



# ATT VÅGA STÅ KVAR OCH BJUDA IN TILL RELATION

Sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med våldsamt beteende inom rättspsykiatrisk slutenvård

**DIDRIK EJDVINSSON**

**SARA RING**

*Huvudområde: Vårdvetenskap  
Nivå: Avancerad  
Högskolepoäng: 15 hp  
Program: Specialistsjuksköterska med  
inriktning psykiatrisk omvårdnad  
Kursnamn: Examensarbete i vårdvetenskap  
med inriktning mot psykiatrisk omvårdnad  
Kurskod: VAE096*

*Handledare: Linda Sellin  
Examinator: Lena Wiklund Gustin*

*Seminariedatum: 2026-04-28  
Betygsdatum: 2026-05-04*

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Att möta patienter som uppvisar ett våldsamt beteende är en svår och komplex uppgift för sjuksköterskor inom psykiatrisk vård. Erfarenheter som sjuksköterskor erfarit är mestadels beskrivningar utifrån en negativ kontext men även erfarenheter av att stärkas av dessa patientmöten. Vidare redovisas hur sjuksköterskor hanterar uppkomna våldssituationer samt hur dess påverkan efteråt och hur de ser på framtiden utifrån sitt yrkesval. **Syfte:** Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med våldsamt beteende inom rättspsykiatrisk slutenvård. **Metod:** Studien har en kvalitativ design med induktiv ansats. Semistrukturerade intervjuer genomfördes med tio sjuksköterskor på en rättspsykiatrisk klinik i mellersta Sverige. Data analyserades med kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Sjuksköterskors erfarenheter belyses genom fem kategorier: *Att se personen bakom våldet, Att arbeta förebyggande, Att vårda är utmanande, Att möta våldet och Att finnas där för varandra efter en våldsam situation* vilka visar på relationens betydelse. **Slutsats:** Att vårdrelationen är det viktigaste verktyget för att förebygga att patienter uppvisar ett våldsamt beteende.

**Nyckelord:** Erfarenheter, Kvalitativ innehållsanalys, Rättspsykiatrisk slutenvård, Sjuksköterskors perspektiv, Tidvattenmodellen, Våldsamt beteende

## ABSTRACT

**Background:** Meeting patients who exhibit violent behavior is a difficult and complex task for nurses in psychiatric care. Experiences that nurses have had are mostly descriptions from a negative context but also experiences of being strengthened by these patient encounters. Furthermore, it is reported how nurses handle violent situations that arise, how their impact afterwards and how they view future based on their choice of profession. **Aim:** To describe nurses' experiences of caring for patients with violent behavior in forensic psychiatric inpatient care. **Method:** The study has a qualitative design with an inductive approach. Semi-structured interviews were conducted with ten nurses at a forensic psychiatric clinic in central Sweden. Data was analyzed with a qualitative content analysis. **Results:** Nurses' experiences are illustrated through five categories: *Seeing the person behind the violence*, *Working preventively*, *Caring is challenging*, *Facing the violence* and *Being there for each other after a violent situation* which show the importance of the relationship. **Conclusion:** The care relationship is the most important tool for preventing patients from exhibiting violent behavior.

**Keywords:** Experiences, Forensic psychiatric inpatient care, Nurse perspectives, Qualitative content analysis, The Tidal model, Violent behavior

# INNEHÅLL

<b>1</b>	<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
2.1	Rättspsykiatrisk vård.....	2
2.2	Våld och våldsamt beteende.....	2
2.3	Personcentrerad vård.....	3
2.4	Tidigare forskning .....	3
2.4.1	<i>Negativa erfarenheter av våld</i> .....	4
2.4.2	<i>Positiva erfarenheter av våld</i> .....	5
2.4.3	<i>Erfarenheter av tvångsåtgärder</i> .....	6
2.5	Teoretisk referensram .....	7
2.6	Problemformulering.....	8
<b>3</b>	<b>SYFTE</b> .....	<b>9</b>
<b>4</b>	<b>MATERIAL OCH METOD</b> .....	<b>9</b>
4.1	Design .....	9
4.2	Urval .....	10
4.3	Datainsamling .....	10
4.4	Bearbetning och analys av data .....	11
4.5	Forskningsetiska överväganden .....	12
<b>5</b>	<b>RESULTAT</b> .....	<b>14</b>
5.1	Att se personen bakom våldet.....	16
5.1.1	<i>Att vara genuint nyfiken på personen</i> .....	16
5.1.2	<i>Att förstå hur personen påverkas av sjukdomen</i> .....	16
5.1.3	<i>Att ge utrymme för en god vårdrelation</i> .....	17
5.2	Att arbeta förebyggande .....	19
5.2.1	<i>Att se tidiga tecken för att förhindra våldets uppkomst</i> .....	19

5.2.2	<i>Att vara förberedd på våldet</i>	19
<b>5.3</b>	<b>Att vårda är utmanande</b>	<b>20</b>
5.3.1	<i>Att bli berörd</i>	20
5.3.2	<i>Att vårda våldsamma personer med psykos är komplext</i>	22
<b>5.4</b>	<b>Att möta våldet</b>	<b>22</b>
5.4.1	<i>Att möta det planerade våldet</i>	22
5.4.2	<i>Att hantera en våldsam situation</i>	23
5.4.3	<i>Att bli tryggare i relation till våldet</i>	24
<b>5.5</b>	<b>Att finnas där för varandra efter en våldsam situation</b>	<b>25</b>
<b>6</b>	<b>DISKUSSION</b>	<b>26</b>
<b>6.1</b>	<b>Metoddiskussion</b>	<b>26</b>
6.1.1	<i>Giltighet</i>	26
6.1.2	<i>Tillförlitlighet</i>	27
6.1.3	<i>Överförbarhet</i>	29
6.1.4	<i>Samarbete mellan författare</i>	29
6.1.5	<i>Ansvarsfull användning av generativ AI i uppsatsarbetet</i>	30
<b>6.2</b>	<b>Etikdiskussion</b>	<b>30</b>
<b>6.3</b>	<b>Resultatdiskussion</b>	<b>31</b>
6.3.1	<i>Brobyggande</i>	31
6.3.2	<i>Att använda den tillgängliga verktygslådan</i>	32
6.3.3	<i>Att ge tid som gåva</i>	33
6.3.4	<i>Att utveckla genuin nyfikenhet</i>	33
6.3.5	<i>När bron hotar att brista</i>	34
<b>6.4</b>	<b>Resultatet i ett vidare sammanhang</b>	<b>34</b>
<b>7</b>	<b>SLUTSATS</b>	<b>35</b>
7.1	<i>Kliniska implikationer</i>	36
7.2	<i>Förslag till fortsatta studier</i>	36
	<b>REFERENSLISTA</b>	<b>37</b>

**BILAGA A - BREV TILL VERKSAMHETSCHEF**

**BILAGA B - MISSIVBREV**

**BILAGA C - INTERVJUGUIDE**

# 1 INLEDNING

Den rättspsykiatriska slutenvården utgör en komplex vårdkontext där omvårdnad utformas till patienter med en allvarlig psykisk störning, vilka samtidigt kan utgöra en risk för både sig själva och andra. Vården kännetecknas av ett dubbelt uppdrag där behandling, omvårdnad och återhämtning ska förenas med både säkerhet och ett samhällsskyddande ansvar. Sjuksköterskor har en central roll och ett omvårdnadsansvar att främja patienters hälsa och återhämtning. Det kan innebära att sjuksköterskor vårdar patienter som ger uttryck för ett våldsamt beteende. Det kan vara allt ifrån verbala hotelser till starkt våldsamt beteende som kan leda till misshandel av sjuksköterskor. Detta är en utmaning i sjuksköterskors arbete och kan påverka både omvårdnad och vårdpersonals välbefinnande.

Att vårda en patient som uppvisar ett våldsamt beteende kan för sjuksköterskor vara både etiskt utmanande och emotionellt krävande eftersom de fortfarande ska upprätthålla en vårdrelation i samband med tvångsåtgärder de genomför. När sjuksköterskor vid upprepade tillfällen vårdar patienter som uppvisar ett våldsamt beteende kan det leda till stress, rädsla och ångest, vilket även på sikt riskerar inverka negativt på omvårdnaden. Det finns trots detta en begränsad kunskap hur sjuksköterskor själva erfar samt hanterar dessa situationer samt hur det påverkar den vårdande relationen mellan sjuksköterskor och patienter. Vårdrelationen mellan sjuksköterskor och patienter är central inom omvårdnad och vårdvetenskap.

Författarna vill på intet sätt sätta en stämpel på patienter inom den rättspsykiatriska slutenvården att vara våldsamma. Samtidigt vet vi att våldsamma beteenden förekommer inom den rättspsykiatriska slutenvården. Då båda författarna har erfarenheter av att vårda patienter som uppvisar ett våldsamt beteende, väcktes ett intresse att studera hur andra sjuksköterskor erfar och påverkas av dessa möten men även hur vårdrelationen påverkas.

# 2 BAKGRUND

I bakgrunden redovisas rättspsykiatrisk vård, våld och våldsamt beteende samt personcentrerad vård. Detta för att ge en ökad förståelse till den tidigare forskning som följer. Därefter redovisas teoretisk referensram och avslutningsvis problemformulering.

## 2.1 Rättspsykiatrisk vård

För att bli dömd till rättspsykiatrisk vård måste gärningspersonen lida av en allvarlig psykisk störning samt ha begått ett brott. Det finns ingen diagnos vilken per automatik likställs med en allvarlig psykisk störning. Schizofreni är dock en mycket vanlig diagnos vilken klassificeras som en allvarlig psykisk störning. Allvarlig psykisk störning är mer effekterna av psykisk ohälsa och beteenden av dessa som ska bedömas. Domstolen kan begära att den misstänkte personen ska genomgå en rättspsykiatrisk undersökning. Den rättspsykiatriska undersökningen utförs av Rättsmedicinalverket som är en statlig myndighet. Den rättspsykiatriska undersökningen leder fram till ett yttrande om personen lider av en allvarlig psykisk störning. Sedan är det upp till domstolen att avgöra påföljden. Döms personen till rättspsykiatrisk vård placeras personen på en rättspsykiatrisk klinik vilken oftast drivs i regionens regi (Kristiansson, 2024). Enligt en rapport från Rättsmedicinalverket (2023) är genomsnittlig vårdtid för en person som är dömd till rättspsykiatrisk vård cirka sju år och sex månader. När en person vårdas under rättspsykiatrisk vård kan det bli aktuellt med tvångsåtgärder. Exempel på detta är fastspänning och avskiljning. Fastspänning innebär att spänna fast patienten med bälten i en bältessäng eller liknande anordning. Med avskiljning menas att låsa in patienten i ett rum avskild från andra patienter efter beslut från läkare enligt (LPT) lagen om psykiatrisk tvångsvård (SFS 1991:1128).

## 2.2 Våld och våldsamt beteende

World Health Organization (2002) definierar våld som en uppsåtlig handling av fysiskt våld eller makt, hotad eller faktisk, mot sig själv, en annan person eller mot en grupp eller ett samhälle, som antingen resulterar i eller har hög sannolikhet att leda till skada, död, psykisk skada, vanskapthet eller förlust.

Aggression eller aggressivitet är oftast driften eller orsaken till ett våldsamt beteende. Risken för aggressionsutbrott kan förstärkas vid olika sjukdomstillstånd och substanspåverkan. Förhöjd arousal ökar risken för våldshandling. Här ses exempelvis manisk sjukdom, akut berusning och bruk av anabola steroider. En sänkt tröskel för impuls kontroll kan relateras till vissa diagnoser som personlighetsyndrom och emotionellt instabilt personlighetsyndrom. En sänkt impuls kontroll kan även ses vid sjukdomstillstånd där verklighetsuppfattningen är störd som psykoser, paranoia och konfusion (Palmstierna, 2024). Rädsla kan leda till aggression och våldsutövning. Det beskrivs att ju räddare en person är desto farligare kan personen bli. I vård där vården inte sker frivilligt kan en vanmakt uppstå hos individen något som även är ett exempel på en förhöjd riskfaktor för våldshandlingar (Isdal, 2017). Dock poängterar Palmstierna (2024) att personer med psykisk ohälsa inte är väsentligen mer våldsamma än andra generellt sett bortsett från faktorerna ovan.

## 2.3 Personcentrerad vård

Personcentrerad vård är en av sjuksköterskans sex kärnkompetenser vilket innebär att varje patient ska ses som en egen unik person och bemötas efter sina specifika behov och resurser utifrån sina omständigheter. Vården ska även utgå från ett samarbete tillsammans med patient och dess närstående. Detta utifrån patientens egen berättelse och sjuksköterskan ska tillsammans med patienten identifiera vad hälsa betyder för personen (Svensk sjuksköterskeförening, 2024).

Personcentrerad vård har en utgångspunkt i patientens berättelse och ett första steg i detta är att som sjuksköterska bjuda in till ett partnerskap. Det är personen och dess livssituation som ska vara i fokus och inte hans diagnos eller sjukdom. Detta kan fås genom att aktivt lyssna på patientens berättelse vilket i sin tur kan leda fram till ett partnerskap. Partnerskapet kan uppnås när patienten aktivt får en möjlighet att medverka i sin vård och beslut vilket ger förutsättningar att nå återhämtning och hälsa för personen (Kristensson Ugglå, 2020). För att säkra partnerskapet ska sjuksköterskan tillsammans med patienten och ibland även närstående upprätta en vårdplan. Det är sjuksköterskan som stödjer patienten att identifiera sina hälsoresurser. Om patienten på detta sätt involveras i vårdplanen är chansen större att patienten senare följer vårdplanen. Detta står till viss del i motsatsförhållande mot hur vården är konstruerad idag där vårdpersonal upprättar vårdplan utifrån sin evidensbaserade kunskap (Ekman m.fl., 2020).

## 2.4 Tidigare forskning

Nedan redovisas tidigare forskning kring sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter när de uppvisar ett beteende som är våldsamt inom slutenvården. Det framkom tidigt att forskningen var begränsad inom rättspsykiatrisk slutenvård varför sökningen utökades till artiklar som undersökte området men i en annan kontext. Sökförfarandet är utfört i The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) och Public Medline (PubMed) med sökord såsom *Forensic psychiatry*, *Nurse attitude*, *Patient aggression*, *Violence*, *Aggressive behavior*, *Psychiatric nurs*, *Mental health nursing*, *Nursing care* samt *Workplace violence*. Sökorden kombinerades med boolska operatörer och trunkering samt att artikelsökning avgränsades till att inkludera vetenskapligt granskade (peer-reviewed) artiklar och endast engelskspråkiga. Inga tidsbegränsningar gjordes vid sökningarna. Dock är majoriteten av artiklarna publicerade mellan 2015–2026.

### **2.4.1 Negativa erfarenheter av våld**

Tidigare forskning visar att sjuksköterskor blir emotionellt påverkade när de vårdar patienter som uppvisar ett våldsamt beteende inom psykiatrisk vård. Sjuksköterskor beskriver oro, ångest och rädsla utefter de erfart psykiskt och fysiskt våld (Abu Khait m.fl., 2022; Alenezi & Barr 2024; Alyosef m.fl., 2022; Ayhan m.fl., 2025; Küçük Öztürk m.fl., 2024; Lim m.fl., 2023; Stevensson m.fl., 2015; Tema m.fl., 2011). Att arbeta under påverkan av rädsla kan leda till att sjuksköterskor begår misstag (Srivastava m.fl., 2025; Tema m.fl., 2011).

