



UNIVERSITETET I  
NORDLAND

# MASTEROPPGAVE

## Helsepersonells erfaring med vold fra eldre pasienter i sykehjem

Masteroppgave i Klinisk Sykepleie

Rita Helme

01.05.14



I oppgaven inngår følgende artikler;

1. Helme, Rita & Alteren, Johanne *Complexity of care when risk of violence at night by elderly patients in nursing homes* (2014) sendt til Journal of Clinical Nursing
2. Helme, Rita & Alteren, Johanne *Aksept av vold i omsorgssituasjoner* (2014) sendt til Sykepleien

## Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning	s. 1
1.1	Formål	s. 3
1.2	Tema og problemstillinger	s. 4
2.0	Metode	s. 5
2.1	Databasesøk	s. 5
2.2	Mixed-metode	s. 6
2.3	Forskningsprosessen	s. 7
2.4	Metodekritikk, kildekritikk og datakritikk	s. 10
2.5	Begrensninger i oppgaven	s. 11
2.6	Forskningsetikk	s. 12
3.0	Sykepleierteorier	s. 13
3.1	Teori om mellommenneskelige aspekter i sykepleien	s. 13
3.2	Omsorgsfilosofi	s. 14
4.0	Forskningsfunn	s. 16
4.1	Forekomst av vold utøvd av pasienten mot nattpersonell i sykehjem	s. 16
4.2	Hvilken erfaring har helsepersonell som arbeider nattevakt med vold utøvd av pasienter i sykehjem?	s. 16
4.3	Hva er utfordringene til helsepersonell når pasienter utøver vold i løpet av en nattevakt?	s. 17
4.4	Hva tenker helsepersonell rundt volden som utøves av pasienter på natt, og egen rolle i den volden?	s. 19
4.5	Hva er sykepleiers rolle når en pasient utøver vold i avdelingen i løpet av nattevakten?	s. 19

4.6	Helsepersonells betraktninger rundt aksept av volden	s. 20
5.0	Drøfting rundt forskningsfunn	s. 22
5.1	Vold på nattevakt: Bare tall, eller en faktisk problemstilling?	s. 22
5.2	Lav bemanning vanskeliggjør omsorgen	s. 24
5.3	Forståelsen av volden som utøves	s. 26
6.0	Sammenfatning	s. 29
6.1	Oppsummering	s. 29
6.2	Implikasjoner for klinisk sykepleie	s. 30
6.3	Områder for videre forskning	s. 31
	Litteratur	s. 32

## **Vedlegg i oppgaven**

- Vedlegg 1     Artikkel til Sykepleien: *Aksept av vold i omsorgssituasjoner*
- Vedlegg 2     Artikkel til Journal of Clinical Nursing *Complexity of care when risk of violence at night by elderly patients in nursing homes*
- Vedlegg 3     Spørreskjema
- Vedlegg 4     Artikkelsøk
- Vedlegg 5     Godkjenning av prosjekt fra NSD
- Vedlegg 6     Frekvenstabeller fra spørreundersøkelsen
- Vedlegg 7     Forespørsel om deltakelse

## 1.0 Innledning

*”Natten er noe annet. Jeg tenker annerledes som sykepleier på natt enn når jeg jobber på dagtid. Ansvarer er større. Prioriteringene er annerledes. Jeg er mer bevisst på at ansvaret ligger i mine hender, og at jeg skal forvalte ansvaret alene denne natten.”*

*-Geriatrisk sykepleier-<sup>1</sup>*

I mange år har jeg arbeidet som nattevakt i sykehjem; først som assistent, deretter som sykepleier og etter det som spesialsykepleier. Å få muligheten til å jobbe på natt, og møte pasienter kanskje på deres mest sårbare, er en utfordrende mulighet for en sykepleier. Jeg opplever at relasjonskunnskap står sentralt for å roe ned pasienter, som ønsker å forlate avdelingen, midt på natten, kanskje i minusgrader på vinteren. I mange tilfeller klarer helsepersonell å roe ned situasjonen, men noen ganger eskalerer situasjonen og pasienten velger å kommunisere gjennom vold i form av verbal eller fysisk utagering.

I USA er det gjort undersøkelser som viser at 27 % av vold på arbeidsplassen skjer i sykehjemsinstitusjoner. (Henry and Ginn, 2002) Typen aggresjon som utøves i sykehjemmene kan være alt fra gjentatte krav, verbale utbrudd, fysisk aggresjon til seksuelle fremstøt. Det å skulle stå i slike situasjoner over lang tid kan være stressende, både for personalet og for pasienter. Natten er en sårbar tid på døgnet, hvor det er minimalt med ansatte på vakt, noe som gjør at sikkerheten er mindre enn på dagtid. I mange tilfeller har pasienter snudd døgnet, og er våkne på natten. Hvis disse pasientene i tillegg er utagerende, står nattevakten ofte alene i håndteringen av pasientene.

Det er gjennomført en del forskning rundt vold i sykehjemsavdelinger på dagtid. Jeg opplever at dag og natt ikke er helt sammenlignbar, ut fra at bemanningen er lavere på natt enn på dag. På dagtid arbeider det flere helsepersonell som kan ivareta pasienter som er vitne til vold, utsatt for vold, eller som utøver vold. Om natten skal ofte en person ta seg av alle funksjoner; ivaretagelse av både tilskuere, offer og voldsutøver. I noen tilfeller er nattevakten

---

<sup>1</sup> Tillatelse for bruk av sitat innhentet fra sykepleier, som ønsker å være anonym.

kanskje selv utsatt for angrep fra pasienter. Jeg har ikke funnet noe forskning som kan fortelle meg om forekomsten av vold på natt, og det er lite forskning som ivaretar nattaspektet i geriatrisk sykepleie generelt. Vold i sykehjem er et tema som ligger mitt hjerte nær, da jeg har jobbet med eldre som utøver vold i sykehjemsavdeling. For å kunne forbedre kvaliteten på arbeidet som gjøres med pasienter på natt, er det nødvendig å ha mer kunnskap om hva som foregår på natt. Jeg har valgt å forske på et tema jeg anser som utfordrende ved nattevakter hvor pasienter utviser vold som en måte å kommunisere på. I studiet frem mot mastergrad har jeg valgt å studere vold både fra et kvalitativt og et kvantitativt ståsted for å kunne triangulere helsepersonells erfaring med vold utøvd av pasienter på natt i sykehjemsavdelingen.

Pasientene som utøver vold lider ofte av Alzheimers demens (Hall et al., 2009). I mange tilfeller må helsepersonell gjøre overveielser om hvorvidt de skal utsette seg selv for slag og spark ved å gå i mellom pasienter hvor vold er en del av bildet, eller om de skal ”tillate” at en pasient skader en annen pasient. Mange føler et moralsk ansvar for å beskytte pasienten som blir angrepet, og dermed settes kanskje egen velferd sekundært. Nattpersonell er ofte alene i avdelingen, og har ikke mulighet til å få øyeblikkelig hjelp fra kolleger hvis det skulle være nødvendig.

Demens er kort presentert i artikkelen *Aksept av vold i omsorgssituasjoner* (vedlegg 1). Sykdommen demens er mer komplisert enn det som er presentert i artikkelen, og det finnes mange typer demens: blant annet Alzheimer, vaskulær demens, alkoholindusert demens, frontallappdemens og demenslignende tilstander som er reversible. Det som er viktig å huske på er at pasienter med demenssykdom har et dårlig korttidsminne, men selv om de ikke husker hva som har skjedd etter en voldshendelse, så vet jeg av erfaring at de ofte husker at *noe* har skjedd, og de er i mange tilfeller redde. Når en pasient har vært utagerende i avdelingen, er det viktig med ivaretagelse av alle personer involvert, og det er viktig å trygge pasienten, ellers kan følelsen av ubehag og utrygghet sitte igjen, selv om selve hendelsen ikke huskes. Dette kan være en utfordring i praksis når vold hender på natten.

Verdens helseorganisasjon, WHO, definerer vold som ”*forsettlig bruk av, eller trussel om, fysisk makt eller tvang, rettet mot en selv, andre enkeltpersoner, eller en gruppe. For å regnes som vold må handlingen resultere i, eller ha høy sannsynlighet for å resultere i død, fysisk eller psykisk skade, eller mangelfull utvikling*” (Krug et al., 2002). I spørreskjemaet utarbeidet for denne undersøkelsen, er vold spesifisert som fysiske angrep, fysiske seksuelle

tilnærmelser, klipping, lugging, kloring, biting, slag, dytting, kasting av objekter mot en, spark, spyting, verbale seksuelle tilnærmelser, verbale fornærmelser, verbale trusler, forsøk på å kjøre på med rullator, eller slag med stökk. Deltakerne som var med i fokusgruppen bekreftet at de hadde vært med på spørreundersøkelsen, og var oppmerksom på hva som var betegnet som vold i dette studiet.

Nattarbeid er ikke tillatt i Norge med mindre arbeidets art gjør det nødvendig. Arbeid med syke og pleietrengende regnes som nødvendig, og arbeidsmiljøloven § 10-11 (Storm-Paulsen and Davidsen, 2013) definerer nattarbeid som arbeid mellom 21.00 og 06.00. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 4-1 snakker om forsvarlighet (Storm-Paulsen and Davidsen, 2013). Det er ikke definert i lovverket hvor stor bemanningen skal være og hva som ansees som forsvarlig bemanning i forhold til antall pasienter. En artikkel fra England viser at bemanningen på nattevakt ved sykehjem er redusert til et minimum (Kennard, 2013). Dette kan også synes å være virkeligheten rundt bemanning i sykehjem i Norge. Ut fra min erfaring fra nattevakter, er det ofte én person som ivaretar én avdeling, og i noen tilfeller to avdelinger. På grunn av den lave bemanningen og nødvendigheten av å holde konstant tilsyn med avdelingen, kan det være vanskelig å få hjelp fra personale som ivaretar andre avdelinger. Legeforeningen i Norge har etterspurt en bemanningsnorm for sykehjem (Johannesen, 2013), men ut fra de informasjonen jeg har, finnes det ingen slik norm på nåværende tidspunkt.

## **1.1 Formål**

Undersøkelsen er gjort i forbindelse med min master i klinisk sykepleie. Formålet med den kvantitative undersøkelsen er å finne forekomsten av vold mot helsepersonell som arbeider på natt i sykehjem. Fokusgruppen kan belyse helsepersonells erfaringer med vold om natten. Jeg ønsker å utforske helsepersonells synspunkter på ivaretagelse og omsorg for pasienter når vold utøves i sykehjemsavdelingen om natten. Denne forskningen kan belyse hvilken type vold som forekommer, hvor hyppig den forekommer og helsepersonells subjektive erfaringer rundt temaet. Denne undersøkelsen kan ellers belyse en problemstilling som ikke er allment kjent, da jeg har funnet veldig lite forskning som tar for seg temaet vold på nattevakt.



## 1.2 Tema og problemstillinger:

Jeg har valgt å gjennomføre en mixed-metode<sup>2</sup>, også kalt kombinert metode på norsk, for å kunne finne ut av forekomsten av vold på nattevakt gjennom et spørreskjema, samt helsepersonells erfaring med vold på natten i sykehjem, gjennom en fokusgruppe.

### Problemstillinger for oppgaven:

1. Hvor ofte erfarer helsepersonell som arbeider nattevakt vold utøvd av pasienter med demenssykdom?
2. Hvilken erfaring har helsepersonell med vold utøvd av pasienter i sykehjem på nattevakt?
3. Hvordan ivaretas pasientene som er innblandet i hendelser med vold i sykehjemsavdelingen om natten?

**Tema for spørreskjemaet;** Vold utøvd av eldre pasienter med demenssykdom i sykehjem mot helsepersonell som jobber på natt. (vedlegg 3)

### Diskusjonstemaer for fokusgruppen;

1. Hvilken erfaring har helsepersonell med vold utøvd av pasienter i sykehjem på nattevakt?
2. Hva er utfordringene til helsepersonell når pasienter utøver vold i løpet av en nattevakt?
3. Hva tenker helsepersonell rundt volden som utøves av pasienter på natt, og egen rolle i den volden?
4. Hva er sykepleiers rolle ved voldsutøvelse fra pasienter om natten?

**Tematikk i artikkel 1:** *Complexity of care when risk of violence at night by elderly patients in nursing homes.* (vedlegg 2)

**Tematikk i artikkel 2:** *Aksept av vold i omsorgssituasjoner* (vedlegg 1)

---

<sup>2</sup> Mixed-metode defineres i metodekapittelet.

## **2.0 Metode**

I metodedelen ønsker jeg å komme inn på hvilken metode jeg har brukt i studiet, og hvordan studiet har vært gjennomført. Jeg kommer inn på databasesøk, mixed-metode med spørreskjema og fokusgruppe som arbeidsverktøy, forskningsprosessen, og kritikk av både metode, kilder og data. Jeg kommer også inn på begrensninger i oppgaven, samt forskningsetikk.

### **2.1 Databasesøk**

I arbeidet med denne mastergraden har jeg gjennomført et omfattende litteratursøk rundt vold, hvor jeg fant fem grupper av artikler. En gruppe artikler beskrev forekomst av vold, og viste et stort spenn i forekomst fra 15% til 93%, alt ut fra hvor lang tid forskningen omfattet (Astrom et al., 2002, Banerjee et al., 2012, Lachs et al., 2013, Sharipova et al., 2008, Zeller et al., 2012). Den neste gruppen artikler beskrev konsekvenser eller effekt av vold til å være aggresjon, forbauselse, frykt, sinne osv. (Astrom et al., 2004, Scott et al., 2011, Tak et al., 2010). Den tredje gruppen artikler beskrev grunner for vold eller aggressiv oppførsel, hvor det ble nevnt organisatoriske grunner og mellommenneskelige grunner til aggresjonen (Cassie, 2012, Graneheim et al., 2012, Hall et al., 2009, Isaksson et al., 2011, Larrayadieu et al., 2011, Tak et al., 2010, Zeller et al., 2009). Den fjerde gruppen beskrev intervensjoner for å roe ned aggressiv oppførsel, og omhandlet alt fra medisinerer til hjelperens relasjonskompetanse (Dettmore et al., 2009, Irvine et al., 2012, Lillevik and Øien, 2010). Den femte gruppen artikler beskrev vold mot pasienter utøvd av pleiere og viste at forekomsten av fysisk vold mot pasienter lå på 24% (Castle, 2012, Charpentier and Soulieres, 2013, Mysuk et al., 2013, Schiamberg et al., 2012). Jeg har i artikkelsøket klart å finne en artikkel som nevner vold i en nattkontekst (Gustafsson et al., 2010). Artiklene fra artikkelsøket er presentert i vedlegg 4.

Jeg har fortrinnsvis brukt Scopus, Science Direct, Wiley Online Library, Cochrane og Sage Premier som søkemotorer. Jeg har brukt søkeord om violence, elderly, nursing home, home based institutions, aggression og nursing i forskjellige sammensetninger. I tillegg har jeg søkt på nordiske tidsskrifter med søkeordene sykepleie, omsorg, vold, sykehjem, institusjon og aggresjon. Av søkemotorene har jeg funnet Scopus mest nyttig, hvor jeg har flest treff i forhold til anvendte artikler. Jeg har forsøkt å holde meg til litteratur skrevet av

sykepleiere, publisert i anerkjente tidsskrifter, men jeg har også brukt litt litteratur fra andre faggrupper der hvor jeg fant det hensiktsmessig.

## 2.2 Mixed-metode

Hovedperspektivene i forskning blir ofte stilt som motpoler til hverandre. På den ene siden har man et konstruktivistisk eller fortolkende syn oppnådd gjennom en kvalitativ metode, eller så har man et positivistisk syn oppnådd gjennom en kvantitativ metode. Den kvalitative metoden gir et dypere innblikk i forskningsspørsmålene med få deltakere som tilbyr sin kunnskap rundt temaet. Den kvantitative metoden gir data som kan telles, og gir informasjon fra en større gruppe deltakere. Det kan i noen tilfeller være hensiktsmessig å knytte sammen metodene til en blandet metode for å få to vinklinger på samme tema. Hensikten med denne forskningsmåten er at dataene som fremkommer i studiet er innhentet gjennom to metoder, og funnene kompletterer hverandre. (Gerrish et al., 2010)

Jeg valgte å gjennomføre den kvantitative delen av forskningen først, for deretter å snakke med helsepersonell som arbeider på natt for å belyse problemstillingen videre. Først og fremst så var det viktig for meg å kunne sjekke om det faktisk er en problemstilling med vold fra pasienter i løpet av nattevakter. Deretter tenkte jeg at helsepersonells subjektive fortelling rundt det å erfare vold fra pasienter om natten kunne belyse problemstillingen videre og bringe inn en ny dimensjon av forståelse for temaet.

Triangulering er et uttrykk hentet fra navigasjon og geografi, hvor det refererer til en prosess hvor man finner retning ut fra mer enn ett landemerke for å lokalisere en presis posisjon. Det er en form for krysskontroll som gjør tilliten til studiet større. (Gerrish et al., 2010) Det finnes fire typer triangulering; 1. data triangulering som involverer å bruke flere datakilder, fra forskjellige settinger eller over tidsrom og tid, 2. utforskende triangulering hvor mer enn en person forsker på fenomenet, 3. teoretisk triangulering hvor forskere angriper dataene fra forskjellige teoretiske perspektiver for å teste hvordan de passer med dataene, 4. metodologisk triangulering hvor metoder enten fra samme paradigme eller på tvers av paradigmer brukes til å studere det samme fenomenet. (Bekhet and Zauszniewski, 2012) I norsk litteratur har jeg funnet litt andre navn på metodene: 1. Triangulering, 2. utforskende

kombinerte metoder, 3. innlagt kombinerte metoder, 4. Forklarende kombinerte metoder (Kaarbø, 2009).

Jeg har i oppgaven valgt å bruke en metodologisk triangulering. Ved gjennomgang av materialet forsøkte jeg å finne likheter og ulikheter i svarene fra spørreskjemaene og fokusgruppen. Jeg fokuserte også på den kvalitative kunnskapen for å bringe inn en dypere forståelse for erfaringene helsepersonell har med vold fra nattevaktsarbeid.

### **2.3    Forskningsprosessen**

I løpet av den innledende delen av forskningen laget jeg en prosjektplan. Denne la grunnlaget for forskningen jeg skulle gjennomføre, men planen ble endret flere ganger i løpet av prosessen hvor spørsmål ble spisset for å bedre kunne belyse de eksakte problemstillingene. Jeg endret blant annet på spørsmålene til fokusgruppen, etter resultatet fra spørreskjemaene forelå. Dette for å sikre at spørsmålene ble relevante for å belyse temaet vold på nattevakt.

På begynnelsen av 2013 sendte jeg inn prosjektplanen, beskrivelse av prosjektet, spørreskjemaet og andre nødvendige data til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) for godkjenning. Jeg fikk tilbake svar om én endring på skjemaet for forespørsel om deltakelse, hvor jeg måtte skrive inn dato for avslutning av prosjektet. Når dette var ordnet og returnert til NSD, kom godkjenningen av prosjektet som fikk prosjektnummer 32771. (Vedlegg 5)

Jeg valgte ut nedslagsfelt for spørreskjemaene ved å se på et kart av fylkene i Norge, og velge meg ut to kommuner i hvert fylke, med unntak av Oslo fylkeskommune<sup>3</sup>. Jeg kontaktet de første kommunene per telefon, men etter erfaring med ventetid og forespørsler om å ringe tilbake, endret jeg fremgangsmåte til å sende forespørsler per e-post til enhetslederne. Jeg forsøkte å spørre fra tre til fem sykehjem i hver kommune som jeg hadde valgt ut, men avsluttet forsøket på å få et sykehjem i tale, når jeg hadde kontaktet dem fire ganger uten å lykkes. Spørreskjemaene ble utarbeidet ut fra tidligere forskning (Astrom et al., 2002, Banerjee et al., 2012, Zeller et al., 2009), samt egenerfaring og kollegaers erfaring med

---

<sup>3</sup> Det er kun en kommune i Oslo fylkeskommune.

vold om natten i sykehjem. Kollegaer fra nattevaktsarbeid fikk lese gjennom spørreskjemaene for å gi tilbakemelding om de syntes noe manglet. Skjemaet ble igjen revidert, og spørsmålene ble kvalitetssikret gjennom et panel av helsepersonell (hjelpepleiere og sykepleiere som hadde erfaring fra nattevaktsarbeid i min hjemkommune) som svarte på spørsmålene, og kom med kommentarer og forslag til forbedringer før bruk. Forbedringene gikk på typer vold, spørsmål som kunne forstås på flere måter osv. Etter hvert som jeg fikk tilslag hos sykehjem for deltakelse, sendte jeg ut spørreskjema per post. Spørreskjema ble sendt ut med beskrivelse av forskningen og hva svarene skulle brukes til (vedlegg 7). Det ble sendt med konvolutt for retur av skjemaene.

Ved retur av skjemaene ble resultatene øyeblikkelig ført inn i dataprogrammet SPSS Statistics 20, og skjemaene ble satt i en perm for senere referanse. Det ble også laget en oversikt over kommentarer gitt av deltakerne i spørreskjemaet, da siste spørsmålet la opp til at deltakerne fritt kunne svare rundt grunnen til at mange helsepersonell aksepterer vold fra eldre demente mennesker som en del av arbeidshverdagen. Skjemaene ble nummerert etter hvert som de kom inn, og totalt ble 186 av 376 skjema returnert i løpet av en 3 måneders periode fra mars til juni 2013. Dette utgjorde en svarprosent på 49.5%. Jeg gjennomførte analysen av dette datasettet før jeg begynte på fokusgruppen. Analysen gikk ut på at jeg gjennomgikk datasettet, først med beskrivende statistikk for å se på tallene. Deretter kryssrefererte jeg forskjellige data for å se på for eksempel yrkestittel eller alder i forhold til type vold erfart. Jeg opplevde at beskrivende statistikk fungerte best i forhold til å få tallene rundt erfart vold tydelig frem. Ut fra en kryssreferanse i forhold til antall ansatte på jobb per avdeling og erfart vold, fikk jeg ideen til spørsmålene for fokusgruppen, da jeg ønsket å vite mer om hvordan de erfarte vold, og hvordan de med lav bemanning klarte å ivareta alle pasienter når vold forekom.

Jeg kontaktet helsepersonell med erfaring fra nattevaktsarbeid i en av deltakerkommunene, for å få samlet dem til en fokusgruppe. Disse ble plukket ut gjennom en telefonsamtale med sentralbordet ved kommunen for å få telefonnummer til nattevakter. Jeg overlot til tilfældighetene hvem som ble plukket ut. Deltakerne var kjent for meg fra tidligere, gjennom nettverk mellom nattevakter i kommunen. Kontakten ble opprettet direkte med deltakerne, med forespørsel om de kunne tenke seg å delta i en fokusgruppe. 4 personer svarte bekreftende på deltakelse, men en person trakk seg i etterkant. Deltakerne var ansatt i samme kommune, men i forskjellige sykehjem og type avdelinger. Fokusgruppen var sammensatt av

en sykepleier og to hjelpepleiere. På grunn av den store mengden data som allerede lå i den kvantitative undersøkelsen, vurderte jeg at én fokusgruppe ville være tilstrekkelig for å gi innsikt til denne undersøkelsen. Formålet med fokusgruppen var å erverve synspunktene og erfaringene til helsepersonellet rundt et sett med spørsmål beskrevet i 1.2, og samtidig tilrettelegge for en diskusjon rundt temaet vold på nattevakter. Alle deltakerne signerte samtykkeerklæring før de begynte diskusjonen rundt spørsmålene jeg hadde med. Jeg deltok som moderator og temasetter, men deltok ikke i diskusjonene. På slutten av fokusgruppen gikk jeg gjennom det jeg hadde hørt fra gruppen og fikk deltakerne til å fremheve hva de tenkte var hovedtemaene. Opptaket fra fokusgruppen ble transkribert og oversatt til bokmål fra dialekt. Deretter gjorde jeg analyse av materialet. (Graneheim and Lundmann, 2004, Kvale and Brinkmann, 2010). Innholdsanalyse ble gjennomført for å få en systematisk beskrivelse av innholdet i fokusgruppen. Jeg gjorde en naiv gjennomlesning for å få et overblikk over hva deltakerne hadde sagt. Deretter leste jeg gjennom transkriberingen gjentatte ganger med den hensikt å finne de viktigste temaene fra diskusjonen. Jeg gikk gjennom materialet og så på hva de hadde svart på spørsmålene jeg hadde med til dem. Jeg kategoriserte svarene i henhold til spørsmålene stilt. Deretter så jeg på nytt på hele materialet for å finne hovedpoengene deltakerne hadde fremhevet gjennom diskusjonen, uavhengig av spørsmålene jeg hadde stilt. Jeg brøt ned transkriberingen til narrative enheter som var representativ for de forskjellige hovedpoengene. Deretter så jeg på den kondenserte meningen. Jeg oversatte meningen og laget undertema og tema som eksemplifisert under i tabell 1.

Narrativ enhet	Kondensert mening	Oversatt mening	Undertema	Tema
Jeg ser der og da hvem jeg må ta i øyeblikket. Jeg har ikke noe mønster. Jeg ser i øyeblikket hva jeg tror behovene er.	Vurdering av behov, øyeblikksavgjørelse	Tiltakene settes inn ut fra kunnskap om pasienten og faktorer i situasjonen.	Tiltak	Pasientkunnskap
Man kjenner jo pasientene ganske godt, og ser og vet hvordan de reagerer. Vi vet også hvordan vi skal gå frem med hver enkelt.	Kjennskap til pasienten og dens reaksjon. Vet hvordan gå frem	Kunnskap om pasienten bestemmer fremgangsmåte for å roe situasjonen	Fremgangsmåte	

Tabell 1 Tabellen viser hvordan en narrativ enhet blir brutt ned til et tema i analysen

Jeg forsøkte i prosessen å lese gjennom det jeg hadde funnet som hovedpoeng, for deretter å gå tilbake og lese all informasjonen fra fokusgruppen for å sjekke at det jeg skrev som temaer representerte deltakernes synspunkter. Jeg så etter temaer som skapte lengre diskusjon (forskjellige tilnæringsmetoder for å roe ned en voldssituasjon), eller temaer som var tilbakevendende (omsorgen og redselen for at pasienter skulle bli skadet). Jeg søkte også etter punkter for enighet eller uenighet i diskusjonen. Etter flere runder med en hermeneutisk tilnærming til materialet satt jeg igjen med en gruppe temaer som er grunnlaget for drøftingen: pasientkunnskap, omsorgsytelse og bemanning, voldsføremst samt voldsforståelse.

