.org/10.1080/02678370701410007>

Stami. (2015). *Vold og trusler om vold*. Hentet fra Temaområder - Vold og trusler - NOA (stami.no)

Stewart, P., & Strathern, A. (2002). *Violence: Theory and ethnography*. A&C Black.

Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse – og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Thomsen, J. F. T. (2013). 233 Threats and violence at the workplace and the risk of developing anxiety symptoms and depression. *Occupational and Environmental Medicine*, 70(Suppl 1), A79-A79.

Weisæth, L. & Mæhlum, L. (1993). *Mennesker, traumer og kriser*. Oslo: Universitetsforlaget.

Weisæth, L., Dalgard, O. S. (2000). *Psykisk helse. Risikofaktorer og forebyggende arbeid*. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS.

Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology*. McGraw-hill education (UK).

Yang, S. Z., Wu, D., Wang, N., Hesketh, T., Sun, K. S., Li, L., & Zhou, X. (2019). Workplace violence and its aftermath in China's health sector: implications from a cross-sectional survey across three tiers of the health system. *BMJ open*, 9(9), e031513.

Zhang, Junfeng, Zheng, Jing, Cai, Yingying, Zheng, Kexin, & Liu, Xingling. (2021). Nurses' experiences and support needs following workplace violence: A qualitative systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 30(1-2), 28-43.

Zinchenko, Y. P. (2011). Security psychology as social systemic phenomenon. *Psychology in Russia*, 4, 307.

Zolot, Joan PA Nurse Perception of Workplace Safety Affects Patient Care, *AJN, American Journal of Nursing*: February 2017 - Volume 117 - Issue 2 - p 14 doi: 10.1097/01.NAJ.0000512286.71113.23

Åström, S., Bucht, G., Eisemann, M., Norberg, A., & Saveman, B. I. (2002). Incidence of violence towards staff caring for the elderly. *Scandinavian journal of caring sciences*, 16(1), 66-72.

Vedlegg 1, Intervjuguide

1. Kan du beskrive hendelsen(e)? (faktadeskrivelse)

2. Kan du beskrive hvordan du opplevde hendelsen(e)?

- Reaksjoner, følelser, tanker?

- Sykepleier/pasient (omsorg, medisinsk hjelp)

3. Kan du beskrive hvordan du opplevde tiden i dagene og ukene etter hendelsen(e)?

- reaksjoner, følelser, tanker?

- oppfølging fra arbeidsgiver

- ettervirkninger av hendelsen (trygghet på jobb, forhold til pasienter med utfordrende atferd)

4. Har du noen tanker rundt din egen sikkerhet på jobb?

- hvordan opplever du at din sikkerhet på jobb er ivaretatt av arbeidsgiver?

- hvilke sikkerhetstiltak har dere på din arbeidsplass for å forebygge vold mot ansatte?

- andre tanker om sikkerheten på din arbeidsplass?

5. Har du noen tanker rundt hva du som sykepleier skal akseptere av atferd fra pasienter og pårørende?

- hvilke tanker har du rundt grensesetting ovenfor pasienter og pårørende?

- hvilke tanker har du rundt innholdet i sykepleierrollen, hvor du samtidig skal ivareta egen integritet og verdighet i jobben, i møte med vold og trusler?

6. Hva er dine refleksjoner rundt det å være sykepleier i et somatisk sykehus, hvor du kan oppleve vold og trusler på jobben?

7. Har du noen kommentarer til slutt om det vi har snakket om?

(opplevelse av situasjonen(e), tiden etter hendelsen(e), sikkerhet på arbeidsplassen, aksept for atferd, sykepleier i somatisk sykehus i møte med vold og trusler)

Vedlegg 2, Informasjon og samtykke

Vil du delta i forskningsprosjektet?

Hvordan opplever sykepleiere i somatiske sykehus møtet med vold, trusler og truende situasjoner i jobben?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan sykepleiere i somatiske sykehus opplever vold og trusler på jobben. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med denne masteroppgaven er å øke kunnskapen om hvordan sykepleiere i somatiske sykehus opplever voldshendelser, hvilke ettervirkninger tilfeller av vold og trusler kan få for den utsatte, samt undersøke hvilke tiltak sykepleierne selv mener ville kunne ha virket forebyggende for hendelser med vold og trusler.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskolen i Innlandet er ansvarlig for prosjektet.