Sjuksköterskor beskriver hur de ständigt är på sin vakt och hur de går med en gnagande känsla att det när som helst kan uppkomma en farlig situation. Det är nya patienter som skapar mest osäkerhet och enligt sjuksköterskors arbetslivserfarenhet är den rädda patienten den som kan vara farlig (Hammarström, 2019). Bilgin m.fl. (2024) knyter an till ovanstående då sjuksköterskor beskriver att de omedelbart vid en potentiellt upplevd våldssituation söker sig bort från patienten och letar efter en säker plats.

Omedelbara reaktioner på en våldssituation beskrivs av sjuksköterskor som rädsla och förvirring. Majoriteten av våldssituationerna är verbalt våld, följt av fysiskt våld och minst rapporterat är sexuellt våld (Alenezi & Barr, 2024; Bilgin m.fl., 2024). Känslorna kunde senare leda till sömnstörningar (Alyosef m.fl., 2022; Lim m.fl., 2023) nedstämdhet och att de drar sig undan patienten (Alyosef m.fl., 2022; Stevensson m.fl., 2015). Dessutom beskriver (Ayhan m.fl., 2025; Küçük Öztürk m.fl., 2024) hur det påverkade deras arbetsmotivation med en nedsatt förmåga att tillgodose omvårdnaden för patienten, vilket även styrks av Stevensson m.fl. (2015) som påvisar att vården, efter att sjuksköterskor utsatts för våldsamma patienter, tenderar att bli mer uppgiftsorienterad och mindre personcentrerad.

Våld och aggression beskriver sjuksköterskor som något som tog mycket tid från deras omvårdnadsarbete. Vidare beskrivs att vårdkvaliteten påverkades negativt gentemot andra patienter (Gillespie m.fl., 2023; Martins Irvine m.fl., 2024; Srivastava m.fl., 2025). Atta m.fl. (2025) belyser att när sjuksköterskor är med om våldsamma händelser vid upprepade tillfällen från sina patienter, kan det leda till mindre empati och ökad psykisk stress. Stevensson (2015) knyter an till detta då sjuksköterskor beskriver att de blir mer avtrubbade efter att de erfart upprepade våldssituationer. Sjuksköterskor beskriver även att våldet är en del av arbetet och verbalt våld särskilt förväntat, sjuksköterskor hade blivit helt okänsliga och accepterat våldet (Hiebert m.fl., 2022). Att vårda patienter på avdelningar där dörrar är låsta och patienter måste släppas ut genom att vårdpersonal låser upp dörrar beskrivs som en riskfaktor för våld från patienter. Även en restriktiv vårdmiljö kunde öka på risken för patientvåld (Avander m.fl., 2016; Greenwood & Braham, 2018).

Att inte kunna hantera situationer med patienter som senare utmynnars i våldsamma situationer väcker känslor såsom att känna skam och vanära samt att bli generade. I vissa fall ledde skammen till att sjuksköterskor till och med sjukskrev sig (Gillespie & Berry, 2023; Srivastava m.fl., 2025). När sjuksköterskor är involverade i fastspänning av patienten är risken förhöjd att de skadas. Andelen sjuksköterskor som varit tvungna att sjukskriva sig efter en sådan skada uppgick till 35,3 % (Vedana m.fl., 2018). Enligt en studie av Newman

m.fl. (2023) har en fjärdedel av sjuksköterskorna varit sjukskrivna i genomsnitt fem dagar under en tolv månaders period efter att ha utsatts av fysiskt våld från en patient. Efter att ha utsatts för hot och våld övervägde sjuksköterskor att avsluta sina anställningar eller byta till något annat vårdområde som inte innefattade psykiatri (Alyousef m.fl., 2022; Avander m.fl., 2016; Bilgin m.fl., 2024). Sjuksköterskor uppgav att de ångrade sitt yrkesval och tvivlade på att de kommer stanna kvar i yrket på sikt (Abu Khait m.fl., 2022; Avander m.fl., 2016; Ayhan m.fl., 2025; Hiebert m.fl., 2022).

Efter att ha blivit utsatta för fysiskt våld beskrivs erfarenheter av smärta, ömhet och sårskador. Allvarligare skador som huvudskada, frakturer, käkluxation, brusten trumhinna och permanent synförlust är skador som orsakats i samband med patientvåld. En sjuksköterska berättade om en händelse där polis hjälpte till med en patient som agerade våldsamt och patienten hade slagit polisen i huvudet varvid polisen senare avled. Vidare beskriver en liten del av sjuksköterskor att de i stunden då de blivit utsatt för våld haft tankar på att hämnas mot patienten (Gillespie & Berry, 2023). Våldssituationer med fysiskt våld innehållandes bland annat knivhuggningsförsök och fysiska överfall ledde till både psykiska som fysiska skador hos sjuksköterskor. Vissa skador var övergående medan andra sjuksköterskor rapporterade besvär som förmodligen skulle bli livslånga (Foster m.fl., 2026). När sjuksköterskor utsatts både för verbala hot och direkta överfall tenderade de att bli mer vaksamma. En anpassning skedde av språket, tonen och på vilket sätt de närmade sig patienten för att om möjligt inte förvärra situationen (Stevensson m.fl., 2015; Yang, 2016). Sjuksköterskor beskriver att efter de utsatts för upprepat våld till slut internaliserade våldet (Küçük Öztürk m.fl., 2024).

Sjuksköterskor uppger att våldet de utsätts för till största delen är oavsiktligt och relaterar våldet till patienternas psykiska sjukdom (Ayhan m.fl., 2025; Küçük Öztürk m.fl., 2024). Däremot tenderar sjuksköterskor att bli mer arga, frustrerade och mindre toleranta om de utsattes för patientvåld från patienter med diagnosen personlighetsyndrom samt substansbruksproblematik (Stevensson m.fl., 2015). När patienter är påverkade av alkohol och/eller narkotika beskrivs en förhöjd risk för att de agerar ut med aggression eller våldsamt beteende. Psykiska störningar och organiska störningar såsom demenssjukdomar, är andra orsaker som sjuksköterskor beskriver som riskfaktorer för aggression och våldshandlingar (Avander m.fl., 2016; Chapman m.fl., 2009). Kvinnliga sjuksköterskor beskrev hur det var skrämmande när det inte fanns några manliga sjuksköterskor på avdelningen. Dessutom menade sjuksköterskor att våldshandlingar var mer förekommande när det saknas manliga sjuksköterskor på avdelningen (Tema m.fl., 2011; Varpula m.fl., 2020).

#### **2.4.2 Positiva erfarenheter av våld**

Den tidigare forskningen visar främst på sjuksköterskors negativa erfarenheter av att vårda patienter som uppvisar ett våldsamt beteende. Enligt (Abu Khait m.fl., 2022; Hammarström, 2023) lyfts vikten av att en terapeutisk kommunikation tillsammans med patienten kan

förebygga att våldet eskalerar. Sjuksköterskor belyser kommunikation som en av de viktigaste egenskaperna för att våldssituationer inte ska uppstå. Sjuksköterskor menar dessutom att när de kommunicerade med ett lugn och var förtroendeingivande kunde det i många fall göra så patienten blev lugnare (Avander m.fl., 2016). Stevensson m.fl. (2015) belyser att en liten del av sjuksköterskor förklarar att erfarenheten av patientvåld kan vara gynnsamt för dem som person. Det ökade deras självförtroende samt ökade deras förmåga att hantera våldsamma patienter och förebygga liknande situationer i framtiden. Lim m.fl. (2023) menar dessutom att många sjuksköterskor tror att de känner sig mer alerta, vaksamma och hanterar patienterna bättre ju fler erfarenheter av våld de erfar. Vilket senare även ledde till ett bättre samarbete i arbetsgruppen. Sjuksköterskor är eniga om att patienter inte får en sämre omvårdnad trots att våldet orsakat ett försämrat självförtroende, minskad motivation och upplevd mental utmattning hos sjuksköterskor. Däremot menar sjuksköterskor att de känner sig frustrerade över att våldet gjort dem både rädda och osäkra att komma patienten nära igen.

Vid våldsincidenter menar sjuksköterskor att stödet från kollegor är det som hjälper dem mest i sin återhämtningsprocess. Däremot fanns en önskan av mer stöd från ledning och chef (Bilgin m.fl., 2024). När sjuksköterskor erfor våld från patienter som kunde förklaras av deras sjukdom hystes ingen illvilja gentemot personen och det ansågs vara mer legitimt (Hiebert m.fl., 2022). Carlsson (2003) belyser i sin doktorsavhandling betydelsen av att vårdpersonal är närvarande i det våldsamma mötet. Mötet präglas av en gemenskap mellan två personer, där vårdpersonal ser patienten som ett subjekt. Det handlar om ett tydligt mellankroppsligt möte, där vårdpersonal använder både verbala och icke-verbala uttryck för att visa respekt, ta ansvar och skapa förtroende. När vårdpersonal kan åstadkomma ett positivt möte visar ödmjukhet inför patienten och dennes lidande, bemöter patienten öppet och utan förutfattade meningar och inte utgår från antaganden om vad patienten tänker eller vill. Istället kännetecknas det goda mötet av att vårdpersonal aktivt och genuint försöker förstå vilken mening situationen har för patienten, och strävar efter att se och möta patienten efter dennes egna förutsättningar och inte sina egna. Vidare betonar Hammarström m.fl. (2019) att positiva möten stärker sjuksköterskors medkänsla, tillfredsställelse, stolthet, kompetens och glädje över att vara delaktig i patientens återhämtning.

### **2.4.3 Erfarenheter av tvångsåtgärder**

Tidigare forskning visar att sjuksköterskor beskriver genomförandet av tvångsåtgärder som emotionellt krävande. Sjuksköterskor erfar negativa känslor såsom ilska, obehag och sorg. Tvångsåtgärder ansågs vara otillfredsställande och något som togs till i sista hand (Doedens m.fl., 2020; Wong & Bressington, 2022). Attityden till tvångsåtgärder har under åren förändrats. Fram till 2010 var säkerhetsparadigmet mest framträdande för att senare mer övergå till ett behandlingsparadigm där tvångsåtgärder ansågs mera vara ett nödvändigt ont. De nya framväxta attityderna gjorde att tvångsåtgärder mer diskuterades i en etisk kontext (Doedens m.fl., 2020).

Trots ovan beskrivna negativa attityder och erfarenheter så anser sjuksköterskor nödvändigheten av tvångsåtgärder. Dels för att undvika skador på patienten och sjuksköterskor, dels i brist på alternativ vid allvarliga våldssituationer samt att det var en del av vårdkulturen. Samtidigt användes tvångsåtgärder som en sista utväg när alternativa strategier inte hjälpt (Doedens m.fl., 2020; Wong & Bresington, 2022).

I samband med tvångsåtgärder har sjuksköterskor identifierat hur kollegor agerade ogenomtänkt i mötet med en avskild patient. Sjuksköterskor beskriver hur kollegor satt på huk när de var inne hos en patient som ger uttryck för ett våldsamt beteende som var avskild och på så sätt hade svårare att undvika en snabbt uppkommen våldssituation. Att inte hjälpa till vid tvångsåtgärder och inte komma på larm vid våldssituationer är saker som väcker frustration hos sjuksköterskor i samband med tvångsåtgärder. Dessutom beskrivs att fysiskt nedsatta sjuksköterskor innebär en risk för sina kollegor, men även för patienten då de inte orkar hålla fast en patient som exempelvis självskadar. Ett negativt samarbete i arbetsgruppen samt att ifrågasätta varandras beslut skadar sammanhållningen i arbetsgruppen. Ifrågasättanden av varandras beslut kan vara avsaknad av organisatoriska riktlinjer vid tvångsåtgärder. Brist på vårdpersonal uppgavs vara ett problem vid tvångsåtgärder. Detta gällde särskilt nattetid. Att inte ha tillräckligt med manlig vårdpersonal vid tvångsåtgärder var ytterligare en sak som sjuksköterskor lyfte som ett problem i samband med tvångsåtgärder. Utbildning, och att varje tvångsåtgärd så långt som möjligt föregås av en planering är viktig för att undvika skador på patient och vårdpersonal (Varpula m.fl., 2020). Wong och Bresington (2022) knyter an till detta genom att beskriva att sjuksköterskor behöver vara fysiskt förberedda inför tvångsåtgärder och var sjuksköterskor inte det beskrevs en oro för att bli skadad i samband med tvångsåtgärder. Kvinnliga sjuksköterskor kan sakna den fysiska styrkan som krävs för att hålla fast en patient i samband med en våldssituation vilket kan leda till frustration i arbetsgruppen (Tema m.fl., 2011; Varpula m.fl., 2020).

## 2.5 Teoretisk referensram

Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med våldsamt beteende inom rättspsykiatrisk slutenvård. För att få en djupare och bredare förståelse har författarna använt sig av Phil Barker och Poppy Buchanan-Barkers teoretiska perspektiv Tidvattenmodellen (Barker & Buchanan-Barker, 2026). Denna modell är utformad för den psykiatriska omvårdnaden vilken ska stödja för personens situation, behov och återhämtningsfas där insatserna är föränderlig över tid för personen. Tidvattenmodellen grundar sig på tio åtaganden som bör vara vägledande i sjuksköterskors omvårdnadsarbete. Dessa åtaganden är *att värdesätta rösten, att respektera språket, att utveckla genuin nyfikenhet, att bli lärjunge, att synliggöra personlig visdom, att vara transparent, att använda den tillgängliga verktyglådan, att förbereda nästa steg, att ge tid som gåva* samt *att komma ihåg att förändring är konstant* (Barker & Buchanan-Barker, 2026).

I denna studie har författarna utgått från tre åtaganden. *Att använda den tillgängliga verktyglådan* innebär att ett av de viktigaste verktygen som finns är att lyssna till personens berättelse som kan innehålla flera exempel av vad som tidigare har fungerat och kan fungera för personen. Vilket även innefattar det som tidigare inte fungerat. Det är genom personens berättelse som förutsättning ges för att förstå vad som behövs för att personen ska finna vägen till återhämtning. *Att ge tid som gåva* handlar om hur värdefull tiden är som tillbringas tillsammans och att den ska ses som en vårdande handling där tiden ska tas till vara och användas på ett värdefullt sätt. *Att utveckla genuin nyfikenhet* innebär att hitta sätt att intressera sig för att skapa en förståelse för personen. Det kan uppnås genom en vilja att förstå personen bakom berättelsen som aldrig är färdigskriven (Barker & Buchanan-Barker, 2026). Dessa åtaganden kommer att användas för att nå en fördjupad förståelse för vad som kan vara viktigt för sjuksköterskor i vården av patienter som kan uppvisa ett våldsamt beteende och främja för patientens omvårdnad och återhämtning. Barker och Buchanan-Barker (2026) betonar även vårdrelationens betydelse där både sjuksköterskor och patienter ses som aktiva deltagare i omvårdnaden. Där patienten metaforiskt ska ses som kapten på sitt eget skepp och sjuksköterskor och annan vårdpersonal ses som besättning. Där utgångspunkten är att personen är expert på sig själv och sin berättelse. Sjuksköterskor ska enligt Tidvattenmodellen se personen i ett helhetsperspektiv och stärka och stötta hen på sin resa till återhämtning. Där en målsättning finns att personen ska återta kontrollen och finna nya sätt att förstå sig själv, där våldet inte bara ska ses som en handling, utan som en del av personens erfarenheter och berättelse. Detta kan liknas vid ett brobyggande för att nå personen på andra sidan av ett stormande hav vilket utgörs av personens psykiska ohälsa där sjuksköterskan skapar den trygga hamnen. Genom att använda sig av Tidvattenmodellen anser författarna att en djupare förståelse kan fås kring de erfarenheter sjuksköterskor besitter av att vårda patienter när de uppvisar ett våldsamt beteende.