Etter gjennomgang av begge datasettene begynte jeg å bringe sammen informasjonen oppnådd i begge metodene. Denne delen blir av noen referert til som krystallisering (O'Cathain et al., 2007) hvor det er en søken etter sammenfallende momenter, avvik og uoverensstemmelser mellom funnene fra de to metodene. Krystalliseringen kan sees under forskningsfunnene, hvor kvalitative og kvantitative data er sammenlignet, der hvor det er mulig. I løpet av krystalliseringen så jeg på informasjon fra deltakerne opp mot tallene jeg hadde fra den kvantitative undersøkelsen. Jeg lette etter punkter som var sammenfallende, og punkter som var avvikende. Funnene er presentert i artiklene og i denne kappen.

## **2.4 Metodekritikk, kildekritikk og datakritikk**

Noe av kritikken mot mixed-metoder er blandingen av metodologi eller paradigmer. Purister mener at kvalitative og kvantitative data ikke skal blandes (Kaarbø, 2009). En annen innvending er at det kan være vanskelig for én enkelt forsker å gjennomføre både kvalitativ og kvantitativ forskning (Kaarbø, 2009). Filosofisk orienterte skrivere har i årevis debattert om det faktisk er mulig å blande paradigmer. Noen mener at paradigmene eller verdenssynet har rigide grenser og at de derfor ikke kan blandes. (Denzin et al., 2011) Jeg vurderer at mixed-metode bringer sammen informasjon som gir et mer helhetlig bilde og mer omfattende kunnskap om problemstillingene.

Spørreskjemaet (vedlegg 3) ble sendt til ledere for distribusjon og innsamling, noe jeg i etterkant har vurdert som mulig negativt, da noen kanskje valgte å ikke delta pga at de var bekymret for at lederne skulle se på svarene som de hadde gitt. I etterkant har jeg også vurdert at noen av spørsmålene kunne ha vært enda mer spesifikk, for å unngå fortolkning.

Kildene jeg har brukt begrenser seg til engelskspråklige artikler og skandinaviske artikler med hovedvekt på studier gjennomført av sykepleiere. Dette kan ha gjort at studier publisert under andre språk enn de overnevnte, ikke har kommet med i bakgrunns materialet for denne mastergraden, selv om funnene kanskje kunne være relevante.

Dataene i undersøkelsene som er gjennomført, baserer seg på en tillit til at deltakerne har svart ærlig og i tråd med det som de har erfart fra sin arbeidshverdag. I tilfeller hvor deltakere ikke har tatt spørsmålene seriøst, ligger det rom for feilmarginer.

## **2.5 Begrensninger i oppgaven**

Jeg er sykepleier og har arbeidet med eldre pasienter som utøver vold i sykehjemsavdelingen. Min forforståelse er naturlig nok farget av dette. Jeg arbeider under den forforståelse at dette er et problem med mange mulige innfallsvinkler. Min personlige oppfatning av vold i sykehjem er at det forekommer ofte, og at helsepersonell går inn i situasjoner hvor de kan bli skadet. Jeg mener at det er mye kunnskap blant nattevakter, og at de arbeider på en god og omsorgsfull måte for å ivareta pasienter i situasjoner hvor vold er en faktor.

Jeg har valgt å se på forekomsten av vold mot helsepersonell i forhold til sykdomsaspektet med demens, utfordringer i pleien til den voldelige pasienten, og helsepersonells omsorg for pasienten når vold forekommer. Alle de overnevnte er sett i forhold til nattevaktsparadigmet, og med utgangspunkt i at det er færre helsepersonell på vakt om natten.

Denne oppgaven tar for seg pasienter som utviser voldelig eller aggressiv atferd i avdelingen. Oppgaven belyser nattevaktens synspunkter og erfaringer i forhold til volden og ivaretagelse av de som er innblandet. Nattevaktene har i de fleste tilfellene en helsefaglig bakgrunn, men noen få av de som har svart på spørreskjemaene er assistenter uten formell utdanning innen helsefag (vedlegg 6). Forskingen leder frem mot en master i klinisk sykepleie, og jeg har bevisst inkludert flere grupper helsepersonell enn sykepleiere, for å få et representativt utvalg i forhold til problemstillingene. I mange tilfeller arbeider det kun en sykepleier og opptil flere hjelpepleiere eller annet personell på natt per sykehjem. Jeg



beskriver nattevaktens slik den er bemannet, og med den forforståelse at sykepleier har ansvaret og derfor trenger kunnskapen for å kunne følge opp både beboerne og helsepersonell de er på vakt sammen med. Sykepleieren er avhengig av kollegaenes kunnskap og arbeidsinnsats i krevende situasjoner, for å kunne lede og gjøre en god jobb på natten. Vinklingen i oppgaven er derfor rundt de utfordringer som helsepersonell erfarer, og en mindre del som dreier seg om sykepleieres oppgaver når vold forekommer på nattevakt.

Spørsmålsstillingene i spørreskjemaet tok utgangspunkt i vold utøvd av pasienten mot helsepersonell, da det er lettere å tallfeste det som er egnerfart. Dette var for å kunne gjøre spørsmålene spesifikk nok til at de ikke kunne misforstås. Det hender at pasienter angriper medpasienter, men tallene i spørreundersøkelsen gir fortrinnsvis svar på forekomsten av vold mot helsepersonell. Deltakerne i spørreundersøkelsen ble bedt om å ta utgangspunkt i de siste 30 arbeidsdager, da jeg vurderte det lettere å få nøyaktige data, siden hendelser innenfor en slik tidsramme er lett å huske.

For å ikke gjenta alt av funn i kappen, viser jeg til artiklene der hvor disse kan gi dybdeinformasjon rundt temaer. Dette gjelder spesielt når det kommer til deler som omfatter forekomsten av vold, samt grunner for aksept av vold.

## **2.6    Forskningsetikk**

Oppgaven er skrevet i henhold til forskningsetiske retningslinjer (DNFK, 2009). Prosjektets mål og metode bryter ikke med allment aksepterte verdisyn. Deltakerne i forskningen har fått skriftlig informasjon om prosjektet og det er innhentet skriftlig samtykke til deltakelse. Det skriftlige samtykket er oppbevart i en perm som er innelåst og ikke tilgjengelig for andre enn veileder og meg. Alle persondata anonymiseres i henhold til dato oppgitt fra NSD. Det er ingen risiko for at dette prosjektet skal medføre skade på mennesker eller dyr. Forskningen følger den etiske tenkning i FNs erklæring om menneskerettigheter, samt Nurnbergkoden og Helsinkideklarasjonen som i korte trekk sier at forskning ikke skal gå på bekostning av menneskelige hensyn. Dette er dokumenter som er utgangspunkt for Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2013) Se vedlegg 7 for informasjon gitt til deltakerne i forespørsel om deltakelse.

### **3.0 Sykepleieteorier**

Sykepleieteori er definert som:

*”Et skriftlig utsagn som beskriver sykepleiefagets karakter og ansvarsområde enten generelt eller innenfor et delområde av sykepleiepraksis.”*

(Kirkevold, 2009)

Sykepleieteoretikere bruker forskjellige utgangspunkt for sykepleierens fokus og ansvarsområde. Noen tar utgangspunkt i pasienten, andre i omgivelsene. Noen teorier tar utgangspunkt i relasjonen mellom sykepleier og pasient eller mellom pasient og omgivelsene. (Kirkevold, 2009)

I dette studiet har jeg tatt utgangspunkt i interaksjonen mellom pasienten og personalet i sykehjem, sett fra helsepersonells ståsted. Jeg har i spørreskjemaene sett på forekomsten av vold utøvd av pasienten mot helsepersonell. I fokusgruppen ble volden diskutert som en del av en interaksjon mellom pasienten og helsepersonellet. Når helsepersonell godtar vold fra eldre pasienter uten å ta det som en krenkelse, oppfatter jeg at det ligger et annet fokus og en annen motivasjon bak omsorgen som ytes. Denne motivasjonen har jeg også ønsket å belyse i oppgaven ved hjelp av Kari Martinsen.

Utgangspunktet for teoriene rundt relasjonen mellom sykepleier og pasient er at det oppstår et forhold mellom pasient og sykepleier når et menneske mottar sykepleie. Det er kvaliteten av det forholdet som utgjør hvor stor nytte pasienten kan dra av sykepleien som ytes. (Halvorsen, 2011) Teoretikere som King, Travelbee, Orlando, og omsorgsteoretikeren Martinsen er representanter for dette synet. Sykepleierens ekspressive funksjon består av den kommunikative delen, hvor mellommenneskelige interaksjoner står sentralt, så vel som kommunikasjonsteknikker og interaksjonsteknikker. (Kirkevold, 2009)

#### **3.1 Teori om mellommenneskelige aspekter i sykepleien**

Kari Martinsen vurderer en omsorgssituasjon til både å være kontekstuell, emosjonelt ladet og spesifikk av natur. Martinsen snakker om å se med hjertets øye, noe som er beskrevet i boken ”Øyet og Kallet” som en vekselvirkning mellom å sanse og forstå, hvor en deltakende

oppmerksomhet vil bringe sammen sansene og forståelsen i en aktelse for livet (Martinsen, 2002). Omsorg beskrives av Martinsen som det å være konkret og tilstede i en relasjon med både sansene og kroppen (Håkonsen Martinsen, 2011). For å forstå sykepleie, må man forstå hva som foregår mellom pasient og sykepleier, hvordan denne interaksjonen kan oppleves og konsekvensene interaksjonen kan ha for pasienten og dens tilstand. Empati er en erfaring som finner sted mellom individer. Man tar del i og forstår meningen med og relevansen av tankene og følelsene til det andre individet, men er samtidig atskilt fra den andre. Empati er ikke en kontinuerlig prosess, men skjer av og til. Resultatet av empati er evnen til å forutsi individets handling, og det er en intellektuell prosess som ikke synes å være avhengig av om en liker eller misliker den andre. Pasienter som utøver vold i avdelingene har ofte lengre rolige perioder, for deretter å utøve vold. I de rolige periodene fostres de mellommenneskelige aspektene, og for sykepleiere som har mye med pasienten å gjøre oppstår det ofte et forhold som kan karakteriseres ved empati. Mange helsepersonell føler empati for pasienten i det øyeblikket vold utøves; de viser forståelse for frustrasjonen, sinnet og aggresjonen pasienten føler, dette. Det kan være maktesløshet i lys av sykdommene pasienten sliter med. Volden kan være et resultat av låste dører, og mangel på kontroll. Sykepleieren og annet helsepersonell ser ofte dette og forstår volden i en kontekst. Dette er tydeliggjort i artikkelen *Aksept av vold i omsorgssituasjoner* (vedlegg 1).

### **3.2 Omsorgsfilosofi**

Kari Martinsens omsorgsfilosofi er basert på en tanke om at omsorg er en grunnleggende forutsetning for alt menneskelig liv. Avhengigheten mennesker har til hverandre kan sees på som omsorgens fundamentale betydning. Avhengigheten trer spesielt frem når mennesket lider, er sykt eller har en funksjonsnedsettelse. Det menneskelige motsvaret til avhengigheten er omsorg. Omsorgsyteren anerkjenner den andre ut fra dens situasjon, og dette mener Martinsen er omsorgens grunnholdning. For å ivareta ”livsytringene” i krisesituasjoner, der nestekjærligheten ikke spontant fører til moralsk omsorg, sier Martinsen at normmoralen skal gjøre at sykepleierne skal oppføre seg som om de elsker sin neste, selv om de ikke gjør det. (Delmar, 2012, Martinsen, 2002)

Å bli angrepet av en pasient kan føles krenkende og skremmende. Sykepleiere som omsorgsytere har ansvar for pasienten som utøver vold. Dette ansvaret innebærer mange aspekter, blant annet at vi som profesjonelle sykepleiere skal se pasienten bak volden, og vise

omsorg for pasienten; også i en krisesituasjon som voldsutøvelse er. Som omsorgsytere er det nærliggende å tenke at hvis en pasient angriper en annen pasient, så velger ofte sykepleier å gå i mellom for å verne pasienten, gjerne med egen kropp som skjold. Det ligger kanskje i kallet at man ikke tillater at pasienter blir skadelidende. Jeg har i mitt tidligere arbeide som nattevakt sett mange slike ytringer på spontan nestekjærlighet i vern av både voldsutøver og voldsutsatte.

## **4.0 Forskningsfunn**

I denne delen presenterer jeg resultatene fra spørreundersøkelsen og fokusgruppen. Jeg beskriver forekomsten av vold ut fra funnene i spørreundersøkelsen. Deretter beskriver jeg erfaringene helsepersonell har gitt innsikt i, gjennom fokusgruppen. Jeg presenterer funnene i henhold til spørsmålene jeg ba fokusgruppen diskutere, og supplerer med tallmateriale fra spørreundersøkelsen for triangulering der hvor det er mulig.

### **4.1 Forekomst av vold utøvd av pasienten mot nattpersonell i sykehjem**

Funnene fra spørreundersøkelsen antyder at forekomsten av vold er forholdsvis stor på natt. Tallene er mer omfattende presentert i artikkelen *Complexity of care when risk of violence at night by elderly patients in nursing homes* (vedlegg 2). Svarene i spørreundersøkelsen viser at det er verbal vold som er fremtredende i form av verbale fornærmelser (49.7%), verbale seksuelle tilnærmelser (29.6%) og verbale trusler (28.5%). I noen tilfeller har helsepersonell erfart denne formen for vold mer enn 15 ganger på 30 dager. Den fysiske volden som rapporteres omhandler fortrinnsvis klipping (34.8%), kloring (34.4%), fysiske angrep (33.7%), slag (31.2%) og dytting (21.6%). I de fleste tilfeller rapporteres det at helsepersonell har erfart denne formen for vold mellom 1-3 ganger i løpet av de siste 30 arbeidsdagene, men det har også forekommet at erfaringer med denne typen vold opp til mellom 8 og 11 ganger i løpet av en 30 dagers periode.

Pasienter som hyppigere utøver vold blir beskrevet å være en blanding av alle typer pasienter (47.3%), pasienter med alvorlig kognitiv svikt (38.9%), pasienter med moderat kognitiv svikt (7.8%), pasienter uten kognitiv svikt (4.8%) og pasienter med mild kognitiv svikt (1.2%). Situasjonene hvor vold rapporteres til å oftest forekomme er i stell situasjoner (49.2%), i snu situasjoner (11.5%), og i forflytningssituasjoner (6.2%)

### **4.2 Hvilken erfaring har helsepersonell som arbeider nattevakt med vold utøvd av pasienter i sykehjem?**

Deltakerne i fokusgruppen fortalte at de følte at vold ikke var noe som forekom ofte. De sa at deres referanse for hva som var vold, ble basert på hvor mye de hadde vært utsatt for vold tidligere i forbindelse med arbeid. De fortalte at de erfarte hendelser hvor pasienter

utøvde vold ganske regelmessig. På bakgrunn av at vold var en del av jobben de forventet å måtte gjøre, så reflekterte de rundt at de kanskje hadde en høyere terskel for hva de refererte til som vold. En sykepleier fortalte at hennes vurdering av hva som var vold endret seg mye da hun gikk gravid, og at hun hadde en lavere terskel for hva hun aksepterte på det tidspunktet i forhold til det hun aksepterte til vanlig av eldre demente pasienter. En hjelpepleier sa han følte at volden som ble utøvd ikke var personrettet, og at han derfor ikke tok det ille opp. Han sa også at han i mange tilfeller ikke anså det pasienten gjorde som vold.

I resultatet fra spørreskjemaet fremkom det at 76.7% av deltakerne mente at det å være mottaker av vold ikke var en naturlig del av arbeidet de skulle gjøre i sykehjemmet. 70.6% av deltakerne svarte at de øyeblikkelig ville gå mellom pasienter og skille dem hvis en pasient tok kvelertak på en annen. 28.8% ville tilkalle andre ansatte og vente på dem, før et forsøk på å skille pasientene ble gjennomført. 98.4% av deltakerne mente at helsepersonell skulle gripe inn i situasjonen hvis en utagerende pasient angrep en medbeboer.

I spørreundersøkelsen var reaksjonene til vold fordelt på frustrasjon (27.8%), utrygghet (25.9%), oppgitthet (14.8%), redsel (3.7%), sinne (3.7%), angst (1.9%) og unnvikelse (1.9%). 20.4 % svarte at de ikke hadde noen av de overnevnte reaksjonene når en pasient hadde utagert mot dem. Deltakerne i fokusgruppen sa at de ikke hadde tid til å kjenne på egen reaksjon før etter hendelsen var over. En av hjelpepleierne sa ”Spørsmålet er jo om man tenker i det hele tatt. Det er bare reflekser som gjør at vi reagerer.” Den kvinnelige hjelpepleieren sa at i etterkant av en hendelse var det ofte at hun kjente at adrenalinet spilte inn, og at alvoret i situasjonen gikk opp for henne.

#### **4.3 Hva er utfordringene til helsepersonell når pasienter utøver vold i løpet av en nattevakt?**

I samtalen med deltakerne i fokusgruppen fremkom det at deres bekymring var hvordan de skulle prioritere når en hendelse med vold oppsto, og hvordan de kunne verne pasientene. Denne problemstillingen er drøftet i artikkelen *Complexity of care when risk of violence at night by elderly patients in nursing homes* (vedlegg 2). I løpet av fokusgruppen fremkom helsepersonellens erfaringer rundt reaksjoner og egen trygghet opp som bisetninger, hvor deltakerne fra fokusgruppen sa at de ikke tenkte på egen sikkerhet først. Spørreundersøkelsen viste at 30,6% av de spurte, arbeidet alene i avdelingen på natt.

Deltakerne i fokusgruppen bekreftet at de ofte ivaretok situasjoner med vold uten hjelp fra annet helsepersonell. De fortalte også at det kunne være vanskelig å få hjelp fra kolleger, da det var mye som skjedde i alle avdelingene, og at det kunne være uforsvarlig å forlate en avdeling til fordel for en annen, selv om det var vold som ble utøvd i en annen avdeling.

Deltakerne fortalte om en prioritering når de skulle ivareta flere pasienter i avdelingen etter episoder med vold. En mannlig hjelpepleier fortalte at han forsøkte å verne de mer rolige pasientene med å skjerme dem inne på deres egne værelser: *”Hvis pasienten krangler med en annen person så må jeg jo forsøke å skille dem, og holde dem atskilt. /... / Jeg snakker til dem og tar dem med til hver sitt rom. Den som er roligst er den jeg forsøker å få inn på rommet først, slik at jeg kan bruke tid på den aggressive pasienten etterpå. Hvis jeg får bort den rolige personen, så har ikke den aggressive pasienten noen å krangle med, og jeg har tatt bort det som utløste volden.”*

Sykepleieren fortalte at hun ofte prioriterte voldsutøveren først. *”Det viktigste for meg ville ha vært å ta den som utagerer fordi at der og da stemte ikke virkeligheten for den pasienten. Det er den utagerende pasienten som har et problem, og som trenger hjelp i fra meg først og fremst. Hvis jeg ikke tar tak i den personen der og da, så har jeg erfaring med at det bare eskalerer. Pasienten kan føle seg oversett, fordi jeg vender fokuset derfra... det føler jeg trigger, utvikler og gjør det verre.”*

Deltakerne fortalte at det var situasjonsbetinget hvem de valgte å hjelpe først. De analyserte situasjonen og valgte en løsningsmåte, som de vurderte kanskje kunne hjelpe å roe ned pasientene. Da de ofte arbeidet alene, var det nødvendig å prioritere, og jobbe seg gjennom utfordringene etter hvert som de oppsto. De fortalte at helsepersonellet måtte ivareta pasienten som utøvde vold og de som hadde vært utsatt for eller tilskuere til vold. Hvis det var helsepersonellet selv som hadde vært utsatt for vold, så ga deltakerne meg inntrykk at av det måtte vente til etter situasjonen for pasientene var løst. Den kvinnelig hjelpepleieren fortalte at hennes frykt var at andre pasienter skulle bli skadelidende når en pasient utøvde vold. Sykepleieren sa at hun var mest redd for at pasienter som utøvde vold skulle gå inn til andre pasienter som var hjelpeløse. Hun begrunnet det med at nattevaktene hjalp pasientene inne på deres værelser, og at pasienter ofte gikk inn til hverandre i det tidsrommet hvor det ikke var helsepersonell tilgjengelig for tilsyn i gangen. Ulåste dører til pasientenes rom, fortalte deltakerne, var en utfordring fordi pasientene hadde direkte tilgang til andre pasienters

rom. I mange tilfeller forsto ikke pasienten at de var på feil rom, og sinne, aggresjon og vold oppsto på grunn av den manglende forståelsen når de ble bedt om å forlate rommet.

#### **4.4 Hva tenker helsepersonell rundt volden som utøves av pasienter på natt, og egen rolle i den volden?**

Deltakerne fortalte at de så deres rolle i situasjonen noen ganger var negativ. Den mannlige hjelpepleieren innrømte at etter mange timer på jobb, med å høre på samme spørsmålene om og om igjen, så var kanskje veien til irritasjon kort. Sykepleieren sa om pasienten *"Når de ikke får bekreftelse på følelsene sine, når de føler at vi ikke forstår eller avfeier dem, hvis vi skal hjelpe noen andre eller skjerme noen andre, så føler de seg kanskje avvist. Det har jeg opplevd kan utløse enda mer aggresjon."* Den mannlige hjelpepleieren påpekte at situasjoner hvor helsepersonell måtte være moderator, som når pasienten ville ut på jobb, eller lette etter noen, så kunne vold oppstå. Deltakerne beskrev det som en linje mellom å gi og ta. Vurderingen rundt vernet av pasientene som sov eller var rolige ble satt opp mot hvor mye helsepersonellet skulle tillate at pasienten som var urolig skulle få mulighet til å banke på dører og rope i gangen. I de tilfellene hvor de valgte å gripe inn, kunne situasjonen hurtig eskalere til voldsutøvelse, fortalte deltakerne. Egen rolle i volden er også beskrevet i artikkelen *Aksept av vold i omsorgssituasjoner* (vedlegg 1). I artikkelen beskrives problemstillingen blant annet med at helsepersonellet forstår egen rolle i volden som utøves, og at de derfor har en tendens til å akseptere volden.

#### **4.5 Hva er sykepleiers rolle når en pasient utøver vold i avdelingen i løpet av nattevakten?**

Hjelpepleierne fortalte at i mange tilfeller hadde sykehjemmet bakvakt, hvor sykepleier var tilgjengelig per telefon. I disse tilfellene var det beskrevet som vanskelig å skulle få hjelp øyeblikkelig, når en situasjon eskalerte til vold. Hjelpepleierne fortalte at de følte et stort ansvar når sykepleier var bakvakt, og at terskelen var høy for å tilkalle bakvakten: *"Hvis det er noe drastisk som skjer så må bakvakten tilkalles"*. Det var spesielt vurderinger med hensyn til medisinerings som ble trukket frem av hjelpepleierne som sykepleiers oppgave. Kontakt med spesialisthelsetjenesten var en annen vurdering som ble overlatt til sykepleieren. Det ble beskrevet at den eldre som utøvde vold kanskje likeså godt kunne respondere på hjelp fra en assistent som en sykepleier: *"Hvis en pasient skal snakkes*



*ned, så er det uansett hvilken stillingstittel man har. Det som er viktig er hvordan pasienten responderer. Det er responsen og det mellommenneskelige aspektet som er viktig: Hvordan man klarer å oppnå tillit i øyeblikket.”*

Sykepleieren bekreftet at hun ivaretok medisinerings og medisinske vurderinger, mens helsepersonellet i avdelingen i de fleste tilfeller selv ivaretok pasienten. Hun fortalte at hun ville vurdere situasjonen ved vold: *”Hvis pasienten kan få noe beroligende så ordner jeg det. Hvis pasienten ikke står på noe, så ville jeg ha ringt legevakten. Når de allerede har gått over i en fase hvor de utøver vold, da tenker jeg at jeg ikke kan gjøre så mye.”* Sykepleieren var også tydelig på at hun følte det var viktig at helsepersonellet på jobb hadde god kompetanse. Sykepleieren fortalte ellers at det i noen tilfeller kunne hjelpe hvis en annen person kom inn i situasjonen og overtok hvis aggresjonen var rettet mot helsepersonellet i avdelingen: *”Ofte får pasienten en god relasjon til den nye som kommer inn. Det kan ganske enkelt være at de slipper å forholde seg til den ene personen som kanskje utløser noe i dem.”*

Resultatene fra spørreskjemaene viste at 28.1% av deltakerne svarte at pasientene ble medisinert med beroligende medikamenter hvis det oppsto en voldshendelse. Ellers var det 96.2% som mente det var viktig med sykepleiefaglig kompetanse på natt.

#### **4.6 Helsepersonells betraktninger rundt aksept av volden**

I spørreundersøkelsen ble helsepersonell bedt om å gi sine betraktninger rundt hvorfor helsepersonell ofte aksepterer vold i omsorgssituasjoner. 127 personer ga kommentarer, som er bakgrunnen for artikkelen *Aksept av vold i omsorgssituasjoner* (vedlegg 1). Funnene viste at helsepersonell la til grunn en rolleforventning til helsepersonell, relasjonell og kontekstuell kunnskap og sykdomskunnskap som grunnene til aksepten av volden. Rolleforventningen ble beskrevet til å være en normalisering av vold og av og til en bagatellisering av hendelsene: *”Grunnen er nok at det blir en vane. Det skjer så ofte at personalet til slutt ikke reagerer på det”*. Den relasjonelle kunnskapen ble beskrevet med en forståelse av mekanismene som foregikk mellom pasienten og hjelperen: *”I flesteparten av tilfellene hvor pasientene utøver vold, så mener jeg at det skyldes misforståelser mellom helsepersonell og pasient. Som oftest er ikke pasienten klar over hva han/hun gjør. De prøver bare å forsvare seg mot en situasjon hvor de ikke forstår hva som skjer.”* Konteksten i situasjonen ble også trukket frem som viktig: *”...volden som utøves er ikke av ondskap, men ofte på grunn av angst og frustrasjon*

*over egen situasjon...*” Sykdomskunnskap var også et moment deltakerne beskrev som en del av grunnen for av aksepten av vold, hvor forståelsen for endringen i kognitiv funksjon var trukket frem, og hvordan dette innvirket på pasientens evne til å forstå konsekvensene av sin handling.