Veileder er Anne Mari Steigen.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta, med bakgrunn i at undertegnede har gjort en henvendelse ut til en rekke enheter i somatiske sykehus i Sykehuset Innlandet, hvor din leder har fått spørsmål om å gjøre en henvendelse til ansatte i enheten/avdelingen, som har opplevd vold/trusler/truende situasjoner på jobben.

Hva innebærer det for deg å delta?

- Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i et individuelt intervju, hvor undertegnede kommer ut til deg på din arbeidsplass. Intervjuet vil ta maksimalt halvannen time.
- Du vil være én av totalt 8 -10 i Sykehuset Innlandet som blir intervjuet.

- Intervjuet blir tatt opp på lydopptager og opptaket vil bli behandlet og oppbevart forskriftsmessig.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- *Det vil kun være undertegnede (student) som har tilgang til lydopptaket.*
- *Det vil ikke fremkomme opplysninger som kan være med på å identifisere deg.*

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Masteroppgaven leveres inn november 2019, og lydopptak vil da bli slettet.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- **Student, Frode Johansen;** frode.johansen@sykehuset-innlandet.no Tlf.; [REDACTED]
- Høgskolen i Innlandet ved Anne Mari Steigen, anne.steigen@inn.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Eventuelt student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i individuelt intervju
- at svarene fra intervjuet kan benyttes som en del av en eventuell publisering, men da anonymisert

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. *november 2019*

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3, NSD godkjenning

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Vold og trusler mot sykepleiere i somatiske sykehus

Referansenummer

436452

Registrert

26.10.2018 av Frode Johansen - 984058@stud.inn.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Innlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for folkehelse og idrettsvitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Anne Mari Steigen, anne.steigen@inn.no, tlf: 62 43 03 58

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Frode Johansen, frode.johansen@sykehuset-innlandet.no, tlf: 46781030

Prosjektperiode

01.03.2019 - 20.05.2020

Status

19.02.2019 - Vurdert

Vurdering (2)

19.02.2019 - Vurdert

Endringsvurdering Den 15.02.19 ble det meldt endringer i prosjektet.

Prosjektperioden endres til 20.05.20. NSD legger til grunn at utvalget (ansatte) rekrutteres via leder. Vi legger videre til grunn at utvalget i sine beskrivelser av hendelser ikke gir fra seg identifiserende opplysninger om tredjepersoner (pasienter som utøvde volden). For øvrig gjelder vår vurdering av 16.01.19. Kontaktperson hos NSD: spesialrådgiver Kjersti Haugstvedt Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

16.01.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD, den 16.01.19.

Behandlingen kan starte. MELD ENDRINGER Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringen gjennomføres. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger frem til 03.05.19. LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig,

spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a), jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2). PERSONVERNPRINSIPPER

NSD finner at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen: - om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER De registrerte vil ha følgende rettigheter i prosjektet: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). Rettighetene etter art. 15–20 gjelder så lenge den registrerte er mulig å identifisere i datamaterialet. NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32) For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare status for behandlingen av personopplysninger. Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: spesialrådgiver Kjersti Haugstvedt Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 4, Tabell funn

Tema	Meningsbærende enheter	Sub - gruppe	Kodegruppe	Kategori
Voldens konsekvenser	<p>Bestemte meg for at dette skal jeg gjøre noe med. Jeg skal jobbe for at dette ikke skal skje igjen.</p> <p>Klarte å snu det og gjøre det til noe positivt.</p>	Initiativ til endring	Mestring	Vold og psykisk helse
	<p>Husker at jeg gråt og sa at nå kan jeg aldri fortsette som sykepleier.</p> <p>Det er stor slitasje på ansatte, flere vurderte sykemelding. Jeg er psykisk utslitt. Det er intenst og svært krevende.</p>	Slitasje		
	<p>Jeg var redd for å se den pårørende igjen. Redd når jeg skulle gå til bilen.</p> <p>Irritabel. Så meg over skulderen. Var redd da jeg gikk ut av heisen, redd da jeg skulle gå til bilen. Jeg innså at jeg var redd på jobb.</p> <p>Gikk og så meg over skulderen stadig vekk. Gikk</p>	Redd på jobb	Belastning over tid	