## 2.6 Problemformulering

Det finns en ökad risk att möta patienter som uppvisar ett våldsamt beteende inom den rättspsykiatriska slutenvården. Samtidigt är det av vikt att poängtera att en person med psykisk ohälsa inte är väsentligt mer våldsam än någon annan individ. Den rättspsykiatriska slutenvården ska vara en säker plats där vården ska främja hälsa och återhämtning. I detta arbete har sjuksköterskor en central roll. Utifrån tidigare forskning finns få beskrivningar av att vårda patienter med våldsamt beteende inom rättspsykiatrisk slutenvård. Patienters vårdtider på akutpsykiatriska och allmänpsykiatriska avdelningar skiljer sig markant gentemot rättspsykiatrisk slutenvård där vårdtiderna är betydligt längre. En fundering är om den generellt långa vårdtiden inom rättspsykiatrisk vård gör att sjuksköterskor erfar patienter som uppvisar ett våldsamt beteende annorlunda då de har längre tid på sig att etablera en relation med patienten.

Mycket av tidigare redovisad forskning lyfter sjuksköterskors negativa erfarenheter av att vårda patienter som uppvisar ett våldsamt beteende. De positiva aspekterna är sparsamt beskrivna såsom att sjuksköterskor stärks i sin yrkesroll genom att de blir bättre förberedda och mer rustade att vårda dessa patienter. Ett intresse finns att se om ett våldsamt beteende från patienten till och med kan förbättra vårdrelationen mellan sjuksköterskor och patienter. På vilket sätt erfar sjuksköterskor det och hur påverkas den fortsatta vårdrelationen tillsammans med patienten. Tidvattenmodellen utgår från ett personcentrerat förhållningssätt som betonar vikten av relationen och att involvera patienten i omvårdnaden. Där sjuksköterskor ser patienten som en egen individ med egna resurser för att finna återhämtning. Förhoppningen med studien är att kunna bidra till nya rutiner samt en ökad trygghet för både patienter och vårdpersonal.

### **3 SYFTE**

Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med våldsamt beteende inom rättspsykiatrisk slutenvård.

## **4 MATERIAL OCH METOD**

I material och metod kommer studiens design, urval, datainsamling, bearbetning och analys av data att redovisas. Avslutningsvis redovisas etiska överväganden.

### **4.1 Design**

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med våldsamt beteende inom rättspsykiatrisk slutenvård. Därför valdes en kvalitativ design med en induktiv ansats, med fokus på deltagarnas erfarenheter. Studien utgick från empiriskt material och författarna har strävat efter att undersöka fenomenet utan förutfattade meningar och utan teori som en utgångspunkt (Priebe & Landström, 2023). Det insamlade materialet har sedan analyserats utifrån en kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004), vilket möjliggör att dra generella slutsatser utifrån deltagarnas erfarenheter. En teoretisk referensram utsågs och beskrevs utifrån Barker och Buchanan-

Barker (2026) Tidvattenmodellen som tillämpades i resultatdiskussionen för att få en bredare uppfattning av det framkomna resultatet.

## 4.2 Urval

Tio deltagare rekryterades till studien via ett strategiskt urval. Polit och Beck (2021) beskriver att ett strategiskt urval har för avsikt att få deltagare med erfarenhet av det fenomen som studeras och som både kan och vill berätta, vilket möjliggör att få mer variationsrika och innehållsrika berättelser som svarar an på studiens syfte. Urvalsprocessen påbörjades genom att en förfrågan skickades till verksamhetschef på ett rättspsykiatriskt sjukhus i mellersta Sverige om tillåtelse att få genomföra studien (Bilaga A). När studien var godkänd var klinikkens patientsäkerhetssamordnare behjälplig med att vidarebefordra missivbrev samt samtyckesblankett (Bilaga B) till alla sjuksköterskor arbetandes på kliniken via e-post. Inklusionskriterier för att delta i studien var grundutbildade sjuksköterskor eller vidareutbildade specialistsjuksköterskor inom psykiatri, arbetat inom rättspsykiatrisk slutenvård i minst ett år samt besitta erfarenhet av att vårda patienter med ett våldsamt beteende. Inga exklusionskriterier bedömdes behövas eftersom det kan medföra att värdefull information gick förlorad. Sjuksköterskornas ålder varierade mellan 26 och 60 år och deras yrkeserfarenhet inom rättspsykiatrisk slutenvård var mellan 4 och 27 år. Det fanns även en spridning mellan grundutbildade och specialistutbildade sjuksköterskor och kön bland deltagarna.

## 4.3 Datainsamling

Datainsamling har inhämtats med hjälp av semistrukturerade intervjuer med öppna frågor utifrån en intervjuguide (Bilaga C) framtagen med stöd av handledare. Genom att använda sig av semistrukturerade intervjuer med öppna frågor fås möjlighet att följa upp det deltagarna berättar och det samtidigt som intervjun följer syftet för studien (Polit & Beck, 2021). Författarna genomförde en provintervju av intervjuguiden för att kontrollera frågornas relevans och om de svarade på studiens syfte. Efter provintervjun skrevs intervjun ut och transkriberades ordagrant av båda författarna tillsammans. Engström och Juuso (2023) förordar att provintervjun skrivs ut för att kvalitén ska kunna bedömas innan datainsamlingen fortskrider.

Tio intervjuer genomfördes vilka fördelades jämt mellan författarna. Eftersom den ena författaren arbetade på kliniken och den andra arbetat där tidigare intervjuades den deltagare författaren hade minst relation till. Deltagarna fick själva välja plats för intervjun. De flesta intervjuerna skedde inom arbetsplatsen och några deltagare valde att bli intervjuad i sitt hem. Innan intervjuerna påbörjades informerades deltagarna åter om studiens syfte och att de har rätt att avbryta utan att ange någon orsak. Deltagarna fick även skriva under en

samtyckesblankett där de godkände sitt deltagande i studien. Intervjuerna spelades in digitalt och fördes över till en lösenordskyddad dator innan ljudinspelningen raderades. Varje intervju pågick mellan 20–60 minuter.

#### **4.4 Bearbetning och analys av data**

En kvalitativ innehållsanalys av Graneheim och Lundman (2004) användes för att bearbeta och analysera insamlat datamaterial. Författarna anser att metoden ger förutsättningar för att systematiskt synliggöra innehållet i materialet. Graneheim och Lundman (2004) betonar även att det är en relevant metod då den bidrar till en fördjupad förståelse av deltagarnas erfarenheter. Intervjuerna transkriberades av den författare som genomfört intervjun samma dag som intervjun ägt rum. Engström och Juuso (2023) beskriver att när transkribering utförs av den egna intervjun fås en större bekantskap med data vilket är en betydelsefull grund inför analysen. Transkriptionerna avkodades och tilldelades en bokstav enligt Vetenskapsrådet (2017) för att säkerställa konfidentialitet för deltagarna.

Efter att transkribering av intervjuerna skett ordagrant lästes materialet igenom av båda författarna flera gånger för att kunna bilda sig en helhet av innehållet. En jämförelse och diskussion kring de meningsbärande enheter som svarade på studiens syfte, fördes mellan författarna innan det gemensamt plockades ut och fördes in i en analysmatris. I följande skede gjordes en manifest analys vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) innebär att förhålla sig textnära med minsta möjliga tolkning. Meningsenheterna kondenserades ner utan att innehåll av meningsenheten förlorades och tilldelades en kod. Graneheim och Lundman (2004) beskriver att koden ger en kortare förklaring av det betydelsefullaste i meningsenheten. Koderna skrevs upp på häftlappar för att lättare kunna sorteras och bilda subkategorier utifrån innebörden i koderna som slutligen började ta form i kategorier. Detta var dock en process som pågick fram och tillbaka för att säkerställa att subkategorier och kategorier återspeglade innehåll i koderna på ett tillförlitligt och relevant sätt. I tabellen nedan redovisas exempel från analysprocessen.

Tabell 1: Utdrag ur analysmatris

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
Att ha en bra relation med patienten och (...) lära känna av om den liksom börjar bli sämre, då får man ju liksom väga in både ordval och att man kanske backar i stunden eller stärker upp med mer personal och man ska gå in och (...) så att ja.	Att ha en bra relation och känna av försämring då får man väga in ordval och kanske backa i stunden och stärka upp med personal	Att känna av försämring	Att se tidiga tecken för att förhindra våldets uppkomst	Att arbeta förebyggande
Det förekommer ju våld naturligtvis. Sedan är det ju väldigt individuellt hur man hanterar det (...) beroende på patient och situation och vad som krävs i situationen	Att hantera våld är väldigt individuellt beroende på patient och vad som krävs i situationen	Att hantera våld	Att hantera en våldsamt situation	Att möta våldet

## 4.5 Forskningsetiska överväganden

Det finns fyra forskningsetiska huvudkrav som studien förhållit sig till, *informationskravet*, *samtyckeskravet*, *konfidentialitetskravet* samt *nyttjandekravet*. Kraven gäller all forskning som involverar människor (Vetenskapsrådet, 2002). Forskningsetik handlar om att måna om

människors lika värde och deras självbestämmande samt att integritet ska respekteras. Det är av stor vikt att de forskningsetiska principerna göra gott, inte skada, rättvis samt autonomiprincipen följs, vilka ligger till grund för de etiska huvudkraven och som ska ha en röd tråd genom hela studien (Kjellström, 2023).

*Informationskravet* innebär att författarna ska informera deltagarna om den aktuella studiens syfte, vilken uppgift och villkor ett deltagande i studien medför. Deltagarna ska upplysas om att deltagande är frivilligt och att de när de vill kan avbryta utan att behöva ange något skäl samt att materialet endast kommer användas i studien (Vetenskapsrådet, 2002). Efter att studien blivit etiskt granskad vid lärosätet och godkänd av verksamhetschefen på kliniken skickades ett missivbrev ut av patientsäkerhetssamordnare som delegerats uppgiften av verksamhetschef till samtliga sjuksköterskor på den rättspsykiatriska klinik som studien genomförts på.

*Samtyckeskravet* syftar till att deltagarna själva har rätt att bestämma om hen vill vara med i studien. Studier där det behövs ett aktivt deltagande såsom intervjuer, kräver alltid ett samtycke. Deltagarna ska alltid ha rätt att själva bestämma hur länge de ska medverka i studien och får inte på ett otillbörligt sätt övertalas varken att medverka eller att fortsätta om de valt att avsluta (Vetenskapsrådet, 2002). Ovanstående information ingick i missivbrev samt att författarna muntligen informerade deltagarna innan intervjun påbörjades. I missivbrevet bifogades även kontaktuppgifter till författarna om deltagarna skulle komma på frågor före eller efter intervjun. Deltagarna fick signera en samtyckesblankett i samband med intervjutillfället och även möjlighet att ta ställning till om de önskade erhålla ett exemplar av studien efter publikation i DiVA.

*Konfidentialitetskravet* innebär att säkerställa att känsliga uppgifter samt personuppgifter inte hamnar hos obehöriga (Vetenskapsrådet, 2002). Författarna har avkodat allt insamlat material för att säkerställa deltagarnas anonymitet och varje deltagare har tilldelats en bokstav. Allt avkodat pappersmaterial har förvarats inlåst och annat digitalt material i lösenordskyddade datorer, vilka förvarats hemma hos författarna utan obehörigas åtkomst. Resultatet i studien presenterades på gruppnivå och citat har skrivits så det inte kan härledas till specifik deltagare. Deltagarna har själva fått välja var intervjuerna har ägt rum såsom på arbetsplatsen, i den intervjuades hem eller en annan ostörd neutral plats. Detta för att garantera möjligheten till anonymitet. Eftersom båda författarna har kännedom om verksamheten samt relation till vissa deltagare har en strävan efter att den författare som har minst relation till specifik deltagare har genomfört intervjun.

*Nyttjandekravet* innebär att det insamlade materialet endast får användas till ändamålet med forskningen (Vetenskapsrådet, 2002). Efter att studien publicerats kommer allt material förstöras av författarna. Att nyttan ska överväga de eventuella riskerna med studien är en av huvudprinciperna innan en studie påbörjas (Engström & Juuso, 2023). En risk med studien är att författarna har egen erfarenhet av att vårda patienter med våldsamt beteende inom rättspsykiatrisk slutenvård. Därför har arbetet med den egna förförståelsen medvetande

gjorts under hela processen genom att en etisk diskussion har förts under studien. Författarnas kunskap inom området kan dock även ses som en fördel eftersom en kännedom finns vilket kan göra att deltagarna känner sig trygga att besvara studien och inte behöva förklara särskilda begrepp inom rättspsykiatrisk slutenvård. För att motverka spekulation och sträva efter saklighet har referenser publicerats på ett korrekt sätt och hanterats enligt APA 7 (American Psychological Association, 2020).

En förhoppning finns att studien ska göra nytta och leda till att synliggöra sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter som uppvisar ett våldsamt beteende. Studien kan möjliggöra att få fram underlag för att utveckla omvårdnaden inom den rättspsykiatriska slutenvården samt främja för patienternas återhämtning. Utifrån ovanstående gör författarna bedömningen att nyttan med studien övervägde riskerna.

## **5 RESULTAT**

Här redovisas resultatet från intervjuerna med sjuksköterskor inom rättspsykiatrisk slutenvård. Genom författarnas analys av intervjuerna framkom fem kategorier med tio tillhörande subkategorier. I varje subkategori framträder blockcitat för att tydliggöra analysen. Varje blockcitats benämns med en bokstav för att säkerställa att alla intervjupersoner har kommit till tals samt för att kunna finna den ursprungliga källan till citatet.

Tabell 2: Subkategorier och kategorier

<p>Att vara genuint nyfiken på personen</p> <p>Att förstå hur personen påverkas av sjukdomen</p> <p>Att ge utrymme för en god vårdrelation</p>	<p>Att se personen bakom våldet</p>
<p>Att se tidiga tecken för att förhindra våldets uppkomst</p> <p>Att vara förberedd på våldet</p>	<p>Att arbeta förebyggande</p>
<p>Att bli berörd</p> <p>Att vårda våldsamma personer med psykos är komplext</p>	<p>Att vårda är utmanande</p>
<p>Att möta det planerade våldet</p> <p>Att hantera en våldsam situation</p> <p>Att bli tryggare i relation till våldet</p>	<p>Att möta våldet</p>
	<p>Att finnas där för varandra efter en våldsam situation</p>

## **5.1 Att se personen bakom våldet**

Kategorin **Att se personen bakom våldet** handlar om hur sjuksköterskor beskriver vikten av att ha ett genuint intresse för personen och att på så sätt skapa och vidmakthålla en god vårdrelation. Detta trots att patienten uppvisar ett våldsamt beteende. Det är även centralt att ha en förståelse att se bortom sjukdomen och personens handlingar. Det redovisas i tre subkategorier som handlar om *Att vara genuint nyfiken på personen*, *Att förstå hur personen påverkas av sjukdomen* samt *Att ge utrymme för en god vårdrelation* vilka beskrivs nedan.

### **5.1.1 Att vara genuint nyfiken på personen**

Sjuksköterskor beskriver vikten av att vara nyfiken och visa ett intresse i mötet. Genom att vara nyfiken i mötet med personen påbörjas resan mot att lära känna patienten och att skapa en relation. Att skapa och bibehålla en vårdrelation är något som beskrivs vara det viktigaste verktyget till att förebygga våld och våldssituationer från patienter.

Jag måste liksom vara lika nyfiken på varje individ jag träffar för att hitta hur jag ska bemöta just den här individen. (a)

Att vara genuint intresserad av personen är ytterligare en komponent av stor vikt för att påbörja resan till en god vårdrelation. Att se hela människan, detta trots att personer som vårdas inom den rättspsykiatriska slutenvården gjort brottsliga handlingar. För detta behövs en nyfikenhet för att se och förstå hela människan, vilket erfars centralt i vårdandet av personen.