## **5.0 Drøfting rundt forskningsfunn**

I denne delen ønsker jeg å komme inn på de forskjellige funnene og drøfte dem eller reflektere rundt dem. Jeg ser på voldsforekomst under 5.1 "Vold på nattevakt". Jeg drøfter omsorgsytelsen i et bemanningsperspektiv i 5.2 "Lav bemanning vanskeliggjør omsorgen". Deretter ser jeg på voldsforståelsen, pasientkunnskap og omsorg i 5.3 "Forståelsen for volden som utøves". Det har vært vanskelig å finne litteratur til å understøtte mine funn, da jeg har funnet lite sammenlignbar forskning som dreier seg om nattevakt og vold.

### **5.1 Vold på nattevakt: Bare tall, eller en faktisk problemstilling?**

For å i det hele tatt kunne diskutere vold på nattevakt i sykehjem som en problemstilling, var det nødvendig å finne forekomsten av vold på natt. Ut fra litteratursøk klarte jeg ikke å finne noen form for kvantifisering av forekomsten av vold utøvd av eldre pasienter på natt. Jeg fant kun én artikkel som nevnte vold i et nattperspektiv, men ikke med kvantitative data (Gustafsson et al., 2010). Ut fra tallene som foreligger fra dette studiet antydes vold til å være et like stort problem på natt som andre studier (Astrom et al., 2002, Banerjee et al., 2012, Lachs et al., 2013, Sharipova et al., 2008, Zeller et al., 2012) har vist forekomsten på dagtid. Spørreskjemaet la opp til at det var mange potensielt krenkende hendelser som skulle kartlegges, men skjemaene la ikke opp til at informantene skulle vurdere om de oppfattet hendelsene som krenkende. Informasjonen fra fokusgruppen antydte at det skjer mange hendelser som per definisjon kan vurderes som vold, men som ikke ansees som vold av helsepersonellet selv. Helsepersonell ser ut til å legge en mening i volden, hvor de forklarer den med sin kunnskap. Det er grunn til å tro at det derfor er en høy terskel for hva helsepersonell kaller vold fra eldre pasienter. Informasjonen fra fokusgruppen viste at den type vold som var beskrevet i spørreskjemaet ikke nødvendigvis ble oppfattet som vold når den oppsto. Det kan faktisk også se ut som om mange helsepersonell ikke anser vold på nattevakt som en problemstilling, til tross for at tallene peker i retning av at de erfarer mye vold.

En svensk artikkel fra 2002 tar for seg forekomsten av vold mot helsepersonell som ivaretar eldre. Forskningen viste at 40 % av de spurte hadde vært utsatt for vold i løpet av det siste året, og 18 % meldte at de var mottakere av voldsepisoder daglig. En signifikant større del av helsepersonell med arbeid i sykehjem opplevde å bli utsatt for vold sammenlignet med

helsepersonell som arbeidet i hjemmetjenesten og på sykehus. Informantene i denne artikkelen fortalte at fysisk vold forekom oftest, og med det resultat at helsepersonell ofte følte seg maktesløs, trist, sint og utilstrekkelig i situasjonen (Astrom et al., 2002). Hyppigheten av vold mot helsepersonell i sykehjem er beskrevet i en artikkel i Journal of Clinical Nursing fra 2012. Femti prosent av de spurte rapporterte at de hadde blitt fysisk angrepet på jobb. Nesten like mange (48%) hadde blitt utsatt for følelsesmessig misbruk. Aggressivitet var ofte assosiert med personer boende i forsterkede enheter for demente eldre (Bostrom et al., 2012).

Svarene fra spørreundersøkelsen antydte at mange helsepersonell reagerte når de hadde vært utsatt for vold fra eldre pasienter i sykehjemmet. Reaksjonene på vold er beskrevet under funn i 4.2 som blant annet frustrasjon, utrygghet og oppgitthet. Deltakerne i fokusgruppen bekreftet reaksjoner i etterkant av en voldshendelse som både følelsesmessige og kroppslige. Mine funn støttes av tidligere forskning som beskriver forskjellige typer reaksjoner etter vold fra pasienter: I en artikkel fra 2004 som omhandler helsepersonells reaksjoner på utsettelse for vold av pasienter, fant forskeren at mange helsepersonell reagerte med aggresjon, forbauselse og antipati mot den eldre som utøvde volden. I tillegg var det beskrevet følelser som maktesløshet, utilstrekkelighet, fornærmelse og frykt (Astrom et al., 2004). Et internasjonalt litteraturstudie rundt helsepersonells reaksjoner på utsettelse for vold, viste at til tross for forskjellige land og kulturer var reaksjonene på pasient-aggresjon den samme. De mest hyppige reaksjonene var sinne, frykt, angst, post traumatisk stress, skyldfølelse og skam (Needham et al., 2005).

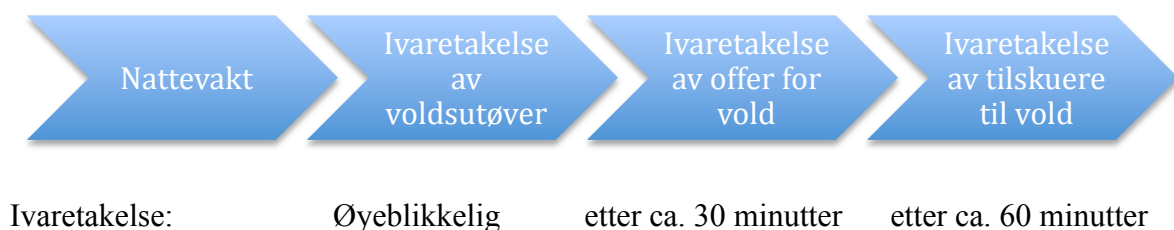
En artikkel fra 2011 så på helsepersonells tendens til å tro at det var forventet at de skulle utsette seg selv for fare for å ivareta utagerende pasienter. Konklusjonen i studien var at helsepersonell ble frarådet å gå alene inn i situasjoner med vold. Det ble anbefalt at det burde foreligge en plan og at interaksjonen med pasienten burde være på det nivå at det ikke øket frustrasjonen eller trigget sinne. (Allen et al., 2011) Erfaringer fra dette studiet antyder at det ikke alltid er like enkelt å få hjelp på natt, og deltakerne forteller både i spørreskjemaene og fokusgruppen at de vil gå alene inn i situasjoner for å verge pasientene.

Det er usikkert om vold faktisk er et problem på natt. Tallene viser at forekomsten er stor, men uttalelser i fokusgruppen og informasjon fra deltakerne i spørreskjemaet antyder at

helsepersonell godtar mye, og at de kanskje har flyttet grensene for hva som regnes som akseptabelt av eldre mennesker som er syke og bor i sykehjem.

## 5.2 Lav bemanning vanskeliggjør omsorgen

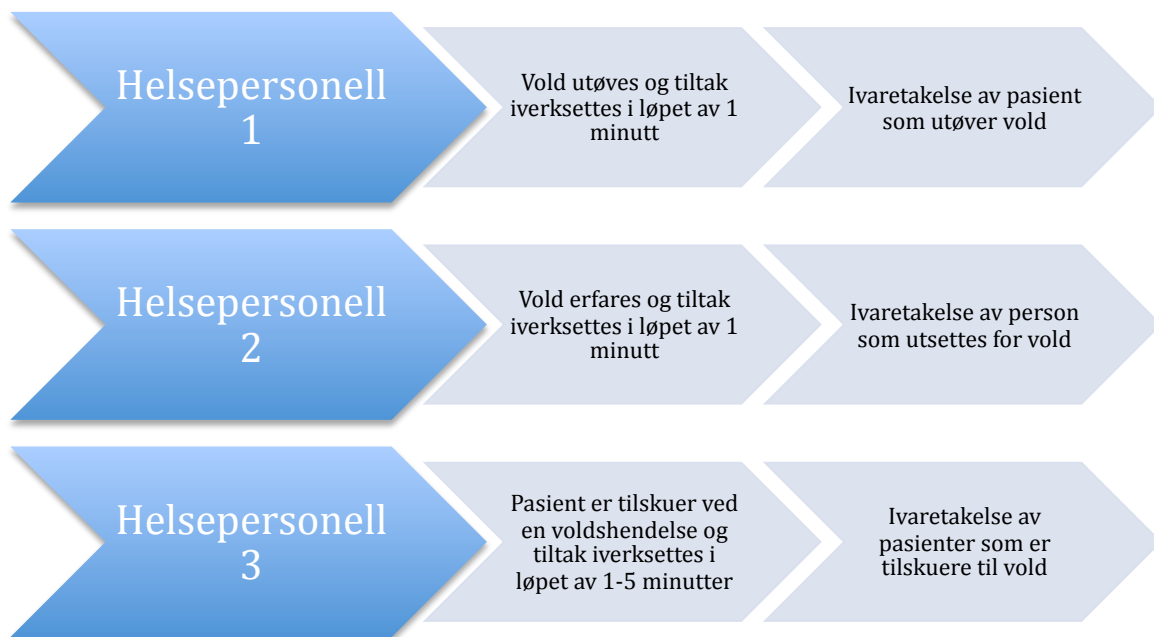
Kompleksiteten i omsorgen som ytes, kan sees i de vurderinger som hele tiden må gjøres av de som er på jobb på natt. Hvis en pasient utøver vold, må det vurderes hvordan situasjonen best kan roes ned. Her kommer Martinsens filosofi om det registrerende øye inn, i kombinasjon med sanser og faglighet. (Martinsen, 2002). For å kunne se pasienten som utøver vold må helsepersonellet gi personen betydning og være tilstede med åpenhet. Helsepersonellet forsøker å finne sammenhenger i voldssituasjonen hvor det systematiseres og settes i system, med pasientenes beste i tankene. Det er mange forhold som må vurderes i løpet av korte øyeblikk: Er noen skadet? Hvem bør skjermes først? Hvordan kan situasjonen roes ned hurtig? Hva er forsvarlig pleie i akkurat denne situasjonen? Er det mulighet til å få hjelp? Det er mange aspekter som spiller inn, og som én person vanligvis står ansvarlig for etter nattevakten. Når sykepleier blir tilkalt, står vanligvis denne ansvarlig for avgjørelsene, og gjør en vurdering i forhold til tiltak for å roe pasienten og ivareta de som er rundt. Hvis sykepleier ikke er tilgjengelig annet enn per telefon, må den som er på vakt være øyne og øre for sykepleieren og gi en nøyaktig beskrivelse av hva som skjer, slik at tiltak kan iverksettes per telefon. Sykepleier kommer vanligvis til sykehjemmet i etterkant av hendelsen og iverksettelse av tiltak. Det er lettere å vurdere situasjonen når det er kjent personale på jobb, som har bakgrunnskunnskap om pasienten. Forskning gjennomført av Gustafsson et al, viser til at sykepleiers rolle om natten ofte blir på konsultasjonsbasis, hvor andre ivaretar den direkte omsorgen. Konsultasjons funksjonen gir korttids-løsninger til komplekse problemstillinger (Gustafsson et al., 2010). Funnene i min forskning støttes av Gustavssons forskning, hvor sykepleiers rolle beskrives som konsultativ i mange tilfeller.



Figur 1 Nattevakt gjør en vurdering rundt hvem som har behov for øyeblikkelig ivaretakelse, og tar for seg pasientene en etter en for å roe ned situasjonen. I denne figuren er det illustrert

*at nattevakt ivaretar voldsutøveren først, deretter mottakeren av volden, og til sist tilskuere til volden.*

Sett i lys av hvordan bemanning er på dag i forhold til nattevakt så er ivaretagelsen av pasientene veldig omfattende på natt og krever pasientkunnskap. På dagtid kan flere forskjellige helsepersonell delta i ivaretagelsen av pasienten, og tiden fra en pasient har utøvd vold til både voldsutøver, mottaker og tilskuere er ivaretatt bør i teorien være forholdsvis kort. Ivaretagelse slik som vurdert mulig på nattevakt hvor helsepersonell er alene er illustrert i figur 1. Helsepersonell på vakt vurderer ut fra situasjonen hvem det er viktigst å ivareta først.



*Figur 2 Helsepersonell som arbeider på dagen kan ivareta de involverte pasienter innenfor et kortere tidsrom fra hendelsestidspunktet, da de er flere personer på jobb.*

Ivaretagelse etter en voldshendelse i sykehjem på dagtid, hvor det er flere helsepersonell tilstede, gjør reaksjonstiden kortere. Sjansen for å roe ned situasjonen på kortere tid vurderes som større i situasjoner hvor det er flere helsepersonell tilstede. Ivaretagelse på dagvakt er illustrert i figur 2.

Figurene 1 og 2 illustrerer den forskjell som er mellom natt og dag, i muligheten til å yte omsorg til pasienter ved voldshendelser. Den viser at tidsaspektet som det arbeides ut fra er helt forskjellig. Omsorgen og vernet av pasientene ble beskrevet som viktig av deltakerne i fokusgruppen. Deltakerne påpekte gjentatte ganger at for dem så var pasientens velferd og

trygghet det viktigste. Egen sikkerhet var beskrevet som sekundær, og informantene var klar på at de ville gå inn i situasjoner for å beskytte pasientene, selv om dette kunne føre til at de selv ble skadet i prosessen. Martinsens omsorgsfilosofi (Martinsen, 2002) kommer tydelig frem blant deltakerne i undersøkelsen, hvor det utvises en stor omsorg for pasientenes velferd, og gjentatte uttrykk av bekymring for ivaretagelsen av dem. De har gått inn i situasjonen både med et sansende, seende og registrerende øye, noe som gir pasienten aktverdighet. De velger å stå i situasjonen og gi av seg selv for å beskytte pasienten, og de går inn i situasjoner med vold for å verne pasientene med risiko for egen helse. Helsepersonellet bruker både øynene og sansene for å se behovene til pasientene, for dermed å kunne vurdere hvem som trenger omsorgen mest i øyeblikket. På grunn av lav bemanning på natt kan det oppstå et gap mellom den omsorg som bør tilbys og den omsorg som kan tilbys. Pasienter som ikke blir prioritert til å ha et akutt behov for omsorg, må vente på hjelp. Dette kan være vanskelig når man har med pasienter å gjøre som har en kognitiv svikt. Tidsaspektet i pleien til pasienter med kognitiv svikt er viktig, for de husker ofte ikke hva som har skjedd, men de husker at noe har skjedd, og de kan være urolige på grunn av dette. Det at en pasient går og er redd, er en situasjon som ikke er ønskelig, men som kanskje i mange tilfeller skjer fordi den aggressive pasienten må roes ned først. Deltakerne fortalte at de ønsker å hjelpe alle, men ofte må pasienter vente på ivaretagelse etter en hendelse med vold i avdelingen.

### **5.3 Forståelsen for volden som utøves**

Rammebetingelsene, i form av låste dører og vern av alle pasienter, gir lite rom for fleksibilitet i møtet med en pasient som ønsker noe utenfor rammene som ligger i avdelingens vegger. I noen tilfeller ønsker pasienten å gå ut på natten, noe nattevakten ikke kan tillate med hensyn til pasientens velferd og medpasientenes ivaretagelse. Det er ikke mulig å forlate avdelingen for en luftetur med pasienten, da andre pasienter kan ha behov for hjelp, og nattevakten derfor må være tilstede. Andre behov som pasienten ønsker dekket øyeblikkelig, hvor det ikke foreligger forståelse for at det er natt, kan være når pasienten ønsker å ringe hjem, eller når pasienten vil inn på en medpasients rom. Det kan virke som om deltakerne er bevisst egen rolle, men at de føler at de av og til må moderere pasienten av hensyn til andre pasienter, og også med tanke på pasientens egen velferd. Det er for eksempel ikke forsvarlig å sende en pasient ut av sykehjemmet på natten vel vitende at de ikke finner veien tilbake. Deltakerne forteller at de bevisst bruker taktikker for å få fokuset til pasienten over på noe

annet, for å forhindre at rammene skal være det som utløser vold, men når distraksjon ikke hjelper så velger kanskje pasienten å kommunisere med vold.

Et av aspektene ved volden som ble nevnt av deltakerne, var vurdering av egen rolle i situasjonen, for å vite når det var best å trekke seg unna. Deltakerne fortalte om en bevissthet rundt det å fjerne aggressorer som for eksempel nøkler og telefoner. Makten i situasjonen ligger hos helsepersonellet, noe de tydelig er bevisst når de fjerner nøkler og telefoner som kan fungere som triggere for vold. I undersøkelsen fremkom viktigheten av kunnskap om pasienten for å kunne ivareta pasienten på en mest mulig effektiv og skånsom måte. Det ble beskrevet som viktig å ha dybdekunnskap om pasientens historie og reaksjonsmønster for å bedre kunne hjelpe med å roe ned situasjonen. Dybdekunnskapen om pasienten gjør at helsepersonellet vet hvilke samtaleemner som er gode å bruke for distraksjon, emner som kan bringe frem lykkelige minner, eller det å dekke et behov som mat eller drikke. Denne kunnskapen gjør også at helsepersonellet vet hvordan prioriteringene bør være når de skal roe ned en situasjon med vold. Kunnskapen er viktig når bemanning planlegges i avdelinger hvor vold forekommer, slik at det ikke settes inn ukjente personer for å ivareta pasienter som ofte uttrykker seg gjennom vold. Ukjent helsepersonell i avdelingen vil ikke ha fordelen med pasientkunnskap og på bakgrunn av den kunne roe situasjonen.

En artikkel fra 2013 viste til funn hvor helsepersonell som er fleksible og forsøker å være på samme "kanal" som pasienten, har gode erfaringer med ivaretagelse av pasienter i situasjoner med vold. Det ble i denne artikkelen fremhevet viktigheten av kjennskap til pasientens forhistorie for å kunne komme i posisjon til å hjelpe. (Isaksson et al., 2013)

I spørreskjemaet fremkom det at mange helsepersonell ikke anser vold som en del av jobben, men de er også klar på at de går inn i situasjoner med vold hvis det oppstår (vedlegg 6). I fokusgruppen var mye av drøftingen rundt hvordan pasientene kunne skjermes slik at de ikke ble skadelidende ved voldsutøvelse. Dette var et tema som deltakerne i fokusgruppen kom tilbake til gjentatte ganger. Sett fra et egosentristisk ståsted ville kanskje det viktigste være å verne seg selv, men i spørreskjemaet var det kun en deltaker (0.6%) som hadde svart at det å gå inn i situasjoner hvor det var mulig å bli skadet, gjorde hun ikke. De resterende valgte å enten gripe inn øyeblikkelig (70.6%) eller vente på hjelp for så å gripe inn (28.8%).



Artikkelen *Aksept av vold i omsorgssituasjoner* (vedlegg 1) beskriver hvordan helsepersonell forklarer volden som pasientene utøver, og egen aksept av denne. De beskriver aksepten ut fra sin kunnskap om sykdommen, relasjonell og kontekstuell kunnskap, samt egen rolle. De har sett mer enn bare volden. Helsepersonellet har stått i situasjonen og forstått at det ligger mer bak det verbale og fysiske som de mottar fra pasienten. Martinsen omtales som en sykepleieteoretiker, men helsepersonell som arbeider natt beskriver en holdning i møtet med pasienten som tilsier at de har gått inn i situasjonen og forstått. De har brukt et deltakende oppmerksomt øye, og tilegnet pasienten verdi gjennom forståelsen og aksepten for at situasjonen er slik den er. I løpet av fokusgruppen kom det ikke opp en eneste negativ kommentar om pasienter som utøver vold. Deltakerne forklarte at de forsto pasienten, og at de ønsket å hjelpe. De ga informasjon om viktigheten av kunnskap på mange nivåer for å kunne forstå volden og gjøre mening ut av den. Relasjonell kunnskap omtaler aspekter i forholdet mellom pasient og helsepersonell som leder til vold, mens den kontekstuelle kunnskapen ser på forhold i omgivelsene. Sykdoms kunnskap legges også til grunn for den forståelse mange helsepersonell viser for eldre pasienter med demenssykdom som utøver vold i avdelingen. I tillegg så legges rolleforventningen til grunn. Rollen kan også være grunnen til at bekymringen for pasienten kommer før bekymringen for egen velferd. På samme måte som en mor har omsorg for sitt barn, vil en sykepleier vise omsorg for den eldre pasienten som er hjelpetrengende. Det er ikke vanlig å bli sint fordi barnet utagerer, og i konteksten med eldre så er det kanskje heller et genuint ønske om å forstå hva volden kommuniserer og hvordan man kan hjelpe pasienten til å få det bedre. Nestekjærligheten til pasienten, som Martinsen beskriver, kan være faktoren som gjør at helsepersonell velger å gå inn i situasjoner med vold hvor det er en risiko for å bli skadet. Kallet kan også i mange tilfeller føles sterkere av at man ser pasientens lidelser, og at man som sykepleier eller helsepersonell har et genuint ønske om å hjelpe.

## **6.0 Avslutning**

I denne delen ønsker jeg å oppsummere funnene fra forskningen. Jeg vil se på implikasjoner for klinisk sykepleie, samt si noe om områder for videre forskning.

### **6.1 Oppsummering**

Tallene fra spørreskjemaet antyder at det er en stor voldsforekomst på natten. Helsepersonell i fokusgruppen beskriver en normalisering av vold som gjør at terskelen for hva som betegnes som vold er høyere enn definisjonen i spørreundersøkelsen. Bemanningen på natt er lavere enn på dagtid ut fra informasjon gitt av deltakerne i fokusgruppen samt informasjon fra spørreskjemaet. Helsepersonell antyder at de mener vold ikke er en del av arbeidet de skal gjøre i sykehjem, men de sier også at de vil gå inn i situasjoner hvor vold oppstår, for å beskytte pasientene. De uttrykker en stor frykt for at pasienter skal bli skadet av den som utøver vold, og vurderer at deres oppgave er å verne og vise omsorg for alle de impliserte.

Helsepersonell ser ut til å akseptere vold fra eldre demente pasienter i sykehjem, på bakgrunn av deres sykdomskunnskap, deres relasjonelle og kontekstuelle kunnskap, samt egen rolle i situasjonen.

På grunn av bemanningen i sykehjemsavdelingene, er det vanskelig å skulle gi adekvat hjelp på natt innenfor en tidsramme som er forsvarlig i forhold til at pasientene har nedsatt kognitiv funksjon. Om natten må helsepersonell vurdere hvem som trenger hjelpen mest, og fordele tiden ut fra hvor akutt situasjonen er. Omsorgen blir mer kompleks og tidkrevende på grunn av lavere bemanning på natt. Kjennskap til pasientenes reaksjonsmønster kan gjøre at det kreves mindre tid for å roe ned avdelingen.

Det fortelles i fokusgruppen at prioritering når vold forekommer, ikke er egen sikkerhet, men sikkerheten til pasientene i avdelingen. Betydningen av vold mot helsepersonellet selv bagatelliseres av deltakerne, og de uttrykker en frykt for at pasientene skal bli skadet. Helsepersonellet forteller at de føler et stor ansvar overfor hver enkelt pasient, og det beskrives gjennom fokusgruppen en stor omsorg og bekymring for pasientene ved vold i avdelingen.

Sykepleiers rolle om natten beskrives fortrinnsvis som konsultativ av natur, hvis volden skjer i en annen avdeling. Vurdering av medisiner og kontakt med spesialisthelsetjenesten beskrives som ansvarsområder sykepleier forventes å ivareta. Det relasjonelle i omsorgen beskrives å være personavhengig, og deltakerne forteller at ivaretagelsen er best når pasienten får omsorg fra en hjelper som klarer å skape en god relasjon. Dette krever i noen tilfeller et bytte av helsepersonell som ivaretar situasjonen.

## **6.2 Implikasjoner for klinisk sykepleie**

Gjennom dette studiet foreligger det informasjon om forekomst og erfaringer med vold på natt. Denne informasjonen er viktig for sykepleiere som arbeider natt og har ansvaret for alle pasienter og kolleger i løpet av vekten. Informasjonen er også viktig for sykepleierledere i sykehjem som har ansvaret for opplæring, risikovurdering og bemanning på natt.

Ut fra informasjonene som er fremkommet i dette studiet, bør implikasjonen for klinisk sykepleie være gjennomføringen av helhetlige kliniske vurderinger av atferden til pasienter i avdelingene. Disse vurderingene bør legges til grunn for hvilken bemanning det skal være på natt. Bemanningen bør vurderes både i antall helsepersonell og også ut fra kompetanse og kunnskap om pasientens historie og atferdsmønster. Det burde også vurderes om voldsrisikovurdering skal gjøres regelmessig på pasienter som har vist utagerende eller voldelig atferd, for å kunne sette inn tiltak tidlig hvis en pasient viser tegn til begynnende agitasjon.

Sykepleieren som er ansvarlig på natt må være bevisst på hvem som har den beste kunnskapen om pasienten som utøver vold i avdelingen. Sykepleieren må også være bevisst på at det er ikke tittelavhengig hvordan pasientene reagerer på helsepersonell slik at den personen pasientene responderer best på, bør være den som ivaretar relasjonen for å roe ned situasjonen. Dette kan korte ned tiden det tar å roe ned en avdeling etter voldsutøvelse, og i noen tilfeller kan kanskje vold unngås.

Andre implikasjoner for klinisk sykepleie er kunnskapen om at helsepersonell som arbeider nattevakter ivaretar pasienter som utøver vold med en grunnleggende omsorg og

nestekjærlighet. De legger en forståelse til volden, som gjør at de velger å gå inn i situasjoner med vold for å ivareta pasientene. Faren for at helsepersonell skal trekke seg bort og ikke ivareta pasienter i voldssituasjoner vurderer jeg til å være veldig liten. Ut fra informasjonen som foreligger fra studiet erfarer jeg at helsepersonell som arbeider natt er reflekterte, ansvarsbevisste, klar til å vurdere situasjoner med vold og ta avgjørelser om hvordan de skal gi omsorg til personene involvert i hendelsene. Sykepleiere, som er ansvarlig på nattevakt eller bakvakt, kan med trygghet stole på at helsepersonell som forvalter ansvaret for pasienter som utøver vold i avdelingen, gjør dette med et ønske om at pasientene skal ha det bra og være trygge. Helsepersonell forstår volden ut fra sykdomsforståelsen, det relasjonelle og kontekstuelle i situasjonen, og ut fra forventningene til rollen de har som helsepersonell. De roer ned pasientene gjennom å bruke sin kunnskap om pasientens reaksjonsmønster.