	<p>uker hvor jeg fortsatt var redd.</p>		<p>Belastning over tid</p>	<p>Vold og psykisk helse</p>
<p>Risiko og sikkerhet</p>	<p>Politiet følger pasienten, men drar igjen.</p> <p>Har vært episoder hvor vi trenger politi, men det tar alltid mer enn 20 minutter, og hvis situasjonen er alvorlig, så er det veldig lang tid.</p> <p>Hvor skal vi ringe? Må trykke stansknappen. Hvem skal vi kontakte?</p>	<p>Bistand i situasjoner med vold og trusler</p>	<p>Egensikkerhet og risiko</p>	<p>Opplevd sikkerhet på arbeidsplassen</p>
	<p>Har stadig utagerende pasienter, vi er sjanseløse hvis det skjer noe alvorlig.</p> <p>Gjengmedlemmer som har sloss, ligger på hvert sitt rom i samme avdeling. Føler meg ikke trygg, vi er for få folk på jobb til å håndtere krevende tilfeller.</p>	<p>Opplevelse av å ikke ha kontroll</p>		
	<p>Er mulig å komme inn døgnet rundt, det er for eksempel ikke vanskelig å ta seg inn på medisinrommet.</p> <p>Har ikke låser på ytterdører, er helt fritt å gå inn.</p>	<p>Fysisk sikkerhet</p>		

	<p>Flere rom er lagt opp til at vi sitter innerst i rommet, slik at du ikke kommer deg ut.</p>	Fysisk sikkerhet	Egensikkerhet og risiko	Opplevd sikkerhet på arbeidsplassen
	<p>Sitter langt inne å overlate andre pasienter til seg selv! Ville nok ikke låst meg inn på vaktrommet.</p> <p>Vi er fryktelig utsatt. Kan løpe, men da er det andre som blir utsatt.</p> <p>Forsøker å avverge skade på andre pasienter, setter seg selv i fare.</p> <p>Vi utsetter oss selv generelt sett for mye risiko.</p>	Andres sikkerhet fremfor egen		
Erfaringer, refleksjoner og konsekvenser	<p>Har hatt flere episoder hvor jeg har blitt slått, og slått etter, faktisk mange hendelser.</p> <p>Mye vold og trusler opp igjennom mange år som sykepleier.</p>	Voldens omfang	Erfaring med vold	Avmakt
	Vi forstår i hjel!	Å unnskyldte voldsbruk	Frustrasjon	

Erfaringer, refleksjoner og konsekvenser	<p>Jeg forstår at pasienter er syke, men vi skal ikke bli utsatt for vold på jobb!</p> <p>Har lett for å unnskyldde, demente, deliriske, psykose. De kan ikke noe for det!</p> <p>Du vet at demente ikke mener noe med det, spesielt deliriske. Jeg har litt lett for å lage unnskyldninger for hvorfor det ikke er vold og trusler.</p>		Frustrasjon	Avmakt
	<p>Jeg ble sint og var irritert på jobb.</p> <p>Var ikke særlig redd, mest irritert.</p>	Eget sinne og irritasjon		
	<p>Tok tak i meg og holdt fast så det ble merker.</p> <p>Slår til meg i ansiktet, blir rebelsk og får tak i platen på spritdispenser, forsøker å bruke det som stikkvåpen.</p> <p>Jeg har blitt slått av en pasient i forbindelse med undersøkelser.</p> <p>En dement dame slo til meg, fikk kloremarker i ansiktet.</p>	Fysisk vold	Kropp og sinn	

	<p>Pårørende som har kommet hit og vært frustrert, som hvitkledd så får jeg skylda. Blitt stengt inne og blokkert utgangen, ropt til meg.</p> <p>Degraderende språk. Du kan ingenting, inkompetent. Den type ting.</p> <p>Det er mye verbalt i perioder, man blir lei.</p> <p>Det er liksom så greit når folk er stygge mot sykepleiere!</p> <p>Det har vært folk som har opplevd å bli jaget på vei til bilen etter jobb!</p>	<p>Psykisk vold</p>	<p>Kropp og sinn</p>	<p>Avmakt</p>
	<p>Det var ubehagelig og ekkelt, prøvde å hjelpe, forstår ikke dette.</p> <p>Gjør så godt vi kan. Være tålmodig, ta imot.</p> <p>Man skal være imøtekommende og vise omsorg, men når man får kjefte tilbake, så mister man litt motivasjonen.</p> <p>Jeg tror jeg finner meg i det, fordi det forventes at sånn er det. Jeg tenker at terskelen</p>	<p>Toleranse for vold</p>	<p>Integritet og verdighet</p>	

	<p>skal være veldig lav. Vi slipper det altfor langt hver gang. Det går en grense, men hvor?</p> <p>Toleransen min har blitt lavere.</p> <p>Vi må ha større fokus, ikke være så naive på at det ikke skjer oss.</p>	<p>Toleranse for vold</p>	<p>Integritet og verdighet</p>	<p>Avmakt</p>