Man måste kunna se till människan, fast de gör handlingar som inte alltid är så bra så...måste man se där man kan hjälpa dem med. Och det är ju det som är utmaningen i det här att kunna hjälpa dem till ett bättre liv och ett bättre ja förhållningssätt i samhället. (e)

För att upplevas som nyfiken, genuint intresserad och att se hela människan så behöver sjuksköterskor vara sig själva. Givetvis kan sjuksköterskor ändra sin personlighet något, men att kliva in i någon sjuksköterskeroll minskar möjligheten till att lyckas i sin nyfikenhet och att upplevas som genuint intresserad av personen. Det handlar om att kunna vara personlig men inte privat i mötet med patienten.

### **5.1.2 Att förstå hur personen påverkas av sjukdomen**

Med att förstå hur personen påverkas av sjukdomen menas att sjuksköterskor kan förstå varför en patient agerar ut med våld. Detta genom att de beskriver en förståelse för att det är sjukdomen eller tillståndet som har en stor del till att patienten agerar som den gör.

Det är inte mig den här människan slår...det är ju ett, det är ju, det är ju någon annan. Ja i hans eller hennes dåliga värld... (g)

Att ha förståelse för personens handlingar och våldshandlingar lyfts särskilt av sjuksköterskor när patienten har en psykosjukdom. Patienter med vanföreställningar och psykos, beskrivs som att det inte är sjuksköterskan personen vill skada utan att deras upplevelsevärld är så pass annorlunda som gör att patienten agerar med våldshandlingar. Utifrån tidigare beskrivna paranoida inslag med vanföreställningar kan patienter uppleva en stark rädsla. Sjuksköterskor beskriver stor förståelse för att rädda patienter kan agera våldsamt och att våldet då inte heller upplevs som specifikt riktat mot den enskilda sjuksköterskan. Att patienten lider av imperativa röster beskrivs även det som en komponent till en ökad förståelse från sjuksköterskor.

Kanske är lite lättare på de här patienterna, de är sjuka och jag inte att det är personen som vill skada mig, utan det är sjukdomen den befinner sig i. Så det gör det lättare för mig att inte personligt engagera mig. (c)

Patienter med självskaðebeteende måste ibland stoppas i själva självskaðehandlingen. Sjuksköterskor erfar då att de under omhändertagandet kan utsättas för patientens våld och bli skadade. Även här beskrivs en förståelse att våldet inte är riktat mot sjuksköterskan. Personer med autism och intellektuell funktionsnedsättning är andra tillstånd där sjuksköterskor uttrycker förståelse för att patienter agerar med våld utan att det är riktat mot den specifika sjuksköterskan.

Patienter som tagit narkotika och blir förändrade i sin personlighet och som senare agerar ut i våldshandling finns även här förståelse hos sjuksköterskor att det sker. Men samtidigt framkommer en frustration hos sjuksköterskor om patienten tar en drog och att det senare utmynnar i en våldshandling. Att patienter skulle planera sina våldshandlingar beskrivs av sjuksköterskor motsvara en ytterst liten del av det totala patientantalet. Att patienter skulle utöva våld för att få en "kick" eller likande är ytterst ovanligt.

### **5.1.3 Att ge utrymme för en god vårdrelation**

Sjuksköterskor vittnar om att vårdtiden inom rättspsykiatri är mycket lång. Detta lyfts som en fördel då relationsskapandet kan gå i den takt som är bäst för patienten, men även för sjuksköterskor. Sjuksköterskor erfar skillnad mot arbete inom öppenvård där det kan vara lättare att få till en vårdrelation utifrån att patienten vårdas på frivillig basis till skillnad mot rättspsykiatri där patienterna vårdas enligt tvångslagstiftning.

Sjuksköterskor lyfter en god vårdrelation som absolut det viktigaste verktyget i att både minska och förebygga våld och våldsamt beteende. Vårdrelationen genererar en god vårdmiljö och högre säkerhet för både patienter och vårdpersonal.

Jag bara tycker verkligen att det är viktigt att betona att jag tycker att de här relationerna vi har till våra, alltså vårdande relationer vi har till patienterna här, att de är så viktiga redskap för att undvika den här typen av beteende och handlingar hos dem. Det tycker jag verkligen. Det är vårt viktigaste redskap vi har. Vi känner våra patienter, vi vet vilka vi möter. Vi vet oftast vad de behöver för att kunna hjälpa dem i det här. Så det, det vill jag verkligen betona. (c)

Tvångsåtgärder erfars av sjuksköterskor som krävande och riskerar försämra vårdrelationen. Men även i dessa situationer ger sjuksköterskor utrymme för att etablera, förbättra eller vidmakthålla vårdrelationen.

Vi har ju ett begränsat utrymme för att låta dem välja saker i en tvångsåtgärd, men jag ska jag exempelvis ge en tvångsinjektion så kan jag fråga, under fastspänningen, vart patienten vill att jag sprutar. Välj, arm, ben eller skinka? Liksom då får de ju ändå valmöjligheter, får känna lite delaktiga, så det finns ju små grejor i vardagen. (c)

Sjuksköterskor belyser vikten av ett lågaffektivt bemötande och att ha ett personcentrerat förhållningssätt för att bygga eller förbättra vårdrelationen. När patienten upplevs bli mer irriterad, arg eller visar tidiga tecken på irritation och ilska och det bedöms av sjuksköterskor att det finns risk för att situationen eskalerar lyfter sjuksköterskor vikten av att ha en god relation med patienten. Att i den situationen låta den sjuksköterska eller annan vårdpersonal som har bäst relation med patienten ta sig an patienten är något som sjuksköterskor lyfter och anser ha en deskalerande effekt på patienten och situationen.

Om är det då en personal som patienten känner väl så brukar det kunna gå lugnare till, det blir lättare att få patienten att lugna ner sig och är det någon som den inte känner så kan patienten varva upp och agera ut i våld om det vill säga illa. (d)

Även om en våldsamt situation skett beskriver sjuksköterskor att vårdrelationen oftast består och kan till och med utvecklas och förbättras genom att patienten och sjuksköterskan går igenom en svår och utmanande våldssituation. Sjuksköterskor erfår en tillfredsställelse och att det ger energi genom att se hur en patient som tidigare använt mycket våld, med hjälp av relationsbyggande, inte längre brukar våld.

Att få se det här också, en jättetuff patient som har varit mycket på specialavdelning och otroligt länge här på sjukhuset, att få se den här utvecklingen, att ta sig dit där det att prata och komma fram till det här. (j)

Sjuksköterskor förklarar att en specialavdelning är en benämning på en avdelning där patienter med ett större vårdbehov vårdas. Det kan bland annat innebära att patienterna har eller har haft episoder med att agera våldsamt.

## **5.2 Att arbeta förebyggande**

Kategorin **Att arbeta förebyggande** handlar om vikten av att arbeta preventivt genom att möta patienten med omvårdnadsåtgärder i ett tidigt skede redan innan en våldsam situation uppkommer. Genom att patienten får möjlighet att bli involverad i omvårdnadsplanen tillgodogörs patientens egna strategier. Det redovisas i två subkategorier som handlar om *Att se tidiga tecken för att förhindra våldets uppkomst* och *Att vara förberedd på våldet* vilka beskrivs nedan.

### **5.2.1 Att se tidiga tecken för att förhindra våldets uppkomst**

Sjuksköterskor beskriver hur de erfar att förebygga och uppmärksamma patienternas mående i ett tidigt skeende innan en våldssituation sker är av stor vikt. När en patient har historik av att utagera och har sovit sämre ökas exempelvis personalnärvaron ute på avdelningen och den som har bäst relation med patienten bjuder in till samtal. Det är när sjuksköterskor har erhållit god kännedom om patienten det utvecklas en möjlighet att sätta in omvårdnadsåtgärder i ett tidigt skede. Detta så situationen inte eskalerar och slutar i att patienten brukar våld mot sig själv eller annan person.

...sen gäller det att fånga tänker jag patienten om vi märker att patienten börjar må sämre så måste vi ju liksom prata med patienten eh utan man kan ju liksom inte bara då gå och tassa på tårna eh och hoppas att det inte ska hända någonting utan man behöver ju liksom fånga upp patienten då om vi om vi märker att det är något annorlunda beteende....och det tror jag är viktigt istället för liksom att det ska gå lång tid och patienten blir mer och mer paranoid utan man måste försöka liksom fånga upp patienten...när vi observerar att det är någon förändring som sker. (h)

Sjuksköterskor erfar hur situationer som hade kunnat slutat i att patienten hade självskadat kunnat förebyggas genom att fånga upp patientens tidiga tecken med att erbjuda samtal och kortspel. Sjuksköterskor betonar dock att det är svårt hos patienter med bristande impuls kontroll att finna mönster, för vad som kännetecknas vara deras tidiga tecken och hur det då blir svårare att arbeta förebyggande när måendet kan skifta snabbt.

### **5.2.2 Att vara förberedd på våldet**

Sjuksköterskor lyfter att alla patienter har en plan vid ett försämrat mående där det finns beskrivet hur de önskar bemötas vid en försämring. Sjuksköterskan och teamet strävar efter att patienten ska vara delaktig i utformandet av planen som finns dokumenterad i patientens omvårdnads status och plan. Att patienten är delaktig i upprättandet av planen är alltid en önskan eftersom patienten är den som känner sig själv bäst. I omvårdnadsplanen kan patienten själv uttrycka vad personen själv kan göra vid ett försämrat mående och vad patienten önskar att sjuksköterskor kan göra i dessa situationer.

Sen att man börjar bygga en handlingsplan redan från dag ett när de kommer hit och sen även försöka ha så goda samtal som möjligt utifrån den som kanske har fått bäst relation med patienten för att hitta patientens egna upplevelser av sin egen problematik, dels kring så här tidigare varningstecken vad patienten själv har för strategier, vad vi som vårdpersonal kan göra och så vidare, både i tidigt skede men också i ett skede där patienten utagerar att vi kan handla på ett så bra sätt som möjligt för både patienter och personal. (a)

Det är genom att sjuksköterskor är pålästa i patienternas omvårdnadsplan och att det kommuniceras till varandra i arbetsgruppen om vad det kan finnas för olika risker och vad patienten har för egna hälsoresurser vid ett försämrat mående. Det är när det finns ett gott samarbete mellan arbetskollegor på avdelningen det underlättar att vara förberedd att bemöta patienten med de strategier som är anpassade för personen.

Framförallt vad tänker patienten själv att de kan göra om de blir oroliga eller försämrade...eh så man liksom har patienten med sig i en handlingsplan, för annars blir det svårare också om bara vi ska bestämma...vi i vårdpersonalen exakt vad vi ska göra sen har man inte patienten med sig? Så jag tänker, det är viktigt att prata med patienten om liksom våld eller om varför de utövar våld eller hur kunde vi ha gjort på ett annat sätt för att kunna förebygga våld? Kan liksom kan du se det eller är det någonting liksom i bemötandet eller? Kan vi hjälpa dig på något sätt för att det här inte ska ske igen...(h)

Sjuksköterskor betonar att de strävar efter att arbeta personcentrerat. Erfarenhetsmässigt beskrivs att det minskar risken för att patienten agerar ut i en våldsam situation.

### **5.3 Att vårda är utmanande**

Kategorin **Att vårda är utmanande** handlar om sjuksköterskor utmaningar i vårdandet när de möter patienter som uppvisar ett våldsamt beteende inom den rättspsykiatriska slutenvården. Det framkommer även beskrivningar hur sjuksköterskor erfar och berörs utifrån olika komplexa händelser i vårdandet av patienter. Kategorin innefattar två subkategorier som handlar om *Att bli berörd* samt *Att vårda våldsamma personer med psykos är komplext* vilka beskrivs nedan.

#### **5.3.1 Att bli berörd**

Patienter som självskadat eller brukar våld på sig själv förklaras av sjuksköterskor inom rättspsykiatrisk slutenvård som något som väcker mycket känslor och berör dem. Sjuksköterskor anser att det är bland den svåraste och mest utmanande patienten att vårda. Sjuksköterskor lyfter även hur de har försökt att vårda patienter och hen tycks må lite bättre men sedan snabbt försämrats och agerar med självskada.

Man kan ha jättegoda samtal med dem och så fem minuter senare så är de på sig själva ändå och så blir det en våldsamt situation för att man försöker avbryta. De tycker jag är jättesvåra att vårda. (c)

Sjuksköterskor berättar hur de blivit berörda i situationen. Detta har visat sig med ilska, frustration och vrede vilket har hanterats neutralt i patientmötet. Sjuksköterskor belyser dock vikten av att kunna få gå undan och hantera situationen genom att prata med teamet.

Men jag tycker att det är viktigt att man ändå håller sig professionell i situationen och sen får gå in i personalrummet och få spy ur sig. Om det är så att det har varit lite övermäktigt. (b)

Sjuksköterskor uttrycker även att när vårdrelationen försämras eller blir obefintlig väcker det känslor såsom en känsla av misslyckande och frustration i sitt arbete. Detta efter att mycket tid och engagemang investerats i att bygga och säkerställa en vårdrelation tillsammans med patienten men att det ändå slutar med att personen utagerar om och om igen.

Alltså, jag skulle säga att det påverkar ju en känslomässigt på ett eller annat sätt. Ehm mycket beroende på vad man har för relation, naturligtvis om man själv känner sig...alltså kränkt är väl fel ord, men alltså om man står någon väldigt nära och sen händer det något, så det tar ju naturligtvis på relationen. (f)

Sjuksköterskor lyfter även hur de påverkas vid oförutsägbara händelser där de beskriver en känslomässig rädsla och hur obehaget kan krypa innanför huden på dem. Vissa händelser tar sjuksköterskorna med sig hem och vidare beskriver att det kan vara svårt att sluta tänka på det som inträffat. Vilket i sin tur leder till att de är extra vaksamma och försiktiga i nästa möte med den aktuella patienten.

Ibland så kommer det ju över en när man kommer hem och efteråt när man väl är i situationen nu gick det otroligt bra eh sen ibland kan man komma till de här tankarna tänk OM det här hade hänt? (j)

Sjuksköterskor vittnar om att de varit ifrågasättande kring sitt yrkesval när de varit med om hot och våldssituationer och om det verkligen är värt att arbeta kvar i yrket. Men att det även sker någon form av avtrubning när det är hotfulla situationer nästintill dagligen och att det är viktigt att det inte blir en accepterad del av vardagen. Sjuksköterskor förklarar att det är vanligt att våldsamma händelser som leder till tvångsåtgärder även leder till konfliktyllda känslor vilket erfars besvärande för sjuksköterskorna. Där tankar kring om det är etiskt rätt, tänk om det hade varit en närstående, hur hade det kunnat känts då.

Alltså...jaa, men det är väl...vissa patienter som...ja med vissa funktionsnedsättningar där det liksom känns mer som ett övergrepp kanske när man behöver ta till tvångsåtgärder där de liksom inte förstår...varför...eller...jaa det är väl det som jag ibland kanske det kan kännas tufft

och oetiskt fast man gör det för patientens bästa naturligtvis och det är ju det man behöver ha i bakhuvudet hela tiden för att ibland känns det som rena övergrepp. Det gör det faktiskt. (f)

Sjuksköterskor lyfter även att tvångsåtgärder är något de inte vill utföra och att det är något som verkligen bör utföras i sista hand. Detta efter att andra omvårdnadsåtgärder har genomförts som finns dokumenterade i patientens omvårdnadsplan.

### **5.3.2 Att vårda våldsamma personer med psykos är komplext**

Sjuksköterskor uttrycker att de erfar svårigheter att vårda patienter när de är under svåra psykotiska symtom. Sjuksköterskor lyfter även att det kan vara svårt att nå fram till patienten när de så upptagna och involverade i sin egen upplevelsevärld och hur detta i sin tur kan mynna ut i våldshandlingar från patientens sida.