### **6.3 Områder for videre forskning**

I fremtiden vil det være viktig å se på hva som kan gjøres for å bedre responstiden for ivaretagelse av pasienter om natten når vold oppstår, slik at pasienter med demenssykdom ikke må være utrygge fordi de er nedprioritert når nattevakten vurderer hvem som må ivaretas. Det er et behov for flere studier rundt prevalens av vold om natten, for å styrke funnene som nå foreligger i dette studiet. Jeg tror at det er viktig og forske på metoder for å roe ned pasientene i en natt kontekst med lavere bemanning, og at det burde utarbeides et opplæringsprogram for nattevakter i forhold til ivaretagelse av de innblandede ved voldsutøvelse i sykehjemmet om natten. Studier som sammenligner vold erfart på natt mot vold på dagtid, vil kanskje kunne vise om det er en forskjell i hvordan helsepersonell ser på volden som utøves og løser situasjonen. Det vil kunne gi svar på om aksepten for vold som er funnet i denne studien, også er gjennomgående for personell som arbeider på dagtid. Det kunne også være interessant å se på ledelsesperspektivet i forhold til nattevaksarbeid når vold forekommer.

## Litteratur

- Allen, D.E., de Nesnera, A., Cummings, K., Darling, F.E., 2011. Transforming the culture of caring: Getting hurt is not part of the job. *Journal of Psychosocial Nursing* 49 (1), 45-49.
- Astrom, S., Bucht, G., Eisemann, M., Norberg, A., Saveman, B.I., 2002. Incidence of violence towards staff caring for the elderly. *Scandinavian Journal of Caring Science* 16 (1), 66-72.
- Astrom, S., Karlsson, S., Sandvide, A., Bucht, G., Eisemann, M., Norberg, A., Saveman, B.I., 2004. Staff's experience of and the management of violent incidents in elderly care. *Scandinavian Journal of Caring Science* 18 (4), 410-416.
- Banerjee, A., Daly, T., Armstrong, P., Szebehely, M., Armstrong, H., Lafrance, S., 2012. Structural violence in long-term, residential care for older people: comparing Canada and Scandinavia. *Social Science and Medicine* 74 (3), 390-398.
- Bekhet, A.K., Zauszniewski, J.A., 2012. Methodological triangulation: An approach to understanding data. *Nurse Researcher* 20 (2), 40-43.
- Bostrom, A.M., Squires, J.E., Mitchell, A., Sales, A.E., Estabrooks, C.A., 2012. Workplace aggression experienced by frontline staff in dementia care. *Journal of Clinical Nursing* 21 (9-10), 1453-1465.
- Cassie, K.M., 2012. A multilevel analysis of aggressive behaviors among nursing home residents. *Journal of Gerontological Social Work* 55 (8), 708-720.
- Castle, N., 2012. Nurse aides' reports of resident abuse in nursing homes. *Journal of Applied Gerontology* 31 (3), 402-422.
- Charpentier, M., Soulieres, M., 2013. Elder abuse and neglect in institutional settings: the resident's perspective. *Journal of Elder Abuse and Neglect* 25 (4), 339-354.
- Delmar, C., 2012. The excesses of care: a matter of understanding the asymmetry of power. *Nursing Philosophy* 13, 236-243.
- Denzin, N.K., Lincoln, Y.S., Creswell, J.W., 2011. *The SAGE handbook of qualitative research*. SAGE Publications Inc.
- Dettmore, D., Kolanowski, A., Boustani, M., 2009. Aggression in persons with dementia: use of nursing theory to guide clinical practice. *Geriatric Nursing* 30 (1), 8-17.
- DNFK, 2009. Forskningsetisk sjekkliste (sist oppdatert 31 oktober 2013). De nasjonale forskningsetiske kommiteene, <http://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Forskningsetisk-sjekkliste/>.
- Gerrish, K., Lacey, A., Cormack, D., 2010. *The research process in nursing*. Wiley Blackwell.
- Graneheim, U.H., Hornsten, A., Isaksson, U., 2012. Female caregivers' perceptions of reasons for violent behaviour among nursing home residents. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing* 19 (2), 154-161.
- Graneheim, U.H., Lundmann, B., 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24, 105-112.
- Gustafsson, C., Fagerberg, I., Asp, M., 2010. Dependency in autonomous caring - night nurses working conditions for caring in nursing. *Scandinavian Journal of Caring Science* 24, 312-320.
- Hall, R.C.W., Hall, R.C.W., Chapman, M.J., 2009. Nursing home violence: Occurrence, risks and interventions. *Annals of Long Term Care* 17 (1), 25-31.
- Halvorsen, G.S., 2011. RELASJONEN MELLOM HJELPER OG HJELPESØKENDE

- En studie i forståelsens og anerkjennelsens betingelser og utviklingsmuligheter. Universitetet i Nordland, Senter for praktisk kunnskap Profesjonshøgskolen pp. 212.
- Henry, J., Ginn, G.O., 2002. Violence prevention in healthcare organizations, within a total quality management framework. *Journal of Nursing Administration* 32, 479-486.
- Håkonsen Martinsen, E., 2011. Care for nurses only? Medicine and the perceiving eye. *Health Care Anal* 19, 15-27.
- Irvine, B., Billow, M.B., Gates, D.M., Fitzwater, E.L., Seeley, J.R., Bourgeois, M., 2012. An internet training to reduce assaults in long-term care. *Geriatric Nursing* 33 (1), 28-40.
- Isaksson, U., Graneheim, U.H., Astrom, S., Karlsson, S., 2011. Physically violent behaviour in dementia care: Characteristics of residents and management of violent situations. *Aging and Mental Health* 15 (5), 573-579.
- Isaksson, U., Åstrom, S., Graneheim, U.H., 2013. Being flexible and tuning in: Professional caregivers reflections on management of violent behavior in nursing homes. *International Journal of Older People Nursing* 8, 290-298.
- Johannesen, L.B., 2013. Trenger en bemanningsnorm for sykehjem. *Legeforeningen.no*.
- Kennard, C., 2013. Working nights in dementia care nursing homes. In: *Health Pro. Healthcentral.com*.
- Kirkevold, M., 2009. *Sykepleieteorier - analyse og evaluering*. Gyldendal Akademisk.
- Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B., Lozano, R., 2002. *World report on violence and health*. World Health Organization, Geneva.
- Kvale, S., Brinkmann, S., 2010. *Det kvalitative forskningsintervju (The qualitative research interview)*. Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Kaarbø, E., 2009. Kombinerte metoder. *Sykepleien* 4 (3), 244-248.
- Lachs, M.S., Rosen, T., Teresi, J.A., Eimicke, J.P., Ramirez, M., Silver, S., Pillemer, K., 2013. Verbal and physical aggression directed at nursing home staff by residents. *Journal of General Internal Medicine* 28 (5), 660-667.
- Larrayadiou, A., Abellan van Kan, G., Piau, A., Martin, M.S., Nourhashemi, F., Rolland, Y., Vellas, B., 2011. Associated factors with antipsychotic use in assisted living facilities; a cross sectional study of 4367 residents. *Age and Ageing* 40, 368-375.
- Lillevik, O.G., Øien, L., 2010. Kvaliteter hos hjelperen som bidrar til å forebygge trusler og vold fra klienter (Qualities in the helper that contribute to prevent threats and violence from clients). *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* 2 (6).
- Martinsen, K., 2002. *Øyet og kallet*. Fagbokforlaget Vigemostad og Bjørke AS.
- Mysuk, Y., Westendorp, R.G.J., Lindenberg, J., 2013. Added value of elder abuse definitions: A review. *Ageing Research Reviews* 12, 50-57.
- Needham, I., Abderhalden, C., Halfens, R.J.G., Fisher, J.E., Dassen, T., 2005. Non-Somativ effects of patient aggression on nurses: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 49 (3), 283-296.
- NSF, 2013. *Yrkesetiske Retningslinjer for Sykepleiere*. NSF serien 2/01.
- O'Cathain, A., Murphy, E., Nicholl, J., 2007. Integration and publications as indicators of yield from mixed method studies. *Journal of mixed method research* 1 (2), 147-163.
- Schiemberg, L.B., Oehmke, J., Zhang, Z., Barboza, G.E., Griffiore, R.J., von Heydrich, L., Post, L.A., Weatherill, R.P., Mastin, T., 2012. Physical abuse of older adults in nursing homes: A random sample survey of adults with an elderly family member in a nursing home. *Journal of elder abuse and neglect* 24 (1), 65-83.
- Scott, A., Ryan, A., James, I.A., Mitchell, E.A., 2011. Psychological trauma and fear for personal safety as a result of behaviours that challenge in dementia: The experiences of healthcare workers. *Dementia* 10 (2), 257-269.

- Sharipova, M., Borg, V., Høgh, A., 2008. Prevalence, seriousness and reporting of work-related violence in the Danish elderly care. *Scandinavian Journal of Caring Science* 22 (4), 574-581.
- Storm-Paulsen, O., Davidsen, K.E., 2013. Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven).
- Storm-Paulsen, O., Davidsen, K.E., 2013. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. lovdata.no.
- Tak, S., Sweeney, M.H., Alterman, T., Baron, S., Calvert, G.M., 2010. Workplace assaults on nursing assistants in US nursing homes: a multilevel analysis. *American Journal of Public Health* 100 (10), 1938-1945.
- Zeller, A., Dassen, T., Kok, G., Needham, I., Halfens, R.J.G., 2012. Associated factors with antipsychotic use in assisted living facilities: a cross sectional study of 4367 residents. *Journal of Nursing Scholarship* 44 (3), 249-257.
- Zeller, A., Hahn, S., Needham, I., Kok, G., Dassen, T., Halfens, R.J., 2009. Aggressive behavior of nursing home residents toward caregivers: a systematic literature review. *Geriatric Nursing* 30 (3), 174-187.

## Vedlegg 1



Sykepleien

Beskrivende tittel: Hva er grunnen til at helsepersonell ofte aksepterer vold utøvd av eldre pasienter med demenssykdom som en del av arbeidshverdagen?

Publiseringstittel: Aksept av vold i omsorgssituasjoner

Forfattere:

Rita Helme, RN, BCH

Masters Degree Candidate

University of Nordland

Postboks 102

9481 Harstad

+4795730252

[ritahelme@gmail.com](mailto:ritahelme@gmail.com)

Johanne Alteren, RN, BCH, CNSc, PhD

Associate Professor

University of Nordland, Campus Helgeland

8607 Mo i Rana

+4775129722

[johanne.alteren@uin.no](mailto:johanne.alteren@uin.no)

Antall tegn med mellomrom: 14109

## Aksept av vold i omsorgssituasjoner

Helsepersonell forventer vold fra eldre pasienter med demenssykdom i sykehjem. I en spørreundersøkelse beskrev helsepersonell vold som fysiske angrep mot helsepersonell, det å gå i mellom to pasienter som fysisk angrep hverandre, fysiske seksuelle tilnærmelser, muntlige seksuelle tilnærmelser, klyping, lugging, kloring, biting, slag, dytting, bli kastet ting etter, spyttet på, verbalt fornærmet, verbalt truet, forsøkt påkjørt med rullator med vilje eller slått med stakk. Selv om de forventer vold fra pasientene velger de å gå inn i omsorgssituasjoner og hjelpe pasienten.

Hensikten med artikkelen er å belyse hvorfor helsepersonell ofte aksepterer vold i omsorgssituasjoner.

### Tidligere forskning

En studie fra et sykehjem med aldersdemente pasienter viste at 31,7% av 309 beboere viste utagerende eller voldelig oppførsel (1). Det ble nevnt tre faktorer som økte risikoen for aggresjon; Hvis pasienten var mann, hvis pasienten sto på antipsykotisk behandling og hvis pasienten utviste en nedsatt orienteringsevne. Studien viste at fysisk voldelig oppførsel vanligvis oppstod i intime hjelpesituasjoner og ble behandlet gjennom isolering, avledning og medisinerings.

Lillevik et al (2) skrev i en artikkel at mye av forskningen som er publisert rundt vold gir et ensidig fokus. Egenskaper hos pasienten legges til grunn for voldsutøvelsen. Forskerne mener at med dette fokuset kan relasjonelle årsaker til volden, som for eksempel kvaliteten på forholdet mellom en pasient og helsepersonell, bli oversett. I tillegg fremhever de den store betydningen hjelperens bidrag har i relasjonen. Hovedfunnene som presenteres er at informantene mener volden er meningsbærende, og de forsøker å forstå hva den er uttrykk for.

Halvorsen (3) har i sin forskning på relasjoner funnet at det er i kvaliteten på møtet mellom pasienten og den som yter helsehjelp at pasienten får en følelse av å bli hjulpet. Relasjonen beskrives fra et innvendig og utvendig aspekt, hvor helsepersonell utvendig har fokus på metoder og prosedyrer, men innvendig gir noe av seg selv på lik linje med at pasienten må gi av seg, for at en relasjon skal kunne oppstå.

Cassie (4) analyserte aggressiv oppførsel blant pasienter i sykehjem. Artikkelen beskriver at aggressiv oppførsel ofte oppstår når det er flere personer tilstede, mer aktivitet og lyd. Zeller et al (5) konkluderte deres forskning med at faktorer i institusjonen spiller inn i aggresjonsnivået hos pasienter.

Tidligere forskning viser at vold mot helsepersonell ofte oppstår i omsorgssituasjoner. Videre viser forskningen at utfordringene blant annet ligger i det kontekstuelle i avdelingen og i kvaliteten på relasjonen mellom helsepersonellet og pasienten.

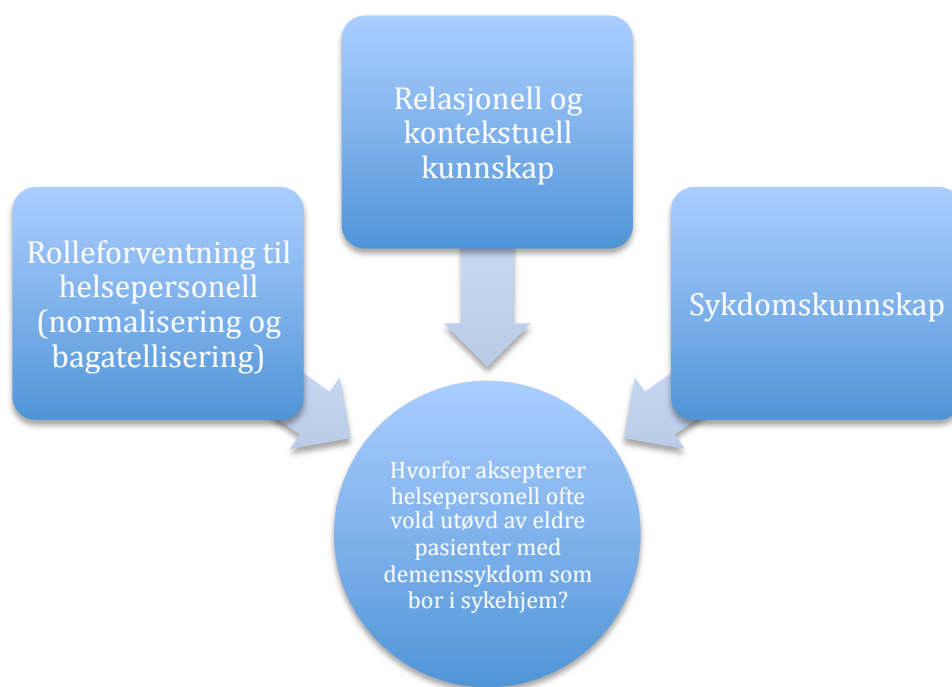
### Metodebeskrivelse

Et spørreskjema rundt temaet vold ble sendt ut til helsepersonell som arbeider nattevakt i sykehjem i Norge. Deltakerne var sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere,

omsorgsarbeidere og assistenter. Undersøkelsen ble gjennomført i første halvår av 2013, og 16 av 19 fylker var representert i undersøkelsen. Et av spørsmålene i undersøkelsen fordret deltakerne til å gi sine egne betraktninger rundt følgende: *Hva er grunnen til at helsepersonell ofte aksepterer vold utøvd av eldre pasienter med demenssykdom som en del av arbeidshverdagen?* Av 186 deltakere i undersøkelsen, valgte 127 å svare.

### Aksept av vold i omsorgssituasjonen

Betraktningene deltakerne skrev ned ble analysert og kategorisert ut fra innhold. Det dannet seg et mønster hvor tre kategorier beskrev hva aksept av vold i omsorgssituasjoner handlet om: rolleforventning til helsepersonell, relasjonell og kontekstuell kunnskap og sykdomskunnskap (figur 1).



Figur 1 Helsepersonell viser til rolleforventning til helsepersonell, relasjonell og kontekstuell kunnskap og sykdomskunnskap når de forklarer hvorfor helsepersonell ofte aksepterer vold utøvd av eldre pasienter med demenssykdom som bor i sykehjem.

### Rolleforventning til helsepersonell

Deltakerne la til grunn forventningene som kommer med det å være helsepersonell som en forklaring til aksept av vold fra geriatriske pasienter med demens. Det ble beskrevet av deltakerne at forventningene til rollen skapte en normalisering av volden. En kvinnelig hjelpepleier forklarte *"Grunnen er nok at det blir en vane. Det skjer så ofte at personalet til slutt ikke reagerer på det"*, og betraktningene til en mannlig assistent var *"... Det skjer så ofte at det blir en del av hverdagen. Volden oppleves som ubehagelig men ufarlig, og blir dermed ikke gjort noe med."* En kvinnelig sykepleier beskrev frustrasjon i forhold til å si ifra om vold på sykehjem: *"...forbannelsen ved omsorgsyrkene er at vi skal tie og tåle. Kraften bak de fysiske angrepene er gjerne preget av liten kraft pga fysisk svekkelse, og det blir forventet at man tåler såpass."*

Rolle er definert som *"Det system/sett av normer og forventninger som er rettet mot personer i bestemte posisjoner, grupper, kategorier innenfor en bestemt sosial sammenheng"*(6). Sykepleier er en yrkesrolle som kommer med spesifikke forventninger fra både omgivelsene (pårørende, ledere, annet helsepersonell) og fra sykepleieren selv. Helsepersonell som gruppe innehar også en rolle, hvor forventningene er diktert av både omgivelsene og egen forforståelse og forvaltning av rollen. Rolleforsvaret til helsepersonell vises gjennom at aksepten av volden forklares med en egenskap som ligger i yrkesrollen. En kvinnelig sykepleier skriver *"Føles at det er en del av jobben at vi er utsatt for slike situasjoner."* Ikke alle virker like fornøyd med at volden aksepteres, men forklarer allikevel aksepten gjennom kommentarer som *"... det er forventet."*, *"...det er ganske vanlig"*, *"Får beskjed om at slik skal det være"* eller *"Dette er en naturlig del av arbeidet."* En kvinnelig omsorgsarbeider uttrykker *"Vant med at må vi så må vi. Pasienten trenger hjelp."*

Helsepersonell beskriver at de er så vant med volden som utøves at både de selv og ledere bagatelliserer hendelsene. Det kan også virke som at det er en mangel på kommunikasjon rundt volden. En mannlig hjelpepleier uttrykte *"... man bagatelliserer og bortforklarer handlingene fra demente. Dette (vold) er et nærmest ikke tema de fleste steder..."* Hvis problemstillingen bagatelliseres, mister helsepersonell muligheten til å lære fra hendelsene, og samtidig mister de muligheten til å forbedre kommunikasjonen med pasienten for å forhindre at vold skal forekomme. Når man blir så vant med hendelsene, kan det være at man glemmer å lete etter det bakenforliggende motivet til volden? Hva kommuniserer pasienten? Kan normalisering og bagatellisering være med på å skjule eller skape en problemstilling, både for pasienten og for den ansatte? Pasienten uttrykker noe med volden, og når det ikke blir tatt alvorlig, så kan det kanskje føre til økt frustrasjon og mer vold?

### Relasjonell og kontekstuell kunnskap

Deltakerne tilegnet aksepten av volden med en relasjonell og kontekstuell kunnskap. Dette blir beskrevet med at forståelsen rundt hvorfor pasienten føler det nødvendig å utøve vold, gjør det lettere å akseptere volden.

En kvinnelig hjelpepleier setter ord på den relasjonelle delen av volden; *"I flesteparten av tilfellene hvor pasientene utøver vold, så mener jeg at det skyldes misforståelser mellom helsepersonell og pasient. Som oftest er ikke pasienten klar over hva han/hun gjør. De prøver bare å forsvare seg mot en situasjon hvor de ikke forstår hva som skjer."* Kanskje er det slik at pasienten faktisk forstår hva som skjer, og at avmakten gjør at pasienten velger å kommunisere med vold, fordi ord ikke strekker til? Volden utøvd av eldre pasienter i sykehjemsavdelinger, kan virke som den ofte skjer som en konsekvens av en handling. Zeller et al (5) gjorde et litteraturstudie rundt aggresjon mot pleiere utøvd av eldre pasienter i sykehjem. De fant at volden som utøves, ofte varierer fra fysisk aggresjon til verbal aggresjon, og at invasjon av pasientenes private sfære var en stor grunn for at voldelige situasjoner oppstod.

I en artikkel av Lillevik et al (2) fremkommer det at mange helsepersonell har et reflektert forhold til hvordan deres tilstedeværelse er del i volden som utøves. Dette kommer også frem i kommentarene fra deltakerne. Mange av deltakerne vurdert den

bakenforliggende intensjonen til pasienten, og legger noe mer i volden enn bare ett angrep mot dem selv som person. En kvinnelig hjelpepleier beskriver den kontekstuelle kunnskapen med: *"...volden som utøves er ikke av ondskap, men ofte på grunn av angst og frustrasjon over egen situasjon..."* Halvorsen (3) sier at pasienten er det grunnleggende for en terapeutisk relasjon, hvor anerkjennelse bygger tillit, som gjør at relasjonen blir bedre. For å kunne hjelpe en aggressiv eller voldelig pasient, er det nødvendig å gå dypere inn i hvorfor volden utøves. Hvis relasjonen til pasienten er god, øker det kanskje sjansen for å kunne forstå volden, eventuelt forutse at den kommer og etter hvert forhindre at den oppstår.

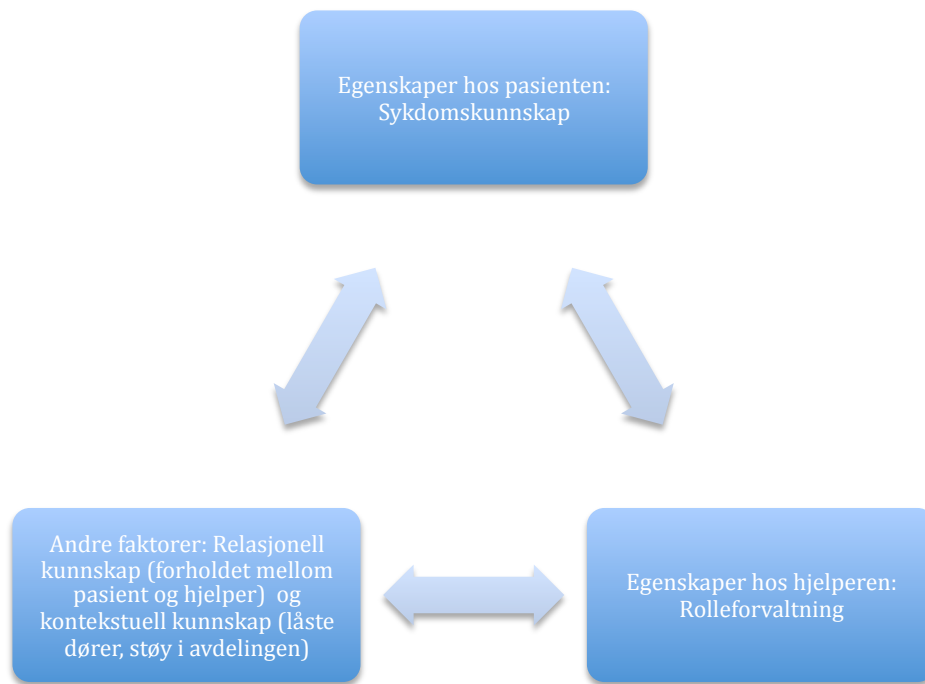
## Sykdomskunnskap

Deltakerne la til grunn den forforståelsen og kunnskapen helsepersonell har om sykdommen demens for å beskrive grunnen til aksept av volden. En kvinnelig sykepleier sier: *"Man forstår at det ikke er overlatt eller tilsiktet vold, men tap av helse/kognitive ressurser som er årsaken."* En mannlig sykepleier legger til grunn *"En forståelse av at atferden til den demente skyldes kognitiv svikt, at demente ikke er i stand til å forstå konsekvensene av sine handlinger."*

Demens skyldes en sykdomsprosess i nervesystemet, som gir en permanent reduksjon i kognitive evner. Den vanligste årsaken til demens er Alzheimers sykdom, som karakteriseres ved et veldig stort nevrontap i storhjernen. Pasienten utvikler et betydelig hukommelsestap, en påvirkning av andre kognitive ferdigheter, og det kan forekomme emosjonelle funksjonsforstyrrelser som utagering og depresjon (7). Frontallapp demens gjør at pasienten i noen tilfeller utviser atferdsproblemer, da funksjonen til frontallappen er å regulere kontroll av handling. Personer med annen type demens kan også utvise aggresjon som en del av sykdomsbildet (8).

## Føler seg ikke krenket?

Erfaringene tilsier at de fleste ville føle seg krenket på en eller annen måte hvis de ble utsatt for vold. Åström et al (9) viser i sin forskning til følelser som antipati, aggresjon og forbauselse ved erfaring med vold. Etter å ha lest responsen fra spørreundersøkelsen, er jeg ikke så sikker på at helsepersonell tar volden fra eldre pasienter med demenssykdom som en krenkelse. Fire prosent svarer at de ikke aksepterer vold, men hele 96% argumenterer for aksept av volden fra eldre pasienter med demenssykdom. Noen ser på egenskaper hos pasienten og forklarer at de aksepterer at sykdommen endrer pasienten slik at vold noen ganger oppstår. Andre ser på egenskaper hos seg selv og den rolle de innehar i voldssituasjoner, og aksepterer volden på bakgrunn av dette, mens andre igjen tilegner en relasjonell og kontekstuell kunnskap til volden.