Sedan har vi ju de här patienterna med psykos som inte är i verkligheten alls, som tror att vi är några helt andra personer som vill illa och brukar våld mot oss på det sättet. De kan ju bli lite knepigt att möta när de inte riktigt är med i verkligheten. (c)

Utifrån att psykotiska patienter lider av vanföreställningar, beskriver sjuksköterskor att patienterna kan vara rädda. Detta förklarar sjuksköterskor kan leda till att patienten agerar med våld i samband med exempelvis tvångsinjektioner. Då kan patienten uppleva en stark rädsla för att medicineras mot sin vilja. Sjuksköterskor beskriver hur de genom att låta patienten själv bestämma när hen ska ta sin medicin och riskera att patienten försämras i sin grundsjukdom eller ge medicinen med tvång är en svår avvägning.

## **5.4 Att möta våldet**

I kategorin **Att möta våldet** framkommer att sjuksköterskor erfar det svåraste mötet när våldet är utstuderat och planerat. Men även hur det sker en professionell utveckling för sjuksköterskorna och hur det leder till en ökad trygghet i bemötandet av situationer som innefattar hot och våld. Kategorin innefattar tre subkategorier *Att möta det planerade våldet*, *Att hantera en våldsam situation* samt *Att bli tryggare i relation till våldet* vilka beskrivs nedan.

### **5.4.1 Att möta det planerade våldet**

Sjuksköterskor belyser att det svåraste mötet är möten med patienter som har planerat sin våldsutövning och att det ofta erfars lättare att bemöta patienter när de brusar upp som en reaktion på någonting, exempelvis när de blir nekande att gå ut och röka när det inte är rökstid.

Det beror på liksom hur hur våldsamma situationerna har utspelat sig och man vet med sig att det är en person som är våldsam och väldig utstuderande och planerande. Riktat in sig mot specifik utvald personal. Det är klart att det kan väcka känslor att man förstår att det är farlig patient till exempel. Ja, det väcker känslor såklart, men samtidigt sjuk liksom. Ja, det är komplext verkligen. (b)

Sjuksköterskor betonar även att det är problematiskt med patienter som rättfärdigar sitt våld. De menar att patienterna för ett resonemang om att sjuksköterskor som har valt att arbeta inom rättspsykiatri får stå ut med att bli misshandlad eftersom det är en del av arbetet enligt dem. Dessa patienter anses av sjuksköterskor vara en av de svåraste patienterna att vårda.

...beroende också på var motorn till våldet är orsaken till våldet det är ju skillnad på våld om man säger då predatorvåld eller våld som har sin grund i vanföreställningar och psykotiska verkligheter. Jag har ju varit utsatt för båda delarna eh rent personligt och patienter som har pucklat på eller försökt att puckla på mig av båda orsakerna så att säga och våld som är sprunget ur det så här predatorperspektiv när de använder sin våldspotential storlek styrka för att de vill visa att ingen bestämmer över de, men så antisocial inställning. Den är ju svårare att förhålla sig till tycker jag. (g)

Sjuksköterskor beskriver vidare att när patienter resonerar att sjuksköterskor får acceptera att få slag när de arbetar inom den rättspsykiatriska slutenvården. Då förklarar sjuksköterskor att risken är förhöjd att patienten utövar våld igen.

#### **5.4.2 Att hantera en våldsam situation**

Sjuksköterskor beskriver att en våldsam situation kan erfaras på många olika vis. Samtidigt kan den våldsamma situationen te sig väldigt olika. Det kan vara en snabbt uppkommen våldssituation där sjuksköterskor inte sett några varningstecken eller tidiga tecken på att patientens mående snabbt skulle försämrats. En snabbt uppkommen våldssituation erfars som svårare att hantera eftersom sjuksköterskor inte hunnit förbereda sig mentalt. Sjuksköterskor förklarar att de får tunnelseende, att de stänger av känslomässigt och agerar lösningsorienterat.

Då small det på en gång då. Den här patienten gav ju två knytnävsslag i ansiktet på den här personalen, eh, rejält och sen så fick ju hoppa på den här patienten och försöka få ner honom på golvet, det var ju det som skedde liksom.... sekundsnabbt.... ändå skulle jag säga att man inte är mentalt förberedd att det skulle smälla. (h)

När en patient agerar ut i kraftigt våld finns överfallslarm som varje sjuksköterska kan aktivera så hjälp från annan avdelning kan komma och hjälpa till. Att väntan på tillkommande hjälp erfars ibland som väldigt lång.

Men de där sekunderna är jättelånga när väl våldet sätter igång eller våldet är nära föreliggande. Eh och då finns det ju en känsla av otillräcklighet liksom, det är ju i de här stunderna man skulle vilja väga 120 kg och bara kunna....krama om, att hålla i, att kväsa våldet, inte för att slå tillbaka eller skada utan bara lägga ner... det är inte min roll. Den klara jag inte av. (g)

Men när väl hjälpen kommit till avdelningen visar det oftast vara mer personal än vad situationen kräver. Detta kan ibland erfaras som att det blir rörigt och svårt att få en överblick över situationen. I dessa situationer framkommer att det underlättar att någon agerar arbetsledare och leder och fördelar arbetet.

Sjuksköterskor som arbetar på avdelningar där våldsamma situationer förekommer lite mer frekvent förklarar att det är lättare att hantera dessa situationer då de är mer alerta och uppmärksamma på att våldssituationer kan uppstå. Det framkommer även att sjuksköterskor, när de ofta möter våldsamma situationer, har en vaksamhet när de rör sig på avdelningen och i patientrum för att snabbt kunna undkomma om en våldsam situation uppstår.

Ja men alltså om jag är ute på avdelningen så försöker jag ju liksom ha ett säkerhetstänk med mig i bakhuvudet, men jag försöker att ändå agera som att jag är i en avslappnad och lugn miljö. (i)

Våldshandlingar och våldssituationer kan även uppstå när patienter utövar våld mot varandra där sjuksköterskor då måste ingripa och avstyra våldet. Här framkommer det att sjuksköterskor agerar professionellt för att säkerställa att patienten blir så lite skadade som möjligt.

### **5.4.3 Att bli tryggare i relation till våldet**

Sjuksköterskor beskriver att när de började att arbeta inom den rättspsykiatriska slutenvården blev de mer påverkade av situationer som innefattar våld än vad de erfar idag. Detta menade sjuksköterskor berodde på att händelserna fortfarande var främmande och nya för dem. Sjuksköterskor berättar vidare att det skett en form av professionell utveckling de känner sig tryggare och mer förberedd desto fler situationer med hot och våld de erfar.

Man försöker såklart jobba förebyggande, men det händer ju ändå att det blir en våldsam situation och då tänker väl att allra viktigaste är efteråt att man ja, följer det lagen säger med uppföljande samtal såklart om det har skett en tvångsåtgärd och sen lär sig av situationen till nästa gång. (b)

Sjuksköterskor belyser även att det skett en högre reflektionsförmåga i mötet med patienterna. Vilket är något de beskriver har utvecklats under tiden de arbetat inom den rättspsykiatriska slutenvården.

Nej, men jag tror att det har gjort mig...tryggare i min roll på något vis och kanske lite mer orädd och vågar gå in i situationer. Det märker man ju en skillnad tycker jag. Vi som har jobbat på specialavdelning länge och som kanske har varit med i fler situationer räds inte kanske på samma sätt som sjuksköterskor som jobbar på avdelningar där det är färre situationer. Så det skulle jag säga. Tryggare. (d)

Sjuksköterskor beskriver även hur tryggheten har byggts upp över tid. Detta utifrån hur de samlat erfarenheter från olika möten och situationer med att vårda patienter när de uppvisat ett våldsamt beteende.

## **5.5 Att finnas där för varandra efter en våldsam situation**

Kategorin **Att finnas där för varandra efter en våldsam situation** handlar om sjuksköterskors erfarenheter i efterarbetet när de vårdat patienter som uppvisat ett våldsamt beteende. Sjuksköterskor belyser att det viktigaste stödet är från sina kollegor. Sjuksköterskor betonar även vikten av att de efter en våldsam situation samlas och går igenom händelsen tillsammans i teamet. Ibland och då speciellt vid allvarigare händelser finns en önskan att även enhetschef och i vissa fall även läkaren är med vid dessa samlingar.

Så vi pratar igenom det och då känner jag ändå oftast att man kan liksom släppa det. När man fått ventilerat det. (d)

Sjuksköterskor betonar vikten av att känna varandra och veta att kollegorna klarar av att hantera våldsamma situationer. Uppfattar sjuksköterskor eller annan vårdpersonal att någon patient visar tidiga tecken på att försämrats och att en våldshandling kan uppstå, så pratar teamet ihop sig hur de ska göra för att undvika att en våldssituation uppstår.

Man jobbar ju väldigt nära varandra och ibland kan man kommunicera utan att använda ord, man bara vet. (a)

Att kunna kommunicera med varandra utan ord förklaras av sjuksköterskor vara en viktig komponent i samarbetet mellan sjuksköterskor men även annan vårdpersonal. Att veta vad och varför någon vårdpersonal gör på ett visst sätt i en viss situationen ger styrka till samarbetet mellan sjuksköterskor inom rättspsykiatrisk slutenvård.

## 6 DISKUSSION

Nedan redovisas studiens metoddiskussion utifrån kvalitetskriterierna *giltighet*, *tillförlitlighet* och *överförbarhet* (Graneheim & Lundman, 2004). Följt av författarnas samarbete med varandra samt hur generativ artificiell intelligens (AI) har använts i studien. Vidare förs en etisk diskussion följt av en resultatdiskussion i förhållande till den teoretiska referensramen Tidvattenmodellen och tidigare forskning. Avslutningsvis diskuteras studiens resultat i ett vidare sammanhang.

### 6.1 Metoddiskussion

Nedan diskuteras studiens trovärdighet utifrån metodens följande kvalitetskriterier: *giltighet*, *tillförlitlighet* och *överförbarhet* (Graneheim & Lundman, 2004). Avslutningsvis diskuteras författarnas samarbete med varandra under processen samt hur författarna har förhållit sig till användandet av generativ artificiell intelligens (AI) i arbetet med studien.

#### 6.1.1 Giltighet

Giltighet tydliggör i vilken grad metoden svarar an mot syftet i studien (Graneheim & Lundman, 2004). Författarna ansåg att en kvalitativ metod med en induktiv ansats var mest lämpad för syftet. Detta eftersom studiens syfte var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med våldsamt beteende inom rättspsykiatrisk slutenvård. Priebe och Landström (2023) belyser även metodens lämplighet när individens erfarenheter ska studeras. Ett induktivt förhållningssätt utgår från empiri i motsats till deduktiv ansats som utgår från en färdig teori. Eftersom sjuksköterskors erfarenheter önskades beskrivas utan förutfattade meningar har studien utgått från en induktiv ansats (Henricson & Billhult, 2023).

För att säkerställa giltigheten är det avgörande att finna deltagare med erfarenhet av det fenomen som ska studeras. En kvalitativ innehållsanalys eftersträvar variation utifrån innehåll och mångfald (Graneheim m.fl., 2017). Författarna enades om tre inklusionskriterier för att delta i studien. Att vara grundutbildad eller vidareutbildad specialistsjuksköterska inom psykiatri, ha arbetat inom rättspsykiatrisk slutenvård i minst ett år samt besitta erfarenhet av att vårda patienter som uppvisat ett våldsamt beteende. Inga exklusionskriterier inkluderades eftersom det kunde medföra att värdefull information gick förlorad. Utifrån ovanstående inklusionskriterier anser författarna att deltagande sjuksköterskor besitter erfarenheter som är relevanta för att besvara studiens syfte.

Tio deltagare intervjuades där en spridning mellan kön, ålder och utbildningsgrad fanns. Alla deltagare har erfarenhet av att arbeta på specialavdelningar där förekomsten av hot och våld är mest förekommande på kliniken. Enligt Graneheim och Lundman (2004) ökar studiens

trovärdighet när en spridning finns mellan deltagare. Datainsamling genomfördes utifrån semistrukturerade intervjuer med stöd av en intervjuguide (Bilaga C) bestående av öppna frågor, vilka tagits fram med stöd av handledare. Engström och Juuso (2023) beskriver att om avsikten är att få innehållsrika data med djup rekommenderas enskilda intervjuer. Detta gäller även om ett känsligt ämne avses att analyseras. Författarna ansåg att det till viss del fanns risk att ämnet kunde upplevas vara av känslig karaktär, varvid författarna enades om enskilda intervjuer. Författarna övervägde dock fokusgrupper då det enligt Engström och Juuso (2023) kan möjliggöra att de intervjuade interagerar med varandra och på så sätt kan stötta till djup och bredd i intervjun.

Genom att använda sig av en intervjuguide underlättas det att förhålla sig till studiens syfte med möjlighet att följa upp svaren och erhålla vidare beskrivningar (Engström & Juuso, 2023). Författarna intervjuade fem deltagare vardera och intervjuerna pågick mellan 20–60 minuter. Efter de första intervjuerna blev båda författarna mer bekväma i rollen att intervjua vilket i sin tur ledde till att kvalitén ökade och fler följdfrågor ställdes. Att intervjun var lång innebar dock inte att den var rikare på data än de intervjuer som var av kortare karaktär. Det insamlade datamaterialet analyserades med stöd av Graneheim och Lundman (2004) metod för kvalitativ innehållsanalys.

### **6.1.2 Tillförlitlighet**

Enligt Graneheim och Lundman (2004) innebär tillförlitlighet att studien ska kunna genomföras identiskt av någon annan som läser författarnas studie. Det vill säga en redogörelse för studiens metodologiska genomförande och forskningsprocess. Båda författarna har erfarenheter av rättspsykiatrisk vård och vårdat patienter som har uppvisat våldsamt beteende. En av författarna har arbetat, och den andra arbetar på den rättspsykiatriska klinik där intervjuerna ägt rum. Således har författarna en förförståelse för syftet något som författarna är medvetna över och har arbetat med under arbetet med studien. Innan studien inleddes resonerade författarna kring sin förförståelse som skrevs ned och diskuterades under arbetets gång. Detta för att minska den påverkan som förförståelsen kunde ha för både intervjuerna och analys av data (Henricson & Billhult, 2023). Förförståelsen anses vara både en fördel och till viss del en nackdel. Fördelen är att författarna i intervjusituationen inte behöver ställa kompletterande frågor kring yrkes och sjukhusspecifika uttryck. Exempel på detta är att både deltagare och författare vet vad som menas med en specialavdelning. Å andra sidan kan det vara en nackdel att förförståelsen gör att inte tillräckligt med uppföljande frågor ställs kring fenomen som det uppfattas råda samstämmighet kring under intervjun. Samtidigt finns en risk att förförståelsen gör att frågor ställs på ett sådant sätt så att förförståelsen blir styrande. Författarna arbetade aktivt under intervjuerna med att hålla förförståelsen tillbaka något som bedöms fungerat utefter att författarna tillsammans läste igenom det transkriberade materialet. Intervjupersoner har valts utefter kriteriet vem som har minst relation till den intervjuade. Detta har i stora drag lyckats men vid något tillfälle har författaren och den intervjuade tidigare arbetat

tillsammans. Eftersom vissa deltagare tidigare har arbetat med författarna kan det påverka hur de svarar på frågorna då det finns risk att vilja vara till lags vilket kan påverka tillförlitligheten. Författarna valde att göra en provintervju för att kvalitetssäkra intervjuguiden. Provintervjun utfördes på en person som tidigare arbetat på kliniken för att säkerställa att erfarenhet av våldsamt beteende fanns. Engström och Juuso (2023) rekommenderar att transkribering sker i direkt anslutning till intervjun för att kunna bedöma om något behöver revideras till studiens syfte. Författarna transkriberade provintervjun tillsammans och justerade frågor i intervjuguiden som inte var relevanta för syftet med studien. I provintervjun framkom till viss del avvikande svar gentemot de intervjuade. Bland annat framkom mer negativa känslor av våldshandlingar, bristande kollegialt och chefsstöd. Författarna kan enbart spekulera kring detta och möjligen har det sin förklaring i att den provintervjuade inte längre arbetar kvar på den rättspsykiatriska kliniken. Att författarna har använt sig av Tidvattenmodellen som teoretisk referensram kan ha varit otillräckligt och förenklat studien. Detta eftersom det saknas beskrivningar kring negativa aspekter i vårdandet i denna modell. Varför en annan teoretisk referensram hade kunnat valts exempelvis Katie Erikssons beskrivning av vårdlidande (Eriksson, 2018). Tidvattenmodellen valdes utifrån dess anpassning till psykiatrisk kontext, vilket skulle kunna ses som ett bekvämlighetsval och minska studiens trovärdighet.

Intervjuerna och transkribering skedde enskilt. I det transkriberade materialet skrevs pausar in med punkter, långa pausar skrevs in med lång paus i parentes. Hörbara känslor skrevs med. Vid något tillfälle hördes inte något ord, varvid ohörbart skrevs till och användes inte som meningsenhet. Sedan genomlästes intervjuerna tillsammans och meningsenheter markerades utifrån ett manifest innehåll som är det textnära och uppenbara innehållet som ses utifrån en beskrivande nivå (Graneheim m.fl., 2023). När de sedan markerats granskade författarna varandras identifierade meningsenheter. Här visade det sig att författarna har stor samstämmighet i att identifiera meningsenheter. När enbart en författare identifierat en meningsenhet diskuterade författarna igenom den meningsenheten för att se om den verkligen besvarade syftet av studien och för att säkerställa att förförståelsen minimerats.

En svaghet i studien är att tiden för analysprocessen har varit begränsad och att författarna inte genomfört en kvalitativ innehållsanalys tidigare. Detta kan ha bidragit till att abstraktionsnivån varierat vilket kan påverka studiens tillförlitlighet. Författarna har under analysprocessen gått tillbaka till meningsenheterna för att säkerställa att koderna tolkats rätt vid upprepade tillfällen och diskuterat detta tillsammans. Det måste dock finnas en ödmjukhet att en tolkning finns vid varje steg i analysprocessen. Graneheim och Lundman, (2004) betonar hur detta alltid inverkar på studiens tillförlitlighet. För att säkerställa att alla deltagare har fått komma till tals har författarna använt sig av blockcitat från samtliga deltagare vilket stärker studiens trovärdighet enligt Graneheim och Lundman (2004).

### **6.1.3 Överförbarhet**

Överförbarhet enligt (Graneheim & Lundman, 2004; Henricson & Billhult, 2023) handlar om i vilken omfattning resultatet går att tillämpa i andra sammanhang och grupper, men att det i slutändan är läsaren som bedömer om resultatet är överförbart eller inte. Författarna har använt sig av blockcitat i resultatet vilket stärker överförbarheten enligt Graneheim och Lundman (2004). Resultatets överförbarhet till annan kontext tror författarna är applicerbart inom annan psykiatrisk kontext, exempelvis i den akutpsykiatriska verksamheten samt allmänpsykiatriska mottagningar då resultatet visar på relationens betydelse.

### **6.1.4 Samarbete mellan författare**

Samarbetet mellan författarna har underlättats av boende i samma kommun, vilket möjliggjort att ses fysiskt och diskutera under arbetets gång. Tidigt i utbildningen var ett preliminärt syfte tvunget att bestämmas något som gemensamt diskuterades igenom och beslutades tillsammans. De vetenskapliga artiklarna som författarna använde sig av i bakgrunden framsöktes gemensamt. Författarna skrev tillsammans fram intervjuguiden. Intervjuguiden prövades sedan på varandra utefter att båda författarna har kunskap och erfarenhet av rättspsykiatrisk vård och vårda patienter med våldsamt beteende samt hur det påverkar oss som sjuksköterska och som person. Vidare gjordes en provintervju på en sjuksköterska som tidigare arbetat på den rättspsykiatriska kliniken där intervjuerna skulle äga rum. Provintervjun gjordes tillsammans men endast en författare gjorde intervjun medan den andra observerade och tog anteckningar. Anteckningar som sedan diskuterades igenom inför intervjuerna för att de insamlade materialet skulle bli så bra som möjligt. Den inspelade provintervjun transkriberades tillsammans av författarna för att kalibrera författarnas sätt att senare transkribera intervjuerna.

Intervjuerna delades upp och utfördes enskilt av båda författarna som även transkriberade sina egna intervjuer. Författarna läste sedan igenom varandras transkriberade intervjuer och markerade i texten de meningsbärande enheterna som ansågs besvara syftet. Sedan jämfördes de enskilt uttagna meningsenheterna med varandra för att minimera risken att data som svarade på syftet skulle missas. Något som författarna anser vara en styrka för studien är att majoriteten av meningsenheterna var samma vid jämförande. Författarna genomförde sedan kondensering och kodning enskilt men tillsammans i samma rum vilket gjorde att en diskussion kunde föras sinsemellan vid behov för att sedan arbeta med kategoriseringen tillsammans och resultatet skrevs även fram gemensamt. Författarna upplever att samarbetet emellan har varit välfungerande och att de olika personligheterna kompletterat varandra genom arbetets gång.

### 6.1.5 Ansvarsfull användning av generativ AI i uppsatsarbetet

Författarna har använt sig av Mälardalens universitets riktlinjer för användning av Generativ Artificiell Intelligens (AI) på ett ansvarsfullt sätt under arbetet med studien (Mälardalens universitet, 2026). All text som producerats har författarna själva författat med sina egna ord. Generativ AI har använts som ett översättningsverktyg från sammanfattning till abstract. Generativ AI har även använts som ett stöd för att få en ökad förståelse för de engelskspråkiga artiklarna som inkluderats i studien. Detta genom att översätta artiklarna till författarnas modersmål för att inte gå miste om värdefull information.

## 6.2 Etikdiskussion

Författarna är medvetna om att göra en studie inom rättspsykiatrisk vård innebär ett flertal etiska överväganden och betänkan. I samtliga delar av studiens arbetsprocess har hänsyn tagits till de fyra forskningsetiska huvudkraven: *informationskravet*, *samtyckeskravet*, *konfidentialitetskravet* och *nyttjandekravet* (Vetenskapsrådet, 2002).

Då författarna till en början fick sparsamt med återkoppling från deltagare kontaktades patientsäkerhetssamordnaren för att ytterligare en gång skicka ut en påminnelse om studien till samtliga sjuksköterskor på kliniken. Det sparsamma intresset kan bero på flera aspekter såsom exempelvis att det var fler studier som skulle utföras samtidigt på kliniken. Detta kan dessutom ha upplevts som en påtryckning från författarna, eftersom det kan tolkas som att sjuksköterskor inte vill delta när de valde att inte svara efter första utskicket om studien. Efter påminnelse fick författarna tillräckligt med deltagare för genomförande av studien. En annan risk är att deltagarna kände sig påtvingade att delta. Både utifrån att deltagarna kan känna en press från verksamheten eller att de har en relation till författarna och vill vara oss till lags eftersom vi båda arbetar eller har arbetat på kliniken. Författarna har i möjligaste mån försökt att försäkra deltagarna om att intervjun är frivillig. Detta genom att de intervjuade informerades om studiens frivillighet och att de när som helst kunde avbryta intervjun utan att ange någon orsak. Författarna informerade om ovanstående i missivbrev samt i början av intervjun innan inspelningen sattes i gång. Utifrån konfidentialitetskravet erbjöds de intervjuade att göra intervjuerna hemma eller utanför hemmet. Detta på grund av att en av författarna inte kunde röra sig fritt inne på kliniken och var tvungen att vänta på de intervjuade i en reception. Vilket innebar att det var möjligt för annan personal och patienter att se att en av författarna skulle intervjua någon av sjuksköterskorna på kliniken. I enstaka blockcitater har några, för meningsenheten ovidkommande ord tagits bort för att inte röja personens identitet eller förnära deltagaren (Graneheim m.fl., 2023).

Författarna har i den möjligaste mån strävat efter att intervjua den deltagare författaren har haft minst relation till. Vilket dock inte varit möjligt fullt ut då båda har eller har haft en arbetsrelation med några utav deltagarna. Detta kan både ha påverkat deltagarna positivt genom att de känt sig trygga att bli intervjuad av någon de känner men å andra sidan också

negativt eftersom det kan ha bidragit till att deltagaren varit mer restriktiv att dela med sig av sina erfarenheter.

Utgångspunkten med forskning ska leda till en fördel eller en vinst för individen, professionen och samhället (Kjellström, 2023). Författarnas förhoppning är att en fördel på individnivå som att den intervjuade upplever en känsla av att vara utvald och på sätt få bidra till viktig information. Men även genom att läsa igenom studien erhålla värdefull information som kollegor lyft. Författarna var dock medvetna om att de intervjuade sjuksköterskorna avbröt sitt arbete och för att det inte skulle inverka stressande på deras arbete fick den intervjuade välja vilken tidpunkt och plats som passade dem bäst för intervjun. Ur ett professionsperspektiv lyfter författarna utifrån resultatet vikten av att fortsätta arbeta med det relationsskapande arbetet på kliniken, då resultat visar att det är det främsta verktyget för att motverka våld och våldsamt beteende. Utifrån ett samhällsperspektiv lyfter resultatet till viss del divergerande slutsatser gentemot tidigare forskning inom psykiatrisk vård. Och utifrån detta sätta resultatet i ett perspektiv för vidare forskning. Sammantaget bedöms nyttan med god marginal överstiga den etiska risken med studien.

### 6.3 Resultatdiskussion

I avsnittet nedan kommer resultatet diskuteras till tidigare forskning samt teoretiskt perspektiv. Detta utifrån rubrikerna *Brobyggande* och de tre åtagandena *Att använda den tillgängliga verktygslådan*, *Att ge tid som gåva* samt *Att utveckla genuin nyfikenhet* och avslutningsvis rubriken *När bron hotar att brista*. De tre åtagande finns redovisade i det teoretiska perspektivet i avsnitt 2.4 och utgår från Barker och Buchanan-Barker (2026) och Tidvattenmodellen. Subkategorierna skrivs i **fet stil** och de tre åtagandena med kursivstil för att strukturen lättare ska kunna följas.

#### 6.3.1 *Brobyggande*

I subkategorin **att ge utrymme för en god vårdrelation** lyfter sjuksköterskor att det absolut viktigaste verktyget, i att minska och förebygga våldssituationer, är att bygga och vårda relationen tillsammans med patienten. Barker och Buchanan-Barker (2026) förklarar brobyggandet som en metafor där relationssträvandet är centralt i att nå personen som är i nöd och bygga en bro för att kunna närma sig patienten. I resultatet framhävs att relationsbyggandet är något som erfars svårare inom rättspsykiatrisk slutenvård än när patienter vårdas frivilligt inom den psykiatriska kontexten. Sjuksköterskor ikläder sig rollen som brobyggare men brobyggandet kan även innebära risker. Det är av vikt att vara medveten om riskerna, hantera dessa varsamt och våga stå kvar i relationsbyggandet som metaforiskt benämns brobyggande (Barker & Buchanan-Barker, 2026). Efter att sjuksköterskor gått igenom en våldsam situation tillsammans med patienten ges beskrivningar av sjuksköterskor att vårdrelationen till och med har förbättrats och utvecklats.

Detta knyter an till Barker och Buchanan-Barker (2026) beskrivning kring risker och nödvändigheten av att våga stå kvar i brobyggandet. Tidigare forskning menar dock att sjuksköterskor som utsätts för upprepade våldshandlingar har mindre empati för patienten (Atta m.fl., 2025). Sjuksköterskor tenderade även att dra sig undan patienten efter att de utsatts för en våldshandling (Alyosef m.fl., 2022; Stevensson m.fl., 2015). Dessutom beskriver (Ayhan m.fl., 2025; Küçük Öztürk m.fl., 2024) att arbetsmotivationen påverkades negativt när sjuksköterskor varit med om våldssituationer, något som i sin tur ledde till en nedsatt förmåga att tillgodose patientens omvårdnad.

I subkategorin **att bli tryggare i relation till våldet** beskrivs hur sjuksköterskor utvecklas och kan hantera våldet bättre ju längre tid de arbetat inom den rättspsykiatriska slutenvården. Barker och Buchanan-Barker (2026) beskriver att brobyggandet innebär risker. Genom att ha erfårit olika risker kan sjuksköterskor utveckla färdigheter i brobyggandets vårdande metafor. Stevensson m.fl. (2015) knyter an till den beskrivningen genom att sjuksköterskor redogör att patientvåld är gynnsamt för deras förmåga att hantera våldsamma patienter och i sin tur förhindra att våldsamma situationer uppstår. Genom att kunna hantera våldet bättre kan sjuksköterskor inom rättspsykiatrisk slutenvård fortsätta bygga på vårdrelationen, detta trots att de ibland erfar rädsla och frustration.

### **6.3.2 Att använda den tillgängliga verktygslådan**

I resultat framkommer subkategorin **att vara förberedd på våldet** där belyser sjuksköterskor vikten av att patienten får vara delaktig i upprättandet av sin egen omvårdnadsplan. I omvårdnadsplanen som även innefattar en handlingsplan om patienten hamnar i ett försämrat mående. Detta är något som påbörjas direkt tillsammans med patienten när personen skrivs in på kliniken. I handlingsplanen som är framtagen i samråd med patienten framkommer hur personen önskar att bli bemött och även vad patienten själv har för verktyg och kan göra vid dessa situationer för att minska samt förebygga händelser av att agera ut i hot och våld. Att sjuksköterskor involverar patienten och gör personen delaktig i sin omvårdnadsplan är något som sällan framkommer i tidigare forskning som handlar om sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med våldsamt beteende. Detta knyter an till Stevensson (2015) som betonar att sjuksköterskor som utsatts för våld tenderar att arbeta mindre personcentrerat och mer uppgiftorienterad när patienten inte involveras i sin vårdplan. Detta är något som inte går i linje med resultatet. I Tidvattenmodellens åtagande *att använda den tillgängliga verktygslådan* förklaras av att lägga vikten på patientens egen unika berättelse. Det är personen själv som känner sig själv bäst och vet vad som kan fungera och vad som har fungerat tidigare i livet. Vilket anses vara det betydelsefullaste redskapet som möjliggör att makten flyttas från sjuksköterskan till patienten (Barker & Buchanan-Barker, 2026).

### 6.3.3 Att ge tid som gåva

I subkategorin **att ge utrymme för en god vårdrelation** förklarar sjuksköterskor att patienten har långa vårdtider inom rättspsykiatrisk slutenvård. I resultatet framkommer att de långa vårdtiderna är en fördel för relationsbyggandet. Detta eftersom relationsskapandet kan gå i linje med vad som är bäst anpassat för både sjuksköterskor och patient. Genom att medvetandegöra för personen att tid är avsatt för det unika mötet strävar sjuksköterskor till ett relationsskapande brobyggande (Barker & Buchanan-Barker, 2026). Lim m.fl. (2023) menar dock att en av de vanligaste faktorerna för en patient att bruka våld är den långa vårdtiden och särskilt när deras omvårdnadsbehov inte blir tillgodosedda. I Barker och Buchanan-Barker (2026) åtagande *att ge tid som gåva* förklaras att tiden tillsammans mellan patienten och sjuksköterskor som mycket betydelsefull där tiden ska tas om hand och prioriteras på bästa sätt. Detta genom att vara tydlig med att det inte bara handlar om att vänta på patienten, utan att vara positivt inställd till förändringens möjlighet, även om patienten saknar hopp. Avander m.fl. (2016) belyser dessutom vikten av att låta kommunikationen ta tid och hur ett förtroendeingivande bemötande kan ge förutsättningar för patienten att inte brusa upp.