Figur 2 For å forstå volden den eldre pasienten med demenssykdom utviser, er det viktig å se både egenskapene hos pasienten, egenskapene hos hjelperen og konteksten.

Resultatene i denne studien kan sees i forhold til en studie av Lillevik et al (2). Her påpekte de at tidligere forskning har et ensidig fokus hvor egenskaper hos pasienten legges til grunn for voldsutøvelse. I denne studien har helsepersonell også vurdert variabler hos pasienten, men vist til kunnskap om sykdommen for den aksept helsepersonell utviser i møtet med den eldre som utøver vold. Videre påpekte Lillevik et al at gjennom ensidig fokus på egenskaper hos pasienten kunne relasjonelle årsaker til volden overses (2). Dette belyses av deltakerne, som legger til grunn relasjonelle og kontekstuelle variabler som grunn for aksept av vold fra eldre pasienter med demenssykdom. Lillevik et al fremhever også den store betydningen hjelperens bidrag har i relasjonen (2). Dette sees gjennom rolleforvaltningen og kunnskap om egenskaper hos hjelperen sett i forhold til volden som utøves. Alle tre variablene står i forhold til hverandre (figur 2), og spiller inn i situasjoner hvor vold utøves av den eldre demente pasienten. Kunnskap om disse elementene er av betydning og kan bevisstgjøre helsepersonell. Pasientens mulige redsel, avmakt, fortvilelse og forsøk på kommunikasjon kan anerkjennes. Anerkjennelsen medbringer en forståelse fra helsepersonell som virker til å gi aksept for vold.

### Konsekvenser for praksis

Kunnskap rundt egenskaper hos pasienten og sykdommen, egenskaper hos hjelperen og rolleforvaltningen, samt relasjonelle og kontekstuelle faktorer som spiller inn, utvikler forståelse hos helsepersonell. Forståelsen gjør at voldshendelser kan møtes og roes hurtigere ned. Alle faktorene kan bli vurdert og mulige triggere til volden kan bli fjernet.

1. Isaksson U, Graneheim UH, Astrom S, Karlsson S. Physically violent behaviour in dementia care: Characteristics of residents and management of violent situations. *Aging and Mental Health*. 2011;15(5):573-9.
2. Lillevik OG, Øien L. Kvaliteter hos hjelperen som bidrar til å forebygge trusler og vold fra klienter. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*. 2010;2(6).
3. Halvorsen GS. Relasjonen mellom hjelper og hjelpesøkende. Hva gjør den virksom? *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*. 2008;4:3-8.
4. Cassie KM. A multilevel analysis of aggressive behaviors among nursing home residents. *Journal of Gerontological Social Work*. 2012;55(8):708-20.
5. Zeller A, Hahn S, Needham I, Kok G, Dassen T, Halfens RJ. Aggressive behavior of nursing home residents toward caregivers: a systematic literature review. *Geriatric Nursing*. 2009;30(3):174-87.
6. Bø ILH. *Pedagogisk ordbok*. 3, editor. Oslo: Universitetsforlaget 2002.
7. Wyller VB. *Det friske og det syke mennesket VI*. Akribe. 2006;1(1).
8. Hummelvoll JK. *Helt - ikke stykkevis og delt*. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. Gyldendal Akademisk. 2010.
9. Astrom S, Karlsson S, Sandvide A, Bucht G, Eisemann M, Norberg A, et al. Staff's experience of and the management of violent incidents in elderly care. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2004;18(4):410-6.

## Vedlegg 2



Journal of Clinical Nursing

Title page:

Descriptive title of the paper: Prevalence of violence towards night staff by elderly residents in nursing homes. How does health personnel provide care after a violent incident in the nursing home?

Concise title of the paper: *Complexity of care when risk of violence at night by elderly patients in nursing homes*

Authors:

Rita Helme, RN, BCH

Masters Degree Candidate

University of Nordland

Postboks 102

9481 Harstad

+4795730252

[ritahelme@gmail.com](mailto:ritahelme@gmail.com)

Johanne Alteren, RN, BCH, CNSc, PhD

Associate Professor

University of Nordland, campus Helgeland

8607 Mo i Rana

+4775129722

[johanne.alteren@uin.no](mailto:johanne.alteren@uin.no)

Word count (excluding tables): 5000

Word count abstract: 308

Details of sources of support:

Grant given by the Municipality of Harstad for travel expenses and literature pertaining to the Masters Degree: NOK 9500

**Aims and objectives:**

The aim of this study is to shed light on prevalence of violence during night shifts in nursing homes, and give some insight into the care given to residents after violent incidents. The objective is to draw upon the knowledge of health personnel working nights in nursing homes about violence during night shifts.

**Background:**

Previous research show there is a high prevalence of violence towards health personnel in nursing homes during daytime. However, there is little information on the prevalence of violence during night shifts, and how health personnel provide care after a violent incident.

**Design:**

A retrospective survey was conducted, with a sample of health personnel working night shifts in different nursing homes in all parts of Norway. A focus group was assembled to discuss their experience with violence by patients during night shifts. The information was analyzed and findings presented in this article.

**Methods:**

A mixed method was used, triangulating the information from the surveys with information from the focus group.

**Results:**

Numbers indicate there is a high prevalence of violence during night shifts. Health personnel have to use knowledge of the residents' reaction pattern to decide whom to care for first when violence occurs.

**Conclusions:**

Knowledge of residents recognition pattern seem to be essential when trying to calm situations where aggression occur. The immediate care a resident would receive during

daytime, must in many cases wait during night shifts, because of lower staffing and priorities made by the health personnel who is in the situation.

**Relevance to clinical practice:**

Staffing is lower during night shifts than daytime. To prevent injury and manage situations that occur, it seems to be important that persons with knowledge of the residents' reaction pattern are the ones who care for residents in situations with violence.

**Keywords:**

Aggression, care, caregivers experience, elderly, geriatric, nursing home, older adults, violence

Summary box:

**What does this paper contribute to the wider global clinical community?**

- This paper gives insight into the work of health personnel working night shifts, and the complexity of care they provide to residents who are aggressive, residents who witness aggression and residents or health personnel who are the target of aggression.
- This paper contributes quantitative information on prevalence of violence during night shifts.
- This paper contributes information on the importance of knowledge of the residents' recognition pattern, for calming situations where aggression and violence has occurred.

## **INTRODUCTION:**

Nursing homes in Norway have lower amount of staff during night shifts than daytime. One person can be caring for up to 25 residents, with the nearest colleague being in a different department, outside of hearing-range during the night. This may create a security vacuum, where night staff finds themselves in situations where they are subjected to violence and they have little means of getting help from colleagues. When residents exhibit violence, health personnel very often singlehandedly care for all persons involved in the incident. In many cases it is necessary to choose whom to care for first, and work through the incident to calm the residents of the department, one by one. The aim of this study is to find the prevalence of violence by elderly residents towards night staff in nursing facilities, and to obtain information on type of violence. The aim is also to give insight into how care is given to residents after violent incidents, by drawing upon the knowledge of health personnel.

World Health Organization defines violence as: “ *The intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person, or against a group or community, that either results in, or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, maldevelopment or deprivation.*” (Krug et al. 2002). In this study violence was defined in the questionnaire as specific actions such as physical attack, physical sexual advances, pinching, pulling of hair, scratching, biting, beating, shoving or pushing, throwing objects at, kicking, spitting, verbal sexual advances, verbal insults, verbal threats, attempt to overrun with a walker or attempt to beat by walking cane. (Table 4).

## **PREVIOUS RESEARCH:**

Violence towards caregivers by patients in hospitals, residents in home-based services or residents in nursing home institutions, is not a new topic. It has for several decades been

debated, researched and published. The background research of this article, found five distinct groups of articles when searching for violence in nursing homes. One bulk described prevalence of violence during daytime in integrated nursing facilities, where prevalence was reported between 15% and 93% depending on how long time of report. The longer report time, the higher prevalence of violence found (Astrom *et al.* 2002, Banerjee *et al.* 2012, Lachs *et al.* 2013, Sharipova *et al.* 2008, Zeller *et al.* 2012). The second described consequences or effects of violence on health personnel, such as aggression, astonishment or risk of own safety (Astrom *et al.* 2004, Scott *et al.* 2011, Tak *et al.* 2010). The third bulk described reasons for violent or aggressive behavior: reasons on an organizational level, and reasons on a relational level (Cassie 2012, Graneheim *et al.* 2012, Hall *et al.* 2009, Isaksson *et al.* 2011, Larrayadieu *et al.* 2011, Tak *et al.* 2010, Zeller *et al.* 2009). The fourth bulk of articles described means to calm aggressive behavior with both pharmaceutical and non-pharmaceutical interventions, internet training, qualities of the helper etc. (Dettmore *et al.* 2009, Irvine *et al.* 2012, Lillevik & Øien 2010). Last the articles described violence towards patients by caregivers: findings showed a prevalence of 24% of physical abuse. (Castle 2012, Charpentier & Soulieres 2013, Schiamberg *et al.* 2012).

A Swedish article from 2002 addressed prevalence of violence towards health personnel caring for elderly patients. The research indicated that 40% had been subjected to violence during the last year. 18% responded that they were recipients of violent episodes on a daily basis (Astrom *et al.* 2002). Six years later the prevalence of violence seemed to be the same. A Danish study from 2008 found that care personnel in nursing homes had the highest prevalence of violence (40%). The most frequent types of violence found were hitting (63%), scratching/pinching (63%), being held (32%) or kicked (27%). Use of weapons, throwing or hitting with hard objects were not that common (Sharipova *et al.* 2008).

There is evidence suggesting that prevalence of violence differs depending on geographical location. Banerjee *et al* (2012) did a comparative study of structural violence in long-term, residential care for older people in Canada and Scandinavia. They found that Canadian frontline care-workers were six times more likely to experience daily physical violence than their Scandinavian counterparts. (Banerjee *et al.* 2012)

Housing type also seems to have influence on the prevalence of violence. In an article from 2012 they described the frequency of aggressive acts experienced by frontline staff. They did their research in residential care centers, and in secured dementia units, to try to find links to aggression in the work context. The conclusion from the study was that frontline-staff working in secured dementia units were exposed to higher frequencies of different types of violence, instigated mainly by residents. (Bostrom *et al.* 2012)

There is also evidence that suggest the longer period of report, the greater prevalence of violent incidents. In a study measuring resident to staff aggression over a 2-week period, nursing home staff reported that 15.6% of residents directed aggressive behaviors toward them (2.8% physical, 7.5% verbal, 0.5% sexual and 4.8% both verbal and physical.) The physical aggression toward staff was reported for 7.6% of residents, the most common being hitting (3.9%). Aggressive behavior was found to occur most often in resident rooms (77.2%) and in the morning (84.3%), typically during morning care (Lachs *et al.* 2013). Zeller et al explored caregivers' experiences with aggressive behavior from residents, and found that the prevalence of participants reporting an aggressive incident during the 12-month period prior to the data collection was 81,6%. 76,5% had experienced verbal aggression, 54,0% physical aggression and 27,6% had experienced threats. They concluded that caregivers in nursing

homes are at high risk for experiencing aggressive behavior. (Zeller *et al.* 2012) In reference to the previous two articles, it may seem that the risk of experiencing violent behavior increases, the longer health personnel work in geriatric institutions.

An article from 2010 discussed the personal qualities of the helper as a contributor to preventing violence and threats from patients. The study showed that when health personnel are concerned with understanding the meaning of the violence, it contributes to preventing or lowering aggression levels. (Lillevik & Øien 2010)

This study covers an area that seems to not have been researched before; namely violence during nightshifts by elderly residents towards staff, and the care given by health personnel in situations where violence occur during the night. This research is of use to health personnel worldwide as there is not found any quantitative data on prevalence of violence in nursing homes at night. It is also important to find common denominators to calm aggressive behavior and prevent injury to both residents and staff, and it is of interest to study the mechanisms that govern the actions of health personnel when faced with violence during night shifts.

## **METHOD:**

This research was completed using a mixed method, with survey and focus group. This method was chosen to triangulate information about violence during night shifts in nursing homes to find prevalence and care. First it was necessary to find out if violence during night shifts was a common problem to a larger group of health personnel, and secondly the study set out to find subjective information on health personnel experience of violence.

## **Survey design and setting:**



The questionnaires were conducted as a retrospective cross sectional survey, and included the respondents last 30 days of night shifts prior to answering the questionnaire. Participants were different health personnel (nurses, social educators, assistant nurses, social care assistants and assistants) working night shifts in various nursing homes all over Norway. As there are few registered nurses working night shift, it was necessary to include all groups of health personnel to gain proper amount of responses to the survey. All parts of Norway were represented in the survey (North, Middle, South, East and West), as well as a total of 16 out of 19 counties.

**Survey sample:**

Selection of participants was done through a random selection of municipalities within all 19 counties. Two municipalities were selected per county, by looking at a map and selecting municipality names by location. This selection was done so that the study would contain data representative of all of Norway. Since this was a survey meant to show prevalence of violence during night shifts, there were no requirements to knowledge of violent behavior in the nursing home prior to agreeing to participation.

**Survey data collection:**

When a nursing home agreed to participate in the survey, the questionnaires were sent out by post. The study was conducted between March 2013 and June 2013. The questionnaires and information regarding the study was sent to a designated person at every participating nursing home. Normally a director or assistant leader took the responsibility of distributing the questionnaires and collecting them. The forms were returned in a pre paid envelope to the researcher.

**Survey instrument:**

Questionnaires were made by the researcher, based on previous research (Astrom *et al.* 2002, Banerjee *et al.* 2012, Zeller *et al.* 2009) and personal knowledge of the topic, and with aid from several night staff. The validity of content of the questionnaire was tested through having a panel of night workers answering the questionnaire and giving feedback before the finalization of the questionnaire, and distribution to different nursing homes. Changes made were types of violence listed, answers that could have dual meaning etc. The survey gives knowledge in several different areas, where only some parts will be discussed in this article:

- a. Types of violence
- b. Feeling of welfare
- c. Perception of leaders role
- d. Perception of situations in which violence most often occur
- e. Consequences of violence
- f. Characteristics of the perpetrator
- g. Possible reasons for acceptance of violence

Presenting all the findings in one article would be difficult, so information on prevalence and care was chosen as topic for this article.

**Survey analysis:**

The data was summarized and described by means of standard descriptive statistic and cross-tabulations. Data analysis was performed using IBM SPSS statistics version 20.

**Focus group design and setting:**

The focus group consisted of health personnel having experience from working nights in nursing homes. They were selected through requesting contact names of health personnel

having experience from nightshifts in one of the participating municipalities. Participants met up in a designated place, and worked through a set of questions given at the beginning of the focus group. The questions pertained to their experience of violence by residents in the nursing homes. They were asked about their challenges during nightshifts when violence occurred, their perception of own role in the violence, and nurses' role when violence occurred. The discussion was recorded, transcribed and analyzed. I used the results from the survey that pertained to amount of persons working together cross-tabulated with type of department (Table 3) in the discussion, as I thought that might pose a challenge for health personnel.

#### **Focus group analysis:**

Content analysis was performed to get a systematic qualitative description of the content of the material gathered through the focus group using a deductive method of analysis (Kvale & Brinkmann 2010). At the end of the focus group I verified the main points of the discussion with the participants. After transcription I did a naïve reading. The data was broken down into narrative units, which has been used throughout the results from the focus group below, answering the research questions I had presented at the beginning of the focus group. Then I chose to look at points of agreements and disagreements in the discussion. I particularly found it interesting that as many as 49.7% had experienced violence during the last 30 days of work, but the focus group did not report a feeling of frequently occurring violence in the nursing homes. Still they presented that they were recipients of violence on a weekly basis. I searched the data for topics raised in the discussion that were sidetracks of the questions presented to the group at the beginning, and I searched through the material to see what topics raised longer discussions. I was expecting the participants to raise concern over own safety. Instead

they used much time to express their concern for the residents welfare, and their possibility, or lack thereof, to care for patients in a violent setting.

**Ethical considerations:**

The survey, storage of data and information given to the participants was sent to NSD (Data Protection Official for Research) for approval. Notification number for the research was 32771. NSD notifies the researcher if an approval from the Norwegian ethical board is necessary. The project plan for this work was accepted by NSD, no approval from the national ethical board was necessary, as no direct patient data was being collected.

**RESULTS FROM THE SURVEY**

**Participants:**

186 health personnel working night shifts returned the questionnaire, amounting to a response rate of 49.5%, which was considered an acceptable response rate for this study. The age of the participants was cross-tabulated with work title in table 1, showing that a wide variety of health personnel care for residents at night in nursing homes, and most of the health personnel have formal education.

Table 1		To which age group do you belong?						Total
		Between 18-25 years	Between 26-35 years	Between 36-45 years	Between 46-55 years	Between 56-65 years	Over 66 years	
What is your work title?	Registered nurse	0%	4.4%	9.9%	7.7%	3.9%	0.5%	26.4%
	Social educator	0%	0%	0.5%	0%	0%	0%	0.5%
	Assistant nurse	1.6%	7.1%	10.9%	22.8%	17.9%	0.5%	60.8%

	Social care assistant	0%	1.1%	2.1%	1.6%	2.1%	0%	6.9%
	Assistant	1.1%	1.1%	1.6%	0.5%	1.1%	0%	5.4%
Total		2.7%	13.7%	25%	32.6%	25%	1%	100%

Table 1: A cross tabulation of age group versus work title.

Participants reported to have vast experience from work in nursing homes, with most participants having worked more than 7 years (table 2).

Table 2		How many years experience do you have from nursing homes?					Total
		0-2 years	3-6 years	7-12 years	13-20 years	over 20 years	
What is you appx. work percentage at night shifts?	0-10%	0.5%	0%	0.5%	0.5%	0%	1.5%
	11-20%	0%	0.5%	0%	0.5%	1.1%	2.1%
	21-30%	0%	2.2%	1.1%	0.5%	0.5%	4.3%
	31-40%	0%	0%	0%	0.5%	0.5%	1.0%
	41-50%	1.6%	2.7%	2.7%	2.7%	5.9%	15.6%
	51-60%	0%	3.8%	1.6%	3.3%	5.9%	14.6%
	61-70%	1.6%	4.3%	6.5%	6.5%	8.0%	26.9%
	71-80%	0.5%	1.1%	8.6%	5.4%	3.8%	19.5%
	81-90%	0%	0.5%	1.6%	1.6%	1.6%	5.3%
	91-100%	0%	1.6%	1.1%	4.3%	2.2%	9.2%
Total		4.2%	16.7%	23.7%	25.8%	29.6%	100%

Table 2: A cross tabulation of years of work experience versus approximate work percentage during night shifts.

96.2% of the respondents felt that it was important to have a registered nurse present in the nursing home during night shifts, whereas 29.4% felt it adequate to have other health personnel with a bachelor degree (child welfare worker, social educator or social worker) supervising the night shift in nursing homes.

### Departments:

Cross-tabulating type of department with amount of persons at work, showed that a large group of health personnel work alone at night, or have one colleague in the same department.

(Table 3)

Table 3		What kind of department do you work in?				Total
		Somatic department	Dementia (guarded) department	Strengthened (psychiatry) department	Mixed department	
How many persons work together with you during the night in your department?	0	5.9%	4.7%	1.2%	18.8%	30.6%
	1	12.4%	7.1%	1.2%	33.5%	54.2%
	2	1.8%	1.8%	0%	3.5%	7.1%
	3 or more	0.5%	0.5%	0%	7.1%	8.1%
Total		20.6%	14.1%	2.4%	62.9%	100%

Table 3: The correlation between how many persons work together during night shifts, and what kind of department they work in.

8.1% of the participants worked in departments with 5 to 8 residents, 15.7% worked in departments with 9 to 14 residents, 19.5% worked in departments with 15 to 20 residents, and 56.8% of the respondents worked in departments with more than 21 residents.

**Prevalence of violent behaviour:**

Almost 50% of the participants had experienced violence during night shifts within the last 30 days prior to answering the survey (49.7% or n=92). Verbal violence was more frequent than physical violence. The highest prevalence of violence was verbal insults, where 49.7% of the participants had experienced it within a 30-day period prior to answering the survey. Table 4 shows prevalence of violence towards staff broken down to how many times the different types of violence was experienced within a 30 day period.

Table 4	Never	Appx. 1-3 times	Appx. 4-7 times	Appx. 8-11 times	Appx. 12-15 times	More than 15 times
Physical violence						

How often during your work in the last month have you been physically attacked by patients?	66.3%	29.3%	3.3%	1.1%	0%	0%
How often during your work in the last month have you had to intervene between two patients physically attacking one another?	88.1%	11.4%	0.5%	0%	0%	0%
How often during your work in the last month have you been subjected to physical sexual advances by patients?	83.2%	15.2%	1.1%	0%	0%	0.5%
How often during your work in the last month have you been pinched by patients?	65.2%	26.1%	6.0%	2.7%	0%	0%
How often during your work in the last month have you had your hair pulled by patients?	94.5%	5.5%	0%	0%	0%	0%
How often during your work in the last month have you been scratched by patients?	65.6%	28%	4.2%	2.2%	0%	0%
How often during your work in the last month have you been bitten by patients?	94.1%	5.9%	0%	0%	0%	0%
How often during your work in the last month have you been physically beaten by patients?	68.8%	28.5%	2.2%	0.5%	0%	0%
How often during your work in the last month have you been shoved/pushed by patients?	78.4%	19.4%	2.2%	0%	0%	0%
How often during your work in the last month have you been thrown objects at by patients?	90.8%	7.6%	1.6%	0%	0%	0%
How often during your work in the last month have you been kicked by patients?	82.8%	16.7%	0.4%	0.4%	0%	0%
How often during your work in the last month have you been spat at by patients?	82.8%	15.6%	1.1%	0%	0%	0.5%
How often during your work in the last month have you been attempted overrun on purpose by patients with a walker?	81.7%	17.2%	1.1%	0%	0%	0%
How often during your work in the last month have you been attempted beaten by patients using a walking cane?	98.9%	1.1%	0%	0%	0%	0%
<b>Verbal violence</b>						
How often during your work in the last month have you been subjected to verbal sexual advances by patients?	70.4%	27.4%	1.1%	0%	0%	1.1%
How often during your work in the last month have you been verbally insulted by patients?	50.3%	33.5%	10.8%	3.2%	0.5%	1.6%
How often during your work in the last month have you been verbally threatened by patients?	71.5%	24.7%	3.2%	0.5%	0%	0%

Table 4: Prevalence of violence experienced by health personnel in nursing homes within a 30-day period.

#### **Factors associated with violent behaviour:**

4.8% of the participants report that perpetrators are residents without cognitive deficit. 1.2% reported that the perpetrators are residents with mild cognitive deficit. 7.8% characterize the perpetrator as residents with moderate cognitive deficit. 38.9% state that residents who more often display violent behavior are residents with serious cognitive deficit, whereas 47.3%

respond that they find a mix of all types of residents to be the perpetrators of violence in the departments during nightshifts.

When asked in what situations the residents more often displayed violence, 49.2% of health personnel answered that they observed more violence in daily care situations (visits to the toilet, change of clothes etc.). 11.5% responded “in situations where the resident needed to be turned”. 6.2% observed violence more often in situations where the resident was moved from one place to another.

#### **Reported consequences of violent behaviour:**

4.3% reported physically injury as a result of resident attacks. 56% of the respondents said they at some point had felt unsafe at work as a consequence of violent occurrences. 27.8% of the respondents described a feeling of frustration after violent situations. 25.9% described a feeling of being unsafe after violence. 14.8% said they felt dejected. 3.7% said they felt anger and 3.7% felt fear. 1.9% felt anxiety after violence, and 1.9% described their reaction as avoidance.

## **RESULTS FROM THE FOCUS GROUP**

### **Participants:**

The participants of the focus group were two assistant nurses and one registered nurse working in nursing homes in Norway. The male assistant nurse worked in a strengthened department, the female assistant nurse and the registered nurse worked in dementia departments in their respective nursing homes.

### **Staffing during night shifts:**



The male assistant nurse informed that during daytime, staffing in the strengthened department would be four health personnel for six residents who were considered aggressive. During night shifts the staffing in the same department was one person for six residents. The other informants confirmed that staffing at night in their respective nursing homes was lower than daytime. The informants said that low staffing during nights was one of the greatest challenges when residents got aggressive, because they had to choose which resident to care for first, and let the other residents wait their turn. Very often the aggressive residents would get all the attention, while other residents, who often were scared after an incident, had to wait.

#### **Experience with violence during night shifts:**

The informants of the focus group said they had experiences with violent residents having acted out during night shifts. They did not report violence as a frequent problem, but said that they felt that many occurrences had become natural, and was in some cases expected. A male assistant nurse reported that due to violence being a part of the job, it was possible that they had a higher threshold for naming an incident violent and reporting it.

#### **Caring for patients during night shifts:**

One of the greatest challenges reported was the caring aspect when residents exhibited violence. Initially the job was reported to be general resident care, where assisting the resident with their general needs (toilet, medical situations, food, comfort) was the primary task. If a resident would exhibit violence, while the health personnel was out of sight, the registered nurse said that her greatest fear was that another resident would be attacked, or that the violent resident would enter the room of a resident who was somatically rendered helpless.

In a situation where health personnel was present when the resident was starting to get agitated, they said they would assess the situation and consider an approach to calm the resident. The female assistant nurse said that guarding her own personal security was least prioritized, as she felt responsible for the welfare of the residents. This was also confirmed in the survey where 98.4% of night personnel indicated that they felt they should intervene if a patient attacked another patient in the department. The informants told of different approaches to calm the situation and care for all the residents involved. The registered nurse said that she would probably attend to the violent resident first, as she considered that the violent resident owned the problem, and had a distorted reality. The male assistant nurse said that he would assist the calmer residents to their rooms, so that they would not be recipients or spectators of violence. Then he would care for the aggressive resident and try to calm the situation. He said that removing others from the view of the violent resident, could sometimes defuse the situation.

Situations where more than one resident were aggressive, the informants said that they would try an approach of divide and conquer. The male assistant nurse explained: "If they are arguing, I have to try to separate them and keep them separated." The participants agreed upon the importance of having knowledge of the reaction pattern of the resident, and using this knowledge to try to calm down the situation. By knowledge of the patient's reaction pattern they explained that they meant knowledge of topics that interested the resident, which subsequently could calm the resident down. This could be knowledge of persons, incidents or places. It was said to be something that brought about a positive mood in the situation. In other cases, they said, it could be that the resident was in pain and needed medication, or that the resident needed human contact and being seen. By knowledge of the patient the health personnel had a greater chance of identifying the need. In an ideal situation all the implicated

residents would be cared for at the same time, but during night shifts, with only one person at work, a careful priority of care was deemed necessary. Perpetrator, victim and spectators of violence would all get care from the person working nightshift, but some would have to wait for that care, as they were not prioritized.

### **Health personnel on own role when violence occur:**

The informants discussed misunderstandings and situations that could trigger violence. They expressed that the relationship between the resident and themselves was vital for the care and defusing of a difficult situation. The male assistant nurse reflected: "...after many hours at work, answering the same questions over and over, I do get impatient." The power in the situation was also discussed, where the registered nurse said that her having access to the telephone and keys could be a trigger for some residents. "Sometimes they wish to call home in the middle of the night..." she explained "...and I refuse to let them call because it is not socially acceptable to call someone in the middle of the night. But the resident doesn't understand that."

The relational and contextual understanding of the violence was a central part of the caring aspect explained by the informants. Not at any time during the focus group did the informants express anger or any negative emotion towards the residents they had violent experiences with. The registered nurse remarked "... it may be that the aggressive resident doesn't get along with you as a helper... it may help if the resident can get a new face to talk to. In this case all the negative is put on one person, whereas the other often get to help the resident."

Both of the assistant nurses said that the threshold for calling the registered nurse was high, especially if the registered nurse was on backshift. The responsibility of the registered nurse

was described as making decisions on medicating the resident who was violent and contacting the hospital when needed. The nurse sometimes also intervened in the care for the residents, as the informants explained that a new face could help calm the situation. The registered nurse agreed that this was her role.

## **DISCUSSION:**

### **Care and safety for the residents**

Violence is reported to occur during night shifts, and the quantitative data suggest that there is just as great a risk of being subjected to violence during nightshifts as reported prevalence during dayshifts from other studies ((Astrom *et al.* 2002, Banerjee *et al.* 2012, Lachs *et al.* 2013, Sharipova *et al.* 2008, Zeller *et al.* 2012). Despite this, the staffing during nightshifts is reported by the participants to be lower than daytime staffing, and the quantitative data show that 30.6% of health personnel work alone during night shifts (table 3). Care and safety is the main focus of health personnel working with residents who display violent traits in nursing homes.

Caring for the residents' welfare seems to be a complex process where knowledge of the resident plays an important role in how health personnel decide to try and calm a violent situation. This means that in some cases all the focus of the health personnel have to be on either the perpetrator or the victim or the spectator. Normally the focus is to calm down the department, and knowledge of the residents' reaction patterns can help health personnel choose whom to tend to first. This subsequently means that some residents have to wait to get care. When the care for the resident is not possible to do immediately, the resident may suffer consequences longer than necessary. The staffing during dayshifts make it possible to care for all the persons involved at the same time. The reaction time may help defuse a violent

situation quicker, but caring for all residents at once is not possible during nightshifts.

Reaction time is longer, and health personnel often use more time to calm down the situation.

An article from 2011, reports on how health personnel struggle with decisions of when to physically intervene with patients. They say that there is a widely held belief that health personnel are expected to place themselves in danger of harm to prevent patients from hurting themselves or others. The conclusion of the research was that getting hurt is not a part of the job, and that health personnel were discouraged from physically intervening alone and encouraged to get help and having a plan (Allen *et al.* 2011). During nightshifts getting help may prove difficult. If health personnel manage to get help from other departments, the help is only temporary as health personnel need to keep up supervision of their own departments.

An article from 2010 described that the qualities of the helper is important when trying to prevent threats and violence (Lillevik & Øien 2010). The participants of the focus group were conscious of their own role in the violence, and explained that the power of having access to keys and a phone was said to be a trigger. In addition they emphasized the importance of in depth knowledge of the residents personal history, and a respectful working relationship with the resident.

When revising the focus group statements it was very clear that the priority of the informants was not their own safety, but rather the safety of the residents in general in the department.

Throughout the focus group the informants repeatedly came back to the concern that the violent resident could hurt the non-violent residents. The concern was also on leaving the department unsupervised to go and help in other departments “in case something would happen” while they were away, and they came too late to intervene. They also explicitly said

that they do not guard themselves, because they see it as a part of the job to protect the residents first and foremost.

### **CONCLUSIONS:**

This article has tried to shed light on prevalence of violence by elderly residents towards night staff in nursing homes and resident-care after a violent incident. Personnel working night shifts in nursing homes seem to be at high risk of experiencing both verbal and physical violence in the workplace. Research suggests that there is a greater chance of experiencing verbal violence than physical violence when working night shifts in nursing homes.

Comparison of nightshifts with other studies pertaining to violence by patients during daytime, suggest that prevalence of violence is approximately the same. Staffing is decreased during nightshifts, and health personnel often have to care for violent residents singlehandedly. The relationship between the resident and the caregiver is of great importance to be successful in preventing violence. The care given to the residents during nightshifts is complex, as health personnel have to use knowledge of the residents to make a plan and care for all involved in a violent incident. Informants say that they prioritize those who needs care the most. Care and calming of situations probably take more time during nightshifts, as health personnel have to care for one resident at a time after violence has occurred. Health personnel describe an unselfish care where they would rather be hurt themselves, than having a resident hurt as a consequence of violence in the nursing home.

### **RELEVANCE TO CLINICAL PRACTICE:**

Low staffing may result in delay of care for some residents, because other residents are perceived as more in need of attention. Knowing the prevalence of violence, it is a hope that a careful review of staffing and patient care during night shifts will be undertaken, to ameliorate the time frame of resident care after violence. The research gives an indication that personal

qualities may have a calming effect on the aggressive residents, something health personnel should be aware of, when trying to calm a situation. This paper contributes information on the importance of patient-knowledge for calming situations where aggression and violence has occurred. In-depth knowledge of the residents' reaction pattern may contribute to calming the aggressive situation more quickly. Nursing homes should consider having a requirement that health personnel must obtain relevant personal information of the resident, that may be used as a calming factor when violence occur. This study gives insight to the work of health personnel in night shifts, and the complexity of considerations they must make when patients are aggressive. This research also shows that health personnel goes above and beyond to keep the patient safe, often with risk to their own safety. Maybe it is time to discuss where the limit for being recipients of violence actually goes for health personnel?

#### **LITERATURE:**

- Allen DE, de Nesnera A, Cummings K & Darling FE (2011): Transforming the culture of caring: Getting hurt is not part of the job. *Journal of Psychosocial Nursing* **49**, 45-49.
- Astrom S, Bucht G, Eisemann M, Norberg A & Saveman BI (2002): Incidence of violence towards staff caring for the elderly. *Scandinavian Journal of Caring Science* **16**, 66-72.
- Astrom S, Karlsson S, Sandvide A, Bucht G, Eisemann M, Norberg A & Saveman BI (2004): Staff's experience of and the management of violent incidents in elderly care. *Scandinavian Journal of Caring Science* **18**, 410-416.
- Banerjee A, Daly T, Armstrong P, Szebehely M, Armstrong H & Lafrance S (2012): Structural violence in long-term, residential care for older people: comparing Canada and Scandinavia. *Social Science and Medicine* **74**, 390-398.
- Bostrom AM, Squires JE, Mitchell A, Sales AE & Estabrooks CA (2012): Workplace aggression experienced by frontline staff in dementia care. *Journal of Clinical Nursing* **21**, 1453-1465.
- Cassie KM (2012): A multilevel analysis of aggressive behaviors among nursing home residents. *Journal of Gerontological Social Work* **55**, 708-720.
- Castle N (2012): Nurse aides' reports of resident abuse in nursing homes. *Journal of Applied Gerontology* **31**, 402-422.
- Charpentier M & Soulieres M (2013): Elder abuse and neglect in institutional settings: the resident's perspective. *Journal of Elder Abuse and Neglect* **25**, 339-354.
- Dettmore D, Kolanowski A & Boustani M (2009): Aggression in persons with dementia: use of nursing theory to guide clinical practice. *Geriatric Nursing* **30**, 8-17.

- Graneheim UH, Hornsten A & Isaksson U (2012): Female caregivers' perceptions of reasons for violent behaviour among nursing home residents. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing* **19**, 154-161.
- Hall RCW, Hall RCW & Chapman MJ (2009): Nursing home violence: Occurrence, risks and interventions. *Annals of Long Term Care* **17**, 25-31.
- Irvine B, Billow MB, Gates DM, Fitzwater EL, Seeley JR & Bourgeois M (2012): An internet training to reduce assaults in long-term care. *Geriatric Nursing* **33**, 28-40.
- Isaksson U, Graneheim UH, Astrom S & Karlsson S (2011): Physically violent behaviour in dementia care: Characteristics of residents and management of violent situations. *Ageing and Mental Health* **15**, 573-579.
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB & Lozano R (2002) World report on violence and health. World Health Organization, Geneva.
- Kvale S & Brinkmann S (2010) *Det kvalitative forskningsintervju (The qualitative research interview)*, 2. edition edn. Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Lachs MS, Rosen T, Teresi JA, Eimicke JP, Ramirez M, Silver S & Pillemer K (2013): Verbal and physical aggression directed at nursing home staff by residents. *Journal of General Internal Medicine* **28**, 660-667.
- Larrayadieu A, Abellan van Kan G, Piau A, Martin MS, Nourhashemi F, Rolland Y & Vellas B (2011): Associated factors with antipsychotic use in assisted living facilities; a cross sectional study of 4367 residents. *Age and Ageing* **40**, 368-375.
- Lillevik OG & Øien L (2010): Kvaliteter hos hjelperen som bidrar til å forebygge trusler og vold fra klienter (Qualities in the helper that contribute to prevent threats and violence from clients). *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* **2**.
- Schiamberg LB, Oehmke J, Zhang Z, Barboza GE, Griffore RJ, von Heydrich L, Post LA, Weatherill RP & Mastin T (2012): Physical abuse of older adults in nursing homes: A random sample survey of adults with an elderly family member in a nursing home. *Journal of Elder Abuse and Neglect* **24**, 65-83.
- Scott A, Ryan A, James IA & Mitchell EA (2011): Psychological trauma and fear for personal safety as a result of behaviours that challenge in dementia: The experiences of healthcare workers. *Dementia* **10**, 257-269.
- Sharipova M, Borg V & Hogh A (2008): Prevalence, seriousness and reporting of work-related violence in the Danish elderly care. *Scandinavian Journal of Caring Science* **22**, 574-581.
- Tak S, Sweeney MH, Alterman T, Baron S & Calvert GM (2010): Workplace assaults on nursing assistants in US nursing homes: a multilevel analysis. *American Journal of Public Health* **100**, 1938-1945.
- Zeller A, Dassen T, Kok G, Needhan I & Halfens RJG (2012): Associated factors with antipsychotic use in assisted living facilities: a cross sectional study of 4367 residents. *Journal of Nursing Scholarship* **44**, 249-257.
- Zeller A, Hahn S, Needham I, Kok G, Dassen T & Halfens RJ (2009): Aggressive behavior of nursing home residents toward caregivers: a systematic literature review. *Geriatric Nursing* **30**, 174-187.



## Vedlegg 3

## Jeg samtykker til at dataene under brukes i forskningsprosjektet; Vold mot nattpersonell i sykehjem

- Hvilket kjønn er du?
  - Mann
  - Kvinne
- Hvor gammel er du?
  - mellom 18 og 25 år
  - mellom 26 og 35 år
  - mellom 36 og 45 år
  - mellom 46 og 55 år
  - mellom 56 og 65 år
  - over 66 år
- Hvilken stillingsbetegnelse arbeider du under?
  - Sykepleier
  - Vernepleier
  - Hjelpepleier
  - Omsorgsarbeider
  - Assistent
- Hvilket ansettelsesforhold har du i sykehjemmet?
  - Jeg er fast ansatt
  - Jeg er vikar
- Ca. hvor stor stillingsprosent arbeider du på natt?
  - 0–10%
  - 11–20%
  - 21–30%
  - 31–40%
  - 41–50%
  - 51–60%
  - 61–70%
  - 71–80%
  - 81–90%
  - 91–100%
- I hvilket fylke ligger sykehjemmet hvor du arbeider?
  - Akershus
  - Aust-Agder
  - Buskerud
  - Finnmark
  - Hedmark
  - Hordaland
  - Møre og Romsdal
  - Nord-Trøndelag
  - Nordland
  - Oppland
  - Oslo
  - Rogaland
  - Sogn og Fjordane
  - Sør-Trøndelag
  - Telemark
  - Troms
  - Vest-Agder
  - Vestfold
  - Østfold
- Hvor mange år har du arbeidet innenfor sykehjemssektoren?
  - 0–2 år
  - 3–6 år
  - 7–12 år
  - 13–20 år
  - over 20 år
- Hva mener du er den viktigste kjerneverdien ved ivaretagelse av eldre mennesker?
  - omsorg
  - respekt
  - kunnskap
  - trygghet
  - bli sett
  - verdighet
  - medbestemmelse
  - integritet
  - egendefinert; \_\_\_\_\_
- Mener du det er viktig med sykepleiefaglig kompetanse på vakt om natten i sykehjem?
  - Ja
  - Nei
- Mener du at det er tilstrekkelig å ha annet helsepersonell med treårig høgskoleutdannelse (vernepleiere, sosionomer, barnevern osv) som faglig ansvarlig om natten i sykehjem?
  - Ja
  - Nei
- Hvilken type avdeling arbeider du i?
  - Somatisk avdeling
  - Demens (skjermet) avdeling
  - Forsterket (psykiatrisk) avdeling
  - Blandet avdeling
- Hvor mange personer arbeider sammen med deg om natten i din avdeling? (OBS Ikke hele sykehjemmet, kun avdelingen)
  - 0
  - 1
  - 2
  - 3 eller flere
- Hvor mange pasienter bor i din avdeling?
  - mindre enn 5 pasienter
  - 5–8 pasienter
  - 9–14 pasienter
  - 15–20 pasienter
  - mer enn 21 pasienter

**Jeg samtykker til at dataene under brukes i forskningsprosjektet; Vold mot nattpersonell i sykehjem**

14. Hvordan vil du beskrive din trivsel i ditt arbeide?
- A. Jeg trives absolutt ikke i mitt arbeide
  - B. Jeg trives ikke i mitt arbeide
  - C. Ubestemt i forhold til trivsel
  - D. Jeg trives i mitt arbeide
  - E. Jeg trives veldig godt i mitt arbeide
15. Hvor ofte i ditt arbeide den siste måneden har du blitt fysisk angrepet av pasienter?
- A. Aldri
  - B. ca. 1-3 ganger
  - C. ca. 4-7 ganger
  - D. ca. 8-11 ganger
  - E. ca. 12-15 ganger
  - F. Mer enn 15 ganger
16. Hvor ofte i ditt arbeide den siste måneden har du måttet gå i mellom to pasienter som fysisk angrep hverandre?
- A. Aldri
  - B. ca. 1-3 ganger
  - C. ca. 4-7 ganger
  - D. ca. 8-11 ganger
  - E. ca. 12-15 ganger
  - F. Mer enn 15 ganger
17. Hvor ofte i ditt arbeide den siste måneden har du blitt utsatt for fysiske seksuelle tilnærmelser av pasienter?
- A. Aldri
  - B. ca. 1-3 ganger
  - C. ca. 4-7 ganger
  - D. ca. 8-11 ganger
  - E. ca. 12-15 ganger
  - F. Mer enn 15 ganger
18. Hvor ofte i ditt arbeide den siste måneden har du blitt utsatt for muntlige seksuelle tilnærmelser av pasienter?
- A. Aldri
  - B. ca. 1-3 ganger
  - C. ca. 4-7 ganger
  - D. ca. 8-11 ganger
  - E. ca. 12-15 ganger
  - F. Mer enn 15 ganger
19. Hvor ofte i ditt arbeide den siste måneden har du blitt kløpet av pasienter?
- A. Aldri
  - B. ca. 1-3 ganger
  - C. ca. 4-7 ganger
  - D. ca. 8-11 ganger
  - E. ca. 12-15 ganger
  - F. Mer enn 15 ganger
20. Hvor ofte i ditt arbeide den siste måneden har du blitt lugget av pasienter?
- A. Aldri
  - B. ca. 1-3 ganger
  - C. ca. 4-7 ganger
  - D. ca. 8-11 ganger
  - E. ca. 12-15 ganger
  - F. Mer enn 15 ganger
21. Hvor ofte i ditt arbeide den siste måneden har du blitt kloret av pasienter?
- A. Aldri
  - B. ca. 1-3 ganger
  - C. ca. 4-7 ganger
  - D. ca. 8-11 ganger
  - E. ca. 12-15 ganger
  - F. Mer enn 15 ganger
22. Hvor ofte i ditt arbeide den siste måneden har du blitt bitt av pasienter?
- A. Aldri
  - B. ca. 1-3 ganger
  - C. ca. 4-7 ganger
  - D. ca. 8-11 ganger
  - E. ca. 12-15 ganger
  - F. Mer enn 15 ganger
23. Hvor ofte i ditt arbeide den siste måneden har du blitt slått av pasienter?
- A. Aldri
  - B. ca. 1-3 ganger
  - C. ca. 4-7 ganger
  - D. ca. 8-11 ganger
  - E. ca. 12-15 ganger
  - F. Mer enn 15 ganger
24. Hvor ofte i ditt arbeide den siste måneden har du blitt dyttet til av pasienter?
- A. Aldri
  - B. ca. 1-3 ganger
  - C. ca. 4-7 ganger
  - D. ca. 8-11 ganger
  - E. ca. 12-15 ganger
  - F. Mer enn 15 ganger
25. Hvor ofte i ditt arbeide den siste måneden har du blitt kastet ting/objekter etter av pasienter?
- A. Aldri
  - B. ca. 1-3 ganger
  - C. ca. 4-7 ganger
  - D. ca. 8-11 ganger
  - E. ca. 12-15 ganger
  - F. Mer enn 15 ganger

**Jeg samtykker til at dataene under brukes i forskningsprosjektet; Vold mot nattpersonell i sykehjem**

26. Hvor ofte i ditt arbeide den siste måneden har du blitt sparket av pasienter?
- A. Aldri
  - B. ca. 1–3 ganger
  - C. ca. 4–7 ganger
  - D. ca. 8–11 ganger
  - E. ca. 12–15 ganger
  - F. Mer enn 15 ganger
27. Hvor ofte i ditt arbeide den siste måneden har du blitt spyttet på av pasienter?
- A. Aldri
  - B. ca. 1–3 ganger
  - C. ca. 4–7 ganger
  - D. ca. 8–11 ganger
  - E. ca. 12–15 ganger
  - F. Mer enn 15 ganger
28. Hvor ofte i ditt arbeide den siste måneden har du blitt verbalt fornærmet av pasienter?
- A. Aldri
  - B. ca. 1–3 ganger
  - C. ca. 4–7 ganger
  - D. ca. 8–11 ganger
  - E. ca. 12–15 ganger
  - F. Mer enn 15 ganger
29. Hvor ofte i ditt arbeide den siste måneden har du blitt verbalt truet av pasienter?
- A. Aldri
  - B. ca. 1–3 ganger
  - C. ca. 4–7 ganger
  - D. ca. 8–11 ganger
  - E. ca. 12–15 ganger
  - F. Mer enn 15 ganger
30. Hvor ofte i ditt arbeide den siste måneden har du blitt forsøkt påkjørt med vilje av pasient med rullator?
- A. Aldri
  - B. 1–3 ganger
  - C. 4–7 ganger
  - D. 8–11 ganger
  - E. 12–15 ganger
  - F. mer enn 15 ganger
31. Hvor ofte i ditt arbeide den siste måneden har du blitt forsøkt slått av pasient med stakk?
- A. Aldri
  - B. 1–3 ganger
  - C. 4–7 ganger
  - D. 8–11 ganger
  - E. 12–15 ganger
  - F. mer enn 15 ganger
32. Hva beskriver best egenskaper ved pasienter som hyppigere utøver vold i din avdeling?
- A. Pasienter uten kognitiv svikt
  - B. Pasienter med mild kognitiv svikt
  - C. Pasienter med moderat kognitiv svikt
  - D. Pasienter med alvorlig kognitiv svikt
  - E. En blanding av alle typer pasienter
33. I hvilken situasjon skjer det oftest at vold utføres av pasienten?
- A. I snu-situasjoner
  - B. I forflytningssituasjoner
  - C. I matsituasjoner
  - D. Ved toalettbesøk
  - E. Ved sårskifte
  - F. Ved bading
  - G. Ved forbipassering i ganger på sykehjemmet
  - H. Ved medisinerer
  - I. Ved konflikter mellom pasienter i avdelingen
  - J. I stell-situasjoner
  - K. Andre situasjoner
34. Har du noen gang blitt skadet etter et angrep fra en pasient?
- A. Ja
  - B. Nei
35. Har du noen gang følt deg uttrygg på jobb som følge av utagerende pasienter?
- A. Ja
  - B. Nei
36. Hvor ofte skriver du avvik når pasienter angriper deg?
- A. 0–10 % av tilfellene
  - B. 11–20 % av tilfellene
  - C. 21–30 % av tilfellene
  - D. 31–40 % av tilfellene
  - E. 41–50 % av tilfellene
  - F. 51–60 % av tilfellene
  - G. 61–70 % av tilfellene
  - H. 71–80 % av tilfellene
  - I. 81–90 % av tilfellene
  - J. 91–100 % av tilfellene
37. Føler du at det er et krav fra ledelsen om at du verner pasienter fremfor å verne deg selv i situasjoner med utagering i avdelingen?
- A. Ja
  - B. Nei
  - C. Vet ikke

**Jeg samtykker til at dataene under brukes i forskningsprosjektet; Vold mot nattpersonell i sykehjem**

38. Har du noen gang tatt ut egenmelding som følge av vold fra utagerende pasienter?
- A. Ja
  - B. Nei
39. Har du noen gang blitt sykemeldt som følge av vold fra utagerende pasienter?
- A. Ja
  - B. Nei
40. Igangsetter ledelsen trygghetstiltak etter voldssituasjoner?
- A. Alltid
  - B. Ofte
  - C. Noen ganger
  - D. Sjelden
  - E. Aldri
41. Ivaretar ledelsen personalets sikkerhet gjennom trygghetstiltak når det kommer inn nye pasienter i avdelingen som er rapportert utagerende i sakspapirene?
- A. Ja
  - B. Nei
  - C. Vet ikke
42. Hva er vanligvis første tiltak i forhold til utagerende pasienter i avdelingen etter en voldsepisode?
- A. De medisineres med beroligende
  - B. De isoleres på eget værelse
  - C. De blir latt være i fred til de roer seg
  - D. De blir ivaretatt gjennom samtale
  - E. De immobiliseres med remmer
  - F. Annet
43. Føler du at utagerende pasienter får større oppmerksomhet fra personalet enn pasienter som ikke utagerer?
- A. Ja
  - B. Nei
44. Føler du at det å være mottaker av vold er en naturlig del av arbeidet du skal gjøre i sykehjemmet?
- A. Ja
  - B. Nei
45. En situasjon oppstår hvor en pasient tar kvelertak en annen pasient mens du er alene i avdelingen, du har tre handlingsalternativer; hva velger du å gjøre?
- A. Jeg går øyeblikkelig i mellom pasientene og forsøker skille dem
  - B. Jeg tilkaller andre ansatte, og venter til disse kommer til før vi forsøker å skille pasientene.
  - C. Jeg går ikke i inn i situasjoner hvor pasienter er voldelige, da dette kan skade meg
46. I situasjoner hvor utagerende pasienter angriper medbeboere, mener du at helsepersonell skal gripe inn i situasjonen?
- A. Ja
  - B. Nei
47. Hvilket ord beskriver best dine følelser når du har vært i en situasjon hvor en pasient har utagert mot deg?
- A. sinne
  - B. oppgitthet
  - C. utrygghet
  - D. unnvikelse
  - E. redsel
  - F. angst
  - G. frustrasjon
  - H. ingen av disse
48. Hva tror du grunnen er til at helsepersonell ofte aksepterer vold fra eldre demente mennesker som en del av arbeidshverdagen?