### 6.3.4 Att utveckla genuin nyfikenhet

I subkategorin **att vara genuint nyfiken på personen** beskrivs hur resan mot att lära känna personen påbörjas när sjuksköterskor är nyfiken och visar ett intresse för patienten. Sjuksköterskor betonar dessutom för att upplevas som både nyfiken och genuint intresserad behöver hen vara nära sin egen personlighet, och inte kliva in i någon sjuksköterskeroll. Vidare beskrivs det vara ett förhållningsätt som kan förebygga att patienten undviker att hamna i en hot eller våldsamt situation. Barker och Buchanan-Barker (2026) förklarar *att utveckla genuin nyfikenhet* handlar om hur sjuksköterskor behöver åstadkomma ett aktivt sätt att intressera sig för patientens unika berättelse som aldrig ses som färdigskriven. Utan som en berättelse som ska ses som en pågående process i patientens återhämtning. I subkategorin **att vara genuint nyfiken på personen** beskriver även sjuksköterskor vikten av att vara delaktig och ta sig an tiden tillsammans med patienten. Sjuksköterskor förklarar vidare att det är när patienten bemöts med en helhetssyn en vårdrelation kan infinna sig. Carlsson (2003) betonar dessutom betydelsen av vårdpersonalens närvaro i mötet, där det goda mötet handlar om att aktivt och genuint undersöka vilken mening situationen har för patienten. Där det även ska finnas en strävan att se och möta patienten efter personens egna förutsättningar och där vårdpersonalen inte blandar in sina egna och sätter sig själv i centrum. Greenwood och Braham (2018) knyter an till ovanstående genom att belysa att när sjuksköterskor har en positiv attityd till patienter som erfars komplexa, minskar de våldsamma situationerna.

### 6.3.5 När bron hotar att brista

Det framkommer både i resultatet och den tidigare forskningen hot som gör att bron riskerar att brista. Detta beskrivs i subkategorin **att bli berörd** där erfar sjuksköterskor svårigheter att nå fram till patienter som självskadade. Sjuksköterskor kan erfara att strävandet i vårdandet ständigt får bakslag genom att patienten åter igen självskadade. Motivationen hos sjuksköterskor tenderar då att minska och hota det fortsatta brobyggandet tillsammans med patienten. Motivationen kan ses som en metafor av byggstenar i brobyggandet och minskar motivationen minskar således byggstenarna och bronns färdigställande riskerar att försenas eller helt stanna upp (Barker & Buchanan-Barker, 2026). När vårdrelation som ses som en metafor till brobyggandet försämras eller blir obefintligt beskriver sjuksköterskor hur de erfar ett misslyckande. Vidare beskriver sjuksköterskor att våldssituationer leder till känslor som ilska, frustration och vrede men att de strävar att inte visa detta för patienten. Resultat knyter an till tidigare forskning kring negativa erfarenheter av patientvåld såsom oro, ångest och rädsla (Abu Khait m.fl., 2022; Alenezi & Barr 2024; Alyosef m.fl., 2022; Ayhan m.fl., 2025; Küçük Öztürk m.fl., 2024; Lim m.fl., 2023; Stevensson m.fl., 2015; Tema m.fl., 2011). I resultatet framkommer det att sjuksköterskor ibland ifrågasätter sitt yrkesval utefter att de varit med om en våldssituation och om det är värt att fortsätta sitt arbete. Detta lyfts även inom forskning där sjuksköterskor beskriver att de övervägde att avsluta sina anställningar eller byta till ett annat vårdområde än psykiatri (Alyousef m.fl., 2022; Avander m.fl., 2016; Bilgin m.fl., 2024). Under subkategorin **att bli berörd** erfar sjuksköterskor inom den rättspsykiatriska slutenvården etiska dilemman med att använda sig av tvångsåtgärder. Tvångsåtgärder är något som sjuksköterskor helst inte vill utföra och endast ska tas till i sista hand när alla andra åtgärder är uttömda. Vilket (Doedens m.fl., 2020; Wong & Bressington, 2022) knyter an till genom liknande beskrivningar där sjuksköterskor anser att tvångsåtgärder är emotionellt krävande och att det är något som ska användas i sista hand. Barker och Buchanan-Barker (2026) belyser att brobyggandet är riskabelt och kräver försiktighet vilket knyter an till sjuksköterskors erfarenhet av att ta till tvångsåtgärder i sista hand då tvångsåtgärder erfars vara ett hinder för brobyggandet.

## 6.4 Resultatet i ett vidare sammanhang

I studiens resultat framkom vikten av att se patientens tidiga tecken på försämring samt att lära känna patienten och bjuda in till en vårdrelation som de viktigaste verktygen för att förebygga att patienten agerar ut med hot och våld. I och med detta menar författarna att resultatet kan appliceras inom annan psykiatrisk kontext såsom akutpsykiatri och allmänpsykiatriska mottagningar. Socialstyrelsen (2018) belyser i riktlinjer för vård vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, att det första mötet patienten har med vården är av stor vikt för den fortsatta relationen med den psykiatriska vården. Författarnas erfarenhet av akutpsykiatrisk vård och allmänpsykiatrisk vård är att patienter får möta många olika vårdpersonal vilket är något som kan leda till att relationens nyttoeffekt till viss

del försvinner. Patienten får berätta sin historia flera gånger och vårdpersonal får inte lika bra kännedom om patienten som om det vore ett mindre antal vårdpersonal patienten träffade. Frågan är givetvis komplex och organisatorisk svår, men studiens resultat lyfter ändå relationens kraft och betydelse att förhindra att våldsamma situationer uppkommer. Vikten av att ha en god och väl dokumenterad handlingsplan betonar sjuksköterskor inom rättspsykiatrisk slutenvård som viktig och hjälpsamt för att förebygga våldssituationer. Detta genom att se tidiga försämringstecken hos patienten. På så sätt kan även sjuksköterskor som inte har samma goda relation med patienten få stöd att se tidiga tecken på försämring. Socialstyrelsen (2018) lyfter även vikten av att ha en krisplan vid försämring hos patienter med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.

En annan aspekt från resultatet är att sjuksköterskor erfar mer trygghet och utvecklas av att hantera våldsamma situationer. Författarna funderar på om detta skulle kunna förhindra att patienter blir dömda till rättspsykiatrisk vård. Detta genom att som sjuksköterska våga stå kvar i mötet med den arga och i situationen våldsamma patienten. Exempel på detta kan vara sjuksköterskor i psykiatriambulans eller ett akut psykiatriskt team som träffar en patient som uppvisar ett verbalt och våldsamt beteende. Genom att då våga stå kvar i stället för att backa undan och tillkalla polis eller ordningsvakt menar författarna att en våldssituation kanske kan avstyras. En våldssituation som senare leder till en dom till rättspsykiatrisk vård för patienten vilket i sin tur leder till lidande för patienten och enorma samhällskostnader. Dock är detta en balansgång och handlar om en fingertoppskänsla för situationen. Där sjuksköterskor inte får sätta sitt eget liv på spel eller ses som svag om hjälp behöver tillkallas.

## **7 SLUTSATS**

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med våldsamt beteende inom rättspsykiatrisk slutenvård. Sjuksköterskor kan genom att tillvarata studiens resultat se vikten av att skapa och vidmakthålla en vårdrelation. Detta då det framkommer i resultatet vara den viktigaste åtgärden för att minska att patienter agerar ut i våld. Omvårdnaden skulle vinna på att sjuksköterskor vågar stå kvar i relationen trots att bron hotar att brista genom att patienten agerar ut i en våldshandling. Patienten behöver bjudas in och involveras i sin omvårdnadsplan. Detta för att tillsammans finna strategier och åtgärder för att undvika att en våldsam situation uppkommer. Författarna vill åter poängtera att en person med psykisk ohälsa inte är mer våldsam en någon annan.

## 7.1 Kliniska implikationer

Förhoppningen med studien är att den kan ge en ökad förståelse över hur viktig vårdrelationen är för att kunna förebygga att våldsamma situationer uppstår. Något som hade varit till nytta för en ökad trygghet i mötet med patienter som uppvisar ett våldsamt beteende är att sjuksköterskor, men även resterande vårdpersonal på kliniken hospiterar på specialavdelning. Detta eftersom sjuksköterskor beskriver att de blir tryggare av att vårda i dessa situationer. Vilket i sin tur kan gynna vårdpersonal i hot och våldssituationer om de uppkommer på sin egen avdelning. Genom att sjuksköterskor är tryggare i sin roll bidrar det till en tryggare och säkrare vårdmiljö för både patienter och vårdpersonal.

## 7.2 Förslag till fortsatta studier

Det hade varit intressant att göra en studie med sjuksköterskor som avslutat sin anställning på den rättspsykiatriska klinik där denna studie genomförts på. Detta för att se om resultatet hade skiljt sig åt då svaren i provintervjun skiljde sig något från intervjuerna i studien. I resultatet lyfter sjuksköterskor etiska dilemman i samband med tvångsåtgärder såsom tvångsinjektioner och fastspänning. Sjuksköterskor ansåg även att tvångsåtgärder var något som ska användas i sista hand. I resultatet framkom att det var vårdpersonal som hade en relation eller arbetar på samma avdelning där patienten vistas, som utförde tvångsåtgärden. En av författarna har erfarenheter från en annan rättspsykiatrisk klinik där vårdpersonal utan relation som arbetar på annan avdelning kommer och utför tvångsåtgärden. Författarna ser att vidare studier kring detta skulle vara värdefullt för att se om kanske tvångsåtgärder skulle kunna minskas. Vilken strategi kring tvångsåtgärder som är den mest gynnsamma för en vårdande relationen mellan sjuksköterska och patient. Även en studie utifrån patienternas perspektiv hade varit värdefullt utifrån patienternas upplevelse kring vem som utför tvångsåtgärden.

## REFERENSLISTA

- Abu Khait, A., Hamaideh, S. H., Aldalaykeh, M., ALhamdan, A. & Lazenby, M. (2022). Psychiatric nurses' experiences and the emotional and psychological sequelae after being psychologically or physically assaulted in psychiatric units: A phenomenological study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 40, 115–123. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.06.005>
- Alenezi, A. & Barr, L. (2024). The impact of resilience on workplace violence experienced by mental health nurses: A cross-sectional survey. *Journal of Nursing Management.*, 2024, 1–10. <https://doi.org/10.1155/2024/4449445>
- Alyousef, S. M. & Alhamidi, S. A. (2022). Exploring experiences of workplace violence and attempts to address violence among mental health nurses in the Kingdom of Saudi Arabia. *SAGE Open Nursing*, 8, 1-10. <https://doi.org/10.1177/23779608221142716>
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). American Psychological Association.
- Atta, M. H. R., Eweida, R. S., Albzia, A., El-Monshed, A. H. & Barakat, M. M. A. (2025). Unveiling hidden trauma: A cross-sectional study of violence exposure and its impacts on entrapment, self-stigma and empathic care among psychiatric nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 32(4), 823–837. <https://doi.org/10.1111/jpm.13160>
- 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. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000186>
- Ayhan, C. H., Aktaş, M. C. & Karan, E. (2025). Psychiatric nurses' experiences of patient violence on acute psychiatric units in Turkey: A qualitative study. *BMC Nursing*, 24(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03030-y>
- Barker, P. & Buchanan-Barker, P. (2026). *Tidvatten-modellen: En vägledning för personal inom psykiatrisk vård*. Studentlitteratur.
- Bilgin, A., Kovanci, M. S. & Öcalan, S. (2024). “Working in the emergency department is not a job; it’s like a war” A narrative inquiry and interpretive phenomenology of the violence experienced by emergency nurses in Turkey. *International Journal of Nursing Practice*, 30(4), e13225-n/a. <https://doi.org/10.1111/ijn.13225>

- Carlsson, G. (2003). *Det våldsamma mötets fenomenologi: om hot och våld i psykiatriskvård* (Växjö University Press 2004., s. 152) [Doktorsavhandling, Växjö universitet, Fakulteten för humaniora och samhällsvetenskap, Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete]. DiVA: <https://lnu.diva-portal.org/smash/get/diva2:206692/FULLTEXT01.pdf>
- Chapman, R., Perry, L., Styles, I. & Combs, S. (2009). Predicting patient aggression against nurses in all hospital areas. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 18(8), 476–483. <https://doi.org/10.12968/bjon.2009.18.8.41810>
- Doedens, P., Vermeulen, J., Boyette, L., Latour, C. & Haan, L. (2020). Influence of nursing staff attitudes and characteristics on the use of coercive measures in acute mental health services—A systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(4), 446–459. <https://doi.org/10.1111/jpm.12586>
- Ekman, I., Lundberg, M., Lood, Q., Swedberg, K. & Norberg, A. (2020). Personcentrering – en etik i praktiken I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: Från filosofi till praktik* (2 uppl., 27-57). Liber.
- Engström, Å. & Juuso, P. (2023). Kvalitativ forskningsintervju I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap* (3 uppl., s. 151-164). Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (2018). *Vårdvetenskap: Vetenskapen om vårdandet- Om det tidlösa i tiden*. Liber.
- Foster, K., Roche, M., Shakespeare-Finch, J., Shochet, I., Maybery, D. & Bagot, K. L. (2026). Mental health nurses' experience of trauma: A qualitative descriptive study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 33(1), 57–67. <https://doi.org/10.1111/jpm.70060>
- Gillespie, G. L. & Berry, P. (2023). Qualitative analysis of workplace assault outcomes from the perspectives of emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 49(3), 450–460. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2022.09.015>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Graneheim, U. H. Lindgren, B. M. & Lundman, B. (2023). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap* (3 uppl., s. 295-311). Studentlitteratur.