## Vedlegg 4

## Vedlegg 4

Forfatter:	Tittel:	Innhold:	Publisert:
Allen, D.E. de Nesnera, A. Cummings, K. Darling, F.E.	Transforming the culture of caring: Getting hurt is not part of the job	Direct care staff struggle with the decision of when to physically intervene with patients. There is a widely held belief that they are expected to place themselves in danger of harm to prevent patients from hurting themselves or others. In this acute mental health care setting, an educational program was developed, using principles of adult and transformational learning, to dispel the idea that getting hurt is part of the job. The Staying Safe program strongly discourages staff from physically intervening alone and promotes staff getting enough help and having a plan. Staff are encouraged to interact with patients in helpful ways and to respond to patient requests in ways that do not increase frustration or evoke anger. There has been a positive response to the training program, evidenced by changes in the way staff think about their jobs and a reduction in the number of assaults and injuries to staff.	Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services (2011) 49:1, 45-49
Banerjee, A. Daly, T. Armstrong, P. Szebehely, M. Armstrong, H. Lafrance, S.	Structural violence in long-term, residential care for older people: Comparing Canada and Scandinavia	Canadian frontline careworkers are six times more likely to experience daily physical violence than their Scandinavian counterparts. 90% of Canadian frontline careworkers experienced physical violence from residents or their relatives, and 43% reported physical violence on a daily basis.	Social Science and Medicine (2012) 74, 398-398
Bekhet, A. Zauszniewski, J.	Methodological triangulation: an approach to understanding data	This paper provides an example of how methodological triangulation can be used in nursing research. It identifies challenges associated with methodological triangulation, recommends strategies for overcoming them, provides a rationale for using triangulation and explains why to maintain rigour. It can be used to enhance analysis and the interpretation of findings. As data are drawn from multiple sources, it broadens the researcher's insight into the different issues underlying the phenomena being studied.	Nurse Researcher (2012) 20:2, 40-43
Boström, A-M. Squires, J.E. Mitchell, A. Sales, A.E. Estabrooks, C.A.	Workplace aggression experienced by frontline staff in dementia care	Conclusion of this research was that frontline staff working in secured dementia units were exposed to higher frequencies of various types of aggressive acts mainly initiated by residents. Future studies need to address modifiable workplace factors associated with aggressive acts.	Journal of Clinical Nursing (2011) 21, 1453-1465
Cassie, K.M.	A multilevel analysis of aggressive behaviors among nursing home residents	This research found that individual and organizational characteristics are associated with aggressive behaviors and that the relationship between these characteristics evolves over time. More aggressive behaviors were noted among younger residents, male residents, residents exhibiting more depressive symptoms, residents with more functional impairments and residents with moderate to severe cognitive impairment.	Journal of Gerontological Social Work (2012) 55:8, 708-720
Castle, N.	Nurse aides' reports of resident abuse in nursing homes	This article discusses different types of observed abuse towards residents in nursing homes; argumentative behavior 36%, intimidation 28%, physical abuse 6%, caregiving abuse 10%, medication abuse 19%, material exploitation 10% and sexual abuse 1%. There are some types of resident abuse by staff reported to be a common occurrence by nurse aides. These likely influence quality of life and care, safety of residents and health outcomes.	Journal of Applied Gerontology (2012) 31:3, 402-422
Charpentier, M. Soulieres, M.	Elder abuse and neglect in institutional settings: The residents perspective	This study found that elderly persons (living in long term care facilities) perception of abuse is conditioned by sensationalistic media coverage, is limited to physical mistreatment, and tends to legitimize day to day infringements of their rights, as the minor violations seem insignificant when compared to the "real" acts of violence reported in the media.	Journal of Elder Abuse and Neglect (2013) 25, 339-354
Clarke, D.E. Brown, A-M. Griffith, P.	The Brøset Violence Checklist: clinical utility in a secure psychiatric intensive care setting	This checklist consists of a six item instrument that uses the presence or absence of three patient characteristics and three patient behaviors to predict the potential for violence within a subsequent 24 h period. During the trial use of seclusion decreased.	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing (2010) 17, 614-620

<p>Delmar, C.</p>	<p>The excesses of care: a matter of understanding the asymmetry of power</p>	<p>The aim of the article is to illustrate concrete problems in the asymmetrical nurse-patient power relationship. It is an ethical demand that the nurse is faced with the challenges that the power in the relation is administered so that the patient's room for action is expanded and trust maintained. It is an essential message in care philosophy, but in clinical practice, success is not always achievable. A hidden and more or less unconscious restriction of the patient's room for action may result in the excesses of care. Three selected aspects: dependence, trust, and power described by the Danish philosopher K.E. Løgstrup and the Norwegian nursing philosopher Kari Martinsen's care philosophy has inspired this empirically based examination of some current barriers in the asymmetrical nurse-patient relationship. On the basis of qualitative interviews with six patients and six nurses, the research thus provides an identifying and problem-exploratory examination of some current obstacles in which the handling of trust and power reflects the excesses of care. The findings develop three themes. 'Being a burden' acknowledges that the balance of power will always tip to the nurse's advantage. The second theme, 'Doing only what's absolutely necessary', shows how a fixation with 'technicalism' creates a distance between people that may constrain the patient's room for action. The last theme is concerning the nurse's ability to navigate between closeness and distance is essential in avoiding 'the excesses of care', paternalism, and overprotectiveness. A situation in which distance takes the upper hand and care turns into paternalism. A different situation would arise if the nurse's emotions became sentimental or intimate with the result that closeness gets the upper hand. To avoid a harmful exercise of power and the excesses of care, the findings have demonstrated that a relationship-based caring is a demand for situation-specific sensitive attention skills.</p>	<p>Nursing Philosophy (2012) 13, 236-243</p>
<p>Dettmore, D. Kolanowski, A. Boustani, M.</p>	<p>Aggression in persons with dementia: Use of Nursing Theory to guide clinical practice</p>	<p>The conclusion of this article was that persons with dementia, who exhibit aggression, can be managed most effectively when health personnel use a multifaceted approach with both non pharmaceutical and pharmaceutical interventions.</p>	<p>Geriatric Nursing (2009) 30:1, 8-17</p>
<p>Duxbury, J. Pulsford, D. Hadi, M. Sykes, S.</p>	<p>Staff and relatives perspectives on the aggressive behaviour of older people with dementia in residential care: a qualitative study</p>	<p>Staff and relative perspectives on patient aggression in dementia care units are seriously under researched in the UK. Any work that has been conducted has relied upon quantitative studies. Qualitative research on aggression management in older peoples services are rare. In-depth views that can offer insights into causation and management strategies are therefore under represented in the literature. In order to investigate this issue further we interviewed a number of nursing staff and relatives in four UK care homes in the North West of England. Using a combined approach of one-to-one interviews (for staff) and focus groups (for relatives) we explored their views as to the reasons for and ways of responding to aggressive behaviour. This was part of a larger study reported upon elsewhere. Using thematic analysis we found similar results from both staff and relatives and as such their views were categorized into two broad areas: causation and management. In regards to causation we noted three sub-themes; internal, external and interpersonal factors which are further subdivided in the paper and for management two broad categories: the compassionate approach and 'don't go in strong'. The results indicated that staff in the participating units embraced a person-centred approach to aggression management. They predominantly respond to aggressive incidents with interpersonal strategies, such as distraction as opposed to medication or restraint. Overall they adopt a person centre approach to patient care. Relatives were clear in their perceptions of aggression as an interpersonal challenge, which is compounded or mediated by the illness of dementia. Consequently they were positive in their views of staff using non-coercive interventions. While the results of this and our earlier study are promising suggesting a less invasive approach to this aspect of dementia care, given the limitations of a small sample, more research of a similar nature is warranted.</p>	



		Findings from multidimensional studies can then provide a sounder basis for health and social care education, and person centred informed practice to reduce the incidence of aggression through preventative strategies.	
Gates, D. Fitzwater, E. Meyer, U.	Violence against caregivers in nursing homes.m Expected, tolerated and accepted	The study found that caregivers and nursing directors considered assaults by elderly in nursinghomes as violence. The study suggest that violence often occur and is of concern to caregivers and nursing directors.	Journal of Gerontological Nursing (1999)25:4, 12-22
Gautun, H.	Planlagt og faktisk bemanning i sykehjem og hjemmesykepleien	Mapping has shown great deviations between planned and actual staffing by nurses and healthcare workers in nursinghomes. Recruitment and problems getting educated substitutes for leave of absence due to sickness is one problem, tight economical frames, lack of flexibility in work hours and poor reporting systems are other problem areas. It seems necessary to do something to better the care for the substitutes, and to give feedback to the administration to get a better negotiation background for getting proper funding for the sector.	Fafo-rapport 2012:05
Granheim, U.H. Hörnsten, Å. Isaksson, U.	Female caregivers' perceptions of reasons for violent behavior among nursing home residents	The study found that the content areas of perceived reasons for patient violence were patient characteristics, caregivers approach and environmental aspects in the department.	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing (2012) 19, 154-161
Granheim, U.H. Hornsten, Å. Isaksson, U.	Female caregivers perceptions of reasons for violent behaviour among nursing home residents	Threats and violence against professional caregivers present a growing health and safety problem in elderly care. We aimed to explore female caregivers' perceptions of reasons for violent behaviour among nursing home residents. Forty-one caregivers at three nursing homes were interviewed and their responses were subjected to qualitative content analysis, which revealed three content areas of perceived reasons for patient violence: patient characteristics, caregiver approach and environmental aspects. The caregivers' perceptions were formulated in three core statements: 'they (the residents) are not who they used to be', 'we (the caregivers) have acted inappropriately' and 'we (residents and caregivers) are all surrounded by disorder'. Our findings indicate that the reasons for violence are complex and multifactorial, so interventions should be individually tailored. Caregivers involved in a violent situation need to see the person behind the behaviour, try to interpret what the behaviour is meant to communicate and adjust the intervention according to individual need.	Journal of psychiatric mentalhealth nursing (2012) 19, 154-161
Gustafsson, C. Fagerberg, I. Asp, M.	Supportive leadership in Swedish community night nursing	The article comprises support night nurses give to staff in community night nursing. The findings were that the support the RN gives to staff is a conditional supporting stance, preparing propitious conditions for caring and confidence in the abilities of individual staff members and adaption to their individual needs. RNs consider support to staff in terms of nursing leadership.	Journal of Nursing Management (2010) 18, 822-831
Gustafsson, C. Fagerberg, I. Asp, M.	Dependency in autonomous caring – night nurses working conditions for caring in nursing	Few research studies have focused on nurses' working conditions for caring provided at night, and these studies have mainly described nurses' work in hospital settings, not in a municipal, social-care context. In Swedish municipal care, nurses have responsibility for hundreds of older people in need of care. This working condition compromises caring encounters; instead the nurses' caring is mainly mediated through care staff (or relatives). In considering that caring based on caring encounters is fundamental to ethical nursing practice questions leads to the aim: to explore Swedish municipal night nurses' experiences of their working conditions for caring in nursing. All municipal night-duty nurses (n = 7) in a medium-sized community in Sweden participated in interviews, while six of them also wrote diaries. The- matic content analysis has been used in analysing the	Scandinavian Journal of Caring Science (2010) 24, 312-320

		<p>data. The findings revealed that the nurses experienced their working conditions for caring in nursing in the hemes of Dependency in the Organisation and Other Staff, Vocational Responsibility, Deficiency in Conditions for Caring and Autonomous Caring. The findings illustrate privileged, as well as, poor working conditions for caring in nursing. The nurses' role as consultants emerge as their main function. The consultant function implies that nurses do not participate in ordinary bed-side caring, which makes it easier for them to find time for caring in situations that arise when nurses' skills, expertise and authority are called upon. Conversely the consultancy function entails short-term solution of complex caring problems, which can signify deficient caring due to prevailing working conditions. The findings also point to nurses' possible problems in fulfilling their own and vocational demands for ethics in the practice of caring in nursing related to existing working conditions.</p>	
<p>Hall, R.C.W. Hall, R.C.W. Chapman, M.J.</p>	<p>Nursing home violence: Occurrence, risks and interventions</p>	<p>Residents and staff members are frequently the victims of geriatric violence usually perpetrated by residents with delirium, dementia or other medical illnesses. Environmental behavior management techniques are often effective and should be tried first to decrease aggressive behavior. Other possibilities are decreasing stimulation, reorienting the resident to time and place, use of simple one step directions, staff vigilance, and allowing extra time for tasks to be completed. When violence persists, and after environmental technique has been tried, neuroleptic medication and restraints may be tried.</p>	<p>Annals of Long Term Care (2009) 17:1, <a href="http://www.annalsoflongtermcare.com/content/nursing-home-violence-occurrence-risks-and-interventions">http://www.annalsoflongtermcare.com/content/nursing-home-violence-occurrence-risks-and-interventions</a></p>
<p>Hellzen, O. Asplund K. Sandman, P.O. Norberg, A.</p>	<p>The meaning of caring as described by nurses caring for a person who acts provokingly: an interview study</p>	<p>Nurses working with people with learning disabilities are sometimes exposed to provoking behaviour such as unpredictable and violent actions, spitting and sexual harassment. Eight nurses at a group dwelling in Sweden were interviewed about their experiences when caring for a person who acts provokingly. Narrative interviews were conducted and interpreted using a method inspired by Ricoeur. Three themes were formulated which describe nurses' feelings of being tormented, disrupted and helpless. Nurses describe themselves as being deeply humiliated by physical violence, spittle, sexual invective and actions on the part of the patient. They respond more to being spat on and the sexual invective than to the patient's physical violence. The frequent humiliations could be seen as a symbolic language connected to defilement and 'evil' and therefore as having a deep symbolic meaning for the nurses. These results were interpreted and reflected on in the light of a theoretical framework from an affliction perspective in order to achieve a deeper understanding of the text. This paper shows that an affliction perspective is important when searching for the meaning of caring for a patient who acts provokingly. The study indicates that the goal in a provoking care situation must be to see the provoking patient, as he appears to the nurses in order to glimpse the goodness concealed behind the provoking facade.</p>	<p>Scandinavian Journal of Caring Science (2004) 18, 3-11</p>
<p>Håkonsen Martinsen, E.</p>	<p>Care for nurses only? Medicine and the perceiving eye.</p>	<p>This article focus on the use of Kari Martinsens philosophical nursing theories within medicine. The arguments are that other professions also use care as a basis for healing patients, and that solely calling Martinsens theory a nursing theory is too narrow.</p>	<p>Health Care Anal (2011) 19: 15-27</p>
<p>Irvine, B. Billow, M.B. Gates, D.M. Fitzwater, E.L. Seeley, J.R. Bourgeois, M.</p>	<p>An internet training to reduce assaults in long term care</p>	<p>Physical and verbal assaults by residents on care staff are common in long term residential care facilities. The study looked at internet training designed to teach nurse aides strategies to work with aggressive residents behaviors. The results suggested that the internet training was an effective tool to reduce assaults in nursing homes.</p>	<p>Geriatric Nursing (2012) 33:1, 28-40</p>
<p>Isaksson, U. Granheim, U.H. Åström, S. Karlsson, S.</p>	<p>Physically violent behavior in dementia care: Characteristics of residents and management of violent situations</p>	<p>31.7% of the residents with dementia were assessed as showing physically violent behavior (PVB). Three factors were independently associated with PVB; male gender, antipsychotic treatment and decline in orientation. Violent residents are more likely to have impaired speech, difficulties understanding verbal communication and prescribed analgesics and antipsychotics than non-violent residents.</p>	<p>Ageing and Mental Health (2011) 15:5, 573-579</p>
<p>Isaksson, U.</p>	<p>Being flexible and</p>	<p>Findings from this study may shed light on how caregivers successfully can manage threatening and violent behavior in</p>	<p>International</p>

Åstrom, S. Graneheim, U.H.	tuning in: Professional caregivers reflections on management of violent behavior in nursing homes	nursing homes by being flexible and tuning in with the resident, and also taking a firm stand with the residents best interests at heart. Personal history knowledge of the resident is important to be able to tune in with the patient. This study showed that caregivers were flexible and in tune with the resident by averting and defusing threatening and violent situations. The caregivers tried to give care in line with the residents' condition, control their own spontaneous reactions and interpret the residents' reactions as communicative signs indicating how they should interact with the resident in the situation. As a last resort, when previous approaches had been unsuccessful, the caregivers took a firm stand, confronted the resident and the violent behaviour more directly, but with respect and with the residents' best interests in mind.	Journal of Older People Nursing (2013) 8, 290-298
Kaarbø, E.	Kombinerete metoder	This article considers mixed methods and the use of them in research. It gives a step-wise guide to research using this method, and what considerations should be taken before embarking on a mixed method project.	Sykepleien Forskning 2009 4(3):244-248 DOI: 10.4220/sykepleien f.2009.0110
Lachs, M.S. Rosen, T. Teresi, J.A. Eimicke, J.P. Ramirez, M. Silver, S. Pillemer, K.	Verbal and physical aggression directed at nursing home staff by residents	Resident-to-staff aggression in nursing homes is common, particularly during morning care. A variety of demographic and clinical factors was associated with resident-to-staff aggression; this could serve as the basis for evidence-based interventions. Because RSA may negatively affect the quality of care, resident and staff safety, and staff job satisfaction and turnover, further research is needed to understand its causes and consequences and to develop interventions to mitigate its potential impact.	Journal of General internal medicine (2012) 28 (5), 660-667
Lanza, M.L. Zeiss, R.A. Rierdan, J.	Multiple perspectives on assault: The 360 degree interview	A 360 degree approach to understanding patient violence may help nurses when finding out what the background for the violence may be.	Journal of American Psychiatry Nurses association (2009) 14;6, 413-420
Larrayadieu, A. van Kan, G.A. Piau, A. Martin, M.S. Nourhashemi, F. Rolland, Y. Vellas, B.	Associated factors with antipsychotic use in assisted living facilities: a cross sectional study of 4367 residents	27.5% of the residents were using antipsychotic prescription. Independent factors associated with the prescription were in some cases dementia or certain neuropsychiatric symptoms (verbal outbursts). The study concluded that improvements in the management of dementia are needed, and non pharmacological alternatives should be enhanced and further developed, seeing the high prevalence of antipsychotic drugs used.	Age and Ageing (2011) 40, 368-375
Lillevik, O.G. Øien, L.	Kvaliteter hos hjelperen som bidrar til å forebygge trusler og vold fra klienter	The article address qualities in the helper that contribute to preventing threats and violence from patients. The personal competency should be in focus when dealing with prevention of threats and violence, and the importance of this competency as a variable in a violent situation should be weighted when training personnel.	Nordisk Tidsskrift for Helseforskning (2010) 2:6, 84-96
Lillevik, O.G.	Tiltak mot trusler og vold	In this study three areas or qualities in interaction are mentioned as important in preventing threats and violence. Environmental sensitivity, creativity in choices and validity of situations. The findings in the pilot study describe qualities in the nurse related to relational competency.	Sykepleien (2009) 9: 62-64
Mysyuk, Y. Westendorp, R.G.J Lindenberg, J.	Added value of elder abuse definitions: A review	The article discuss the elements for defining elder abuse, and trace the elements and situate them in a socio-historical context. The conclusion from the study was that the question of definition remains open. They question if it is necessary to use different definitions in different settings, or if a common definition should be discussed.	Ageing Research Reviews 12 (2013) 50-57
Poikkeus, T. Numminen, O. Suhonen, R. Leino-Kilpi, H.	A mixed-method systematic review: Support for ethical competence of nurses	Nurses' ethical competence has been studied from different viewpoints: ethical decision-making, ethical sensitivity, ethical knowledge and ethical reflection. There was little empirical evidence of provided support, but studies offered recommendations on how to support ethical competence. The most common strategies to support ethical competence were ethics education, ethics rounds, ethics committee and consultation. Nurse leaders and colleagues have a key role in providing opportunities for nurses to gain ethical competence. Conclusions: There is a need to develop evidence-based support at the organizational and individual level to support	Journal of Advanced Nursing (2014), Vol. 70, issue 2, p 256-271

		nurses' ethical competence. Barriers for multiprofessional cooperation in ethical issues should be recognized and addressed as part of the development of organizational ethical practices.	
Røykenes, K.	Metodetrianglering –et metodisk minefelt eller en berikelse av fenomener?	Completeness of data in method triangulation is said to have as purpose to gain more complete data about the phenomena, something which is reachable because the methods develop and fulfill each other. This gives a richer and more detailed knowledge about the phenomena. Confirmation is a more controversial part of method triangulation, where it is said that weaknesses of one method may be counteracted by the strength of another.	Sykepleien Forskning 2008 3(4):224-226 DOI: 10.4220/sykepleien f.2008.0081
Schiamberg, L.B. Oehmke, J. Zang, Z. Barboza, G.E. Griffore, R.J. von Heydrich, L. Post, L.A. Weatherill, R.P. Mastin, T.	Physical abuse of older adults in nursing homes: A random sample survey of adults with an elderly family member in a nursing home	This article discuss elder abuse by staff in nursing homes, and found that 24.3% of the respondents reported at least one incident of physical abuse by nursing home staff.	Journal of Elder Abuse and Neglect (2012) 24, 65-83
Scott, A. Ryan, A. James, I.A. Mitchell, E.A.	Psychological trauma and fear for personal safety as a result of behaviors that challenge in demetia: The experience of healthcare workers	Discusses psychological effects of exposure to aggression on healthcare workers. 68.8% of the respondents had been involved in an incident where they feared for their personal safety. 71.4% had witnessed an incident where they feared for a colleagues safety. During the previous year 34% had felt very unsafe, and almost 18% had felt terrified.	Dementia (2011) 10, 257-269
Sharipova, M. Borg, V. Hogh, A.	Prevalence, seriousness and reporting of work related violence in the Danish elderly care	Study from 2005, where caregivers were asked about prevalence of work related psysical violence. The findings showed that ¼ of caregivers were subjected to violence. Care personnel in nursing homes and integrated institutions had the highest prevalence of violence (40%). The most frequent types of violence were hitting 63%, scratching/pinching 63%, being held 32%, kicked 27%. Use of weapons were more rare.	Scandinavian Journal of Caring Sciences (2008) 22, 574-581
Sifford-Snellgrove, K.S. Beck, C. Green, A. McSweeney, J.C	Victim or initiator? Certified nursing assistants perceptions of resident characteristics that contribute to resident-to resident violence in nursing homes	The purpose of this study was to explore CNA's perceptions of the characteristics of both the victims and the initiators of resident to resident violence. Findings from the semi structured interviews revealed that CNA's perceive initiators of violence to have "strong personalities", a "short fuse" etc. It is discussed in the article that resident characteristics should be assessed at nursing home admission, to reveal if the patient is at risk for becoming involved in resident to resident violence.	Research in Gerontological Nursing (2012) 5:1, 55-63
Snellgrove, S. Beck, C. Green, A. McSweeney, J.C.	Resident to resident violence triggers in nursing homes	Two triggers emerged from the data; passive and active triggers. Active triggers involved the actions of other residents that were intrusive in nature, such as wandering into residents personal space, taking a residents belongings etc. Passive triggers did not involve the actions of residents but related to the internal and external environment of the residents; boredom, competition for attention and communication difficulties. Results were that there are factors including unmet needs within the nursing home environment that may be identified and altered to prevent violence between residents.	Clinical Nursing Research (2013) 22:4, 461-474
Snellgrove, S. Beck, C. Green, A. McSweeney, J.C.	Resident-to-resident violence triggers in nursing homes	Certified nurses' assistants (CNAs) employed by a rural nursing home in Northeast Arkansas described their perceptions of resident-to-resident violence in order to provide insight on factors, including unmet needs, that may trigger the phenomenon. Semistructured interviews were conducted with 11 CNAs. Data were analyzed using content analysis and constant comparison. Two categories of triggers emerged from the data—active and passive. Active triggers involved the actions of other residents that were intrusive in nature, such as wandering into a residents' personal space, taking a resident's belongings, and so forth. Passive triggers did not involve the actions of residents but related to the	Clinical Nursing Research (2013) 22 (4), 461-474

		internal and external environment of the residents. Examples were factors such as boredom, competition for attention and communication difficulties. Results indicate that there are factors, including unmet needs within the nursing home environment that may be identified and altered to prevent violence between residents.	
Spector, A. Orrell, M. Goyder, J.	A systematic review of staff training interventions to reduce the behavioral and psychological symptoms of dementia	The article discuss behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD), and staff training interventions for reducing this. They found evidence that staff training programs can reduce BPSD in people living in care homes.	Ageing Research Reviews 12 (2013) 354-364
Spector, A. Orrell, M. Goyder, J.	A systematic review of staff training interventions to reduce the behavioural and psychological symptoms of dementia	Behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD) are highly prevalent and problematic in care settings. Given the limited effectiveness of medical treatments, training care staff to understand and manage these symptoms is essential for the safety and quality of life of people with dementia. This review evaluated the effectiveness of staff training interventions for reducing BPSD. A systematic literature search identified 273 studies. Twenty studies, published between 1998 and 2010, were found to meet the inclusion criteria. Overall, there was some evidence that staff training interventions can impact on BPSD: twelve studies resulted in significant symptom reductions, four studies found positive trends and four studies found no impact on symptoms. No links were found between the theoretical orientation of training programmes and their effectiveness. Training was also found to impact on the way staff behaved towards residents. A quality screening, using pre-specified criteria, revealed numerous methodological weaknesses and many studies did not adhere to the recommended guidelines for the conduct of cluster randomised controlled trials. There is an urgent need for more high quality research and evidence-based practice in BPSD.	Ageing Research Reviews (2013) 12, 354-364
Tak, S.W. Sweeney, M.H. Altemann, T. Baron, S. Calvert, G.M.	Workplace assaults on nursing assistants in US nursing homes; A multilevel analysis	Being subjected to workplace violence on a regular basis has been shown to be related to a nursing assistants intention to leave the nursing profession or to change employers. Ensuring the safety of the workforce employed in long term care is very important in providing high quality care. Workplace violence prevention efforts that focus on nursing home settings with specialized wings or wards for Alzheimer disease should be developed. In addition, nursing home managers should maintain appropriate staffing levels to reduce the workload of their nursing assistants.	American Journal of Public Health (2010)100:10, 1938-1945
Zeller, A. Hahn, S. Needham, I. Kok, G. Dassen, T. Halfens R.J.G.	Aggressive behavior of nursing home residents toward caregivers: A systematic literature review	Findings demonstrate the difficulty determining exact prevalence rates of residents' aggressive behavior towards caregivers and the complex interplay between several factors contributing to such behavior. Aggressive behavior depends on relational variables between the residents and the environment, including interpersonal style of interaction and organizational factors.	Geriatric Nursing (2009) 30: 3, 174-187
Zeller, A. Dassen, T. Kok, G. Needham, I. Halfens R.J.G	Factors associated with resident aggression toward caregivers in nursing homes	The prevalence of participants reporting an aggressive incident during the 12-month period prior to data collection was 81.6%. Of these, 76.5% had experienced verbal aggression, 27.6% threats, and 54% physical aggression.	Journal of Nursing Scholarship (2012) 44:3, 249-257
Åstrom, S. Bucht, G. Eisemann, M. Norberg, A. Saveman, B.I.	Incidence of violence towards staff caring for the elderly	A survey study concerning violence was conducted among staff (n = 506) working with the elderly in residential settings and ordinary homes. The major aim of the study was to investigate the incidence of violence directed towards staff by elderly people living in residential settings. Furthermore, associations between the number of violent incidents and gender, age, year in service, year at present place of work, education of the staff, type of setting, the frequency and type of violence as well as the emotional reactions expressed by the staff should be examined. Forty percent of the staff was	Scandinavian Journal of Caring Science (2002) 16, 66-72

<p>Åstrom, S. Buchth, G. Eisemann, M. Norberg, A. Saveman, B.I.</p>	<p>Incidence of violence towards staff caring for the elderly</p>	<p>A survey study concerning violence was conducted among staff (n = 506) working with the elderly in residential settings and ordinary homes. The major aim of the study was to investigate the incidence of violence directed towards staff by elderly people living in residential settings. Furthermore, associations between the number of violent incidents and gender, age, year in service, year at present place of work, education of the staff, type of setting, the frequency and type of violence as well as the emotional reactions expressed by the staff should be examined. Forty percent of the staff was exposed to violence during the preceding year and 18% noted incidents of violence daily. A significantly larger proportion of staff working in nursing homes registered violence compared with those working in other types of settings. Physical violence was the most common (76%) type of violence. Powerlessness, sadness, anger and feelings of insufficiency were the most dominant feelings among staff facing by violent situations. Our results point to the necessity to further study caregivers' perception of patient violence and its impact on the quality of care.</p> <p>preceding year and 18% noted incidents of violence daily. A significantly larger proportion of staff working in nursing homes registered violence compared with those working in other types of settings. Physical violence was the most common (76%) type of violence. Powerlessness, sadness, anger and feelings of insufficiency were the most dominant feelings among staff facing by violent situations. Our results point to the necessity to further study caregivers' perception of patient violence and its impact on the quality of care.</p>	<p>Scandinavian Journal of Caring Science (2002) 16, 66-72</p>
<p>Åstrom, S. Karlsson, S. Sandvide, Å. Buchth, G. Eisemann, M. Norberg, A. Saveman, B.I</p>	<p>Staff's experience of and the management of violent incidents in elderly care</p>	<p>Violence towards staff has become an important issue, since it has been reported to be common in various health care settings. This study aimed to describe emotional reactions among staff being exposed to violence in residential community care for the elderly: to investigate consequences from violent incidents and to describe the management of violent incidents. Data were collected by telephone interviews with nursing staff reporting incidents of violence. During the period of investigation, 97 of 848 staff (11.4%) reported that they had been exposed to violence. More than one-third of them reported subsequent wound and bruises from the</p>	<p>Scandinavian Journal of Caring Science (2004) 18, 410-416</p>

## Vedlegg 5





Harald Hårfagres gate 25  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Johanne Alteren  
Profesjonshøgskolen  
Universitetet i Nordland  
Postboks 1490  
8049 BODØ

Vår dato: 04.02.2013

Vår ref:32771 / 3 / MSS

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 16.01.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

32771	<i>Vold mot nattpersonell i sykehjemsinstitusjoner</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Nordland, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Johanne Alteren</i>
<i>Student</i>	<i>Rita Helme</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.06.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Marie Strand Schildmann

Marie Strand Schildmann tlf: 55 58 31 52

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Rita Helme, Postboks 102, 9481 HARSTAD





## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 32771

Formålet med prosjektet er å forske på hvor stor forekomsten av vold mot nattpersonell er. Forskningen kan belyse hvilken type vold som forekommer og hvordan dette påvirker helsepersonell i arbeidshverdagen.

Datamaterialet innhentes gjennom manuelle spørreskjema, formidlet via arbeidsplass, samt fokusgruppeintervju.

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår, forutsatt at det påføres dato for prosjektslutt og anonymisering (15.06.2014). Revidert informasjonsskriv sendes til personvernombudet@nsd.uib.no innen det opprettes kontakt med utvalget.

Direkte personidentifiserende opplysninger oppbevares atskilt, kun tilknyttet øvrige data via en koblingsnøkkel.

Ombudet forutsetter at det ikke innhentes opplysninger om 3. person (pasienter) og at taushetsplikten ikke er til hinder for den behandlingen som finner sted. Ombudet anbefaler at forsker gjør informantene tydelig oppmerksom på dette i forkant av intervju.

Prosjektet skal avsluttes 15.06.2014 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. navn på kommune, yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

## Vedlegg 6

Vedlegg 6

<b>Kjønn</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Valid</b>	Mann	15	8.1	8.3	8.3
	Kvinne	165	88.7	91.7	100.0
	Total	180	96.8	100.0	
<b>Missing</b>	System	6	3.2		
<b>Total</b>		186	100.0		

<b>Aldersgruppe</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Valid</b>	mellom 18-25 år	6	3.2	3.2	3.2
	mellom 26-35 år	26	14.0	14.0	17.2
	mellom 36-45 år	46	24.7	24.7	41.9
	mellom 46-55 år	60	32.3	32.3	74.2
	mellom 56-65 år	46	24.7	24.7	98.9
	over 66 år	2	1.1	1.1	100.0
	Total	186	100.0	100.0	

<b>Hvilken stillingsbetegnelse arbeider du under?</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Valid</b>	Sykepleier	48	25.8	26.1	26.1
	Vernepleier	1	.5	.5	26.6
	Hjelpepleier	112	60.2	60.9	87.5
	Omsorgsarbeider	13	7.0	7.1	94.6
	Assistent	10	5.4	5.4	100.0
	Total	184	98.9	100.0	
<b>Missing</b>	System	2	1.1		
<b>Total</b>		186	100.0		

<b>Hvilket ansettelsesforhold har du i sykehjemmet?</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Valid</b>	Jeg er fast ansatt	172	92.5	95.0	95.0
	Jeg er vikar	9	4.8	5.0	100.0
	Total	181	97.3	100.0	
<b>Missing</b>	System	5	2.7		
<b>Total</b>		186	100.0		



<b>Ca hvor stor stillingsprosent arbeider du på natt?</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Valid</b>	0-10%	3	1.6	1.6	1.6
	11-20%	4	2.2	2.2	3.8
	21-30%	8	4.3	4.3	8.1
	31-40%	2	1.1	1.1	9.1
	41-50%	29	15.6	15.6	24.7
	51-60%	27	14.5	14.5	39.2
	61-70%	50	26.9	26.9	66.1
	71-80%	36	19.4	19.4	85.5
	81-90%	10	5.4	5.4	90.9
	91-100%	17	9.1	9.1	100.0
	Total	186	100.0	100.0	

<b>I hvilket fylke ligger sykehjemmet hvor du arbeider?</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Valid</b>	Akershus	4	2.2	2.2	2.2
	Aust-Agder	15	8.1	8.1	10.2
	Buskerud	7	3.8	3.8	14.0
	Finnmark	15	8.1	8.1	22.0
	Hedmark	8	4.3	4.3	26.3
	Hordaland	10	5.4	5.4	31.7
	Møre og Romsdal	6	3.2	3.2	34.9
	Nordland	7	3.8	3.8	38.7
	Oppland	24	12.9	12.9	51.6
	Oslo	9	4.8	4.8	56.5
	Rogaland	28	15.1	15.1	71.5
	Sogn og Fjordane	6	3.2	3.2	74.7
	Sør-Trøndelag	16	8.6	8.6	83.3
	Telemark	3	1.6	1.6	84.9
	Troms	23	12.4	12.4	97.3
	Østfold	5	2.7	2.7	100.0
	Total	186	100.0	100.0	

<b>Hvor mange år har du arbeidet innenfor sykehjemssektoren?</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Valid</b>	0-2 år	8	4.3	4.3	4.3
	3-6 år	31	16.7	16.7	21.0
	7-12 år	44	23.7	23.7	44.6
	13-20 år	48	25.8	25.8	70.4
	over 20 år	55	29.6	29.6	100.0
	<b>Total</b>	<b>186</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

<b>Mener du det er viktig med sykepleiefaglig kompetanse på natt?</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Valid</b>	Ja	177	95.2	96.2	96.2
	Nei	7	3.8	3.8	100.0
	<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>98.9</b>	<b>100.0</b>	
<b>Missing</b>	System	2	1.1		
<b>Total</b>		<b>186</b>	<b>100.0</b>		

<b>Mener du det er tilstrekkelig å ha annet helsepersonell med treårig høyskoleutdanning (vernepleiere, sosionomer, barnevern osv) som faglig ansvarlig om natten i sykehjem?</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Valid</b>	Ja	53	28.5	29.4	29.4
	Nei	127	68.3	70.6	100.0
	<b>Total</b>	<b>180</b>	<b>96.8</b>	<b>100.0</b>	
<b>Missing</b>	System	6	3.2		
<b>Total</b>		<b>186</b>	<b>100.0</b>		

<b>Hvilken type avdeling arbeider du i?</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Valid</b>	Somatisk avdeling	35	18.8	20.1	20.1
	Demens (skjermet) avdeling	26	14.0	14.9	35.1
	Forsterket (psykiatrisk) avdeling	4	2.2	2.3	37.4
	Blandet avdeling	109	58.6	62.6	100.0
	<b>Total</b>	<b>174</b>	<b>93.5</b>	<b>100.0</b>	
<b>Missing</b>	System	12	6.5		
<b>Total</b>		<b>186</b>	<b>100.0</b>		

<b>Hvor mange personer arbeider sammen med deg om natten i din avdeling? (OBS Ikke hele sykehjemmet, kun avdelingen)</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Valid</b>	0	55	29.6	30.4	30.4
	1	95	51.1	52.5	82.9
	2	14	7.5	7.7	90.6
	3 eller flere	17	9.1	9.4	100.0
	Total	181	97.3	100.0	
<b>Missing</b>	System	5	2.7		
<b>Total</b>		186	100.0		

<b>Hvor mange pasienter bor i din avdeling?</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Valid</b>	5-8 pasienter	15	8.1	8.1	8.1
	9-14 pasienter	29	15.6	15.7	23.8
	15-20 pasienter	36	19.4	19.5	43.2
	Mer enn 21 pasienter	105	56.5	56.8	100.0
	Total	185	99.5	100.0	
<b>Missing</b>	System	1	.5		
<b>Total</b>		186	100.0		

<b>Hvor ofte i ditt arbeide den siste måneden har du blitt fysisk angrepet av pasienter?</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Valid</b>	Aldri	122	65.6	66.3	66.3
	ca. 1-3 ganger	54	29.0	29.3	95.7
	ca. 4-7 ganger	6	3.2	3.3	98.9
	ca. 8-11 ganger	2	1.1	1.1	100.0
	Total	184	98.9	100.0	
<b>Missing</b>	System	2	1.1		
<b>Total</b>		186	100.0		

**Hvor ofte i ditt arbeide den siste måneden har du måttet gå i mellom to pasienter som fysisk angrep hverandre?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Valid</b>	Aldri	163	87.6	88.1	88.1
	ca. 1-3 ganger	21	11.3	11.4	99.5
	ca. 4-7 ganger	1	.5	.5	100.0
	<b>Total</b>	185	99.5	100.0	
<b>Missing</b>	System	1	.5		
<b>Total</b>		186	100.0		

**Hvor ofte i ditt arbeide den siste måneden har du blitt utsatt for fysiske seksuelle tilnærmelser av pasienter?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Valid</b>	Aldri	154	82.8	83.2	83.2
	ca. 1-3 ganger	28	15.1	15.1	98.4
	ca. 4-7 ganger	2	1.1	1.1	99.5
	mer enn 15 ganger	1	.5	.5	100.0
	<b>Total</b>	185	99.5	100.0	
<b>Missing</b>	System	1	.5		
<b>Total</b>		186	100.0		

**Hvor ofte i ditt arbeide den siste måneden har du blitt utsatt for muntlige seksuelle tilnærmelser av pasienter?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Valid</b>	Aldri	131	70.4	70.4	70.4
	ca. 1-3 ganger	51	27.4	27.4	97.8
	ca. 4-7 ganger	2	1.1	1.1	98.9
	mer enn 15 ganger	2	1.1	1.1	100.0
	<b>Total</b>	186	100.0	100.0	

<b>Hvor ofte i ditt arbeide den siste måneden har du blitt kløpet av pasienter?</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Valid</b>	Aldri	120	64.5	65.2	65.2
	ca. 1-3 ganger	48	25.8	26.1	91.3
	ca. 4-7 ganger	11	5.9	6.0	97.3
	ca. 8-11 ganger	5	2.7	2.7	100.0
	Total	184	98.9	100.0	
<b>Missing</b>	System	2	1.1		
<b>Total</b>		186	100.0		

<b>Hvor ofte i ditt arbeide den siste måneden har du blitt lugget av pasienter?</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Valid</b>	Aldri	173	93.0	94.5	94.5
	ca. 1-3 ganger	10	5.4	5.5	100.0
	Total	183	98.4	100.0	
<b>Missing</b>	System	3	1.6		
<b>Total</b>		186	100.0		

<b>Hvor ofte i ditt arbeide den siste måneden har du blitt kloret av pasienter?</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Valid</b>	Aldri	122	65.6	65.6	65.6
	ca. 1-3 ganger	52	28.0	28.0	93.5
	ca. 4-7 ganger	8	4.3	4.3	97.8
	ca. 8-11 ganger	4	2.2	2.2	100.0
	Total	186	100.0	100.0	

<b>Hvor ofte i ditt arbeide den siste måneden har du blitt bitt av pasienter?</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Valid</b>	Aldri	175	94.1	94.1	94.1
	ca. 1-3 ganger	11	5.9	5.9	100.0
	Total	186	100.0	100.0	



<b>Hvor ofte i ditt arbeide den siste måneden har du blitt slått av pasienter?</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Valid</b>	Aldri	128	68.8	68.8	68.8
	ca. 1-3 ganger	53	28.5	28.5	97.3
	ca. 4-7 ganger	4	2.2	2.2	99.5
	ca. 8-11 ganger	1	.5	.5	100.0
	Total	186	100.0	100.0	

<b>Hvor ofte i ditt arbeide den siste måneden har du blitt dyttet til av pasienter?</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Valid</b>	Aldri	145	78.0	78.4	78.4
	ca. 1-3 ganger	36	19.4	19.5	97.8
	ca. 4-7 ganger	4	2.2	2.2	100.0
	Total	185	99.5	100.0	
<b>Missing</b>	System	1	.5		
<b>Total</b>		186	100.0		

<b>Hvor ofte i ditt arbeide den siste måneden har du blitt kastet ting/objekter etter av pasienter?</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Valid</b>	Aldri	168	90.3	90.8	90.8
	ca. 1-3 ganger	14	7.5	7.6	98.4
	ca. 4-7 ganger	3	1.6	1.6	100.0
	Total	185	99.5	100.0	
<b>Missing</b>	System	1	.5		
<b>Total</b>		186	100.0		

<b>Hvor ofte i ditt arbeide den siste måneden har du blitt sparket av pasienter?</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Valid</b>	Aldri	154	82.8	82.8	82.8
	ca. 1-3 ganger	30	16.1	16.1	98.9
	ca. 4-7 ganger	1	.5	.5	99.5
	ca. 8-11 ganger	1	.5	.5	100.0
	Total	186	100.0	100.0	

<b>Hvor ofte i ditt arbeide den siste måneden har du blitt spyttet på av pasienter?</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Valid</b>	Aldri	154	82.8	82.8	82.8
	ca. 1-3 ganger	29	15.6	15.6	98.4
	ca. 8-11 ganger	2	1.1	1.1	99.5
	mer enn 15 ganger	1	.5	.5	100.0
	Total	186	100.0	100.0	

<b>Hvor ofte i ditt arbeide den siste måneden har du blitt verbalt fornærmet av pasienter?</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Valid</b>	Aldri	93	50.0	50.3	50.3
	ca. 1-3 ganger	62	33.3	33.5	83.8
	ca. 4-7 ganger	20	10.8	10.8	94.6
	ca. 8-11 ganger	6	3.2	3.2	97.8
	ca. 12-15 ganger	1	.5	.5	98.4
	mer enn 15 ganger	3	1.6	1.6	100.0
	Total	185	99.5	100.0	
<b>Missing</b>	System	1	.5		
<b>Total</b>		186	100.0		

<b>Hvor ofte i ditt arbeide den siste måneden har du blitt verbalt truet av pasienter?</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Valid</b>	Aldri	133	71.5	71.5	71.5
	ca. 1-3 ganger	46	24.7	24.7	96.2
	ca. 4-7 ganger	6	3.2	3.2	99.5
	ca. 8-11 ganger	1	.5	.5	100.0
	Total	186	100.0	100.0	

<b>Hvor ofte i ditt arbeide den siste måneden har du blitt forsøkt påkjørt med vilje av pasient med rullator?</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Valid</b>	Aldri	152	81.7	81.7	81.7
	ca. 1-3 ganger	32	17.2	17.2	98.9
	ca. 4-7 ganger	2	1.1	1.1	100.0
	Total	186	100.0	100.0	

Hvor ofte i ditt arbeide den siste måneden har du blitt forsøkt slått av pasienter med stokk?					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Aldri	184	98.9	98.9	98.9
	ca. 1-3 ganger	2	1.1	1.1	100.0
	Total	186	100.0	100.0	

Hva beskriver best egenskaper ved pasienter som hyppigere utøver vold i din avdeling?					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pasienter uten kognitiv svikt	8	4.3	4.8	4.8
	Pasienter med mild kognitiv svikt	2	1.1	1.2	6.0
	Pasienter med moderat kognitiv svikt	13	7.0	7.8	13.8
	Pasienter med alvorlig kognitiv svikt	65	34.9	38.9	52.7
	En blanding av alle typer pasienter	79	42.5	47.3	100.0
	Total	167	89.8	100.0	
Missing	System	19	10.2		
<b>Total</b>		186	100.0		

I hvilken situasjon skjer det oftest at vold utføres av pasienten?					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I snu situasjoner	15	8.1	11.5	11.5
	I forflytningssituasjoner	8	4.3	6.2	17.7
	Ved toalettbesøk	3	1.6	2.3	20.0
	Ved sårskifte	1	.5	.8	20.8
	Ved bading	4	2.2	3.1	23.8
	Ved forbipassering i ganger på sykehjem	4	2.2	3.1	26.9
	Ved medisinerer	1	.5	.8	27.7
	Ved konflikter mellom pasienter i avdelingen	4	2.2	3.1	30.8
	I stell situasjoner	64	34.4	49.2	80.0
	Andre situasjoner	26	14.0	20.0	100.0
	Total	130	69.9	100.0	
Missing	System	56	30.1		
<b>Total</b>		186	100.0		

Har du noen gang følt deg uttrygg på jobb som følge av utagerende pasienter?					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	103	55.4	56.0	56.0
	Nei	81	43.5	44.0	100.0
	Total	184	98.9	100.0	
Missing	System	2	1.1		
<b>Total</b>		186	100.0		

Føler du det er et krav fra ledelsen om at du verner pasienter fremfor å verne deg selv i situasjoner med utagering i avdelingen?					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	24	12.9	13.3	13.3
	Nei	105	56.5	58.0	71.3
	Vet ikke	52	28.0	28.7	100.0
	Total	181	97.3	100.0	
Missing	System	5	2.7		
<b>Total</b>		186	100.0		

Føler du at utagerende pasienter får større oppmerksomhet fra personalet enn pasienter som ikke utagerer?					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	128	68.8	71.5	71.5
	Nei	51	27.4	28.5	100.0
	Total	179	96.2	100.0	
Missing	System	7	3.8		
<b>Total</b>		186	100.0		

Føler du at det å være mottaker av vold er en naturlig del av arbeidet du skal gjøre i sykehjemmet?					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	42	22.6	23.3	23.3
	Nei	138	74.2	76.7	100.0
	Total	180	96.8	100.0	
Missing	System	6	3.2		
<b>Total</b>		186	100.0		

**En situasjon oppstår hvor en pasient tar kvelertak på en annen pasient mens du er alene i avdelingen, du har tre handlingsalternativer; hva velger du å gjøre?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Valid</b>	Jeg går øyeblikkelig i mellom pasientene og forsøker skille dem	120	64.5	70.6	70.6
	Jeg tilkaller andre ansatte, og venter til disse kommer før vi forsøker å skille pasientene	49	26.3	28.8	99.4
	Jeg går ikke inn i situasjoner hvor pasienter er voldelige, da dette kan skade meg	1	.5	.6	100.0
	<b>Total</b>	170	91.4	100.0	
<b>Missing</b>	System	16	8.6		
<b>Total</b>		186	100.0		

**I situasjoner hvor utagerende pasienter angriper medbeboere, mener du at helsepersonell skal gripe inn i situasjonen?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Valid</b>	Ja	180	96.8	98.4	98.4
	Nei	3	1.6	1.6	100.0
	<b>Total</b>	183	98.4	100.0	
<b>Missing</b>	System	3	1.6		
<b>Total</b>		186	100.0		

**Hvilket ord beskriver best dine følelser når du har vært i en situasjon hvor en pasient har utagert mot deg?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Valid</b>	sinne	6	3.2	3.7	3.7
	oppgitthet	24	12.9	14.8	18.5
	utrygghet	42	22.6	25.9	44.4
	unnvikelse	3	1.6	1.9	46.3
	redsel	6	3.2	3.7	50.0
	angst	3	1.6	1.9	51.9
	frustrasjon	45	24.2	27.8	79.6
	ingen av disse	33	17.7	20.4	100.0
	<b>Total</b>	162	87.1	100.0	
<b>Missing</b>	System	24	12.9		
<b>Total</b>		186	100.0		



## Vedlegg 7

## Til nattpleiere på sykehjem; Forespørsel om deltakelse i undersøkelse;

### *"Vold mot nattpersonell i sykehjem"*

#### **Bakgrunn og hensikt;**

Det finnes mye forskning på vold utøvd av personale mot pasienter, og noe forskning rundt vold utøvd av pasienter mot personale. I forhold til nattarbeid finnes det atskillig mindre forskning rundt risikoen for vold som kommer med arbeidet. Jeg ønsker å få vite hva nattpleiere har erfart rundt dette temaet, og hvilke tanker du som nattpleier gjør deg i forhold til utagerende pasienter. Svarene som du gir skal brukes i en undersøkelse rundt vold mot nattpersonell i sykehjem.

Studien utføres av Rita Helme (mastergradskandidat) med veiledning av Johanne Alteren, førsteamanuensis PhD. Hovedmålsetningen er å finne ut mer om utagering og vold utført av pasienter mot nattpersonell. Det er ønskelig å få dybdekunnskap om dette temaet i tillegg til kunnskap om hvor hyppig det skjer.

#### **Hva innebærer studien?**

**Del A; Spørreskjema;** I forbindelse med studien har jeg utarbeidet et spørreskjema som jeg ønsker at personale som arbeider nattevakter skal svare på. Skjemaet inneholder spørsmål som går på din erfaring med vold i sykehjemmet. I besvarelsen av undersøkelsen er det om å gjøre å få flest mulig nattevakter til å delta. Denne delen er et breddestudie, hvor jeg ønsker å generalisere rundt hvilken type vold og hvor ofte nattevakter opplever vold i hverdagen. For å delta på spørreundersøkelsen er det nok at du arbeider en eller flere nattevakter i løpet av en turnusperiode. Når du svarer på spørreskjemaet ønsker jeg at du tar utgangspunkt i den avdeling hvor du har flest nattevakter, og at du svarer ut fra din erfaring på natt. Alle spørsmål krevet ett svar, og én sirkel rundt bokstaven som er før det svaret du har valgt. Det siste spørsmålet på skjemaet er et åpent spørsmål hvor du har muligheten til å skrive ned dine egne betraktninger.

**Del B; Fokusgruppe;** I forbindelse med fokusgruppen (6-8 personer) vil helsearbeidere som arbeider natt bli forespurt om å være med på en samtale i gruppe, hvor andre som arbeider natt også deltar. Samtalen vil foregå slik at jeg har med et emne/ tema som jeg ønsker at gruppen skal diskutere, som omhandler vold mot natt personale i sykehjem. Denne diskusjonen vil bli tatt opp på bånd og analysert i etterkant, for å finne ut eksakt hvordan hverdagen er for nattevakter. Deltakere i fokusgruppe må jobbe natt turnus i 50% stilling eller mer.

Forutsetningen for å delta i studien er at du arbeider som nattevakt i et sykehjem. Du kan være sykepleier, vernepleier, omsorgsarbeider, hjelpepleier, du kan inneha en annen stillingstittel, eller være assistent. Du kan være fast ansatt, eller vikar som brukes på natt, og du må ha jobbet nattevakter i løpet av den siste måneden, da spørreskjemaet tar utgangspunkt i din siste arbeidsmåned. Spørreskjema og fokusgruppeintervju ønskes gjennomført våren / sommeren 2013, etter nærmere avtale med institusjon og nattpersonell. Deltakelse i studien innebærer at du må bruke 20 til 30 minutter for å svare på et spørreskjema. Hvis du blir plukket ut til å delta på fokusgruppeintervjuet, innebærer dette et møte som vil ta ca 1,5 til 2 timer. Du kan delta på spørreundersøkelsen, og svare nei til deltakelse i fokusgruppen. Ved å delta i studien bidrar du til å fremskaffe ny kunnskap rundt temaet vold i institusjon om natten, og kanskje bidrar du også til ny kunnskap om hvordan vi kan forebygge/unngå slike hendelser.

#### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Spørreskjema; Alle opplysningene er anonymisert. Ingen personlige opplysninger er nødvendig for å delta i undersøkelsen. Ingen av dine overordnede vil få muligheten til å se dine svar, da spørreskjema er anonymisert, og det kun krever at du setter ring rundt dine svar, eller svarer med korte enstavelsesord.



Fokusgruppe; I fokusgruppen deltar 6-8 helsepersonell. For deltakere på fokusgruppe er det kun lydbåndopptak som kan identifisere enkeltpersoner, og så snart studiet er fullført vil alle opplysninger om deg tilknyttet studien bli destruert. Lydopptakene fra fokusgruppeintervju vil bli slettet. Ved publisering av studien vil det ikke være mulig å identifisere deg i resultatene.

Opplysninger som registreres om deg er det som fremkommer i spørreskjema og under fokusgruppeintervju (for de dette gjelder). Ingen andre enn undertegnede og veileder har tilgang til disse opplysningene. Dato for prosjektslutt og anonymisering; 15.06.14.

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til innsyn, korrigering og sletting av opplysninger som er registrert om deg. Videre har du rett til å få korrigert evt. feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, har du rett til å kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskaplige publikasjoner. Innsendte spørreskjema er anonymisert og kan derfor ikke identifiseres; etter du har innlevert skjema er det derfor ikke mulighet til å trekke det eller korrigere det.

### **Økonomi;**

Studien finansieres av mastergradskandidaten.

### **Informasjon om utfallet av studien;**

Alle deltakere har mulighet til å få innblikk i publikasjoner fra studien.

### **Frivillig deltakelse;**

Det er frivillig å delta i studien. Du kan takke nei til å delta, uten at dette har noen konsekvenser for deg. Om du har noen spørsmål vedrørende studien, kontakter du;

Mastergradskandidat;

Rita Helme  
Postboks 102

9481 Harstad

Tlf. 95730252

e-post; [ritahelme@gmail.com](mailto:ritahelme@gmail.com)

Veileder;

Johanne Alteren  
Universitetet i Nordland,  
Campus Helgeland  
Strandgata 14-18  
8607 Mo i Rana  
Tlf. 75129722  
[johanne.alteren@uin.no](mailto:johanne.alteren@uin.no)