- Greenwood, A. & Braham, L. (2018). Violence and aggression towards staff in secure settings. *Journal of Forensic Practice*, 20(2), 122–133. <https://doi.org/10.1108/JFP-05-2017-0015>
- Hammarström, L., Häggström, M., Devik, S. A. & Hellzen, O. (2019). Controlling emotions-nurses' lived experiences caring for patients in forensic psychiatry. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 14(1), 1682911. <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1682911>
- Hammarström, L., Hellzén, O. & Devik, S. A. (2023). 'Fleeing' as a strategy for navigating resistance in patient encounters within forensic care. *Healthcare (Basel)*, 11(21), 2890. <https://doi.org/10.3390/healthcare11212890>
- Henricson, M. & Billhult, A. (2023). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap* (3 uppl., s. 115-125). Studentlitteratur.
- Hiebert, B. J., Care, W. D., Udod, S. A. & Waddell, C. M. (2022). Psychiatric nurses' lived experiences of workplace violence in acute care psychiatric units in Western Canada. *Issues in Mental Health Nursing*, 43(2), 146–153. <https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1956656>
- Isdal, P. (2017). *Meningen med våld*. (2:3 uppl). Gothia Kompetens.
- Kjellström, S. (2023). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap* (3 uppl., s. 61-81). Studentlitteratur.
- Kristensson Uggla, B. (2020). Personfilosofi-filosofiska utgångspunkter för personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: Från filosofi till praktik* (2 uppl., 58-105). Liber.
- Kristiansson, M. (2024). Rättspsykiatri. I J. Herlofson, L. Ekselius & M. Åsberg (Red.), *Psykiatri* (3 uppl., s. 659-670). Studentlitteratur.
- Küçük Öztürk, G., Başer, E. & Engin, E. (2024). 'On the slope of an erupting volcano': A qualitative study on the workplace violence experiences of psychiatric nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 31(4), 515–524. <https://doi.org/10.1111/jpm.13003>
- Lim, Z. Y., Idris, D. R., Abdullah, H. M. A. L. & Omar, H. R. (2023). Violence toward staff in the inpatient psychiatric setting: Nurses' perspectives: A qualitative study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 46, 83–90. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2023.08.008>
- Martins Irvine, A., Moloney, W., Jacobs, S. & Anderson, N. E. (2024). Support mechanisms that enable emergency nurses to cope with aggression and violence: Perspectives from

- New Zealand nurses. *Australasian Emergency Care*, 27(2), 97–101.  
<https://doi.org/10.1016/j.auec.2023.09.003>
- Mälardalens universitet (2026, april). *Ansvarsfull användning av generativ AI i uppsatsarbetet*. [https://canvas.mdu.se/courses/17695/pages/ansvarsfull-anvandning-av-ai?module\\_item\\_id=667535](https://canvas.mdu.se/courses/17695/pages/ansvarsfull-anvandning-av-ai?module_item_id=667535)
- Newman, C., Roche, M. & Elliott, D. (2024). Exposure to patient aggression and health outcomes for forensic mental health nurses: A cross-sectional survey. *Journal of Advanced Nursing*, 80(3), 1201–1211. <https://doi.org/10.1111/jan.15885>
- Palmstierna, T. (2024). Våld och kriminalitet i klinisk psykiatri. I J. Herlofson, L. Ekselius & M. Åsberg (Red.), *Psykiatri* (3 uppl., s.583-592). Studentlitteratur.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.
- Priebe, G. & Landström C. (2023). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap* (3 uppl., s. 27-44). Studentlitteratur.
- Rättsmedicinalverket. (2023, 18 april). *Ny forskning: Längre vårdtider inom rättspsykiatrin*. Hämtad 21 mars 2026, från <https://www.rmv.se/aktuellt/ny-forskning-langre-vardtider-inom-rattspsykiatrin/>
- SFS 1991:1128. Lag om psykiatrisk tvångsvård. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911128-om-psykiatrisk-tvangsvard\\_sfs-1991-1128/](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911128-om-psykiatrisk-tvangsvard_sfs-1991-1128/)
- Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd: Stöd för styrning och ledning*. Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/080366499ee0466b8733b4689f9cb322/2018-9-6.pdf>
- Srivastava, S., Kumar, A. & Pandurangan, H. (2025). Experiences of workplace violence among nursing staff in selected hospitals in India: A qualitative study. *Nursing & Midwifery Research Journal*, 21(3), 183–197. <https://doi.org/10.1177/0974150X251336592>
- Stevenson, K. N., Jack, S. M., O'Mara, L. & LeGris, J. (2015). Registered nurses' experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units: An interpretive descriptive study. *BMC Nursing*, 14(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12912-015-0079-5>

- Svensk sjuksköterskeförening. (2024). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. <https://swenurse.se/download/18.63d77b1e18bf5c2bfaa40841/1701244747726/Kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksko%CC%88terska%202024.pdf>
- Tema, T. R., Poggenpoel, M. & Myburgh, C. P. H. (2011). Experiences of psychiatric nurses exposed to hostility from patients in a forensic ward. *Journal of Nursing Management*, 19(7), 915–924. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01304.x>
- Varpula, J., Välimäki, M., Lantta, T., Berg, J. & Lahti, M. (2020). Nurses' perceptions of risks for occupational hazards in patient seclusion and restraint practices in psychiatric inpatient care: A focus group study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(4), 703–715. <https://doi.org/10.1111/inm.12705>
- Vedana, K. G. G., da Silva, D. M., Ventura, C. A. A., Giacon, B. C. C., Zanetti, A. C. G., Miasso, A. I. & Borges, T. L. (2018). Physical and mechanical restraint in psychiatric units: Perceptions and experiences of nursing staff. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(3), 367–372. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.11.027>
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk samhällsvetenskaplig forskning*. [https://www.vr.se/download/18.68c009f71769c7698a41df/1610103120390/Forskningsetiska\\_principer\\_VR\\_2002.pdf](https://www.vr.se/download/18.68c009f71769c7698a41df/1610103120390/Forskningsetiska_principer_VR_2002.pdf)
- Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningsed (VR 2017)*. Vetenskapsrådet. <https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2017-08-29-god-forskningsed-2017.html>
- Wong, W. K. & Bressington, D. T. (2022). Nurses' attitudes towards the use of physical restraint in psychiatric care: A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(5), 659–675. <https://doi.org/10.1111/jpm.12838>
- World Health Organization. (2002). *World report on violence and health*. World Health Organization. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a25476ed-8585-47f3-986e-9d0e7f5e9f1b/content>
- Yang, C.-I., Hsieh, W.-P., Lee, L.-H. & Chen, S.-L. (2016). Assault experiences: Lessons learned from mental health nurses in Taiwan. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(3), 225–233. <https://doi.org/10.1111/inm.12203>

# BILAGA A – BREV TILL VERKSAMHETSCHEF



1 (3)

Institutionen för hälsovetenskap, innovation och design  
Mälardalens universitet

Datum 2026 – 02 - 06

Till verksamhetsområdeschef  

## Förfrågan om tillåtelse att genomföra studie

Vi heter Didrik Ejdvinsson och Sara Ring och vi är studenter på specialistsjuksköterskeutbildningen i psykiatrisk vård vid Mälardalens universitet. I utbildningen ingår ett självständigt arbete i form av en magisteruppsats. Syftet med vår studie är "att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med våldsamt beteende inom rättspsykiatrisk slutenvård".

Vi ber därför om tillåtelse att genomföra studien vid er enhet. Rent konkret skulle det innebära att 10–12 grundutbildade eller specialistsjuksköterskor intervjuas av oss med semistrukturerade frågor under vecka 9-11 2026. Varje intervju beräknas ta ungefär en timme och spelas in digitalt. De intervjuade får själv bestämma var intervjuerna genomförs. Exempelvis på arbetsplatsens besöksavdelning, annan ostörd plats eller zoom. Vi planerar att kontakta patientsäkerhetssamordnare som vidarebefordrar vårt missivbrev till sjuksköterskor i verksamheten.

Deltagande i projektet är frivilligt och deltagarna kan dra sig ur när som helst utan förklaring.

**Hantering av data och sekretess**

2 (3)

All insamlade data kommer att hanteras beaktande forskningsetiska krav, samt avidentifieras med respekt för konfidentialitet enligt dataskyddsförordningen (GDPR).

**Etik**

Studien granskas enligt gällande rutiner vid Mälardalens universitet. Etiska överväganden finns närmare redovisade på sidan 9 i bilaga 1 i bifogad projektplan.

**Eventuell risk/nytta för verksamheten**

Eventuella nackdelar kan kopplas till att deltagande tar av verksamhetens tid.

Fördelar för verksamhet hoppas vi skall vara att sammanställa sjuksköterskornas olika erfarenheter av ämnet och finna positiva och negativa aspekter som kan tillgodoses av verksamheten för att utveckla den personcentrerade vården.

**Nytta i ett vidare perspektiv**

Vår förhoppning är att bidra till ett underlag för omvårdnadsåtgärder som gynnar inte bara verksamheten utan genom spridning av resultatet även kan tillvaratas till andra rättspsykiatriska verksamheter runt om i Sverige.

**Information om studiens resultat**

Resultaten kommer att publiceras i form av ett självständigt arbete vid Mälardalens universitet och eventuellt också en artikel. Ni kommer också, om ni så önskar, att få ta del av det färdiga resultatet.

Ytterligare upplysningar kan lämnas av oss eller vår handledare, Linda Sellin, se nedan.

Du godkänner att vi genomför studien i er verksamhet genom att skicka ett mail till vår handledare.

Med vänliga hälsningar

3 (3)

Didrik Eidvinsson  
Tel: 070-1234567  
E-post: [den25005@student.mdu.se](mailto:den25005@student.mdu.se)

Sara Ring  
Tel: 070-1234567  
E-post: [srg25003@student.mdu.se](mailto:srg25003@student.mdu.se)

Linda Sellin, Universitetslektor i Vårdvetenskap  
Tel: 070-1234567  
E-post: [linda.sellin@mdu.se](mailto:linda.sellin@mdu.se)

# BILAGA B – MISSIVBREV



1 (4)

Institutionen för hälsovetenskap, innovation och design  
Mälardalens universitet

Datum

## **Tillfrågan om deltagande i studie "Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med våldsamt beteende inom rättspsykiatrisk slutenvård".**

Vi heter Didrik Ejdvinsson och Sara Ring och är studenter i specialistsjuksköterskeutbildningen i psykiatrisk vård vid Mälardalens universitet. I utbildningen ingår ett självständigt arbete i form av en magisteruppsats. Syftet med vår studie är "att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med våldsamt beteende inom rättspsykiatrisk slutenvård.

Vår fråga till dig är om du vill delta i denna studie.

**Medverkan är frivillig och vill du inte vara med kan du bortse från detta brev.**

Att delta i projektet skulle för din del innebära att du kontaktar någon av oss via kontaktuppgifterna längst ner i detta brev. Vi kommer då att boka en tid som du själv tycker passar och ett rum bokas på din arbetsplats. Alternativt kan intervjun ske på en annan lugn och ostörd plats om det passar dig bättre eller via zoom. Intervjun beräknas ta ca 60 minuter och vi kommer ställa öppna semistrukturerade frågor. Intervjun kommer spelas in digitalt, detta för att säkerställa att information från intervjun inte läcker ut till obehöriga. Intervjun kommer att transkriberas och analyseras av oss för att upptäcka mönster mellan intervjuer.

De fördelar som finns att delta i studien är att du genom att få beskriva dina egna erfarenheter, får vara med och bidra med värdefull kunskap till den egna professionens samt verksamhetens utveckling. Där en förhoppning finns att även kunna stärka den vårdande relationen mellan sjuksköterska och patient. Nackdelar att delta i studien kan vara att det tar tid från dig.

Du kan när som helst avbryta din medverkan i studien utan att du behöver ange någon orsak. Data behandlas konfidentiellt och intervjuerna kommer avkodas vilket innebär att vi plockar bort information som kan härledas till dig. Varje intervju får en kod tilldelad som sedan förs in i en kodlista för att vi ska kunna spåra intervjuerna till rätt intervjuperson. Intervjuer samt kodlistor kommer hållas inlåsta tills dess att studien är godkänd och publicerad. De kommer även att hållas åtskilda från varandra för att inte kunna härledas till dig eller verksamheten. När studien är godkänd och publicerad kommer allt material att förstöras.

Om du ger ditt muntliga samtycke till att ditt namn och telefonnummer får lämnas ut till oss, kommer vi att via telefon eller mejl ta kontakt med dig för att ge ytterligare information om studiens syfte och genomförande, men du är givetvis välkommen att kontakta oss direkt. Om det låter intressant bokar vi in en tid för intervju där du innan intervjun får lämna ett muntligt samtycke samt skriva under en samtyckesblankett. Intervjun planeras att genomföras mellan v. 9 och v.11.

Ytterligare upplysningar kan lämnas av oss eller vår handledare, Linda Sellin se nedan.

Med vänliga hälsningar Didrik och Sara

Didrik Ejdvinsson  
Tel: [REDACTED]  
E-post: [den25005@student.mdu.se](mailto:den25005@student.mdu.se)

Sara Ring  
Tel: [REDACTED]  
E-post: [srg25003@student.mdu.se](mailto:srg25003@student.mdu.se)

Linda Sellin, Universitetslektor i vårdvetenskap  
Tel: [REDACTED]  
E-post: [linda.sellin@mdu.se](mailto:linda.sellin@mdu.se)



Institutionen för hälsovetenskap, innovation och design  
Mälardalens universitet

### Informerat samtycke

Jag har läst och förstått informationen om examensarbetet vid Mälardalens universitet, vars syfte är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med våldsamt beteende inom rättspsykiatrisk slutenvård. Jag förstår att jag deltar frivilligt och kan avbryta deltagandet när jag vill utan att ange skäl. Jag är medveten om att intervjun kommer att spelas in. Mitt deltagande kommer att avidentifieras, vilket innebär att ingen obehörig kommer att kunna identifiera mig och mina svar. Endast författarna och deras handledare har tillgång till materialet under studiens gång. Materialet förstörs när examensarbetet är examinerat.

Jag bekräftar med min namnteckning att jag samtycker till att delta i studien och att insamlade data får användas på det sätt som beskrivits i informationsbrevet.

Ort, Datum

Namnunderskrift

Namnförtydligande

Telefon:

Email:

Jag önskar få ett exemplar av det färdiga examensarbetet via mail (ringa in ditt svar:

Ja            Nej

# BILAGA C – INTERVJUGUIDE

## **Intervjuguide "att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med våldsamt beteende inom rättspsykiatrisk slutenvård"**

### **Information innan intervjun**

Presentation av syftet "att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med våldsamt beteende inom rättspsykiatrisk slutenvård"

Frivillighet och möjlighet att avbryta

Konfidentialitet

Samtycke till inspelning

Starta inspelning

### **Inledande bakgrundsfrågor:**

*Vi är tacksamma över möjligheten att ta del av dina erfarenheter i det här området*

- Hur länge har du arbetat inom rättspsykiatrisk slutenvård
- Är du grundutbildad eller specialistutbildad sjuksköterska inom psykiatri
- Vilken inriktning har avdelningen du arbetar du på
- Kan du kortfattat beskriva din roll och dina arbetsuppgifter

### **Huvudfråga:**

*Kan du berätta om dina erfarenheter av att vårda patienter med våldsamt beteende?*

- Hur upplever du dessa situationer
- Hur ofta möter du patienter som agerar på ett sätt som innefattar hot och våld
- Kan du ge exempel på hur en sådan situation har sett ut

### **Huvudfråga:**

*Hur upplever du det känslomässigt att vårda patienten när personen agerar våldsamt*

- Hur påverkar det dig i situationen
- Påverkar det dig på något vis efter arbetspasset om JA, på vilket sätt då och vill du berätta mer om det

### **Huvudfråga:**

*Hur påverkas relationen till patienten när det förekommer hot och våld*

- Hur balanserar du mellan att vårda och att upprätthålla säkerhet
- Hur påverkar vårdformen (rättspsykiatri) ditt omvårdnadsarbete jämfört med annan psykiatrisk vård

**Huvudfråga:**

*Hur arbetar du för att förebygga våldsamt beteende*

- Kan du ge exempel på en situation som du strävade efter att förebygga
- Finns det situationer som varit särskilt svåra att förebygga
- Hur arbetar ni i arbetslaget dessa situationer

**Huvudfråga:**

*Vilket stöd upplever du att du får i arbetet med våldsamma patienter*

- Hur fungerar handledning och debriefing
- Hur upplever du samarbetet i arbetslaget
- Finns det något stöd du saknar

**Huvudfråga:**

*Upplever du etiska dilemman i vården av patienter med våldsamt beteendet*

- Kan du ge exempel

**Huvudfråga:**

*Hur har arbetet med våldsamma patienter påverkat dig professionellt*

- Har det påverkat din syn på vårdandet
- Har det påverkat dig privat
- Vad har du lärt dig genom dessa erfarenheter

**Avslutning:**

Ett stort tack att du delat med dig av dina erfarenheter. Är det något mer du vill förtydliga eller tillägga som vi inte berört under intervjun.

**Följdfrågor**

- Vill du berätta mer om det
- Hur menar du då
- Vad tänkte du i den situationen
- Vad kände du då
- Vad har det betytt för dig



**MÄLARDALENS HÖGSKOLA**  
**ESKILSTUNA VÄSTERÅS**